

Varhaisen avun viiveet lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa

Lasten oireilun varhainen tunnistaminen ja viiveetön avun tarjoaminen mahdollistavat lapsiperheiden tuen peruspalveluissa, jolloin auttamisen mahdollisuuksia on vielä runsaasti. Artikkelissa kuvataan lapsen varhaisen avun saavuttamisessa esiintyvää viivettä 0–7-vuotiaan lapsen kehityksen pulmatilanteissa. Tutkimusaineisto muodostui yhden terveyskeskuksen lastenneuvolatyötä tekevien terveydenhoitajien (n = 8) ja erityistyöntekijöiden (n = 3) teemahaastatteluista sekä terveyskeskuspsykologin vastaanotolla kehityksellisten tai psyykkisten vaikeuksien vuoksi käyneiden lasten potilasasiakirjoista (n = 10) ja näiden lasten äitien (n = 8) teemahaastatteluista. Ammattilaisten näkemysten mukaan viiveetön avun saaminen toteutuu melko hyvin. Sekä potilasasiakirjojen että lasten vanhempien käsityksen mukaan useiden lasten avun saannissa esiintyi viivettä. Viiveen selityksenä ammattilaiset korostivat vanhempien osuutta viiveeseen ja vanhemmat puolestaan ammattilaisten, vaikka molemmat toivat esiin myös oman toimintansa osuutta viiveen syntymiseen. Tulokset auttavat hahmottamaan varhaisen avun saavutettavuuden erilaisia todellisuksia.

**ANNE TUOMINEN, TARJA KETTUNEN, PIRJO LINDFORS, RIITTA HJELT,
TUOVI HAKULINEN-VIITANEN**

JOHDANTO

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma linjaa kansallista terveystaloutta painottaen terveyden edistämistä. Lasten osalta tavoitteena on hyvinvoinnin lisääntyminen, terveydentilan paraneminen ja lasten turvattomuuteen liittyvien oireiden kuten mielenterveysongelmien ja häiriintyneen sosiaalisen kehityksen merkittävä väheneminen. Toimintatavoissa korostetaan lasten kehitysympäristöjen terveyttä edistävää roolia ja syrjäytymisuhassa olevien lasten ja lapsiperheiden tukemista sekä yhteistyötä. (STM 2001.)

Suurin osa lapsista voi hyvin (Mäki ja Laatikainen 2010) ja lasten enemmistön hyvinvointi on pysynyt ennallaan tai parantunut. Yhteiskunnallisessa keskustelussa on kuitenkin toistuvasti tuotu esille huoli lasten ja perheiden pahoinvoinnista. Tilastojen mukaan kodin ulkopuolelle sijoitettujen ja huostaan otettujen lasten määrät ovat

korkeat (THL 2010). Lasten ongelmien taustalla on usein vanhempien ongelmia kuten mielenterveysongelmia, väkivaltaa tai päihteiden käyttöä (Yuh ym. 2006, Beardslee ym. 2007, Sarkkola ym. 2007). Nämä vanhempien ongelmat haittaavat optimaalisen vanhemmuuden ja perhesuhteiden toteutumista, jotka puolestaan ovat yhteydessä lapsen kehityksellisiin ja psyykkisiin vaikeuksiin (Weissman ym. 2006, Solantaus ja Paavonen 2009). Lastensuojelulaissa (417/2007) ja terveydenhuoltolaissa (1326/2010) korostetaan lapsen ja perheen erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhaista tunnistamista sekä lapsen ja perheen tukemista ja tarvittaessa tutkimuksiin tai hoitoon ohjaamista. Peruspalvelut nähdään osana ehkäisevää lastensuojelutyötä.

Samanaikaisesti lasten kasvavan palvelutarpeen (Rimpelä 2008) kanssa keskustellaan saata-villa olevien palveluiden riittävydestä ja siitä,

tunnistetaanko lasten ja perheiden tarvitsema tuki riittävän aikaisin. Lasten ja vanhempien tuen tarpeen mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja oikea-aikainen tukeminen saattavat ehkäistä psyykkisten ja kehityksellisten ongelmien vaikeutumista (Puura ym. 2002, Solantaus ym. 2010). Viiveetön avun tarpeen tunnistaminen mahdollistaa varhaisen tuen tarjoamisen sellaisessa vaiheessa, jolloin auttamisen keinoja ja vaihtoehtoja on vielä runsaasti. Tässä vaiheessa valtaosaa lapsista ja perheistä pystytään auttamaan peruspalveluissa ja erityistason hoitoa tarvitsevat voidaan ohjata viiveettä eteenpäin.

Suomessa lähes kaikki pikkulapsiperheet ovat julkisen palvelujärjestelmän asiakkaita. Lastenneuvola on järjestelmistä kattavin ja lastenneuvolapalveluita käyttämättömien osuus on arvioitu vain puoleksi prosentiksi (Leino ym. 2007). Lastenneurolat tavoittivat vuonna 2007 ainakin 402 600 neuvolaikäistä lasta ja lastenneuvolaikäntejä oli yli 1,3 miljoonaa. Valtaosa alle kouluikäisistä lapsista tavoitetaan myös varhaiskasvatuspalvelujen kautta. Vuonna 2007 päivähoitossa oli 62 prosenttia alle kouluikäisistä lapsista. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008.) Varhaiskasvatuksen periaatteiden mukaisesti lapsen tarvitsema tuki järjestetään mahdollisimman pitkälle osana tavallisia kasvatuspalveluja. Tuen tarpeen havaitseminen edellyttää lapsen kehityksen hyvää tuntemusta. (Heinämäki 2005.) Neuvola ja päivähoito ovat keskeisiä tahoja lasten ongelmien havaitsemisessa, tuen antamisessa ja hoitoon ohjaamisessa (Santalahti ym. 2009).

Lastenneuvolatoiminnan yleistavoitteena on lasten fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä perheiden hyvinvoinnin lisääntyminen. Valtioneuvoston 1.7.2009 voimaan tullut asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta painottaa erityisen tuen varhaisesta tunnistamisesta osana lapsen määrääikaistarkastuksia. Tuen tarvetta tulee tarvittaessa selvittää neuvolan lisä- ja kotikäynneillä. Erityisestä tuesta on laadittava suunnitelma, jonka toteutumista tulee myös seurata ja arvioida. Tarvittaessa neuvolan on tehtävä yhteistyötä päivähoiton, lastensuojelun, kotipalvelun, erikoissairaanhoidon ja muiden tahojen kesken. (Valtioneuvoston asetus 380/2009, nyk. 338/2011.)

VARHAISEN AVUN SAAVUTTAMINEN

Varhainen tuki, varhainen puuttuminen, varhainen vastuunotto ja varhainen apu ovat käsitteitä,

joita käytetään usein rinnakkaisina eri yhteyksissä (Taskinen 2007). Varhainen puuttuminen painottui Suomessa aluksi tuen tarpeen tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen. Vasta myöhemmin on alettu kiinnittämään huomiota myös toiminnan muutokseen puheeksi ottamisen jälkeen. (STM 2006.) Varhaisen puuttumisen käsite on korvautumassa sanavalinnalla varhainen tuki (Satka 2009), joka voidaan nähdä puuttumisen jatkumona (Heinämäki 2005). Lindqvist (2008) määrittää varhaisen tuen tavoitteeksi lapsen hyvinvoinnin, jota voidaan edistää vanhemmuutta ja perhettä tukemalla. Hän tarkastelee varhaista tukea kolmesta eri näkökulmasta. Ensiksi, tuki on ajallisesti varhaista, kun lapsi on pieni ja perhe on nuori. Toiseksi, tuki on varhaista, kun ongelmiin tartutaan pienten oireiden ilmetessä. Kolmantena näkökulmana Lindqvist pitää toiminnan rakenteisiin ja alueellisiin ja yhteiskunnallisiin riskitekijöihin puuttumista. Satka (2009) on kritisoinut varhaisen puuttumisen ideologiaa siitä, että se on legitimoinut välinpitämättömyyden, jolla julkinen valta suhtautuu rakenteelliseen hyvinvoinnin edistämiseen ja ongelmien ehkäisyyn, korostamalla jo ilmaantuneisiin ongelmiin puuttumista.

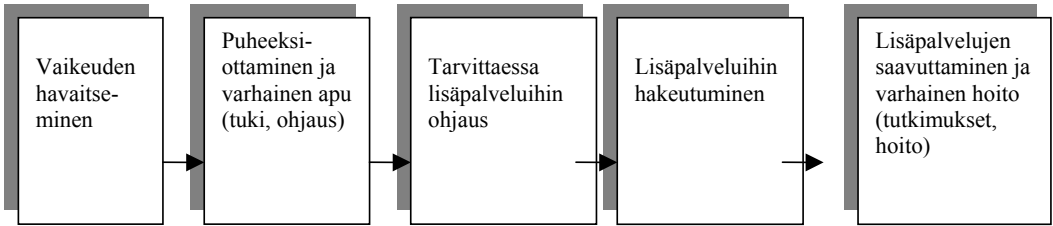
Kaikkiaan varhainen tuki ja sen rinnakkaisilmaisut ovat käsitteinä, toimintoina ja työorientaatioina vielä epäselviä ja vakiintumattomia. Taustaltaan ne ovat monille tuntemattomia ja toimintoina vielä uusia ja jatkuvan kehittämisen kohteita. (Lindqvist 2008.) Tässä tutkimuksessa käytetään lasten ja heidän perheidensä saamasta tuesta lapsen kehityksellisiin ja psyykkisiin vaikeuksiin nimitystä varhainen apu. Varhainen viittaa tässä yhteydessä kolmeen seikkaan: neuvolaikäiseen lapseen, lapsen vaikeuteen puuttumiseen heti havaitsemisen jälkeen ja avun tarjoamiseen peruspalveluissa.

