

LASTENSUOJELUN ERITYISYKSIKKÖÖN SIJOITETTUJEN LASTEN PSYYKKISEN OIREHDINNAN LAAJA-ALAISUUS

Intensiivihoidojakson jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu

Johdanto

Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten mielenterveyden ongelmien erityisyys ja niiden edellyttämä kokonaisvaltainen hoito-ohjelma

Lastensuojelulain (2007) mukaan perusteet huostaanottoon ja sijaishuollon järjestämiseen täyttyvät, mikäli puutteet lapsen huolenpidossa tai muut kasvuolosuhteet uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä tai kehitystä tai lapsi muutoin käyttäytymisellään vaarantaa vakavasti terveyttään tai kehitystään. Huostaanottoon ja sijaishuollon järjestämiseen voidaan kuitenkin ryhtyä vain, jos avohuollon palvelut eivät ja muut avohuollon tukitoimet ole lapsen edun mukaisen huolenpidon toteuttamiseksi sopivia tai mahdollisia, taikka ne ovat osoittautuneet riittämättömiksi ja sijaishuollon arvioidaan olevan lapsen edun mukaista (40 §). Laitoshuolto nähdään viime sijaisena hoitopaikkana, joka järjestetään, jos lapsen sijaishuoltoa ei voida järjestää lapsen edun mukaisesti riittävien tukitoimien avulla perhehoidossa tai muualla (50 §). Sijaishuollon järjestämisessä on otettava lapsen edun mukaisella tavalla huomioon perheen jälleenyhdistämisen tavoite (4 §).

Tutkittaessa kodin ulkopuolelle sijoittami-

sen väestötasoisia riskitekijöitä (Kestilä ym. 2012) tuloksissa tuli selviä eroja perhetekijöissä ja elinoloissa syntymähetkestä nuoruuteen asti kodin ulkopuolelle sijoitettujen ja väestöverrokkien välillä. Useat peri- ja neonaalitekijät sekä kasvu- ja kehitysympäristöön liittyvät tekijät ennustavat kodin ulkopuolelle sijoitetuksi joutumista. Keskeisiin sijoituskasennustaviin tekijöihin kuuluvat vanhempien kouluttamattomuus, äidin mielenterveyden ongelmat, äidin yksinhuoltajuus lapsen syntymän hetkellä sekä perheen taloudelliset vaikeudet (Kestilä ym. 2012).

Väkivalta on yleinen syy lasten sijoitukseen kodin ulkopuolelle (Minnis ym. 2006; Reinikainen 2009; Tarren-Sweeney 2008b). Lapset, jotka on sijoitettu kodin ulkopuolelle vanhempana ja jotka näin ovat olleet alttiina ennen sijoitusta tapahtuneelle kaltoinkohdelle pidempään, voivat huonommin kuin hyvin nuorella iällä sijoitetut lapset (Tarren-Sweeney 2008b; Chambers ym. 2010). Sijaishuoltoon tullessaan lapset kärsivät monista kehityksellisistä ja mielenterveyteen liittyvistä ongelmista (Chambers ym. 2010; Tarren-Sweeney 2008a), ja heidän psykiatrisen oirehdintansa on todettu olevan voimakasta (Hukkanen 2002; Kaivosoja 1996; Kitinoja 2005; Lehto-Salo 2011; Manninen 2013; Pasanen

2001; Shin 2005; Sullivan & van Zyl 2008). Keskittymisen, tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt ovat heillä yleisiä (Tarren-Sweeney & Hazell 2006; Minnis ym. 2006; Sawyer ym. 2007). Mitä vanhempana lapsi on sijoitettu kodin ulkopuolelle, sen enemmän mielenterveysongelmia hänellä tutkimusten mukaan ilmeni (Minnis ym. 2006; Egelund & Lausten 2009; Ford ym. 2007). Lisäksi voidaan todeta, että lasten psykiatrisen oirehinnan ja vakavien traumaperäisten oiremuotojen erotusdiagnoosiikka on haasteellista, koska niissä molemmissa esiintyy paljon samantyyppisiä oireita (Wieland 2011).

Viime aikoina on korostettu, että kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset muodostavat ryhmän, jonka tarpeet ovat ainutlaatuiset ja poikkeavat luonteeltaan muiden lastenpsykiatrisen asiakkaiden tarpeista näiden lasten tietynlaisen taustan vuoksi (Tarren-Sweeney 2013, 2014). Sijoitettujen lasten kohdalla voidaan puhua kumulatiivisen riskin mallista, joka on heille tyypillisten mielenterveyden ongelmien taustalla. Ne ovat luonteeltaan biopsykososiaalisia siten, että niiden syntyy vaikuttavat lapsen kehityksen aikana monet seikat, jotka liittyvät lapsen perimään, raskaudenajan olosuhteisiin sekä lapsen kokemuksiin biologisessa perheessä ja sijoituksen aikana (Tarren-Sweeney & Hazel 2006; Tarren-Sweeney 2007, 2008a, 2008b; Minnis ym. 2006). Kumulatiivisen riskin malli ulottuu myös pidemmälle lapsen taustaan siten, että lapset ovat usein lähtöisin perheestä, joissa sosiaalisen ja taloudellisen ja psyykkisen huono-osaisuuden kasautuminen on voimakasta (Kataja ym. 2014). Sosiaalisten, psykologisten ja biologisten tekijöiden yhdistelmän on arvioitu tekevän huostaan otetut lapset erityisen alttiiksi myöhemmille ongelmille, kuten mielenterveyden häiriöille (Pilowsky 1995). Lastensuojelulasten oireprofiilin erityisyyden vuoksi on todettu tarvittavan monella eri systeemisellä tasolla toimivia interventioita, jotka huomioivat samanaikaisesti lapsen laaja-alaisen ja kompleksisen oirekuvan erityispiirteet ja kehitysympäristön eri puolet (Tarren-Sweeney 2014), uudelleen traumatisoitumisen riskiä pienentävät kokonaisvaltai-

set hoito-ohjelmat (Sourander ym. 1997) sekä kasvatuksellisen lähtökohdan ja psykiatrisen hoidon integroivan hoitomallin (Haapasalo-Pesu 2012; Lehto-Salo 2011; Pasanen 2001).

Laitoshoidon positiivisten vaikutusten tunnistamisen ohella on kaivattu tarkempaa tutkimusta siitä, mitkä tekijät laitoshoidossa vaikuttavat lapsen kehitystä tukevalla tavalla (Knorth ym. 2008) ja miten lasten yksilölliset erot, kuten psyykkiset sairaudet, häiriöt sekä oppimiseen ja kommunikaatioon liittyvät erityiskysymykset vaikuttavat hoitoprosessin intensiivisyyteen (Känkänen & Pösö 2009). Rinnakkaistutkimuksissamme totesimme, että vanhempien kertomien ylisukupolvisten ja varhaiskehityksen aikaisten riskitekijöiden suhteen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmät erosivat varsinkin vähän toisistaan, ja riskitekijöiden kasautuminen oli molemmissa ryhmissä huolestuttavan voimakasta (Pasanen ym. 2015b). Sijaishuollossa jatkavien lasten psykiatrisen ja neuropsykiatrisen oirehinta oli kuitenkin voimakkaampaa intensiivihoidon aikana kuin hoitotason jälkeen kotiin palaavilla lapsilla (Pasanen ym. 2015a). Perheen yhdistymistä selitti osaltaan perheiden toimintakyky ja erityisesti vanhemmuuden vahvistuminen hoitotason aikana (Pasanen ym. 2015b).

Aikaisemmassa tutkimuksessa totesimme, että intensiivihoidon sijoitettujen lasten oirehinta erosi selvästi verrokkiryhmän lasten oirehinnasta vanhempien täyttämien Child Behavior Checklist (CBCL) -kyselylomakevastausten ja opettajien täyttämien Teacher Report Form (TRF) -kyselylomakevastausten (Achenbach 1991a, 1991b) perusteella arvioituna. Tutkimuksen lähtötasossa vanhempien ja opettajien vastausten perusteella 70–85 prosentilla intensiivihoidon lapsista ylittyi kliinisesti hälyttävänä pidetty 60 standardipisteen raja, kun verrokkiryhmässä 60 standardipisteen rajan ylitti 12–16 prosenttia lapsista (Honkinen & Pasanen 2011). Lasten oirehinnan voimakkuus lisää vanhempien stressiä, erityisesti silloin, kun lapsi reagoi samanaikaisesti sekä internalisoivalla että eksternalisoivalla oirehinnalla (Vaughan ym. 2014). Tässä tutkimuksessamme ha-

lusimme selvittää lapsen hoidon aikaisen oireprofiilin laaja-alaisuuden ja perheen yhdistymisen välistä yhteyttä. Perheen yhdistymisellä tarkoitetaan tutkimuksessa lapsen palaamista hoitajakson jälkeen asumaan joko toisen tai molempien biologisten vanhempien muodostamaan perheeseen.