Varhaisen avun viiveetöntä saamista voidaan tarkastella monesta näkökulmasta. Keskeisiä tarkastelutapoja ovat avun saamisen kesto ja oikea-aikaisuus, palveluiden ja asiakkaiden tarpeiden kohtaaminen, asiakkaiden kokemaa hyötyä palveluista sekä asiakkaiden tietoisuus saatavilla olevista palveluista. Avun saamisessa syntyvää viivettä tarkastellaan erityisesti palvelujen saatavuuden ja niiden saamisen keston näkökulmasta.

Prosessin kulku varhaisen avun saavuttamiseksi (Ikäheimo 1999) ei ole suoraviivainen, vaan se on erilainen eri lapsilla (Kuvio 1). Vaikeus voidaan havaita lapsen kotona tai lähipiirissä, sekä usein myös neuvolassa tai päivähoitossa. Koska

Kuvio 1.

Varhaisen avun saavuttamisen –prosessi (mukaillen Ikäheimo 1999, 42)



valtaosa lapsista on neuvolan ja varhaiskasvatuksen palveluiden piirissä, vaikeus otetaan puheeksi tavallisimmin juuri näissä palveluissa. Prosessi voi tällöin käynnistyä vanhempien, neuvolan tai päivähoidon aloitteesta. Neuvolalla voi olla monta erilaista roolia prosessissa: terveydenhoitaja voi olla havaitseminen, puheeksi ottaja, tukija tai palveluihin ohjaaja. Vanhemmat voivat hakea havaitsemiinsa vaikeuksiin neuvolalta apua tai lapsi on voitu ohjata muualta neuvolaan avun saamiseksi.

Kehityksellisten ja psyykkisten vaikeuksien varhaisen avun viivettä on tutkittu suhteellisen vähän niin kansainvälisesti kuin Suomessa. Kaikkiaan lapsiperheiden neuvolapalveluiden toteutumisen tutkiminen palveluprosessin eri puolet huomioivasta näkökulmasta on vielä vähäistä. Lapsiperheiden ehkäisevät palvelut on organisoitu hyvin eri tavalla eri maissa. Palveluiden ja viiveen syntyprosessin vertailu on haasteellista, koska mm. lähetekäytännöt erityispalveluihin tuen tarpeen ilmetessä ja hoidon koordinaation organisointi vaihtelevat huomattavasti. Esimerkiksi Yhdysvalloissa lastenlääkäreillä on merkittävä rooli peruspalveluissa ja kehityksen seuraamisessa, kun taas monissa muissa maissa, kuten Suomessa, keskeinen rooli on terveydenhoitajalla ja neuvolalla (Kuo ym. 2009). Euroopassa, osana laajaa lasten ja perheiden psykososiaalista hyvinvointia tukevaa kehitys- ja tutkimushanketta (The European Early Promotion Project) on selvitetty eri maissa tarjolla olevia lasten mielenterveys- ja perusterveydenhuollon palveluita. Tutkimuksen mukaan Suomessa ja Iso-Britanniassa on edistytty perheitä tukevissa palveluissa, kun taas Kreikassa, Kyproksella ja Serbiassa on vielä huomattavia puutteita terveydenhuollon infrastruktuurissa ja äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden tarjoamisessa. (Dragonas ym. 2005.)

Kansainvälisesti tarkasteltuna suurimmat esteet lasten kehitysviivästymien varhaisen palve-

luiden toteutumiselle olivat ammattilaisten vaikeudet tunnistaa häiriöitä (Kelleher ja Stevens 2009) sekä vanhempien puutteellinen informointi palvelujärjestelmästä ja lähetekäytännöistä (Hendrickson ym. 2000). Yhdysvalloissa, erityisesti lastenlääkärit, ovat esittäneet, että aikapula, ennaltaehkäisevien perus- ja erityispalveluiden puutteelliset korvausjärjestelmät, koulutettujen ammattilaisten puute, ja perhettä ja lasta tukevien peruspalveluiden niukkuus ovat syitä siihen, miksi lasten ja perheiden tuen tarve täyttyy vain osittain (Schor 2004).

Suomessa hoidon saatavuuden seuranta on pääasiassa jonotusaikojen seuranta. Hoidon saamisen viive mielletään yleisimmin jonotusajaksi, joka alkaa yhteydenotosta tai lähetteen saapumisesta hoitopaikkaan ja päättyy hoitoon pääsyyn (STM 2003). Kuitenkin suuri osa inhimillisestä kärsimyksestä, kustannuksista ja menetetyistä ajasta sijoittuu tämän jonon ulkopuolelle. Todellisuudessa koko aikajänne muodostuu siitä hetkestä, kun asiakkaalle tai potilaalle on syntynyt epätietoisuus havaitsemansa oireen merkityksestä, siihen saakka, kunnes hoito on toteutettu ja potilas toipunut. (STM 2003.) Viivettä tarkastelevissa kotimaisissa tutkimuksissa viitataan useimmiten avun saamisen prosessin johonkin yksittäiseen osaan (havaitseminen, puheeksiottaminen ja tukeminen, eteenpäin ohjaus, palveluihin hakeutuminen ja avun saaminen) liittyvään hitauteen tai hankaluuteen. Näissä tutkimuksissa avun ja palveluiden saamisen viiveettömyyttä selittäväksi tekijöiksi ovat osoittautuneet esimerkiksi neuvolatyon riittämättömät resurssit (Hakulinen-Viitanen ym. 2005), puutteet henkilökunnan kyvyssä tunnistaa ongelmia varhain (Heimo 2002), puuttua niihin ja tarjota tukea (Pönkkö ym. 2005) sekä varhaisten palveluiden vähäisyys (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Myös neuvoloiden epäyhtenäiset käytännöt tietojen, päätelmien ja suunnitelmien kirjaamisessa sekä lapsen psyyk-

kistä vointia kuvaavien mittareiden niukkuus heikentävät osaltaan oikea-aikaisen avun saamista (Borg 2006).

Tutkimuksen kohteena on lapsen käyttäytymisen ja tunne-elämän sekä neurologisen kehityksen avussa esiintyvä viive. Näistä käytetään artikkelissa termiä psyykkiset ja kehitykselliset vaikeudet. Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: 1) millaisia käsityksiä terveydenhoitajilla, terveyskeskuksen erityistyöntekijöillä ja vanhemmilla oli lasten viiveettömän varhaisen avun toteutumisesta, 2) miten terveydenhoitajat, erityistyöntekijät ja vanhemmat selittivät avunsaannin viivettä ja viiveettömyyttä ja 3) millaisena viive näyttäytyi potilasasiakirjoissa?

TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimusaineisto koostui yhden terveyskeskuksen lastenneuvolatyötä tekevien terveydenhoitajien (n = 8) ja erityistyöntekijöiden (n = 3) teemahaastatteluista sekä terveyskeskuspsykologin vastaanotolla psyykkisten tai kehityksellisten vaikeuksien vuoksi käyneiden lasten potilasasiakirjoista (n = 10) ja näiden lasten äitien (n = 8) teemahaastatteluista. Haastatteluteemat noudattelivat varhaisen avun saavuttamisen prosessia (Ikäheimo 1999): viive vaikeuksien havaitsemisessa, puheeksi ottamisessa ja varhaisessa tuessa, lisäpalveluihin ohjaamisessa, palveluihin hakeutumisessa ja palvelujen saavuttamisessa. Samaa haastattelurunkoa käytettiin terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden sekä vanhempien haastatteluissa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta antoi tutkimuksen eettisestä hyväksytyävyydestä puoltavan lausunnon 26.1.2009.

Tutkimusaineiston lasten tulosityitä psykologille olivat mm. tottelemattomuus, tunne-elämän vaikeudet, käyttäytymisongelmat, rauhattomuus, vilkkaus, keskittymättömyys, syömiseen liittyvät ongelmat, tutkimukset autististen piirteiden tai Aspergerin syndrooman epäilyn vuoksi, kehitystason ja kielellisen kehityksen tutkimukset, kouluvalmiustutkimukset sekä huolta aiheuttava perhetilanne. Aloitteen tekijöinä avun saamiseksi lapselle olivat neuvola, neuvola ja lapsen vanhempi yhdessä, päivähoito tai päiväkodissa vierailut psykologi. Osalla lapsista vanhempien kokemaa avun saanti käynnistyi psykologin asiakkuudesta ja osalla se oli käynnistynyt jo aikaisemmin muiden työntekijöiden toimesta. Usealla lapsella vaikeudet olivat monimuotoisia ja heillä oli asiakkuuksia eri tahoilla palvelujärjestelmää. Osalla lapsista eri asiakkuudet liittyivät samaan

vaikeuteen ja osalla taas erilaiset vaikeudet seurasivat toisiaan ja johtivat erilaisiin asiakkuuksiin.