Lastensuojelun ja -psykiatrian välimuodon palvelu: intensiivihoido

Helsingin Diakonissalaitoksen lapsi- ja perheyön palvelualueella vuodesta 1999 toiminut intensiivihoido on metropolialueen lastensuojelun sijaishuollon erityisyksiköissä toteutettavaa kuntouttavaa hoitoa traumatisoituneille ja monimuotoisesti oirehtiville lapsille, nuorille ja heidän perheilleen. Lasten oireet ilmenevät yleisimmin kiinnittymisvaikeuksina, käytöshäiriönä ja aggressiivisuutena, masennuksena, itsetuhoisuutena, neuropsykiatrisena oirehdintana, vakavina kouluvaikeuksina sekä päihteiden käyttönä. Hoitoon tulon taustalla on usein sairaalahoitoja tai tutkimusjakso, jossa on tehty arvio psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen tarpeesta. Intensiivihoidossa työskennellään lastensuojelun ja terveydenhuollon välimaastossa. Pyrkimyksenä on tarjota lapselle ja perheelle heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaan suunniteltu kokonaisvaltainen hoitoprosessi, jossa hoidollinen, kasvatuksellinen ja psykiatrinen hoito keskittyvät samaan kasvuympäristöön.

Intensiivihoidon perustana on luoda lapsen kiinnittymiselle turvallinen ympäristö, joka rakentuu ennakoitavista, toistuvista päivä- ja viikko-ohjelmista. Keskeiset menetelmät ovat hoitavassa yhteisössä toteutettava terapeutin ja kuntouttava yksilöhoito sekä perhe- ja verkostotyö. Perinteisen ”säilyttävän” laitoshoidon sijasta intensiivihoidossa tavoitellaan määräaikaista, laitoksen ja perheen rajavyöhykkeellä toimivaa perhetukijärjestelmää. Hoitoprosessia ohjaa tavoitteellinen lapsen hoito- ja kasvatussuunnitelma sekä perheen kuntoutumissuunnitelma. Hoito alkaa arviointi- ja kiinnittymisvaiheella (3 kk), jota seuraa hoidon syventävä vaihe (15–24 kk) ja jatkohoidon valmisteluvaihe ja hoi-

don päättäminen (6 kk). Hoitoprosessista vastaa moniammatillinen hoitotiimi, joka arvioi hoitoprosessin etenemistä säännöllisesti toteutuissa hoitotiimeissä. Osastohoidon rinnalla lapsella ja perheellä on mahdollisuus saada lasten- ja nuorisopsykiatrisia, psykologisia ja perheterapiapalveluita sekä tarpeen mukaan neuropsykologisia, kuvataide- ja toimintaterapiapalveluita.

Perheterapeutilla työskentelyllä ja perheen kuntouttamisella pyritään tukemaan lastensuojeluasiakkaiden aktiivista osallisuutta hoidon vaikutusten aikaansaamisessa ja vahvistamaan lapsen luotettujen ihmissuhteiden jatkuvuutta. Tavoitteena on kokonaisvaltainen muutos lapsen ja perheen tilanteessa, jotta lapsen kehitys voisi jatkua turvallisesti kotona tai sopivaksi arvioidussa jatkohoitopaikassa. Tutkimusajankohtana Helsingissä ja Espoossa oli intensiivihoitopaikkoja neljässä eri yksikössä, yhteensä 56 paikkaa. Lisäksi kahdessa eri yksikössä oli tarjolla laitostuotoista intensiivihoidon jatkohoittoa, yhteensä 24 paikkaa. (Helsingin Diakonissalaitoksen kotisivut; Pasanen 2001, liite 2.)

Mikäli lapsen koulunkäynnissä on suuria haasteita, koululaisuuden ja oppimisvalmiuksien perustaitojen opettelu voi lähteä liikkeelle Pitäjänmäen hoito-osastojen yhteydessä sijaitsevassa Sophie Mannerheimin koulun koulukuntouttavassa luokassa tai Espoon yksiköiden yhteydessä sijaitsevassa Keinumäen koulun koulukuntouttavassa luokassa. Koululaisuuden ja oppimisvalmiuksien tukeminen perustuu tiiville, päivittäiselle yhteistyölle koulun kanssa. Koulukuntouttavan jakson jälkeen arvioidaan yhteistyössä koulun, hoitotahon ja huoltajien kanssa, onko lapsen käyttäytyminen riittävästi tasoittunut ja oppimisen perusvalmiudet vahvistuneet, jotta hän voisi siirtyä varsinaiseen sairaalakuuluun. Sairalakuulusta lapsi puolestaan voi siirtyä nivelluokalle, sopivaan pienryhmäopetukseen tai yleisopetukseen, kun lapsen koululaistaidot ovat riittävästi vahvistuneet (Sophie Mannerheimin ja Espoon Keinumäen koulun kotisivut). (Kuva 1.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan intensiivihoidon näyttäisivät valikoituvan hoito-

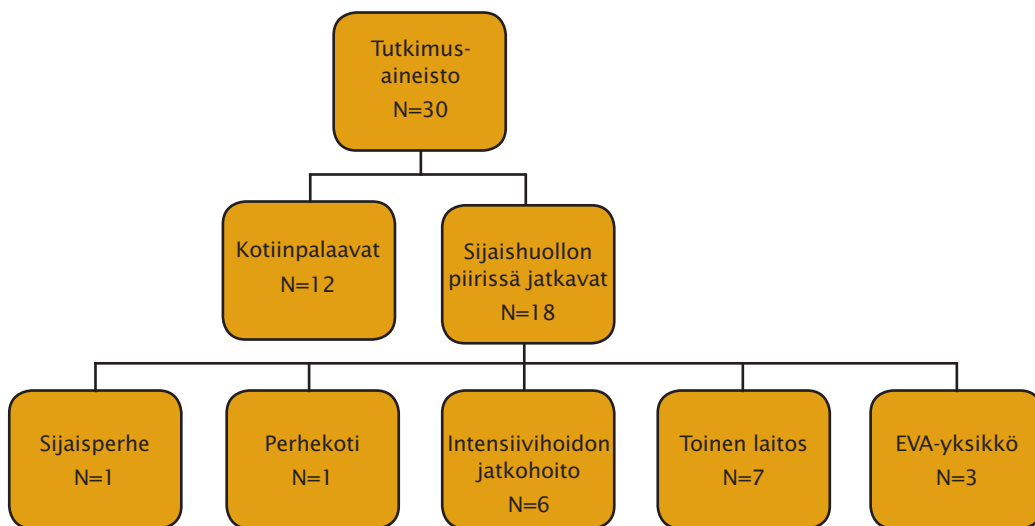


Kuva 1. Intensiivihoitomalli.

mallin tavoitteiden mukaisesti voimakkaasti oirehtivat lapset, jotka tarvitsevat intensiivihoidon tyypistä tiivistä terapeutista osastohoitoa. Tutkimustulosten mukaan 70–84 prosentilla intensiivihoidossa olevista lapsista on havaittu olevan vähintäänkin lievä psyykinen häiriö (Honkinen & Pasanen 2011; Pasanen 2001). Intensiivihoidosta tehtyjen tilastojen mukaan keskimäärin noin 30 % lapsista palaa hoitojakson jälkeen kotiin (Tilasto hoidosta lähteneistä...).

Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimuksessa selvitettiin lastensuojelun erityisyksikkösijoituksen jälkeiseen perheen yhdistymiseen vaikuttavia tekijöitä siten, että verrattiin intensiivihoidon aikaisen oireprofiilin laaja-alaisuutta sekä toimintakykyä niillä lapsilla, jotka palasivat hoitojakson jälkeen kotiin, ja niillä lapsilla, jotka jatkoivat sijaishuollon piirissä. Tutkimushypoteesina oli: *Sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä psykiatrinen oireprofiili on keskimäärin laaja-alaisempi ja toimintakyky keskimäärin heikompi kuin kotiin palaavien lasten ryhmässä.*



Kuva 2. Tutkimusaineisto

EVA-yksikkö on erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrinen tutkimus- ja hoitoyksikkö. Intensiivihoidon jatkohoito on laitoshoidoa.

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimuksen osallistujat olivat kaikista neljästä intensiivihoidon yksiköstä kaikki 7–12-vuotiaat suomea äidinkielenään puhuvat lapset, joiden hoito alkoi välillä 1/2007–3/2009 ja joiden huoltajilta saatiin suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksesta tiedotettiin omahoitajille, vanhemmille ja opettajille. Intensiivihoidon käytäntöihin kuuluu Child Behavior Checklist (CBCL) - ja Teacher Report Form (TRF) -kyselylomakkeiden täyttö osana hoitoprosessia kaikkien lasten osalta. Tutkimuslupa haettiin Helsingin, Espoon ja Vantaan kaupungeilta. Helsingin Diakonissalaitoksen eettinen toimikunta hyväksyi tutkimussuunnitelman ja sektorin johtaja myönsi tutkimusluvan. Yhteensä kohdeyhmän osallistujia oli 30, joista tyttöjä oli 6 ja poikia 24. Keskimäärin lasten ikä oli noin 10 vuotta (ka 10 v 4 kk, sd 1 v 9 kk) hoidon alkaessa. Tutkimuksessa verrattiin intensiivihoidojakson jälkeen kotiin palaavien (N = 12 / 40%) ja sijaishuollon piirissä jatkavien (N = 18 / 60%) lasten ryhmiä (kuva 2).

Asiakirja-aineistona toimi hoidosta vastaavan lasten- tai nuorisopsykiatrin kirjoittama hoitoyhteenveto. Lasten psyykkisen oirehinnan kartoittamisessa käytettiin Child

Behavior Checklist (CBCL) - ja Teacher Report Form (TRF) -kyselylomakkeita (Achenbach 1991a; 1991b; Achenbach & Rescorla 2001), jotka sisältävät lapsen tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmia kartoittavia kysymyksiä. Lomakkeet ovat olleet tutkimuskäytössä varsin laajasti. Niiden reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi (Achenbach & Rescorla 2001). CBCL:n ja TRF:n avulla saaduista psyykkisistä oirekuvista saadaan internaalinen ja eksternaalinen oirehdinta sekä kokonaisuorehdinta. Internaalisen oirehinnan muodostavat vetäytyvyys, somaattiset oireet, ahdistuneisuus ja masentuneisuus, ja eksternaalinen oirehdinta muodostuu aggressiivisuudesta ja sääntöjä rikkovasta käyttäytymisestä. Kokonaisuorehdintaan on sisällytetty internaalisen ja eksternaalisen oirehinnan lisäksi myös sosiaaliset vaikeudet, ajatushäiriöt ja tarkkaavaisuuden ongelmat. Oirehinnasta saadun summapistemäärän kliinisesti hälyttävänä rajana on pidetty noin 60 standardipistettä ylittäviä pisteitä (Achenbach 1991a, 1991b; Achenbach & Rescorla 2001). Tarkasteltaessa erikseen oireprofiilin kahdeksan eri osa-alueen – ahdistuneisuus/masennus, vetäytyvyys/masennus, somaattinen oirehdinta, sosiaaliset vaikeudet, ajatus-

häiriöt, tarkkaavaisuus, rajoja rikkova käyttäytyminen ja aggressiivisuus – pistemääriä, kliinisesti merkittävään oirekäyttäytymiseen viittavana rajana voidaan pitää 65 standardipistemäärän ylittäviä pisteitä (Achenbach & Rescorla 2001). CBCL-kyselylomake antaa myös lapsen toimintakykyä kuvaavan summapistemäärän, joka kuvastaa lapsen aktiivisuutta, sosiaalisuutta ja koulunkäyntiä. Toimintakyvyn summapistemäärän raja-arvona voidaan pitää noin 37 standardipistettä, jonka alapuolelle jäävä pistemäärä viittaa kliinisellä ryhmällä madaltuneeseen toimintakykyyn (Achenbach & Rescorla 2001).

Kyselylomakkeiden ensimmäinen vaihe, lähtötaso, ajoittui hoidon arviointi- ja kiinnittymisvaiheeseen kuukauden päähän lapsen tulosta intensiivihoidon. Tutkimuksen seurantavaihe oli 11–17 kuukauden kuluttua ensimmäisestä vaiheesta ajoittuen hoidon syventävään vaiheeseen. Sekä lähtötasossa että seurantavaiheessa kohderyhmän osallistujien omahoitaja ja vanhemmat täyttivät CBCL-lomakkeen sekä opettajat TRF-lomakkeen. Tutkimusaineisto muodostui CBCL- ja TRF-lomakkeiden sukupuoli- ja ikästandardoiduista pisteistä. Suurimmalla osalla lapsista (83,6 %) oli biologisen äidin täyttämä lomake, mutta kolmella lapsella (5,5 %) ainoastaan biologisen isän täyttämä lomake. Näiden lasten kohdalla käytettiin isän täyttämiä lomakkeita analyysissä. Molempien vanhempien täyttämät lomakkeet olivat yhteensä kuudella lapsella (10,9 %). Analyysissä käytettiin näiden lasten kohdalla pelkästään äidin täyttämiä lomakkeita, koska tiedossa oli, että lapsi oli viettänyt enemmän aikaa äidin kanssa ja siten osin äidin antamien vastausten voi olettaa olevan luotettavampia.

Tilastollinen käsittely

Tutkimusaineistolle oli luonteenomaista, että jakaumat olivat positiivisesti vinoja, poiketen normaalijakaumasta. Aineisto oli suppea, eikä aineistoa saatu vastaamaan normaalijakaumaa, joten sen tilastollinen vertailu suoritettiin epäparametrisilla testeillä. Kahden ryhmän eroja jatkuvan muuttujan suhteen tutkittiin Mann-Whitney-testillä. Ristiintau-

lukoinnilla tutkittiin muuttujien välistä yhteyttä. Ristiintaulukoiden merkitsevyyksiä tutkittiin Fisherin tarkalla testillä. Alle 0,05 jääneet p-arvot tulkittiin tilastollisesti merkitseviksi ja p-arvot ilmaistiin kolmen desimaalin tarkkuudella. Aineiston tilastollinen käsittely tehtiin IBM SPSS Statistics 22 -tilasto-ohjelmalla.

Tulokset

Taustatiedot

Kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi vanhempien sosioekonomisen statuksen, sukupuolen, iän, hoidon keston, koulumuodon tai aikaisempien lastensuojelu- tai sairaalasijoitusten lukumäärän suhteen (taulukko 1). Yhtä lasta lukuun ottamatta kaikilla lapsilla oli taustassaan vähintään yksi lastensuojelusijoitus ja/tai sairaalahoitajakso ennen intensiivihoidon aloitusta. Runsaalla kolmasosalla lapsista (37 %) oli vähintään neljä aikaisempaa sijoitusta ja yhdellä lapsella kymmenen aikaisempaa lastensuojelusijoitusta ja/tai sairaalahoitajaksoa. Hoidon päättymisen vaiheessa selvä enemmistö molempien ryhmien lapsista tarvitsi erityisopetusta, kuten pienryhmää, nivelluokkaa tai sairaalakouluopetusta koulunkäyntinsä tueksi.

Psyykkisen oirehinnan esiintyvyys kotiin palaavilla ja sijaishuollossa jatkavilla lapsilla

Sekä kotiin palaavien että sijaishuollossa jatkavien lasten internaalisen, eksternaalisen ja kokonaisoirehinnan pistemäärän keskiarvot ylittivät kliinisesti merkittävänä pidetyn 60 standardipisteen rajan kaikkien vastaajaryhmien arvioimina tutkimuksen lähtötasossa. Kotiin palaavilla lapsilla seurantavaiheessa oirehinnan keskiarvo ylitti 60 standardipisteen rajan omahoitajan internaalisen, eksternaalisen ja kokonaisoirehinnan arvioissa sekä opettajan eksternaalisen ja kokonaisoirehinnan arvioissa. Sijaishuollossa jatkavilla lapsilla seurantavaiheessa oirehinnan keski-

Taulukko 1. Taustatiedot.

	Kotiin palaavat		Sijaishuollossa jatkavat		Kaikki		p-arvo
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Vanhempien työllisyys							
Työtön	3	(25)	8	(44)	11	(37)	0,245
Työssä	9	(75)	10	(56)	19	(63)	
Aikaisempien lastensuojelu-sijoitusten ja sairaalajaksojen lukumäärä							
0–1	4	(33)	4	(22)	8	(27)	0,396
2–10	8	(67)	14	(78)	22	(73)	
Sukupuoli							
Tytöt	4	(33)	2	(11)	6	(20)	0,184
Pojat	8	(67)	16	(89)	24	(80)	
Ikä hoidon alkaessa							
< 125 kk	7	(58)	8	(44)	15	(50)	0,710
≥ 126 kk	5	(42)	10	(56)	15	(50)	
Koulumuoto hoidon päättyessä							
Yleisopetus	2	(17)	1	(6)	3	(10)	0,347
Erytisopetus	10	(83)	17	(94)	27	(90)	
Hoidon kesto kuukautta	ka/Md	(sd)	ka/Md	(sd)	ka/Md	(sd)	1,000M
	28,9/26,5	(10,1)	30,1/27,5	(10,9)	29,6/27,0	(10,5)	

Tilastollinen ero kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien välillä Fisherin -tarkalla testillä laskettuna, lukuun ottamatta M:llä merkittyä arvoa, joka on laskettu Mann-Whitney-testillä. Lyhenteet: ka=keskiarvo, Md=mediaani, sd=keskihajonta.

arvo ylitti 60 standardipisteen rajan kaikissa muissa paitsi opettajan internaalisten oireiden arvioissa.