Lasten asiakkuus oli alkanut vuonna 2007 tai 2008. Terveyskeskuspsykologi otti yhteyttä lasten vanhempiin (huoltajiin) ja lähetti heille saatekirjeen, tutkimustiedotteen ja tutkimukseen osallistumista koskevan suostumuslomakkeen. Valittuna ajanjaksona psykologin vastaanotolla kävi 21 tutkimukseen soveltuvaa lasta, mutta vain neljä vanhempaa suostui osallistumaan tutkimukseen määräaikaan mennessä. Uusintakutsun saatuaan kuusi vanhempaa palautti suostumuslomakkeen psykologille. Tämän jälkeen tutkija otti vanhempiin puhelimitse yhteyttä ja varmisti, että suostumuksessa annetut luvat oli ymmärretty. Kaikki kymmenen vanhempaa antoivat luvan tutustua lapsen potilasasiakirjoihin ja haastatella tietojen täydentämiseksi lapsen kanssa toiminutta psykologia. Yhdeksän vanhempaa suostui haastatteluun. Vanhemmat päättivät itse, kumpaa vanhemmista haastatellaan.

Ensimmäiseksi tutkija perehtyi lasten sähköisiin potilasasiakirjoihin ja teki niistä tarvittavat muistiinpanot. Asiakirjojen perusteella kokonaiskuvan ja aikataulun hahmottaminen oli hankalaa. Psykologin haastattelu selvensi kuvaa. Vanhempien teemahaastattelut tehtiin puhelimitse. Haastattelun ajankohta sovittiin etukäteen ja samalla kerrottiin haastattelun sisältö ja teema-alueet. Kaikki haastateltavat vanhemmat olivat äitejä. Yhtä äitiä ei tavoitettu puhelimitse ja tästä syystä aineisto muodostui kahdeksan äidin haastattelusta. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Haastattelut olivat lyhyitä (6–17 min) ja keskittyivät vanhempien kokemuksiin avun saamisen aikataulusta.

Haastateltaviksi terveydenhoitajiksi valittiin pääsääntöisesti lastenneuvolatyötä tekeviä terveydenhoitajia. Terveyskeskuksen erityistyöntekijöistä osallistujiksi valittiin neuvolaikäisten lasten kanssa työskentelevät psykologi, puheterapeutti ja toimintaterapeutti. Haastateltaville lähetettiin etukäteen tiedote tutkimuksesta ja he allekirjoittivat suostumuksen osallistumisestaan tutkimukseen ja haastattelun nauhoittamisesta. Haastattelut kestivät keskimäärin 40 minuuttia.

Aineistot analysoitiin sisällönanalyysillä (Tuomi ja Sarajärvi 2009). Analyysiyksikkö oli ajatuskokonaisuus. Analyysi eteni ilmausten pelkistämisen ja samaa tarkoittavien käsitteiden ryhmitelyn kautta teoreettisten käsitteiden rakentamiseen.

Terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden haastatteluista muodostetut pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin viiveen ja viiveettömyyden selityksiä kuvaaviin alaluokkiin, jotka yhdistettiin kolmeksi pääluokaksi: vanhempaan liittyvä selitys, neuvolaan liittyvä selitys ja erityistyöntekijöihin liittyvä selitys (Kuvio 2).

Lapsia koskevat potilasasiakirjojen taustatiedot taulukoitiin lapsikohtaisesti. Tulkinta perustui yhtä usein merkintöjen puuttumiseen kuin merkintöihin. Esimerkiksi jos neuvolan merkintää lapsen ohjaamisesta psykologille seurasi vuoden kuluttua samanlainen merkintä ilman väli-merkintöjä, tulkittiin, että lapsi tai perhe ei ollut saanut neuvolasta apua tänä aikana. Tulkinnat tarkistettiin psykologin kanssa. Viiveen selitykset kirjattiin ja muutettiin pelkistetyiksi ilmaisuiksi, jonka jälkeen niistä muodostettiin kolme alaluokkaa ja nämä yhdistettiin kahdeksi pääluokaksi: vanhempaan liittyvä selitys sekä neuvolaan ja erityistyöntekijöihin liittyvä selitys (Kuvio 3). Vanhempien haastattelujen analyysissä viiveen selityksistä muodostuneet pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin neljäksi alaluokaksi ja yhdistämisen jälkeen niistä muodostui kaksi yläluokkaa: vanhempaan liittyvä selitys sekä neuvolaan ja erityistyöntekijöihin liittyvä selitys (Kuvio 3).

TULOKSET

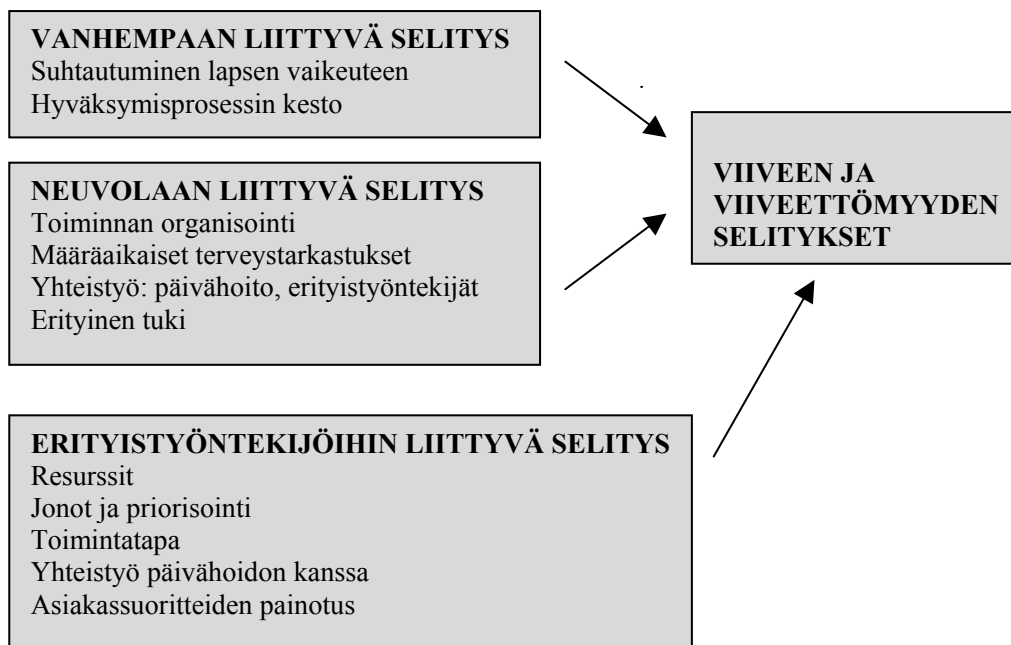
AMMATTILAISTEN KÄSITYKSET VARHAISEN AVUN SAAVUTETTAVUUDESTA JA SELITYKSET VIIVEELLE TAI VIIVEETTÖMYDELLE

Terveydenhoitajien mukaan lapset saivat varhais- ta apua pääsääntöisesti hyvin. Käsitys perustui pääasiassa vanhemmilta saatuun myönteiseen palauteeseen avun saannista. Terveydenhoitajat pitivät avun saamista melko viiveettömänä. Terveyskeskuksen erityistyöntekijöiden arviot lasten avun saamisesta olivat terveydenhoitajien arvioita jonkin verran kriittisempiä. Erityistyöntekijöiden mukaan lapset tulivat heidän asiakkaiden pääsääntöisesti oikea-aikaisesti, mutta sopivan avun löytyminen saattoi kestää. Lapsen avun saaminen näyttäytyi välillä monimutkaisena ja hitaana prosessina. Ammattilaisten selitykset varhaisen avun saannin viiveelle tai viiveettömyydelle koostuivat vanhempaan, neuvolaan ja erityistyöntekijöihin itseensä liittyvistä selityksistä (Kuvio 2).

Terveydenhoitajien mukaan vanhemmat suhtautuivat lasten vaikeuksiin monin eri tavoin. Vanhempien aktiivinen ja myönteinen suhtautuminen vaikeuksiin tuki lapsen viiveetöntä avun saamista. Etenkin lapsen puheen kehitykseen liit- tyvissä vaikeuksissa vanhempien suhtautuminen

Kuvio 2.

Viiveen ja viiveettömyyden selitykset ammattilaisten puheessa



tarjottavaan apuun tuki viiveettömyyttä. Vanhempien suhtautuminen saattoi olla myös passiivista tai kielteistä. Passiivisuuden taustalla voi terveydenhoitajien mukaan olla vanhempien ajattelemattomuutta, tietämättömyyttä tai jaksamattomuutta. Vaikeuksien havaitsemista voi vaikeuttaa vanhempien kokemattomuus lasten kasvun ja kehityksen suhteen ja vanhempien tottuminen lastensa vaikeuksiin. Avun saaminen hidastui, jos vanhemmat eivät havainneet lasten vaikeuksia.

Lapsi on ihan, ei esimerkiksi kykene ollenkaan vastaamaan kysymyksiin oikein. Niin sitten herää valtava kysymys, et eikö vanhemmat oo huomannu, vai eikö ne oo ite ymmärtäneet, että tässä on nyt joku iso ongelma.