Enemmistöllä kotiin palaavista ja sijaishuollossa jatkavista lapsista tutkimuksen lähtötasossa ylittyi 60 standardipisteen raja. Tutkimuksen seurantavaiheessa 60 standardipisteen rajan ylittyi 20–70 %:lla kotiin palaavista ja 50–93 %:lla sijaishuollossa jatkavista lapsista. Kokonaisuudessaan psyykkisen oirehinnan pisteet vaihtelivat kotiin menevien lasten ryhmässä 39–83 ja sijaishuollossa

jatkavien lasten ryhmässä 48–93 standardipisteen välillä.

Sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän psyykinen oirehdinta tutkimuksen *lähtötasossa* oli tilastollisesti merkitsevästi voimakkaampaa kuin kotiin palaavilla lapsilla, kun omahoitajien antamia kokonaisuirehinnan arvioita tarkastellaan Mann-Whitney-testillä. Sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän psyykinen oirehdinta tutkimuksen *seurantavaiheessa* oli tilastollisesti merkitsevästi voimakkaampaa kuin kotiin palaavilla lapsilla

Taulukko 2. Psykkisen oirehinnan standardipisteet vanhempien, omahoitajien ja opettajien arvioimana.

	Kotiin palaavat				Sijaishuollossa jatkavat				p-arvo
	Standardipisteiden vaihteluväli		Kuinka moni ylittää 60 sp N (%)		Standardipisteiden vaihteluväli		Kuinka moni ylittää 60 sp N (%)		
	ka/Md (sd)	Seuranta	Lähtötaso	Seuranta	ka/Md (sd)	Seuranta	Lähtötaso	Seuranta	
Vanhempi									
Internaaliset oireet	N=10 61,2/64,0 (13,3)	N=10 41-80	N=10 5 (56)	N=10 2 (20)	N=17 69,6/69,0 (8,5)	N=14 63,6/65,0 (9,7)	N=17 16 (94)	N=14 8 (57)	0,220 0,022*
Eksternaaliset oireet	N=10 67,8/70,0 (14,2)	N=10 44-83	7 (78)	6 (60)	70,7/72,0 (8,4)	65,3/66,0 (6,0)	15 (88)	11 (78)	0,874 0,235
Kokonais- oirehdinta	N=10 65,8/70,0 (13,0)	N=10 42-79	7 (78)	4 (40)	70,5/72,5 (7,9)	66,5/66,0 (6,8)	15 (88)	11 (78)	0,559 0,026*
Omahoitaja									
Internaaliset oireet	N=12 60,7/60,5 (7,0)	N=12 48-72	N=12 6 (50)	N=10 6 (64)	N=18 65,1/61,0 (9,4)	N=14 66,4/65,0 (7,4)	N=18 14 (78)	N=14 11 (79)	0,249 0,084
Eksternaaliset oireet	N=11 60,3/59,0 (11,0)	N=11 44-78	6 (50)	7 (70)	67,8/68,0 (8,6)	69,1/70,0 (6,6)	15 (83)	13 (93)	0,065 0,122
Kokonais- oirehdinta	N=11 60,7/62,5 (7,0)	N=11 46-71	7 (58)	7 (70)	67,4/68,0 (7,8)	69,9/71,0 (5,1)	14 (78)	13 (93)	0,022* 0,005*
Opettaja									
Internaaliset oireet	N=11 63,2/61,0 (9,3)	N=11 53-81	N=11 7 (64)	N=11 3 (27)	N=15 63,7/63,0 (6,9)	N=14 58,6/60,0 (6,1)	N=15 11 (73)	N=14 8 (57)	0,760 0,501
Eksternaaliset oireet	N=11 64,0/62,0 (12,8)	N=11 41-83	7 (64)	7 (64)	69,9/71,0 (9,9)	62,6/58,5 (11,2)	12 (80)	6 (43)	0,180 0,936
Kokonais- oirehdinta	N=11 64,6/65,0 (12,2)	N=11 41-81	7 (64)	7 (64)	70,0/69,0 (10,8)	61,9/59,5 (8,1)	14 (93)	7 (50)	0,330 1,000

Tilastollinen ero kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien välillä Mann-Whitney-testillä laskettuna.

Tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ero on merkitty asteriksilla *.

Lyhenteet: ka=keskiarvo, Md=mediaani, sd=keskihajonta, sp=standardipisteitä.

Taulukko 3. Lapsen toimintakyky omahoitajan arvioimana hoidon alkaessa.

	Kotiin palaavat N=12			Sijaishuollossa jatkavat N=16			Kaikki N=28		p-arvo
Toimintakyky hoidon alkaessa	Standardipisteiden	Kuinka moni jää alle 37 sp		Standardipisteiden	Kuinka moni jää alle 37 sp		Standardipisteiden	0,047*	
	ka/Md (sd)	Vaihtelu- väli	N (%)	ka/Md (sd)	Vaihtelu- väli	N (%)	ka/Md (sd)		Vaihtelu- väli
	30,2/28,5 (5,3)	22–39	9 (75)	26,7/26,0 (4,6)	21–41	15 (94)	28,2/27,5 (5,1)		21–41

Tilastollinen ero kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien ryhmien välillä Mann-Whitney-testillä laskettuna. Tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$) ero on merkitty asteriksilla *.
 Lyhenteet: ka=keskiarvo, Md=mediaani, sd=keskihajonta, sp=standardipistettä.

sekä vanhempien internaalisen ja kokonaisoirehinnan arvioissa että omahoitajan kokonaisoirehinnan arvioissa Mann-Whitney-testillä tarkasteltuna. (Taulukko 2.)

Kotiin palaavien lasten aktiivisuutta, sosiaalisuutta ja koulunkäyntiä kuvaava toimintakyky hoidon alussa oli parempi kuin sijaishuollossa jatkavilla lapsilla. Mann-Whitney-testillä tarkasteltuna kotiin palaavien lasten toimintakyky oli parempi kuin sijaishuollossa jatkavilla lapsilla tilastollisesti merkitsevästi hoidon lähtötasossa tehdyssä omahoitajan CBCL-arvioinnissa (taulukko 3).

Psyykkisen oirehinnan laaja-alaisuus kotiin palaavilla ja sijaishuollossa jatkavilla lapsilla

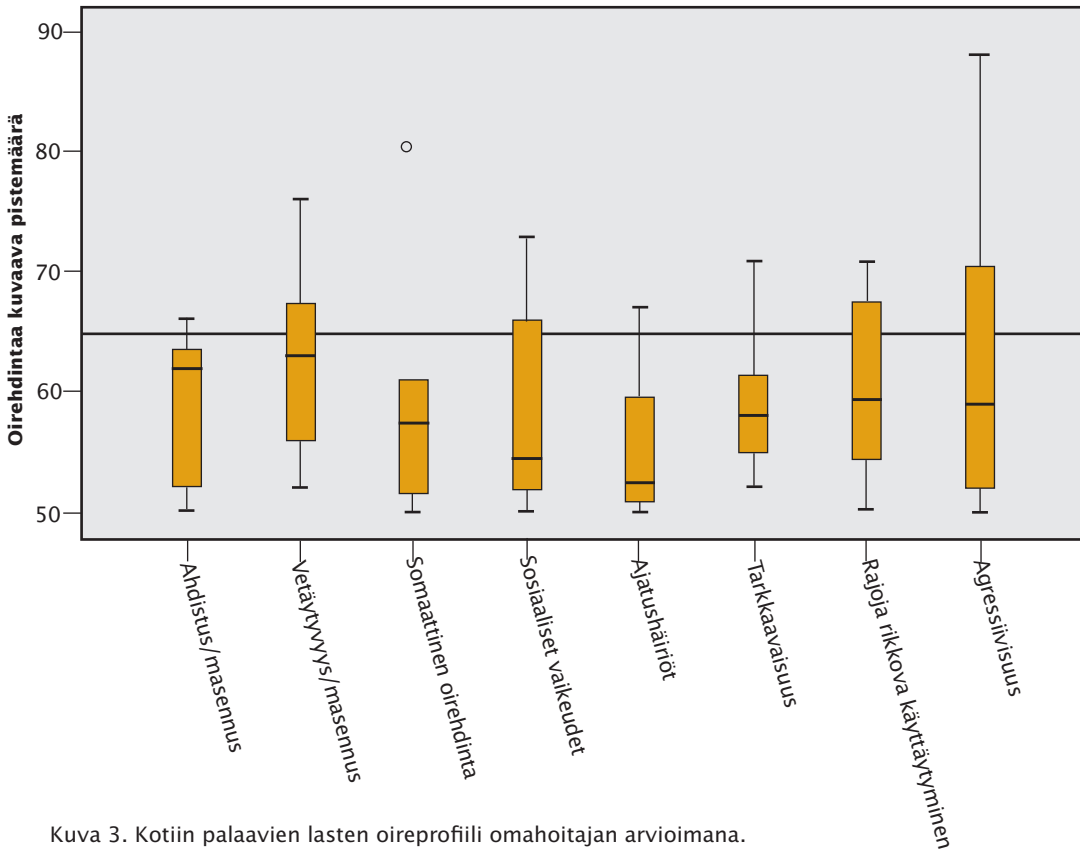
Lasten oireprofiilin laaja-alaisuutta tarkasteltiin omahoitajien lähtötason arvioinnin perusteella, joka erotteli merkitsevästi kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien ryhmät toisistaan. Verrattaessa ryhmien oireprofiilia kahdeksan eri osa-alueen suhteen voidaan huomata, että kotiin palaavien lasten enemmistön oirehinta jäi kaikilla osa-alueilla kriteeripistemäärän (65 p) alapuolelle, vaikkakin yksittäisten lasten oirehinta saattoi ylittää kriteeripistemäärän eri osa-alueilla (kuva 3).