Terveydenhoitajien mukaan vanhemmat saattoivat myös mitätöidä lasten vaikeuksia, jättää kertomatta niistä tai kieltäytyä hakeutumasta tarjotun avun piiriin. Joskus vanhempi loukkaantui, kun lapsen vaikeus otettiin neuvolassa puheeksi. Vanhemmat saattoivat tuoda ilmi, että lapsi oli sellainen kuin oli ja hänellä oli siihen oikeus. Vanhempien suhtautuminen lapsen psyykkisiin vaikeuksiin oli terveydenhoitajien mukaan usein torjuvaa lukuun ottamatta erittäin vilkkaiden lasten vanhempia. Lähes kaikkien haastateltujen puheessa tuli keskeisimpänä viiveen selityksenä esiin se, että lapsen vaikeuksien hyväksyminen vei vanhemmilta aikaa. Ajan kuluessa vanhempien kielteinen tai passiivinen suhtautuminen apuun saattoi vähitellen muuttua hyväksyvämmäksi.

Että siinä oikeestaan vuosi kaks kerkes mennä, että se vaatii joskus yllättävän pitkänkin ajan kypsyttellä sitä ja vanhempien hyväksyä se, että vois olla hyvä lähteä eteenpäin.

Neuvolatoiminta oli organisoitu tukemaan viiveettömyyttä siten, että tarvittaessa neuvolaan sai ajan samalle viikolle tai jopa samalle päivälle kuin yhteydenoton. Lähes kaikki terveydenhoitajat kokivat, että heillä oli asiakkaille riittävästi aikaa ja hyvä koulutus vaikeuksien havaitsemiseen ja puheeksi ottamiseen. Terveydenhoitajat korostivat väestövastuun työmallin tukevan viiveettömyyttä, koska asiakasperhe tuli tutuksi useiden tapaamisten myötä. Näin myös vaikeuksien havaitseminen ja puheeksi ottaminen onnistuivat. Vaikeuksien havaitsemista edisti vanhempien näkökulman huomioon ottaminen lapsen arjen sujumisesta, kavereista ja leikeistä. Viivettä saattoi kuitenkin aiheuttaa fyysisesti hajallaan olevat toimitilat ja sijaisten toiminta lomien aika-

na. Kun sijainen ei tunne perhettä, voi lasten asioita jäädä hoitamatta.

Terveydenhoitajat arvioivat, että lasten kehitykselliset vaikeudet havaitaan määräaikaissa tarkastuksissa aiempaa nopeammin. Näiden varhainen havaitseminen perustui tarkastuksissa tehtäviin seulontatutkimuksiin, joista keskeisimpiä olivat lasten neurologisen ja puheen kehityksen tutkimukset. Toisaalta, terveydenhoitajat näkivät määräaikaistarkastuksiin liittyvän myös varhaisen avun saamisen viivettä selittäviä seikkoja. Leikki-ikäiset lapset kävivät terveystarkastuksessa vain kerran vuodessa. Erityisesti psyykkisten vaikeuksien havaitseminen oli vaikeata neuvolan vastaanotolla esimerkiksi sen vuoksi, että lapsi käyttäytyi yksin ja ryhmässä eri tavalla.

Kun lapsi on tässä yksin, hän pystyy sen pienen ajan tässä keskittymään, mutta sitten ryhmässä se repee se. Että miten lapsi toimii sitten porukassa. Semmoset ongelmat ei tässä näy.

Terveydenhoitajat kertoivat tuntevansa varhaiskasvatuksen toimintatapoja lasten vaikeuksien kohtaamisessa melko huonosti. Heidän mukaansa vaikeuksien varhaisessa havaitsemisessa nykyistä tiiviimpi yhteistyö varhaiskasvatuksen kanssa olisi tärkeätä, koska päivähoidossa lapsi nähdään lähes päivittäin ryhmän jäsenenä. Kun eri tahot ovat tehneet yhdensuuntaisia ja toisiaan täydentäviä havaintoja lapsesta, saadaan vanhemmatkin paremmin vakuuttumaan lapsen tuen tarpeesta.

Kaikki terveydenhoitajat kertoivat ottavansa lasten vaikeudet aina puheeksi vanhempien kanssa. Puheeksi ottaminen saattoi olla vaikeaa, mutta terveydenhoitajat katsoivat sen velvollisuudekseen. Lievien vaikeuksien seurantaan suhtauduttiin neuvolassa eri tavoin. Kehityksellisiin vaikeuksiin annettiin kontrolliaikoja seurantaa varten, kun taas psyykkisiin liittyvissä pienissä vaikeuksissa vanhempia pyydettiin usein itse ottamaan yhteyttä neuvolaan, jos ongelma jatkui. Psyykkisten vaikeuksien seuranta oli epämääräisempää ja jäi vanhempien harkinnan ja omaaloitteisuuden varaan, joka saattoi aiheuttaa viivettä avun saamiselle. Lapsen vaikeuden epäselvyys voi ylipäätäänkin hidastaa avun saamista, koska normaalin ja poikkeavan rajapinnat ovat hämäriä ja avun tarjoamista saatettiin siirtää eteenpäin.

On niitä rajatapauksia, joissa on itellä pieni jokin, ett ei ihan kaikki mee niinku toivois.

Mutta ei saa mitään selvää kiinni. Niin semmosia sit siirtää viel pikkusen. Kun on kuitenkin niin häilyviä nää rajat, ett mikä on normaalia ja mikä ei.

Terveydenhoitajien arvion mukaan vaikeissa ongelmatilanteissa, esimerkiksi kun vanhemmilla oli mielenterveys- tai päihdeongelmia, perheille järjestettiin viiveetöntä varhaista apua lasten vaikeuksien ehkäisemiseksi. Sen sijaan ehkäisevää tukea erilaisissa elämäntilanteissa liittyvissä tapahtumissa, kuten lasten syntymä, paikkakunnan muutto tai avioero, ei juuri mainittu.

Terveydenhoitajat kokivat, että heillä oli hyvät mahdollisuudet terveyskeskuksen erityistyöntekijöiden konsultointiin ja lasten ohjaamiseen erityistyöntekijöiden vastaanotoille. Neljästi vuodessa tapahtuvassa yhteisessä neuvottelussa keskusteltiin lasten asioista vanhempien luvalla. Terveydenhoitajat toivat kuitenkin esille, että lasta ei voi ohjata erityistyöntekijöille vanhempien tahdon vastaisesti kuin poikkeustapauksissa. Haastattelussa ei tullut esille, tehostettiinko erityistyöntekijöiden avusta kieltäytyneiden neuvolaseurantaa.

Kun lapsia ohjattiin neuvolasta erityistyöntekijöiden avun piiriin, hyvät perustelut ja vanhempien yksilöllinen ohjaus paransivat hakeutumisen viiveettömyyttä. Tarvittaessa sovittiin ensimmäinen aika niin, että erityistyöntekijä tuli neuvolaan. Toimintaterapeutille ja puheterapeutille ohjaaminen tapahtui tavallisesti läheteellä, jonka jälkeen he ottivat perheeseen yhteyttä. Näin palveluihin hakeutuminen ei jäänyt vanhempien varaan. Sen sijaan psykologille ohjaaminen oli terveydenhoitajien haastattelujen perusteella mutkikasta. Tavallisimmin psykologille ohjattiin antamalla vanhemmille psykologin yhteystiedot omaloitteista yhteydenottoa varten. Vanhempien kielteinen asenne saattoi kuitenkin vaikuttaa terveydenhoitajan aktiivisuuteen psykologille ohjaamisessa.

Psykologia tarjoo viimesenä. Sillon vanhemmat kyllä nostaa heti kädet pystyyn, että mikä tää tämmönen juttu on. Puheterapeutille on hirveen helppo ohjata, se mielletään vielä ihan jees.

Terveydenhoitajien mukaan kaikki vanhemmat eivät ottaneet psykologiin lainkaan yhteyttä tai tekivät sen vasta pitkän ajan kuluttua. Jos psykologi sai tiedon lapsesta ja oli huolissaan tämän tilanteesta, oli hän itse yhteydessä vanhempiin. Haastatteluista ei ilmennyt, että lapsen vaikeu-

den toteaminen ja erityistyöntekijälle ohjaaminen olisi muuttanut lasten neuvolaseurantaa siten, että myös neuvola olisi tarjonnut erityistä tukea perheelle. Vain harvoin vanhemmille tarjottiin keskusteluaikoja neuvolaan perheen jonnottaessa jatkotutkimuksiin tai jatkohoitoon. Useimmiten neuvola sai tiedon siitä, olivatko lapset hakeutuneet erityistyöntekijälle. Jos lapsi ei ollut hakeutunut erityistyöntekijälle, terveydenhoitajat palasivat asiaan yleensä seuraavalla käynnillä, mikäli eivät olleet erityisen huolestuneita lapsen tilanteesta. Näin lapsen saama apu viivästyi.

Kaikki erityistyöntekijät arvioivat voimavaroja riittämättömiksi. Heidän mukaansa nykyinen suuri palvelutarve edellytti lisää toimijoita. He kokivat, että ajankäytön ohjaaminen myös kehitystyöhön, voisi parantaa viiveettömyyttä. Haastatteluissa arvioitiin, että perhepalvelujen johdon odotukset asiakassuoritteiden määrästä saattavat tosiasiallisesti viivästyttää lasten auttamista. Suuntaamalla työaikaa korjaavasta asiakastyöstä esimerkiksi päivähoidon työntekijöiden ohjaukseen voitaisiin lapsia auttaa jo varhaisemmassa vaiheessa. Asiakassuoritteet kasvoivat, kun kaikki ajat pidettiin täynnä, mutta toisaalta se samanaikaisesti rajoitti välittömään avun tarpeeseen vastaamista.

Viiveettömyydessä olis parantamisen varaa, mutta se on vähän kaksioppunen juttu. Jos halutaan työntekijöistä kaikki tehot irti, niin sillon pitää olla kalenterit täynnä ja kun se kalenteri on täynnä niin sillonhan sinne ei voi ottaa ketään yhtäkkiä väliin.

Lapset joutuivat jonottamaan kaikkien erityistyöntekijöiden vastaanotoille. Jonotusaika vaihteli yhdestä kuukaudesta jopa puoleen vuoteen. Erityistyöntekijät tekivät jatkuvaa priorisointia valitessaan asiakkaita jonoista. Haastatteluissa tuotiin esille, että perheen ja lapsen erilaiset elämäntapahtumat vaikuttivat siihen, milloin etenkin tutkimusjaksot voitiin ja kannatti toteuttaa. Joskus pitkä odotusaika laski vanhempien motivaatiota, eivätkä he enää jonotusajan jälkeen halunneetkaan mennä vastaanotolle. Haastatteluissa tuli myös esille erilaisia priorisointiperusteita. Esimerkiksi pienimmät lapset olivat etusijalla ja vanhempien suuri huoli lapsesta nopeutti vastaanotolle pääsyä. Huolta kannettiin siitä, etteivät suurimmissa vaikeuksissa olevien lasten vanhemmat vaatineet apua ja näiden lasten avunsaanti mahdollisesti viivästyi. Näin tapahtui

etenkin silloin, kun erityistyöntekijän saama enakkotieto oli puutteellinen, eikä hän itse ollut huolestunut lapsen tilanteesta.

Lapsiasiakkaat eivät itse vaadi apua ja usein ne, joilla on isoin hätä, niin niiden vanhemmatkaan ei vaadi apua ja itse asiassa ne jäävät jonoon, valitettavasti, jos mä en itse henkilökohtaisesti hätäänny. Ja niitä on aina tulossa niin paljon kun ehtii ottaa. Ikuinen riskiriitä on sen jonon kans. Jos mulla on mahdollisuus ottaa vaikka yksi asiakas seuraavien viikkojen aikana, niin kenet mä jonosta otan. Ihan hirveetä.

Samalla kun priorisointi lyhensi toisen jonotusajkaa, se pidensi sitä toisten kohdalla. Sinänsä erityistyöntekijöiden toimintatapa tuki viiveettömyyttä monin tavoin. Lapsia ohjautui suoraan erityistyöntekijöiden palveluihin pääsääntöisesti neuvolan ohjaamana tai perhepalvelukeskuksen varhaiskuntoutustyöryhmästä, mutta myös suoraan päivähoidosta. Joskus harvoin vanhemmat ottivat oma-aloitteisesti yhteyttä erityistyöntekijöihin. Yhteistyötä tehtiin kiinteästi sekä neuvolan että päivähoidon kanssa. Kaikki erityistyöntekijät jalkautuivat päiväkodeihin. Esimerkiksi psykologi kävi päiväkodeissa havainnoimassa ja seuraamassa lapsiryhmiä tai yksittäisiä lapsia päivähoidon pyynnöstä, jolloin lasten vaikeuksien havaitseminen ja puheeksi ottaminen nopeutuivat.

VARHAISEN AVUN SAAVUTETTAVUUS SEKÄ SELITYKSET VIIVEELLE TAI VIIVEETTÖMYDELLE VANHEMPIEN JA POTILASIASIAKIRJOJEN MUKAAN

Tutkimukseen osallistuneiden lasten vanhemmista seitsemän kahdeksasta koki, että lapsi sai varhaista apua. Näistä kolme vanhempaa koki avun saamisen viiveettömäksi ja neljän mielestä viivettä syntyi. Yksi vanhempi koki, ettei apua saatu lainkaan. Potilasasiakirjojen perusteella kaikkien lasten avun saanti oli käynnistynyt, mutta kuuden lapsen avun saamisessa oli syntynyt viivettä. Vanhempien selitykset varhaisen avun saannin viiveelle tai viiveettömyydelle koostuivat vanhempaan, neuvolaan ja erityistyöntekijöihin liittyvistä selityksistä. Potilasasiakirjoissa viiveen selitykset olivat samat, mutta sisällöllisesti erilaisia (Kuvio 3).

Vanhempien haastatteluissa keskeisiä viiveen selityksiä olivat vanhempien vähäiset voimavarat. Äidit, jotka arvioivat lastensa kohdalla viivettä syntyneen puolesta vuodesta jopa kahteen ja puoleen vuoteen, kertoivat haastattelussa oman elämäntilanteensa olleen raskas tuolla hetkellä kun lapsen vaikeudet ilmaantuivat. Avun aktiivinen hakeminen lapselle siirtyi, koska vanhemman oma elämä oli sekaisin, jolloin vanhemmalla ei ollut voimavaroja paneutua lapsen asiaan.

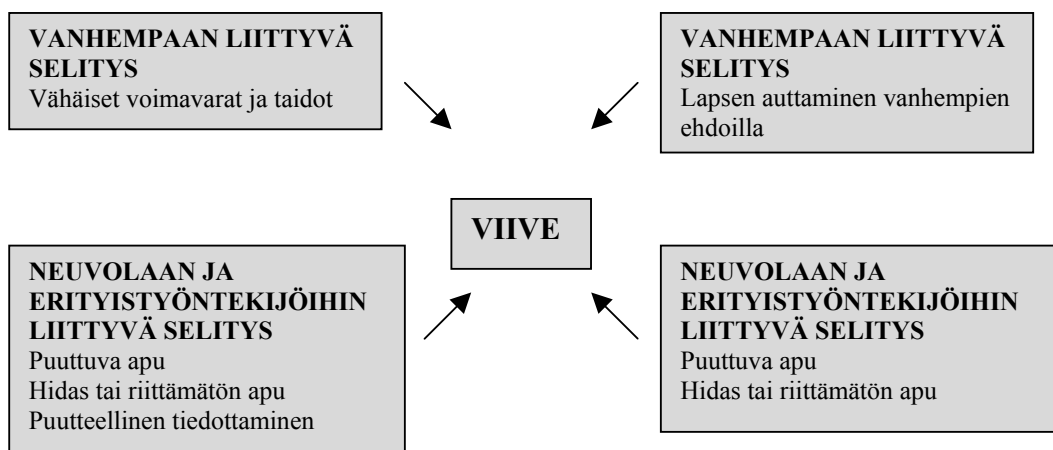
Lapsi olisi tarvinnut aikaisemmin apua, mutt mä en osannu sitä ite hakea. Sehän oli hirvee se vuosi, ett itekin oli ihan sekasin, kun ei tien-

Kuvio 3.

Viiveen selitykset vanhempien puheessa ja lasten potilasasiakirjoissa

VANHEMPIEN HAASTATTELUT

POTILASIASIAKIRJAT



nyt, ett missä ollaan. Hyvä kun päästiin päivä kerrallaan eteenpäin.

Vanhempien taholta tuotiin esille myös se, että vanhemman on vaikeata arvioida lasta ilman vertailukohtia. Toisaalta vanhempi saattoi kokea avun tarpeen myöntämisen tai vastaan ottamisen vaikeaksi. Äidit kohdistivat myös neuvolaan odotuksia. Neuvolan tarkkuutta vaikeuksien havaitsemisessa pidettiin tärkeänä. Vanhemmat odottivat aktiivisempaa kiinnostusta siitä, mitä lapsille ja perheille oikeasti kuului sekä avun antamista jo neuvolassa. Esille tuli myös se, että lapset olisivat tarvinneet apua jo perheiden vaikeiden elämänkulkuun liittyvien tapahtumien yhteydessä, vaikka vanhemmat eivät silloin osanneet pyytää apua.

Kyllä jo siinä muuttorumbassa olisi tarvittu, koska tuli paikkakunnan muutos ja pojalle päivähoidon muutos ja avioero. Sehän on selvä, että siinä vaiheessa lapsi olisi tukea tarvinnut.

Äitien puheessa viiveettömyys näyttäytyi monimutkaisena ilmiönä. Lapset ohjattiin neuvolasta psykologille joko heti äidin pyydettyä apua tai erityistyöntekijöille päiväkodista psykologin konsultaation jälkeen tai päivähoidon ohjaamana psykologille. Kaikki vanhemmat hakeutuivat palveluihin. Kolmen lapsen äidit arvioivat, että lapset saivat viiveetöntä varhaista apua. Joissakin tapauksissa neuvolasta oli järjestetty erityistä tukea ja apua lisäkäyntien muodossa, mutta lasta ei kuitenkaan ohjattu eteenpäin, vaikka neuvolakäynneistä ei saatu toivottua apua. Haastatteluisa tuli esille yksittäinen tilanne, jossa lapsen apu hidastui paikkakunnan vaihtumisen takia, sillä kehitykseen liittyvä ongelma oli jäänyt huomioimatta neuvolassa. Lisäksi vanhemmat selittivät viivettä neuvolan puutteellisella kyvyllä arvioida perhetilannetta ja lasta kokonaisvaltaisesti sekä neuvolan passiivisuudella avun tarjoamisessa ja varhaisessa auttamisessa.