Sijaishuollossa jatkavista lapsista vähintään joka toisella oirehinta kuvaava pistemäärä ylitti valitun kriteeripistemäärän si-

säänpään suuntautuvan vetäytyvyys/masentuneisuus-oirehinnan ja ulospäin suuntautuvan tarkkaavaisuus-, rajoja rikkovan ja aggressiivisen oirekäyttäytymisen osalta (kuva 4).

Sijaishuollossa jatkavista lapsista joka toisella ja kotiin palaavista lapsista joka neljännellä kriteeripistemäärä 65 ylittyi vähintään neljällä eri osa-alueella. Sijaishuollossa jatkavista lapsista seitsemällä (39 %) kriteeripistemäärä ylittyi vähintään viidellä eri osa-alueella, mutta kotiin palaavista lapsista se ei ylittynyt kenenkään kohdalla. Fisherin tarkalla testillä mitattuna ryhmien välinen ero oli merkitsevä ($p=0,016$).

Kun tarkastellaan lähemmin laaja-alaisen oireprofiilin omaavaa 12 lapsen ryhmää, huomataan, että heistä kaksi kolmasosaa oli poikia ja yksi kolmasosa tyttöjä. Lapsista kahdella kolmasosalla oli ensisijaisena hoidon aikaisena diagnoosina samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö (F92.8, F92.9), joka neljännellä laaja-alainen kehityshäiriö (F84.8, F84.9) ja yhdellä lapsella vaikea masennustila (F32.2). Neuropsykiatrinen oirehinta oli moninaista siten, että kahdella lapsella oli diagnosoitu tarkkaavuuden ja ylivilkkauksen häiriö (F90.0) ja yli puolella lapsista (58 %) puheen, kielenkehityksen tai oppimiskyvyn häiriö (F80.1, F81.0, F81.1., F81.3, F81.9). Omahoitajan lähtötason arvioissa yhtä lukuun ottamatta kaikilla lapsilla esiintyi voimakasta eksternaalista



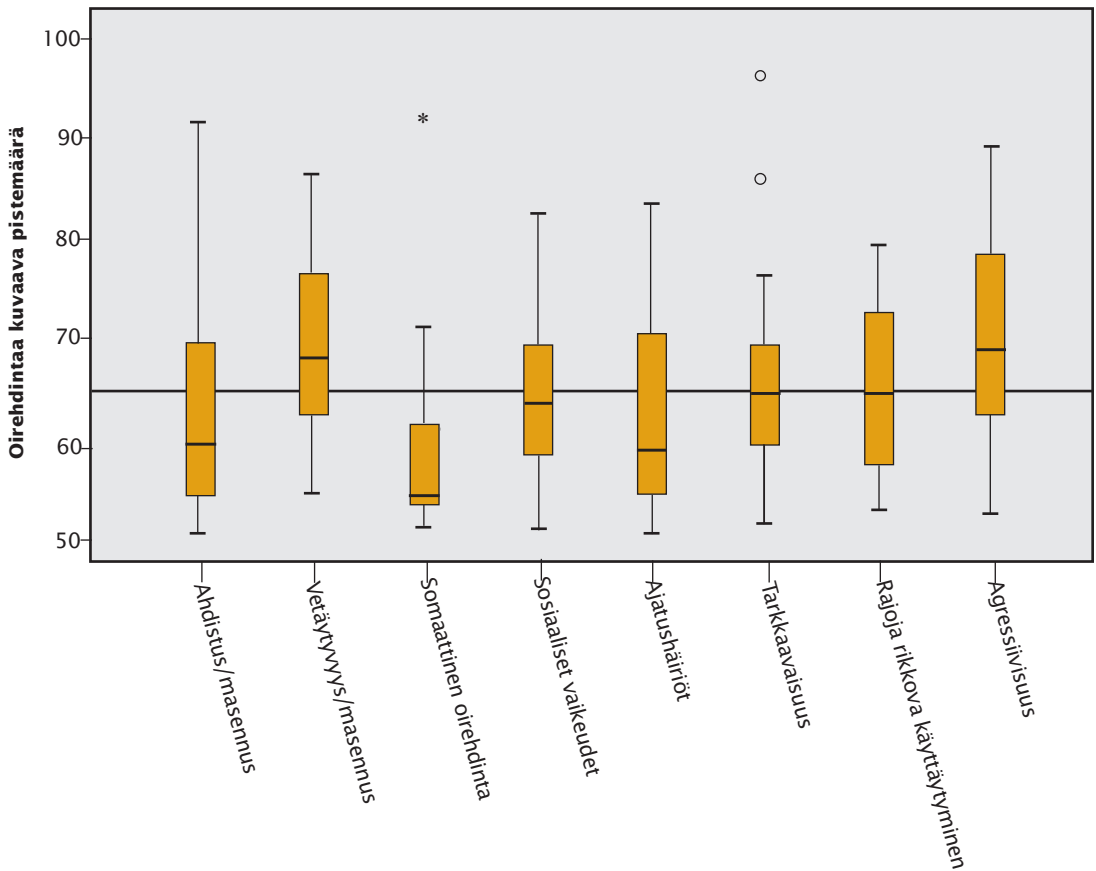
Kuva 3. Kotiin palaavien lasten oireprofiili omahoitajan arvioimana.

Kotiin palaavien lasten (N=12) saamat pistemäärät kahdeksalla eri osa-alueella omahoitajan lähtötason arvioissa. Osa-alueet ovat: ahdistuneisuus/masennus, vetäytyvyys/masennus, somaattinen oirehdinta, sosiaaliset vaikeudet, ajatushäiriöt, tarkkaavaisuus, rajoja rikkova käyttäytyminen ja aggressiivisuus. Kuvassa laatikoiden keskiviiva kuvaa mediaania, yläraja 75 percenttiä, alaraja 25 percenttiä, jolloin 50 % tapauksista sijoittuu laatikon sisäpuolelle. Laatikon ulkopuolelle piirretty jana ja yksittäiset ympyrällä o merkityt pisteet kuvaavat jakauman ääripäitä. Kriteeripistemäärän 65 kohdalle on piirretty viiva.

oirehdintaa: tarkkaavaisuuden ongelmia, rajoja rikkovaa ja/tai aggressiivista käyttäytymistä. Sen lisäksi enemmistöllä heistä esiintyi myös internalisoivaa oirehdintaa, ahdistuneisuutta tai masentuneisuutta. Sosiaaliset vaikeudet ja ajatushäiriöt olivat tavallisia, ja kolmasosalla lapsista somaattinen oirehdinta ylitti kriteeripistemäärän (65 p). Intensiivihoidon jälkeen joka neljäs heistä palasi kotiin, puolet siirtyi laitoshoittoon, yksi lapsi ammatilliseen perhekotiin ja kaksi lasta EVA-yksikköön (taulukko 4).

Pohdinta

Tutkimushypoteesi sai vahvistusta siten, että sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän oirehdinta näytti sekä omahoitajan että vanhemman arvion mukaan olevan voimakkaampaa kuin kotiin palaavien lasten ryhmässä. Omahoitajan arvion mukaan sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän psyykinen oirehdinta oli voimakkaampaa sekä tutkimuksen lähtö- että seurantavaiheessa, kun taas vanhempien arvion mukaan se oli voimakkaampaa seurantavaiheessa. Koulussa opettajien arvion mukaan kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän psyykinen oirehdinta ei selvästi eronnut tutkimuksen lähtö- eikä



Kuva 4. Sijaishuollossa jatkavien lasten oireprofiili omahoitajan arvioimana.

Sijaishuollossa jatkavien lasten (N=18) saamat pistemäärät kahdeksalla eri osa-alueella omahoitajan lähtötason arvioissa. Osa-alueet ovat: ahdistuneisuus/masennus, vetäytyvyys/masennus, somaattinen oirehdinta, sosiaaliset vaikeudet, ajatushäiriöt, tarkkaavaisuus, rajoja rikkova käyttäytyminen ja aggressiivisuus. Kuvassa laatikoiden keskiviiva kuvaa mediaania, yläraja 75 percenttiä, alaraja 25 percenttiä, jolloin 50 % tapauksista sijoittuu laatikon sisäpuolelle. Laatikon ulkopuolelle piirretty jana ja yksittäiset asteriksilla * ja ympyrällä o merkityt pisteet kuvaavat jakauman ääripäitä. Kriteeripistemäärän 65 kohdalle on piirretty viiva.

seurantavaiheessa, vaikkakin merkkejä voimakkaammasta ulospäin suuntautuvasta oirehdinnasta oli nähtävissä sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä.

Tutkimushypoteesi sai vahvistusta myös siten, että omahoitajan arvion mukaan kotiin palaavien lasten toimintakyky keskimäärin oli hoidon alkaessa parempi kuin sijaishuollossa jatkavilla lapsilla. Toisaalta molemmissa ryhmissä se jäi enemmistöllä varsin heikoksi ja vastasi kliinisesti oirehtivan ryhmän mataltunutta toimintakykyä (Achenbach & Rescorla 2001). Siten molempien ryhmien lapset tarvitsevat psykiatriseen hoitoon saumatto-

masti nivoutuvaa tukea sosiaalisten taitojen ja koulunkäynnin vahvistumiseksi, harrastusten aloittamiseksi ja kehitystä tukevan kaveripiiriin löytämiseksi. Tarkasteltaessa lasten oireprofiileja ja toimintakykyä huomataan, että sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä oli enemmän lapsia, joiden oireprofiili oli laaja-alainen ja kompleksinen siten, että siinä esiintyi samanaikaisesti sekä voimakasta eksternalisoivaa ja internalisoivaa oirehdintaa että erilaisia sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksia, realiteettitajun haurautta, psykosomaattisia oiremuotoja sekä toimintakyvyn rajoituksia. Näiden laaja-alaisen oiremuotojen

Taulukko 4. Laajan oireprofiilin omaavien lasten ryhmä, N=12.

		Psykkisen oirehinnan laaja-alaisuus omahoitajan arvioimana hoidon alussa										Ensisijainen diagnoosi	Neuro-psykiatrinen oirehdinta	Minne hoidon päätyttyä
		Internaaliset oireet					Eksternaaliset oireet							
Osa- alueet ≥ 65 pm.	Ahd./ mas.	Vet./ mas.	Som. oir.	Sos. vaik.	Ajat. häir.	Tark.	Raj. rik. käyt.	Agg.	Summa pm.					
1	7	+	+	+	+	+	-	+	77	F84.8	F90.0, F80.1	Sijaishoitoon		
2	7	+	+	+	+	+	-	+	83	F92.8	-	Sijaishoitoon		
3	6	+	-	+	+	+	+	+	74	F92.9	F81.3	Sijaishoitoon		
4	6	-	+	+	+	+	+	+	72	F84.9	F84.9	Sijaishoitoon		
5	6	+	+	-	+	+	+	+	73	F92.8	F81.9	Sijaishoitoon		
6	5	-	+	-	+	+	+	+	68	F92.9	-	Sijaishoitoon		
7	5	-	+	-	+	+	+	-	71	F84.9	F90.0, F81.9	Sijaishoitoon		
8	4	+	+	+	+	-	-	-	68	F92.9	-	Sijaishoitoon		
9	4	-	-	-	+	+	+	+	73	F92.8	F81.0, F81.1	Sijaishoitoon		
10	4	-	-	-	+	+	+	+	78	F92.9	F81.0, F81.1	Kotiin		
11	4	-	+	-	+	-	+	+	69	F92.8	F81.3	Kotiin		
12	4	+	-	-	+	-	+	+	63	F32.2	-	Kotiin		

Lyhenteet: Ahd./mas.=Ahdistuneisuus/masennus, Vet./mas.=Vetäytyvyys/masennus, Som. oir.=Somaattiset oireet, Sos. vaik.=Sosiaaliset vaikeudet, Ajat. häir.=Ajatus häiriöt, Tark.=Tarkkaavaisuus, Raj. rik. käyt.=Rajoja rikkova käyttäytyminen, Agg.=Aggressiivinen käyttäytyminen.

Taulukkoon on merkitty, kuinka monella eri osa-alueella lapsen oirehdinta saavutti kriteeripistemäärän + ja kuinka monella osa-alueella se jäi kriteeripistemäärän alapuolelle - .

kuntouttaminen on tärkeää, koska esimerkiksi lapsuusiän käytöshäiriöt yhdistyessään internalisoivaan oirehdintaan lisäävät riskiä varhaisaikuisuuden mielenterveyden ongelmien ja rikollisen käyttäytymisen kasautumiselle (Sourander ym. 2007). Erityisesti sijaishuollossa jatkavien lasten oirekuvan laaja-alaisuus ja kompleksiseen traumareagointiin viittaavan oirehdinnan runsaus (vrt. Pasanen ym. 2015a) asettaa suuria haasteita hoitoprosessille (Wieland 2011).

Samasta aineistosta tehdyssä rinnakkais- tutkimuksessa (Pasanen ym. 2015b) kotiin palaavat ja sijaishuollossa jatkavat lapset eivät taustatietojen ja vanhempien kertomusten perusteella eronneet toisistaan kysytyjen ylisukupolvisten ja varhaisten riskitekijöiden kasautumisen eivätkä myöskään kehityksellisten, käyttäytymisen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksien osalta. Moninaisten varhaisten riskitekijöiden ja kehityksellisten vaikeuksien kasautuvuus oli molemmissa ryhmissä huolestuttavan voimakasta. Molemmissa ryhmissä lasten taustassa oli myös paljon toistuvia lastensuojelusijoituksia ja sairaalahoidonjaksoja, jotka osaltaan ovat voimistaneet lasten perusturvattomuuden kokemuksia (Hodges & Tizard 1989) ja sitä kautta oirekäyttäytymisen kierrettä (Ford ym. 2007; Tarren-Sweeney 2008b). Molempien ryhmien lasten kohdalla oli näkyvissä merkkejä hitaasti reagoivan (Törrönen & Mäenpää 1995; Mäenpää & Törrönen 1996), ns. ”tihkuvan” lastensuojelumallin (Hurtig 2003) toteutumisesta, jossa lapset joutuvat liian kauan odottamaan riittävän tukevia ja pitkäkestoisia hoidollisia interventioita. Tämä selittää osaltaan lasten oirekäyttäytymisen voimakkuutta (Honkinen & Pasanen 2011) ja kompleksisuutta (vrt. Tarren-Sweeney 2008b; Wieland 2011) siinä vaiheessa, kun heidät sijoitetaan intensiivihoidon erityisyksikköön.

Suppean aineistokoon ja aineistokadon lisäksi tutkimustulosten luottavuuden arvioinnissa on huomioitava lasten huostaanoton ja sijoituksen mahdollinen vaikutus kyselylomakevastauksiin. Osa vanhemmista kertoi, että heidän on vaikeata vastata kyselylomakkeisiin, kun he ovat tavanneet lastaan vähemmän

laitossijoituksen aikana, eivätkä siten niin tarkasti tiedä, miten lapsi käyttäytyy arjessa. Kotiharjoittelut sijoittuvat käytännön järjestelyiden, kuten vanhempien työvuorojen, vuoksi yleensä viikonloppuihin. Omahoitajien ja erityisluokan opettajien kyselylomakevastausten kohdalla on etukäteisohjeistuksesta huolimatta syytä huomioida keskimääräistä voimakkaammin oirehtivan viiteryhmän mahdollinen vaikutus vastauksiin. Toisaalta omahoitajien arvioiden luotettavuutta osaltaan tukee se, että jo heidän lähtöarvioinneissaan kotiin palaavien ja toisaalta sijaishuollossa jatkavien lasten oirehdinta oli keskimäärin erilaisista. Omahoitajien ja opettajien vastausten eroa selittää osaltaan se, että osastohoidon yhtenä keskeisenä tavoitteena on antaa tilaa lapsen kokemuksille ja oirehdinnalle, kun taas koulussa keskeinen tavoite oppimisen ohella on koululais- ja ryhmätaitojen vahvistuminen. Tulevaisuudessa olisi tarpeellista saada tarkempaa tietoa siitä, voidaanko lasten laaja-alaisen oiremuotojen sisällä erotella joitakin keskeisiä suojaavia ja riskitekijöitä, esimerkiksi neurokognitiivisia kykyjä/erityisvaikeuksia, joiden muuttamisella voitaisiin vaikuttaa hoitoprosessin etenemiseen. Tarkempaa tietoa tarvittaisiin myös siitä, minkälaisia interaktiivisia vaikutuksia lapsen pitkään jatkuneella laaja-alaisella oirehdinnalla on perhedynamiikkaan, kuten vanhempien voimavaroihin, toimintakykyyn ja sisarusten psyykkiseen vointiin. Ylisukupolvisten suojaavien ja riskitekijöiden vaikutusten tunnistaminen olisi myös tärkeää.

Erityisesti sijaishuollossa jatkavien lasten kohdalla näkyi merkkejä Tarren-Sweeneyn (2008a; 2010; 2013; 2014) tutkimuksissaan korostamista laaja-alaisista ja kompleksisista oirekäyttäytymisen muodoista, joiden kuntouttamisessa tarvitaan uudenlaisia kokonaisvaltaisia, lapsen kehitysympäristön suojaavia ja riskitekijöitä huomioivia hoitomalleja. Tarkasteltaessa sijaishuollossa jatkavien lasten sijoittumista intensiivihoidon jälkeen huomataan, että selvän enemmistön heistä arvioitiin tarvitsevan tukevaa laitoshoitoa kasvunsa ja kehityksensä tueksi vielä intensiivihoidonjakson jälkeen, joten siltä osin intensiivihoido-

näyttää asettuvan osaksi laajempaa hoitojakumoa. Samasta aineistosta tehdyssä rinnakkaistutkimuksessa (Pasanen ym. 2015b) tuli esille, että hoidon jälkeistä perheen yhdistymistä selittää osaltaan perheiden toimintakyky ja erityisesti vanhemmuutta tukevan kiintymyssuhteen vahvistuminen hoitojakson aikana. On kuitenkin tärkeää, että myös sijaishuollossa jatkavien lasten vanhempien kanssa työskennellään aktiivisesti, jolloin keskeinen osa perhetyötä liittyy mm. jatkosijoituksen ja osavanhemmuuden työstämiseen. Sijaishuollossa jatkavan lapsen pidemmän ajan identiteetin muotoutumisen kannalta osavanhemmuuden hyväksymisellä ja vahvistumisella on tärkeä merkitys ja se tukee perhesuhteiden jatkuvuutta (Ekholm 2013; Valkonen & Pasanen 2012). Perheiden tilanteiden jäsentymistä intensiivihoidon aikana kuvastaa osaltaan se, että seurantavaiheessa vanhempien arvion mukaan sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän kokonaisuirehdinta oli keskimäärin voimakkaampaa kuin kotiin palaavien lasten ryhmässä.

Tulevaisuudessa lastensuojelun ja terveydenhuollon integroivien palveluiden kehittämisessä olisi huomioitava entistä paremmin laaja-alaisesti oirehtivien lasten erityiset hoidon- ja kuntoutustarpeet sekä sijaishuollon aikana että ennaltaehkäisevässä työssä. Kun otetaan huomioon lasten pitkään jatkuneet moninaiset vaikeudet, oirekuvan kompleksisuus ja sijoitushistorian katkonaisuus, on selvää, että lastensuojelu- ja terveydenhuoltojärjestelmän ennaltaehkäiseviä ja varhaisen tuen integroivia palveluita täytyisi edelleen kehittää. Lasten syrjäytymisriskiä lisäävät erityisvaikeudet (Katajamäki 2015, Seppälä 2010) ja niiden negatiivinen interaktio perhedynamiikan ja muun kehitysympäristön kanssa olisi saatava jo vuosia aikaisemmin sellaisen palvelujärjestelmän piiriin, joka on kokonaisvaltainen, turvaa riittävän jatkuvuuden ja integroi joustavasti eri hoidollisia viitekehyksiä. Varhainen lapsen, perheen ja lähiverkoston voimavarojen ja kykyjen tunnistaminen ja pitkäjänteinen tukeminen voi huomattavasti vähentää kasautuneiden biopsykososiaalisten riskitekijöiden (Tarren-Sweeney 2008a, 2008b) vaikutuksia

ja ehkäistä lapsen käyttäytymisen ja perhedynamiikan negatiivisia eskalaatiokierteitä pidemmällä aikavälillä. Päivähoito- ja alakouluiäisten lasten perheille tarjottujen palveluiden supistaminen on lastensuojelun erityisyksiköiden toiminnan näkökulmasta varsin lyhytnäköistä: se johtaa säästöjen sijasta muutaman vuoden viiveellä viimesijaisten lastensuojelu- ja lastenpsykiatristen palveluiden kysynnän ja kustannusten selvään kasvuun.

Tiivistelmä

Tutkimuksessa selvitettiin lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psyykkisen oirehdinnan laaja-alaisuuden yhteyttä hoitojakson jälkeiseen perheen yhdistymiseen. Tutkimusotokseksi valittiin kaikilta intensiivihoidon osastoilta kaikki ne 7–12-vuotiaat suomea äidinkielenään puhuvat lapset ja heidän perheet, joiden hoito alkoi välillä 1/2007–3/2009. Yhteensä osallistujia oli 30, joista tyttöjä oli 6 ja poikia 24. Tutkimuksessa verrattiin hoitojakson jälkeen kotiin palaavien (N=12) ja sijaishuollossa jatkavien lasten (N=18) psyykkisen oirehdinnan laaja-alaisuutta vanhempien, omahoitajien ja opettajien täyttämien kyselylomakevastausten (CBCL ja TRF) perusteella hoidon alkaessa ja 11–17 kuukauden kuluttua hoidon alusta.

Tulosten mukaan sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmän oirehdinta näytti sekä omahoitajan että vanhemman arvion mukaan olevan voimakkaampaa kuin kotiin palaavien lasten ryhmässä. Sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmässä oli enemmän lapsia, joiden oireprofiili oli laaja-alainen siten, että siinä esiintyi samanaikaisesti voimakasta eksternalisoivaa ja internalisoivaa oirehdintaa ja erilaisia sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksia, realiteettitajun haurautta ja psykosomaattisia oiremuotoja. Riittävän varhainen puuttuminen lasten laaja-alaisiin oiremuotoihin olisi tärkeää, koska niiden kuntouttaminen on hidasta ja ne muodostavat voimak-

kaan riskitekijän myöhemmin ilmenevien mielenterveyden ongelmien ja rikollisen käyttäytymisen kasautumiselle.

Avainsanat: lastensuojelun erityisyksikkö, psyykkisen oirehinnan laaja-alaisuus, perheen yhdistyminen

Abstract

Mental health symptom complexity of the children placed in residential child care – Comparing children who return home and who continue in foster or residential care after intensive residential treatment

The aim of this study was to examine the relationship between children's mental health symptom complexity to family reunion after the residential treatment. The target group consisted of all Finnish-speaking children aged 7–12 placed in intensive residential care under the Helsinki Deaconess Institute and admitted into treatment between January 2007 and March 2009. In total there were 30 participants, 6 girls and 24 boys. This study set out to compare mental health symptom complexity of children who returned home (N=12) and children who continued in foster or residential care (N=18) after the intensive residential treatment, using parents, caretakers and teachers answers in questionnaires (CBCL and TRF) at the outset of care and 11–17 months later.

According to parents and caretakers the children who continued in foster or residential care (N=18) had stronger symptoms than the children who returned home (N=12) after the intensive residential treatment. The children who continued in foster or residential care had more complex symptoms, with internal, external and overall symptoms at the same time. Early prevention would be important, because complex symptoms rehabilitation takes time and they are severe risk factors for mental health and criminal behaviour in later life.

Keywords: intensive residential treatment, complex symptomatology, family reunion

Timo Pasanen, psykologi, FT, psykoanalyttikko, Helsingin Diakonissalaitos, lapsi- ja perhetyö

Kati Katajamäki, neuropsykologiaan erikoistuva psykologi, neuropsykologi (ET), PsM, Helsingin Diakonissalaitos, lapsi- ja perhetyö

Tuija Ästedt, VTM, eMBA, lapsi- ja perhetyön johtaja, Helsingin Diakonissalaitos, lapsi- ja perhetyö

Irma Jaakkola, psykologi, PsM, Vantaan kaupunki, lastensuojelu, Tammirinteen vastaanottokoti

Lähteet

- Achenbach T (1991a) Manual for the child behaviour checklist/4–18 and 1991 profile. University of Vermont.
- Achenbach T (1991b) Manual for the teacher's report form and 1991 profile. University of Vermont.
- Achenbach T, Rescorla L (2001) Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Chambers M, Saunders A, New B, Williams C, Stachurska A (2010) Assessment of children coming into care: Processes, pitfalls and partnerships. *Clinical child psychology and psychiatry* 15, 510–526.
- Egelund T, Lausten M (2009) Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and family social work* 14, 156–165.
- Ekhholm E (2013) "Mä en olisi tässä nyt." Nuorten kokemusasiatuntijoiden mielipiteitä Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta. HDL-raportti 1/2013. https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/HDL_Raportti1_2013_Ekhholm_netti.pdf (luettu 18.11.2014).
- Espoon Keinumäen koulun kotisivut: <http://www.es-poo.fi/keinumaenkoulu> (luettu 19.20.2014).
- Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R (2007) Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *The British Journal of Psychiatry* 190, 319–325.
- Haapasalo-Pesu K-M (2012) Sillan rakennusta lastensuojelulaitosten ja nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella. Teoksessa: E Timonen-Kallio & T Pelander (toim.) Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinoilla. Turun ammattikorkeakoulu, Turku.
- Helsingin diakonissalaitoksen kotisivut, <https://www.hdl.fi/fi/> (luettu 20.10.2014).
- Hodges J, Tizard B (1989) Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *The Journal*

- of Child Psychology and Psychiatry 30, 77–97.
- Honkinen A, Pasanen T (2011) Intensiivihoidon sijoitettujen lasten psyykinen oirehdinta ja sen muuttuminen hoidon aikana. *Yhteiskuntapolitiikka* 3, 251–263.
- Hukkanen R (2002) Psychosocial problems of children placed in children's homes. *Annales Universitatis Turkuensis. Series D* 524. Turun yliopisto.
- Hurtig J (2003) Lasta suojelemissa – etnografia lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Kaivosoja M (1996) Pakko auttaa: tutkimus mielen-terveyslain säätämisen heijastumisesta alaikäisten pakkoauttamiskäytäntöihin vuosina 1991–1993. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2.
- Kataja K, Ristikari T, Paananen R, Heino T, Gissler M (2014) Hyvinvointiongelmien ylisukupolviset jatkumot kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten elämässä. *Yhteiskuntapolitiikka* 1, 38–54.
- Katajamäki K (2015) Intensiivihoidon sijoitettujen 7–12-vuotiaiden lasten neurokognitiivinen suoriutuminen vuoden hoitajakson aikana. *Julkaisematton käsikirjoitus*.
- Keinumäen koulun kotisivut, <http://www.espo.fi/keinumäenkoulu> (luettu 20.10.2014).
- Kestilä L, Paananen R, Väisänen A, Muuri A, Merikukka M, Heino T, Gissler M (2012) Kodin ulkopuolelle sijoittamisen riskitekijät – rekisteripohjainen seuranta tutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. *Yhteiskuntapolitiikka* 77, 34–52.
- Kitinoja M (2005) Kujan päässä koulukoti: tutkimus koulukoteihin sijoitettujen lasten lastensuojelunasiakkuudesta ja kouluhistoriasta. *Tutkimuksia, Stakes* 150.
- Knorth E, Harder A, Zandberg T, Kendrick A (2008) Under one roof: a review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and Youth Services Review* 30, 123–140.
- Känkänen M, Pösö T (2009) Lastensuojelun laitoshuollon vaikuttavuus. Teoksessa: T Heino (toim.) *Eriytyinen lapsuus – erityinen yhteiskunnallinen vastuu. Mitä lastensuojelusta tiedetään ja mitä päätöksentekijän pitäisi siitä tietää?* Taustamateriaalia sektoritutkimuksen neuvottelukunnalle.
- Lastensuojelulaki, <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417> (luettu 20.11.2014).
- Lehto-Salo P (2011) Koulukotisijoitus – nuoren toinen mahdollisuus? Mielenterveyden häiriöiden, oppimisvaikeuksien ja perheongelmien kirjo kehittämissaasteena. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- Manninen M (2013) Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrisen oirekuva ja ennuste. *Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy*.
- Minnis H, Everett K, Pelosi AJ, Dunn J, Knapp M (2006) Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European child & adolescent psychiatry* 15, 63–70.
- Mäenpää J, Törrönen M (1996) Dokumentoitu Lapsi. Miten Lapsi Näkyy Lastensuojelun Asiakirjoissa? *STAKES Aiheita* 4, Helsinki.
- Pasanen T (2001) Lastenkodin asiakaskunta. Psykiatrisen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehinnasta sekä hoidon tarpeesta. Sarja C. *Scripta Lingua Fennica* Edita, Turku.
- Pasanen T, Katajamäki K, Martikainen S, Åstedt T (2015a) Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psykiatrisen oirehdinta, tarkkaavaisuus ja toimintakyky: intensiivihoidotuksen jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu. *Yhteiskuntapolitiikka* 80; 4: 350–364.
- Pasanen T, Katajamäki K, Åstedt T (2015b) Ylisukupolvisten ja varhaisten riskitekijöiden sekä perheen toimintakyvyn yhteys perheen yhdistymiseen intensiivihoidotuksen jälkeen. *Perheterapia* 2, 22–38.
- Pilowsky D (1995) Psychopathology among children placed in family foster care. *Psychiatric Services* 46, 906–910.
- Reinikainen S (2009) Nuorisokodista maailmalle. Kokemuksia nuorisokodissa elämisestä ja aikuisiässä selviytymisestä. Helsingin yliopisto: Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 224.
- Sawyer M, Carbone J, Searle A, Robinson P (2007) The mental health and wellbeing of children and adolescents in home-based foster care. *Medical Journal of Australia* 186, 181–184.
- Seppälä H (2010) Oppimisvaikeudet ja syrjäytymisen uhkakuvat. Teoksessa: V Närhi, H Seppälä & P Kuikka (toim.) *Laaja-alaiset oppimisvaikeudet*. Jyväskylä, Niilo Mäki Instituutti.
- Shin S H (2005) Need for and actual use of mental health services by adolescents in the child welfare system. *Children and youth services review* 27, 1071–1083.
- Sophie Mannerheimin koulun kotisivut, <http://www.hel.fi/hki/soph/fi/Etusivu> (luettu 20.10.2014).
- Sourander A, Hukkanen R, Piha J (1997) Mental health among children in children's homes and in psychiatric hospital. *Psychiatria Fennica* 28, 183–191.
- Sourander A, Jensen P, Davies M, Niemelä S, Elonheimo H, Ristikari T, ...Almqvist F (2007) Who Is at Greatest Risk of Adverse Long-Term Outcomes? The Finnish From a Boy to a Man Study. *Jour-*

- nal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 46 (9), 1148–1161. doi:10.1097/chi.0b013e31809861e9.
- Sullivan D J, van Zyl M A (2008) The well-being of children in foster care: exploring physical and mental health needs. *Children and youth services review* doi:10.1016/j.childyouth.2007.12.005.
- Tarren-Sweeney M (2007) The Assessment Checklist for Children-ACC: A behavioural rating scale for children in foster, kinship and residential care. *Children and youth services review* 29, 672–691.
- Tarren-Sweeney M (2008a) The mental health of children in out-of-home care. *Current opinion in psychiatry* 21, 345–349.
- Tarren-Sweeney M (2008b) Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and youth services review* 30, 1–25.
- Tarren-Sweeney M (2010) It's time to rethink mental health services for children in care and those adopted from care. *Clinical child psychology and psychiatry* 15, 612–626.
- Tarren-Sweeney M (2013) An investigation of complex attachment- and trauma-related symptomology among children in foster and kinship care. *Child Psychiatry Hum Dev* 44, 727–741.
- Tarren-Sweeney M (2014) Our twenty-first century quest: locating effective mental health interventions for children and young people in care, and those adopted from care. Teoksessa: T Tarren-Sweeney & A Vetere (toim.) *Mental health services for vulnerable children and young people. Supporting children who are, or have been, in foster care.* Oxon, Routledge.
- Tarren-Sweeney M, Hazell P (2006) The mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of pediatrics and child health* 42, 91–99.
- Tilasto hoidosta lähteneistä lapsista ja nuorista vuosi 2001–2009. Intensiivihoidon arkisto, seurantatilasto.
- Törrönen M, Mäenpää J (1995) *Lapsen Tie Laitokseen.* STAKES 5, Helsinki.
- Valkonen M, Pasanen T (2012) Nuorten kokemuksia Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta. *Yhteiskuntapolitiikka* 3, 302–309.
- Vaughan E, Feinn R, Bernard S, Brereton M, Kaufman J (2014) Relationships between child emotional and behavioural symptoms and caregiver strain and parenting stress. *Journal of Family Issues* 4, 534–556.
- Wieland S (2011) Dissociation in children and adolescents: what it is, how it presents, and how we can understand it. Teoksessa: S Wieland (toim.) *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Interventions.* Routledge: New York.