Lasten potilasasiakirjojen perusteella keskeisimmät selitykset viiveelle näyttäisivät syntyvän neuvolan puheeksi ottamisen ja auttamisen puutteista. Perheen riskiolot ja vaikeudet saatettiin havaita neuvolassa, vaikeudet otettiin puheeksi, mutta erityistä jatkoseurantaa neuvolassa ei järjestetty. Mikäli perhe ja lapsi ohjattiin muihin palveluihin, he jäivät usein jonottamaan niihin ilman tukea. Kaikki perheet eivät hakeutuneet lisäpalveluihin, vaan jäivät yksin ilman apua. Per-

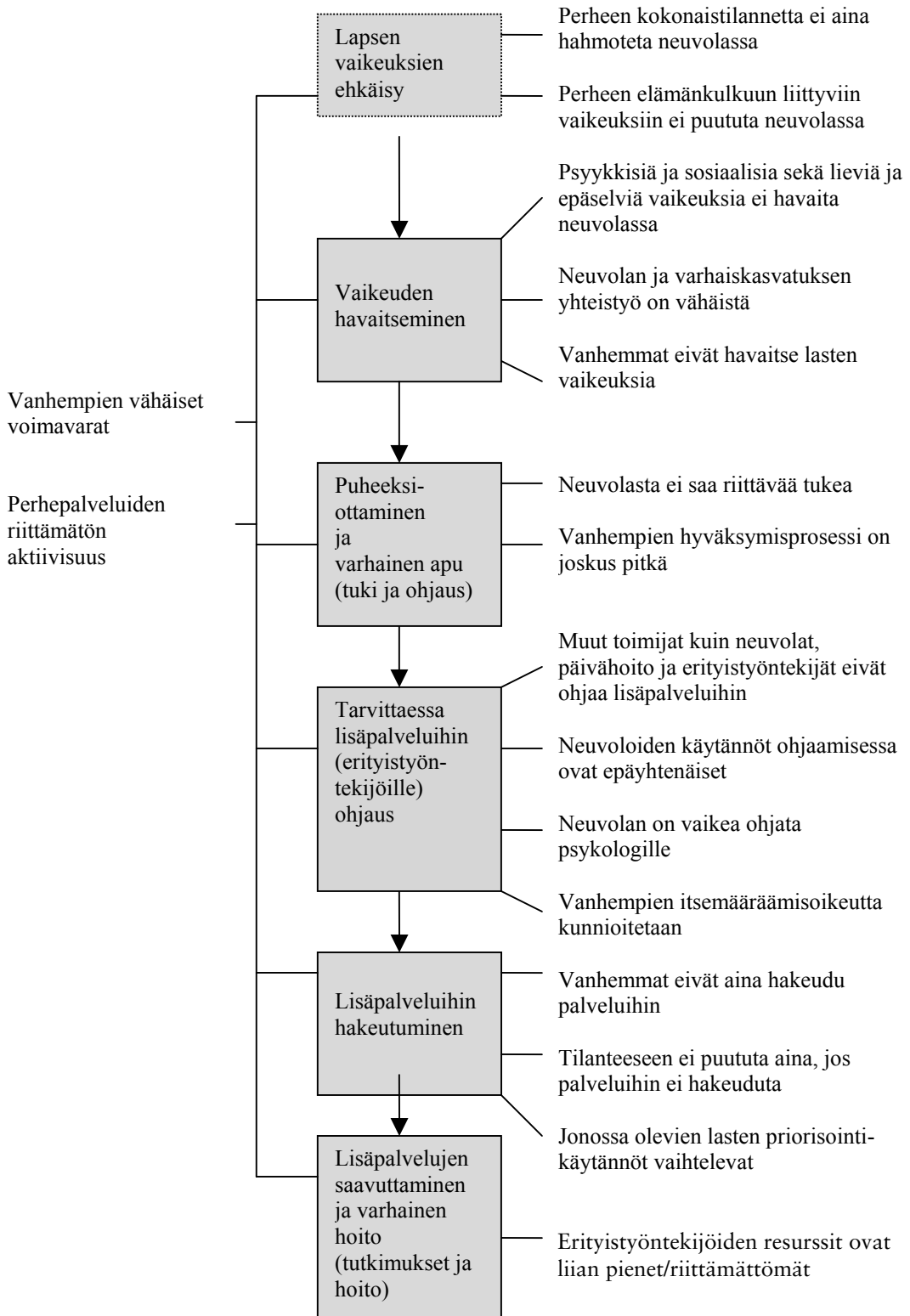
heen kokemus saattoi olla, että apua ei ole tarjotakaan. Toisaalta osa äideistä piti viiveettömyyttä asiaankuuluvana eivätkä he eritelleet selityksiä. Potilasasiakirjoissa yhteisenä tekijänä oli näiden vanhempien nopea hakeutuminen ohjattuihin palveluihin.

Varhaisen avun hitaus, riittämättömyys ja puutteellisuus oli moniselitteistä. Esimerkiksi kahden lapsen ja heidän perheidensä vaikeuksista tiedettiin sekä neuvolassa että päiväkodissa pitkään ennen psykologille ohjaamista. Lasten neuvolaseuranta käsitti määräaikaistarkastukset, mutta ei kohdennettua tukea. Vaikeuksien pitkityessä psykologi sai tiedon joko neuvolan tai päiväkodin kautta. Toisen lapsen vanhempi otti psykologin tarjoaman avun vastaan neljän kuukauden kuluttua. Toinen lapsista oli ohjattu psykologille kolme kertaa vuoden välein neuvolan määräaikaisten tarkastusten yhteydessä, mutta vanhemmat eivät olleet hakeutuneet tarjottuun apuun. He kuitenkin vastaanottivat sen, kun psykologi otti perheeseen suoraan yhteyttä. Aikaisemmasta psykologille ohjaamisesta huolimatta äiti koki, että apua ei ole tarjottu aikaisemmin. Potilasasiakirjojen mukaan näiden lasten auttamisessa edettiin hitaasti vanhempien ehdoilla tarkoituksena turvata hoitosuhteen jatkuminen. Yksi lapsi oli ohjattu perheneuvolaan jo kahta ja puolta vuotta aikaisemmin, mutta vanhemmat eivät hakeutuneet sinne. Lapsella oli tavanomainen neuvolaseuranta eikä häntä ohjattu uudestaan eteenpäin, vaikka neuvola oli kirjannut merkintöjä lapsen vaikeuksista. Psykologi tapasi lapsen päiväkodissa ja ohjasi päiväkodin suosittelemaan vanhemmille yhteydenottoa psykologille. Äiti otti kuukauden kuluessa yhteyttä psykologiin ja tutkimukset käynnistyivät yhteydenotosta kolmen kuukauden kuluttua.

Kuviossa 4 esitetään yhteenveto viiveen selityksistä sijoitettuna varhaisen avun saavuttamisen -prosessiin. Tutkimusaineistosta nousi voimakkaasti esille myös lasten vaikeuksien ehkäisy perheiden vaikeuksiin puuttumalla. Tämän vuoksi ehkäisy on nostettu prosessin ensimmäiseksi vaiheeksi. Kuvion oikeassa reunassa ovat viiveen selitykset. Tutkimustulokset tiivistyivät kahteen kuvion vasemmassa reunassa esitettävään ulottuvuuteen, joista ainakin toinen oli läsnä kaikissa selityksissä: vanhempien vähäiset voimavarat ja perhepalveluiden riittämätön aktiivisuus.

Kuvio 4.

Viiveen keskeiset selitykset varhaisen avun saavuttamisen -prosessissa



POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

TULOSTEN TARKASTELU

Perhepalvelujen saavutettavuuden yhtenä tavoitteena on, että lapset ja perheet pääsevät viiveettömästi apua tarjoaviin palveluihin ja varhain tarvittaviin tutkimuksiin. Tutkimuksen tulokset kertoivat, että käsitykset viiveestä ja viiveettömyydestä olivat yhtäältä toisiaan täydentäviä ja avartavia, mutta toisaalta osittain myös keskenään ristiriitaisia. Vaikka ammattilaiset kuvasivat palvelujen viiveettömyyttä, he kuitenkin toivat esille monia viivettä selittäviä seikkoja. Viiveen selityksenä ammattilaiset korostivat vanhempien osuutta viiveeseen ja vanhemmat taas ammattilaisten, mutta molemmat kertoivat myös oman toimintansa osuudesta viiveeseen.

Tulosten mukaan terveydenhoitajilla oli lapsiperheille riittävästi aikaa ja tapaamisia. Nykyiset seulontatutkimukset tarjosivat heille mahdollisuuden ottaa lapsen kehitykselliset pulmat puheeksi ja puheeksi ottamiseen heillä oli myös taitoja. Erityistyöntekijöiden kanssa terveydenhoitajilla oli hyvää vuoropuhelua ja konsultointimahdollisuuksia. Lapsen kehityksellisten ja psyykkisten vaikeuksien havaitsemiseksi erityistyöntekijöillä oli konkreettisia yhteistyökäytäntöjä varhaiskasvatuksen kanssa.

Tutkimus toi esille sen, että neuvolan määräaikaisten terveystarkastukset eivät yksistään olleet riittäviä lapsen vaikeuksien havaitsemiseen. Sekä ammattilaiset että vanhemmat olivat huolissaan pelkästään neuvolassa tapahtuvasta havainnoinnista. Lapsi voi käyttäytyä muissa yhteyksissä ja ryhmätilanteissa eri tavoin kuin neuvolan vastaanotolla. Tässä mielessä viivettä voi syntyä. Vaikeuksien tunnistamisen haaste on todettu aikaisemminkin esteeksi varhaisten palvelujen toteutumiseksi (Kelleher ja Stevens 2009). Uudenlaisten vaikeuksien tunnistamista helpottavien työtapojen ja yhteistyömuotojen kehittäminen on tarpeellista. Asetuksen (338/2011) velvoite laajasta terveystarkastuksesta parantaa omalta osaltaan lapsen tilanteen hahmottamista.

Sekä ammattilaiset että vanhemmat pitivät tärkeänä neuvolan ja päivähoidon yhteistyötä lasten vaikeuksien havaitsemisessa ja arvioinnissa. Neuvoloiden ja yksittäisten terveydenhoitajien välillä oli kuitenkin eroja yhteistyön toteutumisessa. Myös perheiden kokonaistilanteen hahmottaminen oli vaikeata lasten potilasasiakirjojen dokumentaatioista (vrt. Borg 2006). Toimijoiden välinen sujuva yhteistyö ja tiedon siirtymi-

nen nopeuttavat lasten avun saantia. Yhteistyön toteutuminen ei saisi jäädä yksittäisten työntekijöiden varaan, vaan yhteisen käytännön toteutuminen edellyttää esimiestasolta johdettua toiminnan suunnittelua, käynnistämistä, seuranta ja arviointia (Hakulinen-Viitanen ym. 2008).

Viivettä saattoi syntyä lapsen seurannan kontrolloijaikojen käytännöistä. Jos lapsella oli pieniä psyykkisiä vaikeuksia, terveydenhoitajien ohjaus oli epämääräisempää ja vastuu seurannasta siirtyi vanhemmille. Kuitenkin juuri pieniin oireisiin tarttuminen on osa varhaista tukea (vrt. Lindqvist 2008). Odottelun aikana terveydenhoitajat eivät olleet aktiivisesti perheisiin yhteydessä ja vanhemmat saattoivat jäädä yksin. Mistä toimintatapa kertoo? Koettiinko psyykkisistä vaikeuksista puhuminen vaikeammaksi vai eikö aktiivisempaan toimintaan ollut resursseja (vrt. Schor 2004)? Vaikeiden asioiden puheeksi ottamiseen neuvolassa on välineitä (Puura ym. 2002, Eriksson ja Arnkil 2005, Solantaus ym. 2010), mutta niistä keskusteleminen edellyttää taitoja ja ajallista paneutumista. Tarvitaan täydennyskoulutusta.

Perheille järjestettiin moniammatillisena yhteistyönä ehkäisevää tukea lastensuojelulain (417/2007) mukaisesti, mutta erilaisissa elämäntilanteissa (esimerkiksi avioero, muutto, lapsen syntymä jne.) tällaista käytäntöä ei ollut. Koska vanhempien hyvinvointi keskeisesti vaikuttaa myös lapsen terveyteen ja hyvinvointiin muun muassa vuorovaikutuksen kautta (Puura ym. 2002, Pajulo 2004), olisi perheille annettava tuki erityisen tärkeää juuri näissä tilanteissa. Perheen tilanteen mutkistuessa vanhempien halu vastaanottaa apua saattaa heiketä ja tämä voi johtaa lasten ongelmien kehittymiseen. Ennalta ehkäisyyn tarvitaan uudenlaista panostusta. Yksi mahdollisuus tuentatarpeen arvioimiseksi ja tilanteen seuraamiseksi on ylimääräinen kotikäynti, jonka on todettu ehkäisevän joitakin lasten ja vanhempien vaikeuksia (Olds ym. 2004). Neuvolan perheille antama erityinen tuki (esimerkiksi tihennetyt käynnit, pidennetyt vastaanottoajat tai kotikäynnit) vaikutti tässä tutkimuksessa vähäiseltä. Tämä on havaittu myös aikaisemmassa selvityksessä (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Voi olla, että terveydenhoitajat kuvasivat haastatteluissa vain vähän omaa toimintaansa perheen kanssa ja painottivat eteenpäin lähettämistä, koska tutkittavana ilmiönä oli viive avun saamisessa.

Lapsen psyykkisen tai kehityksellisen ongelman hyväksyminen oli vanhemmille ajallisesti pitkäkestoinen prosessi ja nousi keskeiseksi seli-

tykseen viiveen synnylle työntekijöiden haastatelussa. Toinen vanhempiin liittyvä selitys viiveen synnylle oli elämäntilanne, jossa vanhempien voimavarat olivat riittämättömät lapsen auttamiseen sekä lapsen tilanteen ja ulkopuolisen avun tarpeen ymmärtämiseen ja hyväksymiseen. Juuri tämä on kuitenkin edellytyksenä avun vastaanottamiselle. Näin syntyy tilanne, jossa perhe ei halua, mutta tarvitsee tukea lapsen vaikeuden ja avun tarpeen hyväksymiseen. Työntekijöiden toimintaa ohjasi perheiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vaikka vanhempien tarpeet eivät lastensuojelulain (417/2007) mukaan voi ohittaa lapsen tarpeita. Näin ollen kaikki vanhemmat eivät saaneet neuvolasta pitkäjänteistä tukea oman hyväksymisprosessinsa aikana. Neuvolalla olisi kuitenkin usein parhaat mahdollisuudet tilanteeseen puuttumiseen, koska luottamuksellinen suhde vanhempaan on usein jo valmiina (vrt. Kuo 2009).

Tutkimukseen osallistuneet vanhemmat odottivat etenkin neuvolalta aktiivisempaa tukea lapsen vaikeuden ja avun tarpeen ymmärtämisessä (vrt. Heimo 2002). Terveydenhoitajat ovat erittäin vaativassa tilanteessa vanhempien vetäytyessä yhteistyöstä. Tällöin lapsia koskevat usein myös lastensuojelulliset toimet. Tutkimuksen mukaan näyttää siltä, että myös muun avun aktiivinen antaminen katsotaan kuitenkin näissä tilanteissa oikeutetuimmaksi. Tiedetään, että psykiatrisen avun tarpeessa olevista lastensuojelulapsista vain puolet on saanut tarvitsemiaan palveluja (Laukkanen ja Laukkanen 2004).

Pitkät jonot erityistyöntekijöille tulivat viiveen selityksenä esille työntekijöiden kannanotoissa, mutta eivät vanhempien. Vanhempien näkökulmasta katsottuna jono vaikuttaisi vain lyhyellä ajanjaksolla koko avun saavuttamisen prosessissa. Jonotusaikojen seuranta ei anna kokonaiskuvaa avun saamisen viiveestä (vrt. STM 2003). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vaikuttaa siltä, että jonon pituus kertoo työntekijän kuormittuneisuudesta, mutta ei lapsen avun saamisen kestosta paljoakaan. Jonotusaika on vain osa avun saamisen kestosta ja se vaihtelee eri lapsilla paljon, koska jonottavien asiakkaiden tilanteita priorisoitiin jatkuvasti.

Tutkimuksen tuloksissa huomio kiinnittyi terveyskeskuksen erityistyöntekijöiden kokemaan voimakkaaseen kuormittuneisuuteen työssään. Sekä avun saamisen viiveettömyyden että työn kuormittavuuden tasaisemman jakautumisen kannalta olisi tärkeää pohtia erityistyöntekijöi-

den roolia ehkäisevässä työssä. Voisiko ajatella, että erityistyöntekijät toimisivat osan työajastaan terveydenhoitajien ohjaajina, jolloin terveydenhoitajien osaaminen tällä alueella vahvistuisi. Tämä voisi olla yksi keino kehitettäessä neuvolan toimintatapoja aktiivisempaan suuntaan.

TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerein: uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Mays ja Pope 2000). Aineistotriangulaation avulla saatiin monipuolinen kuva tutkitavasta ilmiöstä, sillä eri aineistot ja näkökulmat valottivat viivettä eri puolilta ja eri lähteet antoivat toisistaan poikkeavaa informaatiota (Sandelowski 2000). Tämä lisäsi tulosten uskottavuutta. Vahvistettavuuden tueksi artikkelissa esitetään suoria aineistolähtöisiä lainauksia ja tarkastellaan tuloksia aiemmin saatujen tutkimustulosten valossa. Analyysiprosessin eri vaiheissa palattiin uudelleen eri aineistoihin (reflektiivisyys). Siirrettävyyden arvioinnissa on otettava huomioon, että tutkimus edustaa vain rajattua joukkoa niistä kaikista alueen alle kouluikäisistä lapsista, joilla oli psyykkisiä tai kehityksellisiä vaikeuksia. Tutkimuksessa olivat mukana vain terveyskeskuspsykologilla käyneiden lasten potilastiedot ja heidän äitinsä. Tutkimuksen ulkopuolelle jäivät niiden 11 lapsen tiedot, joiden vanhemmat eivät antaneet suostumusta tutkimukseen. Lisäksi ulkopuolelle jäivät kaikkien niiden lasten tiedot ja vanhempien kokemukset, joiden vaikeuksia ei ole havaittu, avun tarvetta ei ole todettu, joita ei ole ohjattu tai jotka eivät ole hakeutuneet palveluihin. Myös ne lapset ja vanhemmat, joita oli voitu auttaa muilla palveluilla ilman psykologin, perheohjaajan tai perheneuvolan palveluita jäivät tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimustulokset ovat varauksellisesti siirrettävissä vastaaviin konteksteihin.

YHTEENVETO

Tarkasteltaessa viiveen ja viiveettömyyden selityksiä yhdessä vanhempien, ammattilaisten ja lasten potilasasiakirjojen lähtökohdista, tutkimus tuo uutta tietoa varhaisen avun toteutumisesta. Lapsen viiveetön apu toteutui parhaiten, jos vanhempien voimavarat olivat hyvät ja ammattilaiset toimivat aktiivisesti. Jos vanhempien voimavarat olivat elämäntilanteen vuoksi vähäiset, varhainen apu saattoi jäädä saavuttamatta. Tulokset antavat viitteitä siitä, että avun tunnistamiseen, kohden-

tamiseen ja aktiivisempaan tarjontaan tulisi kiinnittää huomiota. Lapsiperheet tarvitsevat elämänsä taitekohtien tukijärjestelmiä. Erityisesti niitä tarvitsevat sellaiset perheet, joiden voimavarat ovat vähäiset. Uusien perhettä lähellä olevien

toimintamallien kehittäminen yhdessä varhaiskasvatuksen kanssa on tarpeellista. Viiveettömän avun saamisen arvioimiseksi tarvitaan lisätutkimusta, sillä aikaisempaa tutkimustietoa löytyi aiheesta niukasti.

Tuominen A, Kettunen T, Lindfors P, Hjelt R, Hakulinen-Viitanen T. Perspectives on delay – The availability of early intervention for children with developmental and psychological difficulties.

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2011;48:182–195

Identifying children's early symptoms and providing help for families without delay in primary services are steps to support families before they need special health care. This article describes the delay that may occur in the early intervention provided for children aged 0–7 with developmental and psychological problems. The data includes interviews with public health nurses (n = 8), specialists (n = 3) and parents (n = 8) and patient documents of children treated by health centre psychologist (n = 10). The professionals see the children as generally being provided with early intervention without significant delay. However,

when looking at the situation from the children's point of view it can be noted that sometimes the intervention provided was delayed. This fact is confirmed both by the parents' view of the case and the children's patient documents. According to the professionals, this delay is caused by the parents' action whereas the parents themselves put the blame on the professionals' practises. In spite of this, both sides also indicated their own role in the delay process. The results help to interpret the different realities of the availability of the early intervention for children and to increase the effectiveness of family services.

LÄHTEET

- Beardslee W, Wright E, Gladstone T, Forbes P. Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *J Fam Psych* 2007;21:703–713.
- Borg A-M. Pikkulasten psyykkisten häiriöiden seuloita ei toteudu neuvoloissa. *Duodecim* 2006;122:2292–3.
- Dragonas T, Dimitrakaki C, Zacharaki L, Roberts R, Ispanovic-Radojkovic V, Rudic N, Radojkovic A, Ozsivadjian A, Semeli V, Paradisioutou A, Turunen M, Puura K, Mäntymaa M. The Sociocultural Context of the European Early Promotion Project. *The International Journal of Mental Health Promotion* 2005;7:1:32–40.
- Eriksson E, Arnkil TE. Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Stakesin oppaita 60. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi 2005.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 22. Helsinki 2005.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A, Rimpelä M. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakesin raportteja 21, Helsinki 2008.
- Heimo E. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus vuosina 1997–2000. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 184. Painosalama Oy, Turku 2002.
- Heinämäki L. Varhaista tukea lapselle – työvälineenä kehittämisvalikko. Stakesin oppaita 62. Erikoispaino Oy, Helsinki 2005.
- Hendrickson S, Baldwin J, Allerd K. Factors perceived by mothers as preventing families from obtaining early intervention services for their children with special needs. *Children's Health Care* 2000;29:1:1–17.
- Ikäheimo K. Lastenpsykiatrinen hoitoonohjautumisprosessi. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 151. Painosalama Oy, Turku 1999.
- Kelleher K, Stevens J. Evolution of Child Mental Health Services in Primary Care. *Academic Pediatrics* 2009;9:1:7–14.
- Kuo, A, Inkelas M, Maidenberg M, Lotstein D, Samson K, Halfon N. Pediatricians' roles in the provision of developmental services: an international study. *J Dev Behav Pediatr*. 2009; 30:4:331–339.
- Lastensuojelulaki 417/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>.
- Laukkanen T, Laukkanen E. Sijaislapsista suuri osa vailla tarvitsemaansa psykiatrista apua. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2004;4:303–309.
- Leino T, Koskeniemi E, Saranpää P, Strömberg N, Kilpi T. Rokotuskattavuus edelleen huippuluokkaa. *Suomen Lääkärelehti* 2007;62: 739–743.
- Lindqvist U. Varhaisia tekoja, vertaistuen tiloja. Varhaisen tuen työn kehittävä arviointi Helsingin kaupungin sosiaaliviraston perhekeskuksissa. Lisensiaattitutkimus. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsinki 2008.
- Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *Br Med J* 2000;1:50–52.

- Mäki P, Laatikainen T. Lasten terveys. Teoksessa Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Kaikkonen R, Koponen P, Ovaskainen M-L, Sippola R, Virtanen S, Laatikainen T, LATE-työryhmä (toim.) Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 2, Helsinki 2010:53–87.
- Olds DL, Kitzman H, Cole R, Robinson JA, Sidora K, Luckey DW, Henderson CR, Hanks C, Bondy J, Holmberg J. Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics* 2004;114:1550–1559.
- Pajulo M. Vauvan tunnetila ja sen säätely. Äidin reflektiivinen kyky ja sen merkitys turvallisessa kiintymyssuhteessa. *Duodecim* 2004;1202:543–8.
- Puura K, Davis H, Papadopoulou K, Tsiantis J, Ispanovic-Radajkovic V, Rudic N, Tamminen T, Turunen M-M, Dragonas T, Paradisiotou A, Vizakou S, Roberts R, Cox A, Day C. The European early promotion project: new primary health care service to promote children's mental health. *Infant Mental Health Journal* 2002;23:606–624.
- Pönkkö M-L, Nikkonen M, Taanila A, Ebeling H, Nikkilä J. Erityisoppilaan psykiatrinen hoitoketju: asiakkaan näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2005;42:294–302.
- Rimpelä M. Lasten ja nuorten hyvinvointi. Teoksessa Moision P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Stakes. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala 2008:62–73.
- Sandelowski M. Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. *Res Nurs Health* 2000;23:246–255.
- Santalahti P, Sourander A, Piha J. Lasten mielenterveyspalvelujen käyttö. *Duodecim* 2009;125:959–64.
- Sarkkola T, Kahila M, Gissler M, Halmesmäki E. Risk factor for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatr* 2007;96:1571–6.
- Satka M. Varhainen puuttuminen, moraalinen käänne ja sosiaalisen asiantuntijat. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009;74:17–32.
- Schor. E. Rethinking Well-Child Care. *Pediatrics* 2004;114: 210–216.
- Solantaus T, Paavonen J. Vanhemman mielenterveysongelmat ja lapsen psykiatriset häiriöt. *Duodecim* 2009;125:1839–44.
- Solantaus T, Paavonen J, Toikka S, Punamäki R-L. Preventive interventions in families with prenatal depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19:883–892.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2008. Stakes. Yliopistopaino, Helsinki 2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Helsinki 2001.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 33. Helsinki 2003.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Varhaisen tuen vahvistaminen varhaiskasvatuksessa. VarTu -hankekuvaukset 2004–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 26. Helsinki 2006.
- Taskinen S. Lastensuojelulaki (417/2007). Soveltamisopas. Stakesin oppaita 65. Gummerus, Vaajakoski 2007.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0–6 -vuotiaat lapset vuosina 1991–2008. Lasten hyvinvointitilastot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Tuomi J, Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2009.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009, nyk. 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>
- Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdell H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 2006;163:6:1001–8.
- Yuh J, Maloy K, Kenney K, Reiss D. General psychiatrists and their patients' children: assessment and prevention. *Psychiatric Q* 2006;77:97–118.

ANNE TUOMINEN

TtM, kehittämisspäällikkö

Hämeenlinnan kaupunki

Hyvinvointipalvelujen kehittämissyksikkö

TARJA KETTUNEN

TtT, professori

Jyväskylän yliopisto

Terveyden edistämisen tutkimuskeskus

Perusterveydenhuollon yksikkö

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

PIRJO LINDFORS

YTT, yliassistentti

Tampereen yliopisto

Terveystieteen laitos

RIITTA HJELT

TtM, hyvinvointiasiantuntija

Jämsän kaupunki

Sosiaali- ja terveystoimi

TUOVI HAKULINEN-VIITANEN

TtT, dosentti, tutkimuspäällikkö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos