

Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuus potilaskertomusaineistossa

Systeemiteoreettisessa viitekehyksessä tehdyssä tutkimuksessa tarkasteltiin, löydetäänkö nuorisopsykiatrisesta sairaalayksiköstä kerättyssä potilaskertomusaineistossa (n=325) lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkaita ja mitä ominaispiirteitä yhteisasiakkuuteen näyttäisi liittyvän. Sukupuolen, iän, perherakenteen, sosioekonomisten tietojen, diagnoosin ja hoidon syyn analysointi tehtiin ristiintaulukoinneilla ja logistisella regressioanalyysillä. Laadullisesta aineistosta tutkittiin, mitä voi sanoa potilaskertomuksista tiedon lähteenä sekä yhteisasiakkuusilmioistä, kun sitä tutkitaan potilaskertomusaineistossa esiintyvien lastensuojelumerkintöjen avulla. Tulosten mukaan yhteisasiakkuus eroaa luonteeltaan vain nuorisopsykiatrisessa sairaalayksikössä potilaana olevien nuorten potilaskuvasta. Erityisesti 12-13-vuotiaiden poikien kohdalla yhteisasiakkuus osoittautui yleiseksi. Yhteisasiakkaiden nuorisopsykiatrisen hoidon tarpeen kuvauksessa esiintyi käytökseen, perheeseen, kouluun tai sosiaaliseen ympäristöön laajemmin liittyviä ongelmia useammin kuin muilla nuorilla.

KAISA-ELINA KIURU, ANNA METTERI

JOHDANTO

Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille, että lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian avun piirissä samanaikaisesti olevien nuorten osuus kaikista näiden toimijatahojen asiakkaina olevista nuorista on suuri. Arviot yhtäaikaisen psykiatrisen hoidon ja lastensuojelun tarpeesta vaihtelevat noin 30–90 prosentin välillä. (Egelund ja Lausten 2009, Hulburt ym. 2004, Koponen ym. 2010, Lehto-Salo 2011, Leslie ym. 2005, Sainero ym. 2013, Sullivan ja van Zyl 2008.) Tieto asiakkuuden muotoutumisesta ja luonteesta sekä palveluista lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian rajalla on kuitenkin hajanaista. Aikaisemmat tutkimukset kannustavatkin selvittämään tarkemmin, millaisia asiakkuuksia rajapinnoilla voi löytyä.

Tutkimme, millaisia ominaispiirteitä lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuuteen näyttäisi liittyvän. Yhteisasiakkailla tarkoitetaan nuoria, jotka ovat samanaikaisesti asiakkaina lastensuojelussa ja nuorisopsykiatrisessa

sairaalahoidossa ja joiden samanaikaisesta asiakkuudesta on jaettua tietoa organisaatioiden välillä. Aineistona on 325 nuoren nuorisopsykiatrista hoitoa koskevat potilaskertomukset. Tutkimuksessa yhdistetään määrällisiä ja laadullisia analyysimenetelmiä.

Teoreettisessa taustoituksessa käytetään pääosin kvantitatiivista tutkimusta lastensuojelun ja lapsi- ja nuorisopsykiatrian yhteisistä asiakkaista. Viitekehksessä jossa tutkimuksen tuloksia tulkitaan, hyödynnetään lisäksi systeemiteoreettista ymmärrystä yksiköiden välisen rajan luonteesta (Luhmann 1982, 1995). Yhteisasiakkuuden muodostumista tarkastellaan auttamistyön verkoston toimintaan liittyvänä ilmiönä. Teoria ja tulokset vahvistavat aikaisemmassa tutkimuksessa esittämäämme (Kiuru ja Metteri tulossa) tulosta siitä, että yksiköiden rajapinnoille muodostuu yksiköiden sisäisistä asiakkuuksista eriytyviä asiakkuusprosesseja.

Yhteisasiakkuus tunnistettiin potilaskertomuksessa silloin, kun nuoren tekstissä oli sairaal-

lahoidon ajankohtaan liittyvä lastensuojelua koskeva merkintä. Aineiston valinta tuo tarkasteluun organisaatio- ja dokumenttikeskeisen näkökulman. Lastensuojeluun liittyvä tiedon sisältö ja määrä riippuu nuorisopsykiatrian asiakirjojen tiedosta. Lastensuojelun osalta asiakirjoihin kirjattu tieto on siksi nuorisopsykiatrian tarkastelu-kehityksessä tulkittua. Potilas-käsite on jätetty pois, jotta pystytään yhdellä käsitteellä kuvaamaan lastensuojelun ja nuorisopsykiatrisen sairaalahoidon piirissä samanaikaisesti olevan nuoren institutionaalista roolia. Seuraavassa luvussa esitetään, mitä yhteisasiakkuudella tarkoitetaan ja miten yhteisasiakkuus liittyy verkoston toimintaan.

YHTEIASIAKKUUS KÄSITTEENÄ JA ILMIONÄ

Auttamistyön verkosto muodostuu organisaatioista, jotka toteuttavat omaa tehtäväänsä mutta jotka ovat myös tavalla tai toisella suhteessa ympäristöönsä eli muihin verkoston toimijoihin (Luhmann 2004). Verkostossa yksi tärkeä oletus on, että tehtävät, joita organisaatiossa ei toteuteta, toteutetaan toisaalla. (Luhmann 1995, 2004.) Toisaalta tiettyjen tehtävien ratkaisemiseen tarvitaan verkostossa samanaikaisesti useamman organisaation yhteistyötä (Jalava ja Kangas 2013, 50). Modernin yhteiskunnan muodostumiseen keskeisesti liittyvä eriytyminen yhteiskunnallisten systeemien kuten organisaatioiden välillä (Luhmann 1982) on edellyttänyt yhteyksien syntymistä verkostomaiseksi muodostuneessa yhteiskuntajärjestyksessä (Kiuru ja Metteri, tulossa). Esimerkiksi yhteisasiakkaiden avun tarpeeseen vastaaminen vaatii toteutuakseen useamman organisaation työtä sekä organisaatioiden välistä yhteistyötä. Seikkula (1991, 37, 41, myös Seikkula ja Arnkil 2005) on tutkinut kahden systeemin välisiä suhteita ja todennut, että systeemit muodostavat vuorovaikutuksessaan kokonaisuuden, jota ei voi määrittellä yhden osan perusteella. Yhteisasiakkaiden auttamistyö verkostossa on jotakin erilaista ja enemmän kuin mitä vain yhdessä organisaatiossa tarjottu apu on luonteeltaan.

Seuraavassa esitetään yhteisasiakkuuteen liittyvien joko psykiatrian tai lastensuojelun palveluihin kohdistuvien tutkimusten tuloksia. Vain harva tutkimus kohdistuu yhteisasiakkuuteen ilmiönä, mutta niistä on kuitenkin koottavissa tärkeää tietoa yhteisasiakkuuden luonteesta palvelujärjestelmässä. Useimmiten aikaisemmat tutkimukset käsittelevät lastensuojeluasiakkaiden psykiatristen sairauksien yleisyyttä sekä psykiat-

risen hoidon tarvetta ja toteutumista. Nuorisopsykiatrisessa hoidossa olevien nuorten lastensuojelun tarvetta on tutkittu vähemmän.

Lastenkotiin sijoitetuista lapsista runsaalla puolella oli Pasasen (2001) tutkimuksen mukaan todettavissa selvä mielenterveyden häiriö. Koulu-koteihin sijoitetuista lapsista 89 prosentilla todettiin Lehto-Salon (2011) tutkimuksessa mielenterveyden häiriö. Mannisen (2013) tutkimuksessa koulukotiin sijoitetuilla nuorilla esiintyi merkittävästi yleisväestöä enemmän erityyppisiä psykiatrisia oireita. Hiitola (2008, 31) on tutkinut sosiaalityöntekijöiden arviota lasten ja perheiden tilanteista huostaanottohetkellä ja sijoituksen jälkeen. Lastensuojelun avohuollon asiakkaaksi tulevista 35 prosentilla ja huostaanottotilanteesta 78 prosentilla havaittiin psyykkisiä ongelmia. Yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa lastensuojelun asiakkaina olevien lasten ja nuorten mielenterveysongelmien määrän on todettu olevan valtaväestöä selkeästi suurempi (Burns ym. 2004, Hulburt ym. 2004, Sullivan ja van Zyl 2008). Koposen ym. (2010) tutkimuksessa on tarkasteltu nuorisopsykiatrisen kriisiosaston potilaina olevien huostaan otettujen nuorten psykiatrisia sairauksia. Tutkimuksen mukaan 238:sta nuorisopsykiatriselle kriisiosastolle potilaaksi tulleesta nuoresta 41 (17 %) oli huostaan otettuja.

Organisaatioiden väliset käytännöt voivat vaikuttaa siihen, ketkä lapsista ja nuorista ovat samanaikaisesti lastensuojelun ja nuorisopsykiatrisen avun piirissä. Tämä näkyy yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa, joissa lastensuojeluasiakkuus, huostaanotto ja erityisesti kodin ulkopuolinen sijoitus näyttävät vaikuttavan psykiatriseen hoitoon pääsyyn (Leslie ym. 2000, Leslie ym. 2005, Staudt 2003, Sullivan ja van Zyl 2008). Myös iän, sukupuolen, etnisen taustan ja kuntatekijöiden on todettu vaikuttavan siihen, ketkä lastensuojelun asiakkaista saavat myös mielenterveyspalveluja (Burns ym. 2004, Glisson ja Green 2006, Leslie ym. 2000, Staudt ym. 2003). Amerikkalaisissa tutkimuksissa lastensuojeluasiakkaina olevien nuorten, erityisesti poikien, havaitaan saavan muita lapsia enemmän mielenterveyspalveluita (Burns ym. 2004, Leslie 2000, Staudt ym. 2003).

Aikaisemmissa tutkimuksissa on selvitetty, miten väkivaltakokemukset sekä tietyt psykiatriset sairaudet näkyvät yhteisasiakkuuksien taustalla. Lapsen kokeman väkivallan ja kaltoinkohdattelun luonne vaikuttaa amerikkalaisten tutkimusten mukaan siihen, ketkä lastensuojelun asiak-

kaista saavat mielenterveyspalveluja. Myös seksuaalista väkivaltaa kokeneiden lastensuojelun asiakkaiden on todettu saavan mielenterveyspalveluja muita väkivaltaa kokeneita lastensuojeluasiakkaita enemmän. (Burns ym. 2004, Garland ym. 1996, Leslie ym. 2005, Staudt ym. 2003). Tanskalaisessa (Egelund ja Lausten 2009) tutkimuksessa kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten mielenterveysongelmat ja ongelmat perheessä todettiin selvästi vakavammiksi kuin lastensuojelun avopalveluja saavien lasten tai lastensuojelun asiakkuuden ulkopuolella olevien ongelmat. Lähes puolella lastensuojelun asiakkuudessa olevista lapsista oli sosiaalisen toimintakyvyn ongelmia.

Koposen ym. (2010) tutkimuksessa nuorisopsykiatriselle kriisiosastolle potilaiksi tulleet, huostaan otetut nuoret saivat harvemmin vakavan psykiatrisen diagnoosin verrattuna muihin osaston potilaisiin. Lapsuus- tai nuoruusiässä alkanut käytös- ja tunnehäiriö esiintyi useammin huostaan otetuilla nuorilla kuin muilla nuorisopsykiatrisen kriisiosaston potilailla. Käytöshäiriöitä on todettu ilmenevän yleisesti myös koulukotiin sijoitetuilla nuorilla (Lehto-Salo 2011, Manninen 2013). Mannisen (2013, 48) tutkimuksessa koulukotiin sijoitetuilla pojilla esiintyi väkivaltaista käytöstä enemmän kuin tytöillä, mutta tytöillä esiintyi enemmän itsetuhoista käytöstä kuin pojilla. Lehto-Salon (2011) tutkimuksessa koulukotiin sijoitettujen nuorten joukossa vakavimmista psykiatrisista häiriöistä kärsivä ryhmä koostui pääasiassa tytöistä. Heillä kaikilla oli käytöshäiriö, mielialahäiriö ja päihdehäiriö. Lisäksi heillä todettiin omassa taustassaan muita ryhmiä enemmän rikollisuutta ja koettua seksuaalista hyväksikäyttöä sekä perheväkivaltaa.

Kaiken kaikkiaan yhteisasiakkaisiin ja organisaatioiden rajalle sijoittuviin palveluihin kohdistunut tutkimus on tuonut näkyviin käytäntöjä ja yhteisasiakkuuden piirteitä, joiden tunnistaminen yhteen organisaatioon liittyvissä tutkimuksissa voi olla vaikeaa. Yhteisasiakkuuden luonteessa näyttääkin olevan eroja verrattuna vain yhden organisaation asiakkuuksiin.

POTILASKERTOMUKSET TIEDON LÄHTEINÄ JA VIESTINNÄN VÄLINEINÄ

Nuorten mielenterveys- ja lastensuojelupalveluissa yksi keskeinen työkäytäntö on asiakas- ja potilaskertomusten eli asiakirjojen kirjoittaminen nuoren tilanteesta ja tarjotuista palveluista. Tek-

teihin tallentuu merkintöjä sekä omasta että muiden organisaatioiden toiminnasta (Kiuru ja Metteri, tulossa). Asiakirjat toimivat asiantuntijoiden välisinä viestintävälineinä (Kääriäinen 2003, Lämsä 2013, Pösö 2004, 50–52). Auttamistyön käytäntöjen ja potilaskertomusmerkintöjen suhde ymmärretään tässä tutkimuksessa siten, että merkinnät potilaskertomuksissa ovat jälki teosta tai tapahtumasta tai suunnitellusta työstä. Kysymys ei ole neutraalista tai objektiivisesta asiakastyötilanteiden kirjauksesta, vaan kirjaamiskäytäntöjen kehyyksessä syntyvistä ammatillisista tulkinnoista. Koska sairaalassa pyritään säännönmukaiseen potilastapahtumien kirjaamiseen, on potilaskertomusmerkinnät tässä tutkimuksessa luettu asiakas- ja potilastapahtumien rekisterinä, vaikka kirjaaminen toteutuukin järjestelmän ehdoilla ja osa tapahtumista voi jäädä kirjaamatta.

Sairaalayksikössä, josta tämä aineisto on kerätty esimerkiksi tehty yhteistyö (Arnkil ja Eriksen 1995, 1996, Metteri ja Hotari 2011) lastensuojelun kanssa kirjataan potilaskertomukseen. Polikliinisessä työssä työtapauksesta kirjataan tapahtuman nimi, kuten puhelu lastensuojeluviranomaisen kanssa, verkostokokous tai nuoren psykiatriseen hoitoon liittyvä yksilötutkimuskäynti. Sosiaalityöntekijä kirjaa osastohoidossa olevien nuorten tilanteeseen liittyvät lastensuojeluasiat ja lastensuojelun kanssa tehdyn yhteistyön osastohoidon yhteenvetotekstiin. Myös muut kuin sosiaalityöntekijät voivat kirjoittaa lastensuojeluun liittyviä tietoja osastohoidon aikana. Asiakastyön tilanteen toteutumisesta tallentuu sairaalan käytännössä melko systemaattista tietoa.

Potilaskertomustiedon yleinen sisältö on määritetty laissa. Potilaskertomukseen on kirjattava ”potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä”. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298, 7§). Potilaan hoidon kulun tulisi näin ollen näkyä potilaskertomuksessa.

Tutkija on riippuvainen potilaskertomusteksteihin kirjoitetuista tiedoista. Asiakirjoja ei ole kirjoitettu tutkimuksellisia tarkoituksia varten. (Saurama 2002, 51.) Esimerkiksi asiakirjatietojen puutteellisuuteen ja aukkoisuuteen on kiinnitetty

huomiota aikaisemmissa tutkimuksissa (Heino 1997, 92). Tiedon aukkoisuuteen ja puutteellisuuteen on tässä tutkimuksessa kiinnitetty huomiota sellaisten tietojen osalta, joiden kohdalla näitä voidaan arvioida. Tällaisia tietoja ovat esimerkiksi huoltajuus ja perhemuoto. Lastensuojelumerkintätiedon puuttumista potilaskertomuksessa ei tutkija voi varmistaa.

AINEISTO JA ANALYYSI

Tutkimuksen aineistona on 12–21 -vuotiaiden nuorten (n=325) nuorisopsykiatrista hoitoa koskevat potilaskertomukset yhdestä psykiatrisesta sairaalasta. Hoito voi yhden nuoren kohdalla tarkoittaa joko osastohoitoa, hoitoa poliklinikalla tai näitä molempia. Aineisto kattaa vuonna 2008 psykiatriseen sairaalaan ensimmäistä kertaa potilaiksi tululle nuorisopsykiatrisen sairaalahoidon aikana kirjoitetut potilaskertomukset, jotka luettiin sähköisessä muodossa Miranda-ohjelmassa, joka sisältää psy-, psyl-, sos- ja läh-lehdet. Psy-lehti sisältää tulotekstit ja loppulausunnot sekä mieltenterveyslain mukaiset päätökset. Psyl-lehti on psykiatrian sisäinen sairauskertomus. Sos-lehti on sosiaalityön sairauskertomuslehti, jota sosiaalityöntekijä täyttää. Siihen kirjataan muun muassa lastensuojeluun liittyvät asiat ja yhteydenotot oman kunnan sosiaalityöntekijöiden kanssa. Lastensuojeluun liittyviä tietoja on kuitenkin myös muissa mainituissa lehdissä. Läh-lehti sisältää tiedot siitä, että lähete on hyväksytty sekä tiedot siitä, mistä lähete tullut, milloin käsitelty ja hyväksytty.

Asiakirjojen kirjoittajat ovat ammatiltaan lääkäreitä, psykologeja, sosiaalityöntekijöitä sairaanhoitajia, lähihoitajia ja terapeutteja. Tutkijalla on ollut käytössään aineisto, joka sisältää vuoden 2008 aikana kyseisen sairaalan nuorisopsykiatriseen hoitoon potilaiksi ensi kertaa tululle nuorille kirjoitetut kaikki sähköiset tekstit. Tekstejä on aineistossa arviolta noin 5000-6000 sivua. Lyhimmät tekstit kokonaisuutena yhden nuoren kohdalla ovat 1–2 A4:sivun pituisia ja pisimmät tekstit ovat 40–50 (rivinväli 1, Times New Roman -fontti ja kirjasinkoko 12). Pisimmät tekstit ovat 40–50 A4:sivun pituisia edellä mainituin määrittein. Useimpien nuorten kohdalla tekstit ovat 10–25 sivun mittaisia. Sairaanhoidopiiriltä saatu tutkimuslupa on osoitettu sähköisten asiakirjojen tutkimuskäyttöön.

Mahdollista muilla paikkakunnilla muissa sairaaloissa toteutettua nuorisopsykiatrista hoi-

toa ei ole huomioitu, vaikka siitä olisi tietoa potilaskertomuksessa. Merkintä lastensuojelusta huomioitiin vain sellaisissa potilaskertomuksissa, joissa lastensuojelumerkintä liittyy nuorisopsykiatrisen sairaalahoidon aikaiseen lastensuojeluasiakkuuteen tai yhteydenpitoon lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välillä.

Tutkimuksen määrällinen aineisto koostuu seuraavista tiedonkeruulomakkeen avulla kerätyistä tiedoista: 1) hoitopaikka hoitoon tullessa poliklinikka tai osasto, 2) ikä, 3) sukupuoli, 4) kunta, 5) kansallisuus, 6) kenen kanssa nuori asuu, 7) huoltajuus, 8) sijoitus hoitoon tullessa kyllä tai ei, 9) vanhempien ammatit sanallisesti, 10) vanhempien työtilanne, 11) diagnoosi 12) läheteessä tai ensikäynnillä määritelty hoidon tarpeen syy sanallisesti, 13) nuorisopsykiatrisen hoidon jatkuminen tai päättyminen, 14) terveydenhuolto-organisaatioiden ulkopuolisten toimijoiden maininta läheteessä/tulotiedoissa, 15) merkintä lastensuojelusta nuorisopsykiatrisen hoidon aikana kyllä tai ei. Vanhempien ammatit, diagnoosi ja läheteessä määritelty hoidon tarpeen syy luokiteltiin aineiston keräämisen jälkeen. Muille tiedoille oli annettu numerokoodi aineistokeruulomakkeessa jo tutkimuksen alkuvaiheessa. Vastaukset kohtiin 1–4 ja 11 löytyivät tutkijalle annetusta potilaslistasta. Muiden tietojen osalta tutkijan saama tieto perustuu asiakirjateksteihin.

Hoidon syyn kirjaamiseksi tutkija luki nuorisopsykiatrisen hoidon alkuvaiheen ensimmäiset tekstit (Taulukko 1). Mahdollisten lähetetietojen niukkuuden vuoksi myös ensikäynniltä kirjattu teksti luettiin hoidon tarpeen kirjaamiseksi. Hoitoon tulon syitä kertyi yhteensä 456. Syyluokat liittyvät käytökseen, perheeseen, sosiaaliseen ympäristöön laajemmin, kouluympäristöön sekä yksilöoireisiin ja -ongelmiin. Yksi hoidon syy on sijoitettu vain yhteen luokkaan, vaikka syy olisi voitu laittaa perustellusti useampaan eri luokkaan. Esimerkiksi oppimisvaikeudet päätettiin laittaa kouluun liittyviin ongelmiin, koska mainittiin sosiaalinen ja institutionaalinen ympäristö haluttiin tehdä näkyväksi. Lähtökohtana valinnoille oli mahdollinen sosiaaliseen tai institutionaaliseen ympäristöön liittyvän merkinnän näkyväksi tekeminen hoidon syyn määrittämisessä. Tutkimuslupa, potilastietojen luovutus- ja käytölupa sekä eettisen toimikunnan lausunto saatiin sairaanhoidopiiriltä.

Taulukko 1.

Hoitoon tulovaiheessa potilaskertomuksiin kirjattujen nuorisopsykiatrisen hoidon syiden viisi luokkaa.

Luokka	Hoidon tarpeen syyt
1	Nuoren käytökseen liitetyt ongelmat hoidon syynä (mm. päihtees, uhmakkuus, aggressiivisuus, varastelu, väkivaltaisuus, karkailu, keskittymisvaikeudet, levottomuus, tottelemattomuus, käytösongelmat, epäsosiaalisuus, huolestuttava seksuaalinen käytös, vetäytyvyys, arkuus, sopeutumisvaikeudet)
2	Perheeseen liitetyt kriisit ja ongelmat hoidon syynä (mm. vanhemman kuolema, riidat vanhemman kanssa, vaikeat perhesuhteet)
3	Nuoren sosiaaliseen ympäristöön laajemmin liittyvät ongelmat hoidon syynä (mm. syrjäytymisriski, yksinäisyys, väkivaltakokemukset, turvattomuus)
4	Kouluympäristöön liitetyt ongelmat hoidon syynä (mm. koulukiusaaminen, oppimisvaikeudet, koulupoissaolot, koulukieltäytyminen, ongelmat koulussa)
5	Yksilöoireet ja –ongelmat hoidon syynä (mm. masentuneisuus, harhat, psykoottisuus, maaniset oireet, syömisen vaikeudet, laihtuminen, tunne-elämään liitetyt vaikeudet, pelot, ahdistuneisuus, pakkoajatukset, paniikkikokemukset, neuropsykiatrisiksi määritetyt oireet, itsetuhoisuus, uupumus, kuormittuminen, univaikeudet, traumakokemukset, kriisit)

Diagnoosit luokiteltiin viiteen pääluokkaan (Taulukko 4) käyttämällä apuna nuorisopsykiatrisessa sairaalahoidossa käytettyä ICD 10-tautiluokitukseen perustuvaa psykiatrian luokituskäsi kirjaa (Psykiatrian luokituskäsi kirjaa, 1998). Tiedot tutkija sai potilaslistasta, johon on jokaisen nuoren kohdalle kirjattu sairaalassa annettu diagnoosi.

Epätarkat tiedot tulkittiin tekstiyhteydessä, mutta jos ei saatu selkeää kuvaa, tieto jätettiin tutkimusaineiston ulkopuolelle. (Esimerkiksi: *Äiti töissä kahvilassa. Isä myös työttömänä.*) Jokaisen nuoren potilaskertomukset luettiin läpi systemaattisesti aikajärjestyksessä. Tässä yhteydessä potilaskertomuksia analysoitiin myös laadullisena aineistona. Luettaessa kirjattiin havaintopäiväkirjaan merkintöjä potilaskertomusten luonteesta, rakenteesta ja erityispiirteistä sekä kerätyn tiedon sisällöstä, löytymisestä ja tiedon paikoista teksteissä. Havaintopäiväkirja sisältää myös teksteistä poimittuja esimerkkejä tiedon kirjaamisen tavoista ja huomioita potilaskertomusaineiston tutkimuskäyttöön liittyvistä erityiskysymyksistä. Laadullisessa analyysissä selvitettiin, mitä voi sanoa yhteisasiakkuusilmioista potilaskertomusten kokonaisuudessa. Analyysi toteutettiin prosessimaisesti määrällisen aineiston analyysiin integroiden.

Tutkimuksen metodi sijoittuu Mixed methods -perinteeseen, jossa kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen menetelmä integroidaan tutkimukselliseksi otteeksi (Creswell 2010). Menetelmänä sovellettiin tekstiaineiston hermeneuttista sisällön analyysia (*Hermeneutic content analysis*, HCA). HCA-menetelmää käytetään tekstirakenteen ja

-sisällön tutkimiseen ja se soveltuu kvalitatiiviseen, kvantitatiiviseen tai näitä molempia tutkimusmenetelmiä sisältävään tutkimukseen. (Bergman 2010.)

Sukupuolen, iän, perhemuodon, sosioekonomisten tietojen, diagnoosin ja hoidon syyn mukaisten erojen tutkimisessa yhteisasiakkaiden ja muiden nuorisopsykiatrisen yksikön potilaiden välillä menetelmänä käytettiin ristiintaulukointia ja Pearsonin χ^2 -riippumattomuustestiä. Binääri-logistisen regressioanalyysin avulla tarkennettiin iän, sukupuolen, perhemuodon, hoidon syyn sekä diagnoosin yhteyttä yhteisasiakkuuteen. Selitettävä muuttuja luokiteltiin: 1=yhteisasiakkaat ja 0=muut nuoret. Sukupuolen ja iän merkitystä tutkittiin näiden kahden yhteisvaikutuksena. Muut selittävät muuttujat olivat diagnoosi, hoidon syy ja perhemuoto. Potilasjoukon nuorimpia verrattiin potilasjoukon vanhimpiin ja poikia tyttöihin, koska haluttiin tutkia nuorimpien ja poikien esiintyvyyttä yhteisasiakkaiden joukossa. Masennusdiagnoosi oli referenssiluokka suhteessa muihin diagnooseihin, koska masennusdiagnoosi oli yhteisasiakkaiden ja koko potilasjoukon yleisin diagnoosi. Biologisen äidin luona asuminen oli yhteisasiakkaiden yleisin perhemuoto ja muita perhemuotoja verrattiin biologisen äidin luona asumiseen. Sosiaalinen hoidon syy asetettiin referenssiluokaksi suhteessa muuhun kuin sosiaaliseen hoidon syyhyn, koska se osoittautui yleiseksi yhteisasiakkaiden joukossa.

OR (Odds Ratio) kuvaa vedonlyöntisuhteita yhteisasiakkuuden esiintyvyydelle eri selittävien muuttujien suhteen. Lisäksi raportoidaan vedonlyöntisuhteiden 95 %:n luottamusväli (lv) sekä

Hosmer and Lemeshow -testin sekä Cox ja Snell ja Nagelkerke R Square -testien tulokset. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin tasoa $p < 0.05$. Analyysi toteutettiin kaikki selittävät muuttujat pakotettuna SPSS for Windows 16.0 -ohjelmalla.

TULOKSET

LASTENSUOJELUMERKINTÄ NUORISOPSYKIATRISISSA POTILASKERTOMUKSISSA: YLEINEN MUTTA VAIKEASTI LÖYDETTÄVISSÄ

Tutkimuksen keskeisin tieto on nuoren potilaskertomuksesta löytyvä tai puuttuva merkintä lastensuojelusta. Merkintöjä oli yli puolessa (52 %, $n=170$) potilaskertomuksista. Näyttää siis siltä, että lastensuojelusiakkaina olevien nuorten mielenterveyspalvelujen tarpeeseen vastataan usein psykiatrisessa sairaalassa. Nuorisopsykiatrisen sairaalahoidon näkökulmasta katsottuna potilaiden tarve lastensuojelusta saatavaan tukeen ja apuun on merkittävä.

Kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli 11 prosenttia kaikista nuorista. Potilaskertomuksien lastensuojelumerkinnät kertovat samansuuntaisista tuloksista kuin tiedot Koposen ym. (2010) tutkimuksessa, jossa nuorisopsykiatrisen kriisiosaston potilaista huostaan otettuja ja sijaishuollossa olevia nuoria oli 17 prosenttia kaikista osaston potilaista. Ero lukujen välillä voi selittyä esimerkiksi sairaaloihin tai aineistoihin liittyvillä eroilla sekä sillä, että tässä tutkimuksessa olivat mukana sekä poliklinikalle että osastohoitoon tulleet nuoret. Sijaishuollossa olleiden nuorten osuutta voi pitää korkeana, jos sitä verrataan kansallisiin tietoihin huostaan otettujen nuorten määristä. Huostaan otettuja oli 13–15 -vuotiaista nuorista vuoden 2008 aikana noin 1,3 prosenttia ja 16 vuotta täyttäneistä noin 2,5 prosenttia (Kuoppala ja Säkkinen 2010, 2-3). Kysymys on siis lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkaiden ryhmästä, joka molemmissa auttamistyön järjestelmissä saa niin sanottua viimesijaista hoitoa ja tukea: nuorisopsykiatrista sairaalahoittoa sekä sijaishuollon kautta tarjoutuvaa lastensuojelua.

Lastensuojelumerkintöjen määrä osoittaa, että nuorisopsykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaskertomuksiin kirjataan usein tietoja lastensuojelusta. Tiedon välittymisen ja jakamisen kautta syntyvä yhteys lastensuojelun ja psykiatrian välille näyttää siis olevan yleistä. Lastensuojelutiedoista muodostuu potilaskertomusteksteissä nuorisopsykiatrisen sairauten ja hoitoon

liittyvän tiedon rinnalle ”toinen tarina”, joka liittyy nuorten avun tarpeeseen ja palveluihin auttamistyön verkostossa. Yleisyydestään huolimatta lastensuojelutietojen löytäminen vaati erityisen huolellista potilaskertomusten lukemista. Sosiaalityöntekijöiden Sos-lehdelle kirjaamat lastensuojelumerkinnät ovat yksi lastensuojelumerkintöjen kirjaamisen käytäntö, mutta sekin vaihtelee työryhmien välillä. Myös muiden ammattilaisten kirjaamia lastensuojelumerkintöjä esiintyi runsaasti ja ulkopuolisen lukijan näkökulmasta joskus osittain ennakoimattomasti.

Tuloksista syntyy jossain määrin ristiriitainen kuva siitä, kuinka merkittävästä ilmiöstä yhteisasiakkuuden kohdalla nuorisopsykiatrisen sairaalayksikön näkökulmasta puhutaan. Vaikka noin joka toisen nuoren potilaskertomuksiin tehdään lastensuojelusta merkintöjä, lastensuojelua koskevat tekstit näyttävät marginaaliselta potilastekstien kokonaisuudessa. Toisaalta näyttää selvältä, että lastensuojelua koskeva tieto on tärkeää olla olemassa. Lastensuojelua koskevia tietoja kirjataan säännöllisesti, voi sanoa päivittäin. Kirjaamisen käytännöistä, erityisesti tekstien vaikeasta löydettävyydestä, syntyy käsitys siitä, että tieto ei integroidu työkäytännöissä yhteisasiakkuutta korostavaksi näkemykseksi. Seuraavissa luvuissa esitettävät lastensuojelumerkintöjen sisältöä koskevat tulokset kertovat kuitenkin, että lastensuojelumerkinnät eivät suinkaan ole merkityksettömiä tai neutraaleja asiakkuuden luonteen tai verkoston toiminnan näkökulmasta.

SUKUPUOLI JA IKÄRYHMÄT AINEISTOSSA

Nuorisopsykiatriseen sairaalahoittoon vuonna 2008 ensimmäistä kertaa potilaisiksi tulleista 325 nuoresta yhteisasiakkaita oli hieman yli puolet (52 %). Kaikista nuorista tyttöjä oli 65 prosenttia ($n=210$) ja poikia 35 prosenttia ($n=115$). Nuoret olivat kotoisin yhteensä 35:sta eri kaupungista tai kunnasta, joiden asukasluku vaihtelee noin 2000 ja 250 000 välillä. Hoitoon tullessaan nuoret olivat iältään 12–19 -vuotiaita. Kolmella prosentilla oli myös tai ainoastaan jokin muu kuin Suomen kansallisuus. Nuorisopsykiatrisen hoitojakso sairaalassa voi alkaa joko sairaalaosastolla tai poliklinikalla. Osastolle oli hoitoon tulovaiheessa tullut 15 prosenttia ja poliklinikalle 85 prosenttia nuorista. Yhteisasiakkaat olivat tulleet useammin osastolle hoitoon (19 %) kuin muut nuoret (10 %) ($p=0.022$). Vuonna 2008 alkanut nuorisopsykiatrisen sairaalahoidon oli päättyneenä aineiston keruuvaiheessa vuoden 2010 lopussa harvemmin

yhteisasiakkailta (67 %) kuin muilla nuorilla (72 %). Nuorisopsykiatrisen hoito oli päättynyt useammin tyttöillä (75 %) kuin pojilla (58 %) ($p=0.032$).

Pojista useampi (61 %) oli yhteisasiakkaana verrattuna tyttöihin (48 %) ($p=0.022$) ja ero tuli näkyviin erityisesti hoidon alussa. Lastensuojelumerkintä oli hoitoon tullessa tytöillä (26 %) selvästi harvemmin kuin pojilla (41 %). Hoitoon tulovaiheen jälkeen se oli kuitenkin kirjattu tytöille (22 %) hieman useammin kuin pojille (20 %). Keskimääräinen ikä oli 15 vuotta (keskiarvo 15 ja mediaani 15). Yhteisasiakkaat olivat keskimäärin nuorempia kuin muut nuoret. Yhteisasiakkaista suuri osa (78 %) oli 12–15 -vuotiaita ($p<0.001$). Muista nuorista 12–15 -vuotiaita oli hieman yli puolet (53 %) ($p<0.001$). 16-vuotiaita oli yhteisasiakkaista 15 prosenttia ja muista nuorista 20 prosenttia ($p<0.001$). Yhteisasiakkaiden ryhmässä oli 17 vuotta täyttäneitä nuoria huomattavasti vähemmän (6 %) kuin muiden nuorten joukossa (27 %) ($p<0.001$).

Valtakunnallisesti poikien osuus lapsi- ja nuorisopsykiatrisen potilaista on tyttöjä suurempi neljääntoista ikävuoteen saakka ja poikia on kaikista huostaan otetuista ja lastensuojelun avohuollon asiakkaista hieman yli puolet. Huostaan otettujen ja kodin ulkopuolelle sijoitettujen tyttöjen määrä on kuitenkin noussut jonkin verran ohi poikien 15–17 -vuotiaiden osalta viimeisen kymmenen vuoden aikana. (Heino 2007, Heino ja Säkkinen 2011, 135-138, 141). Tässä tutkimuksessa pojista noin kolme viidestä oli yhteisasiakkaita. Luku näyttää korkealta suhteutettuna val-

takunnallisiin sukupuolten eroja koskeviin tietoihin lastensuojelun asiakkaista ja nuorisopsykiatrisen potilaista. Heino (2007, 24) tutkimuksessa lastensuojelun avohuollon asiakkuuden alkamisen kaksi määrällisesti suurinta ikäkautta ovat vauvaikä ja murrosikä. Tässä tutkimuksessa yhteisasiakkaiden ikäjakauma painottuu nuorisopsykiatrisen sairaalahoidon nuorimpiin potilaisiin eli 12 – 15 -vuotiaisiin.

PERHEMUOTO JA SOSIOEKONOMISET TIEDOT

Kaikista tutkimuksen nuorista biologisen äidin luona asui hieman useampi kuin molempien biologisten vanhempien luona (Taulukko 2). Yhteisasiakkaiden perhemuoto erosi muiden nuorten perhemuodosta. Yhteisasiakkaista hieman yli puolet asui biologisen äidin luona ja noin neljäsosa molempien biologisten vanhempien luona. Muista nuorista kolmasosa asui biologisen äidin luona ja yli puolet molempien biologisten vanhempien luona. Biologisen isän luona asui viisi prosenttia koko nuorten ryhmästä ja yhteisasiakkaista kuusi prosenttia. Viidellä prosentilla ($n=15$) kaikista nuorista biologinen isä oli kuollut ja yhdellä prosentilla ($n=4$) biologinen äiti oli kuollut. Yksinhuoltajaäitejä tavataan Heino ja Säkkinen (2011, 135) mukaan paljon lastensuojelussa. Avohuollon asiakkaista noin puolet ja huostaan otettavista lapsista 55 prosenttia asuu yhden vanhemman perheessä. Yhteisasiakkaiden perhemuoto näiden lukujen valossa tarkasteltuna on samansuuntainen lastensuojeluasiakkaiden perhemuodon kanssa.

Taulukko 2.

Tieto siitä kenen kanssa nuori asuu (% , Pearsonin khin2 -testi).

	Koko aineisto n=325	Yhteisasiakkaat n=170	Muut nuoret n=155
Tilastollinen merkitsevyys		$p<0.001$	$p<0.001$
Asuu biologisen äidin luona	41	51	30
Asuu molempien biologisten vanhempien luona	40	24	56
Muu	20	25	14
Yhteensä	100	100	100

Tutkimukseen kerätyistä tiedoista osa jäi puutteelliseksi, koska tarvittavia tietoja ei löytynyt kaikkien nuorten potilaskertomuksista. Huoltajuustieto puuttui kolmasosassa (33 %) asiakirjoista ja kirjaamiskäytännöt toivat näkyviin ristiriitaisia tietoja potilaskertomuksissa. Seuraavat esimerkit kertovat, miten potilaskertomuksien tieto voi olla vaikeasti tulkittavaa tai ehkä jopa väärin kirjattu.

Potilas nro 238 Vanhemmat eronneet noin kymmenen vuotta sitten, nuori asuu äidin luona. Äidin muistikuvan mukaan vanhemmilla on yhteishuoltajuus.

Potilas nro 321: Isä mainitsee yksinhuoltajuudesta. Myöhemmin kuitenkin tulee ilmi, että vanhemmilla on yhteishuoltajuus.

Potilas nro 329: Äiti on ollut erosta asti yksinhuoltajana. Toisessa kohdassa kerrotaan, että isällä on myös huoltajuus.

Huoltajuustieto puuttui useammin yhteisasiakkailta (38 %) kuin muilta nuorilta (27 %) ($p=0.033$) ja pojilta (42 %) useammin kuin tytöiltä (28 %) ($p=0.012$). Ristiriitaisten tietojen syynä voi olla käsitteen monenlainen tulkinta. Huoltajuudella saatetaan toisinaan tarkoittaa vanhempaa, jonka luona nuori asuu, vaikka juridinen huoltajuus olisikin molemmilla vanhemmilla. Lain mukaan potilasasiakirjoissa tulisi näkyä ”alaikäisen potilaan osalta huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä täysi-ikäiselle potilaalle määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot”. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298, 10 §). Tämän tutkimusaineiston tiedot olivat osittain puutteellisia potilaskertomusteksteissä. Pitkien hoitajaksojen aikana nuoren auttamisessa mukana olevat työntekijät ovat voineet vaihtua. Työntekijän voi olla vaikea tunnistaa tai tavoittaa pitkissä teksteissä ilmeneviä ristiriitaisia tietoja. Kuten edellä esitetystä aineistokohdista huomataan, vanhemmiltakaan ei aina saa tarkkaa tietoa.

Tieto äidin työtilanteesta puuttui 39 prosentissa ja tieto isän työtilanteesta puuttui 48 prosentissa potilaskertomuksia. Vanhempien työtilanteeseen liittyvä tieto kertoi useimmiten vanhemman osallistumisesta työelämään ja vain harvoin työttömyydestä, eläkkeestä tai muusta työelämän ulkopuolella olemisesta. Äideistä 48 prosentin ja isistä 42 prosentin kerrottiin olevan työelämässä. Työttömänä äideistä on kirjausten mukaan neljä prosenttia ja isistä kaksi prosenttia.

Tieto äidin ammatista puuttui 47 prosentissa ja isän ammatista 58 prosentissa potilaskerto-

muksista. Äideistä 17 prosenttia ja isistä 19 prosenttia toimi toimihenkilönä tai ylempinä toimihenkilönä. Työntekijöinä äideistä oli ilmoitettu toimivan 28 prosenttia ja isistä 13 prosenttia. Tiedot vanhempien työtilanteesta ja perheen sosioekonomisesta taustasta ovat huomattavan puutteellisia. On mahdollista, että esimerkiksi tieto työttömyydestä on jäänyt kirjaamatta useammin kuin tieto työelämässä toimimisesta. Samansuuntaista tiedon tarkkuuteen liittyvää epäselvyyttä havaittiin myös kodin ulkopuoliseen sijoitukseen liittyvissä aineistokohdissa, sillä ei aina ollut selkeästi kirjattuna, oliko kysymys kiireellisestä sijoituksesta, avohuollon sijoituksesta tai huostaanotosta ja sijoituksesta.

NUORISOPSYKIATRISEN SAIRAALAHOIDON ULKOPUOLISET AMMATTILAISET HOITOON TULOVAIHEEN KIRJAUKSISSA

Yli puolelle (59 %) yhteisasiakkaista tieto lastensuojelusta oli kirjattu jo hoidon alussa. Tämä tarkoittaa, että yhteys lastensuojelun ja nuorisopsykiatrisen välillä oli noin kolmasosalla kaikista nuorista (31 %) jo hoitoon tulovaiheessa. Myös hoidon aikana tulovaiheen jälkeen oli useille nuorille kirjattu merkintä lastensuojelusta. Kaikista nuorista 21 prosentille ja yhteisasiakkaista 41 prosentille merkintä lastensuojelusta oli kirjattu hoitoon tulovaiheen jälkeen. Tämä voi tarkoittaa muun muassa sitä, että yhteys lastensuojeluun tapahtuu nuorisopsykiatrisen hoidon aikana tai että tieto lastensuojeluasiakkuudesta tulee sairaalan nuorisopsykiatrisen yksikköön vasta hoitoon tulovaiheen jälkeen.

Hoitoon tulovaiheen kirjauksista kerättiin tiedot lastensuojelun toimijoiden lisäksi myös muista terveydenhuolto-organisaatioiden ulkopuolisista ammattilaisista. Hoitoon tulovaiheessa 73 prosentilla nuorista oli merkintöjä terveydenhuolto-organisaation ulkopuolisista toimijoista. Noin kahdella kolmasosalla (67 %) oli kirjattu yksi tai kaksi toimijaa ja vain harvalla (6 %) kolme tai yli kolme tällaista toimijaa. Useimmin hoidon alussa oli kirjattu koulun (51 %) ja lastensuojelun (31 %) toimijoita. Yhteisasiakkaista 56 prosentilla ja muista nuorista 47 prosentilla oli merkintöjä koulun ammattilaisista. Merkintä perheneuvolasta, perhekeskuksesta tai nuorisoneuvolasta oli 12,9 prosentissa, kolmannesta sektorista 1,8 prosentissa, poliisista kolmessa prosentissa, oikeuslaitoksesta 0,3 prosentissa ja kirkosta 0,3 prosentissa nuorten potilaskertomuksista.

Taulukko 3.

Psykiatrisen sairauksien esiintyvyys yhteisasiakkailta ja muilla nuorisopsykiatrisessa sairaalahoidossa potilaana olevilla nuorilla (%) (Pearsonin khin2).

Tilastollinen merkitsevyys	Koko aineisto (n=325)	Yhteisasiakkaat (n=170) p<0.001	Muut nuoret (n=155) p<0.001
1. Masennus (Dg. F32.1, F32.10, F32.00, F32.2, F32.3, F32.9, F33.2)	32	36	28
2. Pelko-oireiset ja muut ahdistuneisuushäiriöt (Dg. F40.1, F40.2, F41, F41.00, F41.2, F41.9)	7	5	10
3. Syömishäiriöt (Dg. F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.9)	13	4	24
4. Laaja-alaiset kehityshäiriöt (Dg. F84.0, F84.5, F84.9)	14	17	10
5. Käytöshäiriö, samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö, lapsuudessa alkava tunne-elämän häiriö (Dg. F91.9, F91.2, F92.0, F92.8, F92.9, F93.80, F93.8, F93.89, F93.9)	12	21	3
6. Hyperkineettiset häiriöt (Dg F 90.0)	9	10	8
7. Muu diagnoosi	12	8	16
Yhteensä	100	100	100

DIAGNOOSI JA HOIDON SYY LASTENSUOJELUMERKINTÖJEN YHTEYDESSÄ

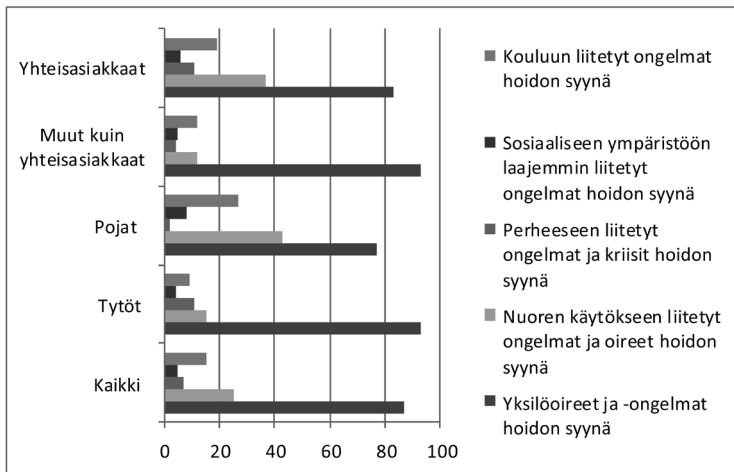
Yhteisasiakkaiden ja muiden nuorten välillä oli joidenkin psykiatrisen sairauksien esiintymisessä suuriakin eroja (Taulukko 3). Syömishäiriödiagnoosin saaneista vain harva oli samanaikaisesti nuorisopsykiatrisessa hoidossa ja lastensuojelun piirissä ($p<0.001$). Käytöshäiriödiagnoosin saaneista useimmat olivat nuorisopsykiatrisen hoidon aikana myös lastensuojelun piirissä eli yhteisasiakkaina ($p<0.001$). Myös masennusta ja laaja-alaisia kehityshäiriöitä oli yhteisasiakkailta enemmän kuin muilla nuorilla.

Hoitoon tulovaiheen potilasteksteistä kirjattiin jokaisen nuoren kohdalla tieto hoitoon tulon syystä. Syiden tutkimisessa mielenkiinto oli siinä, milloin syyn määrittäminen liittyy vain nuoren yksilöoireisiin tai -ongelmiin ja milloin myös tai ainoastaan nuoren käytökseen, perheeseen, kouluun ja sosiaaliseen ympäristöön laajemmin. Yhdelle nuorelle kirjattiin yksi, kaksi tai kolme hoitoon tulon syytä. Käytökseen liitettyjä ongelmia oli enemmän yhteisasiakkailta (37 %) kuin muilla nuorilla (12 %) (kuva 1). Myös kouluun, sosiaaliseen ympäristöön ja perheeseen liittyviä ongelmia oli yhteisasiakkailta enemmän. Pojille (43 %) oli kirjattu selvästi tyttöjä enemmän käytökseen liittyviä syitä kuin tytöille (15 %). Myös kouluympäristöön liitettyjä hoidon syitä oli pojilla (27 %) enemmän kuin ty-

töillä (9 %). Tytöille (11 %) puolestaan oli kirjattu poikia enemmän perheeseen liitettyjä hoidon syitä (2 %).

Koska edellisessä luokituksessa yhden nuoren hoidon syy voi näkyä useammassa kuin yhdessä luokassa, hoitoon tulon syyn ja lastensuojelumerkinnän välisen yhteyden selvittämiseksi hoidon syyn luokittelu tehtiin kaksiluokkaiseksi siten, että yhden nuoren kohdalla on vain yksi hoidon syyn luokka. Luokassa 1 ovat nuoret, joiden hoidon syy liittyy käytökseen, perheeseen, kouluun ja sosiaaliseen ympäristöön laajemmin yksilöoireiden ja -ongelmien lisäksi tai sijaan (kuva 1). Luokassa 2 ovat ne nuoret, joiden hoidon syy liittyy vain yksilöoireisiin tai -ongelmiin. Yhteisasiakkailta oli hoitoon tulovaiheessa määritelty selvästi useammin kuin muille nuorille myös tai ainoastaan käytökseen, perheeseen, kouluun tai sosiaaliseen ympäristöön laajemmin liitettyjä hoidon syitä (taulukko 4).

Hoidon syyt eroavat myös sukupuolen ja iän mukaan. Pojista 52 prosentilla ja tytöistä 24 prosentilla oli kirjattu käytökseen, perheeseen, kouluun tai sosiaaliseen ympäristöön laajemmin liittyvä hoidon syy ($p<0.001$). 12-14-vuotiaista 49 prosentilla, 15-16-vuotiaista 40 prosentilla ja 17-19-vuotiaista 22 prosentilla oli kirjattu käytökseen tai sosiaaliseen paikkaan liittyvä syy ($p=0.005$). Käytökseen, perheeseen, kouluun ja sosiaaliseen ympäristöön laajemmin liittyvät syyt vähenivät iän lisääntyessä.



Kuva 1.

Nuoren hoitoon tulon määrittäminen (%) koko aineistossa, yhteisasiakkailta ja muilla nuorilla sekä pojilla ja tytöillä. Aineistossa on 1-3 hoitoon tuloon liittyvää syytä yhden nuoren kohdalla, joten yhden nuoren hoidon syy voi näkyä prosenttiluvussa useammassa luokassa.

Taulukko 4.

Hoidon syy yhteisasiakkailta ja muilla nuorisopsykiatrisessa sairaalahoidossa potilaina olevilla nuorilla (%) (Pearsonin khin-testi2).

	Koko aineisto (n=325)	Yhteisasiakkaat (n=170)	Muut nuoret (n=155)
Tilastollinen merkitsevyys		p<0.001	p<0.001
Käytökseen, perheeseen, kouluun tai sosiaaliseen ympäristöön laajemmin liitettyjä hoidon syitä yksilöoireiden ja -ongelmien lisäksi tai sijaan	40	55	25
Vain yksilöoireisiin tai -ongelmiin liitettyjä hoidon syitä	60	45	75
Yhteensä	100	100	100

SUKUPUOLEN, IÄN, HOIDON SYYN, PERHEMUODON JA DIAGNOOSIN YHTEYS YHTEISIASIAKKUUTEEN

Ristiintaulukoinnit osoittavat, että yhteisasiakkaiden ja muiden nuorten potilasryhmän välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolen, iän, perhemuodon, hoidon syyn sekä diagnoosin osalta. Logistinen regressioanalyysi (Taulukko 5) vahvistaa tuloksia. Iän ja sukupuolen yhteisvaikutusta tutkimalla haluttiin selvittää, oliko yhteisasiakkaiden joukossa erityisen näkyvää ryhmää tietynikäisiä tyttöjä tai poikia. 12-13-vuotiaana hoitoon tulleiden poikien kohdalla todennäköisyys yhteisasiakkuuden esiintymiselle oli suuri, kun referenssiluokkana oli potilasjoukon vanhimmat tytöt (OR 3,4, lv 1.06-11.06). Käytöshäiriödiagnoosi (OR 5,9, lv 1.98-17.54) lisäsi diagnooseista selkeimmin

mahdollisuutta sille, että nuori oli lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkaana, kun referenssiluokkana oli masennusdiagnoosi. Diagnooseista pelko-oireet ja muut ahdistuneisuushäiriöt (OR 3,3, lv 0.11-0.85) sekä syömishäiriöt (OR 5,2, lv 0.07-0.53) vähensivät mahdollisuutta sille, että nuori on lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkaana, kun referenssiluokkana oli masennusdiagnoosi. Perhemuotoon, kouluun, käytökseen tai sosiaaliseen ympäristöön laajemmin liittyvän hoidon syy nuorisopsykiatrisen hoidon alussa (OR 2,1, 1.17-3.77) lisäsi yhteisasiakkuuden mahdollisuutta (OR 2,1, 1.17-3.77). Oli selvästi epätodennäköisempää, että yhteisasiakkaat asuivat molempien biologisten vanhempien kanssa, kun referenssiluokkana oli asuminen vain biologisen äidin kanssa (OR 0,23, lv 0.13-0.42).

Taulukko 5.

Logistinen regressioanalyysi: Iän ja sukupuolen yhteisvaikutuksen, diagnoosin, hoitoon tulon syyn ja perhemuodon yhteys yhteisasiakkuuteen (Pearsonin khin2-testi, OR, 95 %:n luottamusväli)¹

	Yhteisasiakkuus on vs. yhteisasiakkuutta ei ole		
	p-arvo ²	OR	95 %:n luottamusväli
Ikä x sukupuoli			
17-19 vuotta x tyttö	0.34	1.00	
12-13 vuotta x poika	0.04	3.42	1.06-11.06
14 vuotta x poika	0.33	1.61	0.62-4.19
15 vuotta x poika	0.50	1.40	0.53-3.67
16 vuotta x poika	0.86	1.12	0.33-3.73
Diagnoosi			
Masennus	<0.001	1.00	
Pelko-oireiset ja muut ahdistuneisuushäiriöt	0.023	0.30	0.11-0.85
Syömishäiriöt	0.001	0.19	0.07-0.53
Laaja-alaiset kehityshäiriöt	0.92	1.05	0.44-2.50
Käytöshäiriö, samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö, lapsuudessa alkava tunne-elämän häiriö	0.001	5.89	1.98-17.54
Hyperkineettiset häiriöt	0.094	0.41	0.15-1.16
Muu	0.035	0.39	0.17-0.94
Hoitoon tulon syy			
Muu kuin sosiaalinen	1.00		
Sosiaalinen	0.013	2.10	1.17-3.77
Asuminen			
Biologisen äidin kanssa	<0.001	1.00	
Molempien biologisten vanhempien kanssa	<0.001	0.23	0.13-0.42
Muu	0.60	1.23	0.56-2.68

1 vertailuryhmät: 17-19 -vuotiaat tytöt, masennusdiagnoosin saaneet, hoitoon tulon syy muu kuin sosiaalinen, muu kuin biologisen äidin kanssa asuminen.

Hosmer and Lemeshow -testissä $p=0.218$. Cox ja Snell- Sekä Nagelkerke R Square -testien tulokset kertovat, että malli selittää selitettävän muuttujan vaihtelusta välillä 29.3 % - 39.0 %.

POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksessa saatiin lisätietoa Suomessa toistaiseksi vähän tutkitusta yhteisasiakkuusilmiöstä nuorten palvelujärjestelmässä. Noin joka toisella (52 %) nuorella oli potilaskertomuksessa merkin­ töjä lastensuojelusta. Erityisesti nuorisopsykiatri­ sen sairaalahoidon näkökulmasta havaitaan yhteisasiakkuusilmiön laajuus, sillä usea aikaisempi yhteisasiakkuusilmiön tutkimus kohdistuu lasten­ suojelun asiakkaiden mielenterveyspalvelujen tarpeeseen ja käyttöön. Tulokset vahvistavat suoma­ laista ja kansainvälistä tietoa siitä, että yhteis­ asiakkaiden määrä on suuri palvelujärjestelmässä. (Fisher ym. 2009, Honkinen ja Pasanen 2011,

Hulburt ym. 2004, Koponen ym. 2010, Lehto- Salo 2011, Leslie ym. 2000, Manninen 2013, Sainero ym. 2013, Sullivan ja van Zyl 2008).

Lastensuojelua koskevan tiedon helpompi löydettävyys nuorisopsykiatrisissa potilaskerto­ muksissa voisi toimia yhtenä keinona tehdä pa­ remmin näkyväksi yhteisasiakkuuden myötä syn­ tyvää yhteisen työn aluetta. Tässä ja aikaisem­ massa tutkimuksessa todettu joidenkin asiakkuu­ teen liittyvien tietojen aukkoisuus kannustaa kirjaamiskäytäntöjen tarkentamiseen sairaalan käytännöissä (Heino 1997, 92). Potilaskertomus­ ten käyttöä tutkimusaineistona helpottaisi kirja­ tun tiedon selkeämpi rakenne. Joidenkin perus-

asioiden tilastointi helpottaisi myös kokonaiskuuvan saamista tutkimuskohteesta organisaatioiden toiminnan tutkimuksessa.

Tutkimuksen yksi keskeinen tulos on, että lastensuojelussa ja nuorisopsykiatrisessa sairaalahoidossa yhteisasiakkaina olevat nuoret eroavat vain nuorisopsykiatrisessa sairaalahoidossa olevista nuorista. Verrattuna muihin nuorisopsykiatrisen sairaalahoidon piirissä oleviin potilaisiin yhteisasiakkaat tässä tutkimuksessa:

- olivat useammin iältään nuorempia,
- olivat useammin poikia,
- asuivat harvemmin molempien biologisten vanhempien kanssa,
- olivat usein niitä nuoria, joille annetaan käytökseen liittyvä diagnoosi,
- saivat harvemmin syömishäiriö-, pelko-oireisen tai muun ahdistuneisuushäiriödiagnoosin
- olivat usein nuoria, joiden nuorisopsykiatrisen hoidon tarpeen kuvaus liittyy käytökseen, perheeseen, kouluun tai sosiaaliseen ympäristöön laajemmin liittyviin ongelmiin

Sukupuolten ja ikäryhmien välisiä eroja on havaittu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Burns ym. 2004, Egelund, ja Lausten 2009, Glisson ja Green 2006, Lehto-Salo 2011, Leslie ym. 2000, Manninen 2013, Staudt ym. 2003). Tässä tutkimuksessa erityisesti 12–13-vuotiaiden poikien kohdalla yhteisasiakkuus osoittautui yleiseksi. Suurin ryhmä lapsi- ja nuorisopsykiatrisen laitoshoidossa olevien potilaiden joukossa yleensä Suomessa on 7–14 -vuotiaat pojat (Heino ja Säkkinen 2011, 141). Lastensuojelussa puolestaan on todettu avohuollon asiakkuuksien lisääntyvän 13–15 -vuotiaiden kohdalla (Heino 2007, 24). 12–13 -vuotiaiden poikien osuus näkyi näin ollen sekä nuorisopsykiatrisen potilaiden kohdalla yleensä että tässä tutkimuksessa yhteisasiakkuuden taustalla. Lisäksi 13. ikävuosi näkyy asiakkuuksien lisääntymisen ikäkautena lastensuojelun avohuollossa ja yhteisasiakkaiden joukossa. Oppivelvollisuusikäisten, yläkouluikäisten nuorten yhteisasiakkuutta ja kouluun liittyvien asioiden yhteyttä siihen olisi tarpeen tarkastella jatkotutkimuksessa. (Kaltiala-Heino 2003).

Tämän tutkimuksen lisäksi muut ajankohtaiset suomalaiset tutkimustulokset lastensuojelun ja mielenterveyspalvelujen yhteisasiakkaista ovat selkeästi tuoneet esille käytöshäiriödiagnoosin yleisyyden (Koponen ym. 2010, Lehto-Salo 2011, Manninen 2013). Käytösongelmien taustalla nä-

kyy myös koulunkäyntiin ja oppimiseen liittyviä ongelmia (Kaltiala-Heino 2003, Manninen 2013, Sainero ym. 2013). Käytöshäiriöön voi liittyä vakavimmillaan itsemurhavaara tai hallitsematonta väkivaltaista käytöstä (Kaltiala-Heino 2003). Esimerkiksi Mannisen (2013) tutkimuksessa viiden vuoden seuranta-ajalla 50 prosenttia koulukotiin sijoitetuista pojista syyllistyi väkivaltarikokseen. Lehto-Salon (2011) tutkimuksessa puolestaan tuli esille käytöshäiriön vakavuus tyttöjen kohdalla. Yhteisasiakkaiden käytöshäiriön hoitopaikoista on esitetty ehdotuksia. Marttusen ym. (2004) mukaan käytöshäiriötä tulee hoitaa ensisijaisesti avohoidossa. Mahdolliseen pitkään laitoshoitoon kirjoittajat suosittelevat riittävästi resurssoitua lastensuojelun sijoituspaikkoja, joissa tulisi olla myös nuorisopsykiatrista asiantuntemusta. Lehto-Salon (2011, 53) mukaan on mahdollista, että käytöshäiriöistä kärsivät mutta lievemmin oireilevat tytöt ohjautuvat hoidettaviksi nuorisopsykiatrisille osastoille ja vaikeimmista häiriöistä kärsivät tytöt koulukoteihin.

Yhteisasiakkaisiin liittyvä tutkimus kannustaa jatkamaan palveluiden kehittämistä ja tutkimusta lastensuojelun ja nuorisopsykiatrisen rajapinnoilla. Esimerkiksi Lehto-Salon (2011) sekä Honkisen ja Pasasen (2011) tutkimukset tuovat esille hoitomuotoja, joiden avulla autetaan psykiatrisin keinoin kodin ulkopuolelle sijoitettuja psykiatrista hoitoa tarvitsevia lapsia ja nuoria. Honkisen ja Pasasen (2011, 260) tutkimus osoittaa, että vuoden mittaisena seuranta-aikana intensiivihoidon sijoitettujen lasten psyykinen oirehdinta oli tasaantunut. Lehto-Salon (2011) tutkimus taas tuo esille yhteis- ja yhdistelmähoitomalleja. Tutkimuksissa on myös tuotu esiin muun muassa nuorten kasaantuneiden ongelmien hoitamisen vaativuus (Egelund-Lausten 2009, Lehto-Salo 2011, Manninen 2013), kuntien talouspoliittisten päätösten vaikutus sopivan sijoituspaikan löytymisessä (Metteri ja Hotari 2011) ja sopivien sijoituspaikkojen puute palvelujärjestelmässä yleensä (Egelund ja Lausten 2009). Laakso (2013) toteaa, että sijaishuoltopaikan löytäminen on vaikeaa erityisesti vaikeasti vammaiselle lapselle ja vakavasti päihdeongelmaiselle tai mielenterveysongelmaiselle nuorelle.

Tässä tutkimuksessa lähetevaiheessa poikien kohdalla mainittiin käytökseen ja kouluun liittyviä ongelmia selvästi useammin kuin tyttöillä, mutta perheen ongelmia mainittiin pojilla erityisen harvoin. Kaiken kaikkiaan perheeseen ja so-

siaaliseen elämään laajemmin liittyviä ongelmia mainitaan lähetevaiheessa selvästi nuoren yksilöoireita vähemmän. Tämä oletettavasti kertoo jotakin siitä, miten lähettävät organisaatiot tulevat kuvanneeksi lähetevaiheessa nuorisopsykiatrisen sairaalayksikön perustehtävää. Aikaisempi tutkimuksemme (Kiuru ja Metteri 2014) osoitti, että kirjaamiskäytännöt kertovat niin nuorisopsykiatrisen yksikön oman tehtävän kuin yksikön ja ympäristön välisen suhteen rajauksista. Tämän tutkimuksen tulosten valossa näyttää siltä, että sairaalan ympäristöstä tulevan lähetteen sisällön on oltava suhteessa sairaalayksikön perustehtävään, jotta lähete kommunikoi sairaalayksikön toimintarakenteiden ja perustehtävän kanssa. Tulokset osoittavat myös, että sosiaalisten ongelmien maininta läheteessä näyttää ennakoivan yhteisasiakkuutta. Tämä tulos on systeemiteoreettisesti mielenkiintoinen havainto yksiköiden välisistä suhteista toisiinsa (Luhmann 2004). Sosiaalityön sosiaaliin ongelmiin liittyvä yhteiskunnallinen tehtävä ja mahdollinen lastensuojelun avun tarve näkyy potilaskertomusten kirjauksissa erilaisissa hoitoprosessin vaiheissa.

Sekä tässä tutkimuksessa että aikaisemmissa tutkimuksissa lastensuojelun ja mielenterveyspalvelujen välillä näyttää tapahtuvan asiakkaiden valikoitumista tavalla, joka ei kaikilta osin nou-

data lastensuojelun tai nuorisopsykiatrisen asiakkuuksien valikoitumista (Heino 2007, Heino ja Säkkinen 2011, Leslie ym. 2000, Leslie ym. 2005, Staudt 2003, Sullivan ja van Zyl 2008). Asiakkuuden muodostuminen palvelujärjestelmässä on piirteiltään muuntuva ja monikerroksinen yhteiskunnallinen ilmiö, johon vaikuttavat useat kontekstisidonnaiset tekijät (Pösö 2010). Tarja Heimon (2007, 18) mukaan on yksinkertaistavaa väittää, että lastensuojeluasiakkuus olisi määritettävissä yhdestä tekijästä, kuten lapsen perhetaustaan liittyvistä syistä. Sama koskee yhteisasiakkuutta. Esimerkiksi Karjalaisen (1996, 127) tutkimuksessa sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteisasiakkuuden taustalla näkyvät nuorten aikuisten työttömyys-, toimeentulo-, koulutus- ja mielen-terveysongelmat.

Tutkimustulosten pohjalta näyttääkin siltä, että kun puhutaan yhteisasiakkuudesta, puhutaan samalla jotakin myös yhteisasiakkuusilmiön taustalla olevan verkoston toiminnasta. Jatkotutkimuksissa on syytä jatkaa ja kehittää edelleen asiakkuuksien ja palvelujärjestelmän nivelkohtien tutkimista. Lisäksi on syytä pohtia, miten yhteisasiakkaina olevien nuorten ongelmiin voitaisiin paremmin vaikuttaa jo ongelmien syntyvaiheessa ennen he päätyvät nuorisopsykiatrisen sairaalahoidon ja lastensuojelun yhteisasiakkuuteen.

Kiuru K-E, Metteri A. The co-clienthood of child protection and youth psychiatry in the patient documents
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2014:51: 146–160

This study investigated the phenomenon of co-clienthood of child welfare and youth psychiatry. The research data consists of patient documents from a Finnish youth psychiatric hospital unit (n=325). Bivariate statistics and logistic regression analysis were used to examine associations between variables. Qualitative data was used for analyzing on what can be said about the patient documents as research data, and what can be said about the phenomenon of co-clienthood when data consist of patient documents. The theoretical frame is based on systems theory. The results show, that the amount of the co-clients was al-

most half (52 %) of all young patients. The co-clients were more often boys and more often younger than the other patients of the hospital. In addition, co-clients lived less often with both biological parents, and they got more often behavioral diagnosis than the other patients of the hospital. Co-clients' need for the psychiatric treatment was more often related to social determinants compared to other patients. The results motivate continuing research themes that relate to different types of clienthood in the social and health sectors.

KIRJALLISUUS

- Arnkil TE, Eriksson E. Mukaan meneminen ja toisin toimiminen. Nuorisopoliklinikka verkostoissaan. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 51. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 1995.
- Arnkil TE, Eriksson E. Kenelle jää kontrollin Musta Pekka -kortti? Sosiaalitoimisto verkostoissaan. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes. Tutkimuksia 63/1996. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1996.
- Bergman MM. Hermeneutic content analysis. Textual and audiovisual analyses within a mixed methods framework. Teoksessa Tashakkori A, Teddlie C. (toim.). Mixed methods in social behavioral research. Second Edition. London 2010:379-96.
- Burns BJ, Phillips SD, Wagner RH, Barth RP, Kolko David J, Campbell Y, Landsverk J. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:960-70.
- Creswell JW. Mapping the developing landscape of mixed methods research. Teoksessa Tashakkori A, Teddlie C. (toim.). Mixed methods in social behavioral research. Second Edition. London 2010:45-68.
- Egelund T, Lausten M. Prevalence of mental health problems among children placed in out-of-home care in Denmark. *Child and Family Social Work*. 2009;14:156-65.
- Fisher PA, Chamberlain P, Leve LD. 2009. Improving the lives of foster children through evidenced-based interventions. *Vulnerable Children and Youth Studies* 2009;4:122-27.
- Garland AF, Landsverk J, Hough RL, Ellis-MacLeod E. Type of maltreatment as a predictor of mental health service use of children in foster care. *Child Abuse and Neglect*. 1996;20:675-88.
- Glisson C, Green P. The effects of organizational culture and climate on the access to mental health care in child welfare and juvenile justice systems. *Adm Policy Ment Health* 2006;33:433-448.
- Heino T. Asiakkuuden hämähämy lastensuojelussa. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Tutkimuksia 77. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 1997.
- Heino T. Keitit ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana. Stakes työpapereita 20, Helsinki 2007.
- Heino T, Säkkinen S. Sukupuoli lastensuojelussa. Teoksessa Pietiläinen M. (toim.) Nuori tasa-arvo. Nuorten naisten ja miesten tasa-arvo Suomessa. Tilastokeskus, Helsinki 2011.
- Hiitola J. Selvitys vuonna 2006 huostaan otetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista. Stakes työpapereita 21, Helsinki 2008.
- Honkinen A, Pasanen T. Intensiivihoidon sijoitettujen lasten psyykinen oirehdinta ja sen muuttuminen hoidon aikana. Yhteiskuntapolitiikka 2011;76:251-63.
- Hulburt MS, Leslie LK, Landsverk J, Barth RP, Burns BJ, Gibbons RD, Slymen DJ, Zhang J. Contextual Predictors of Mental Health Service Use Among Children Open to Child Welfare. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:1217-24.
- Jalava J, Kangas R. Kommunikaatio, yhteiskunnan eriytyminen ja osajärjestelmien merkitys. Teoksessa Yhteiskunnan järjestelmät. Niklas Luhmannin ajattelu. Gaudeamus, Tallinna 2013.
- Kaltiala-Heino R. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveydenhäiriö alaikäisillä tarkoittaa? Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 7. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2003.
- Karjalainen V. Verkoston lupaus. Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta. Stakes tutkimuksia 68. Jyväskylä 1996.
- Kiuru K, Metteri A. Miten lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian välinen raja rakentuu palvelujärjestelmässä? Teoksessa Pohjola, A, Laitinen, M ja Seppänen M. (toim.) Rakenteellinen sosiaalityö. Sosiaalityön tutkimuksen vuosikirja. Sosiaalityön tutkimuksen seura. UNIPress 2014, 162-190.
- Koponen N, Laukkanen E, Tolmunen T, Ovaskainen S. Joutuvatko sijaishuoltopaikkoinen nuoret liian herkästi nuorisopsykiatriselle osastolle? Suomen Lääkärilehti 2010;49:4073-78.
- Kuoppala T, Säkkinen S. Lastensuojelu 2009. Barnskydd. 2009. Child welfare 2009. Tilastoraportti 29/10. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2010.
- Kääriäinen A. Lastensuojelun sosiaalityön asiakirjoina. Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2003, Helsinki 2003.
- Laakso R. Mistä koti huostaan otetulle lapselle? Kunnallissalalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisusarjan julkaisu nro 73. Kunnallissalalan kehittämissäätiö, Sastamala 2013.
- Lehto-Salo P. Koulukotisijoitus - nuorten toinen mahdollisuus? Mielenterveyden häiriöiden, oppimisvaikeuksien ja perheongelmien kirjo kehittämissäätiön tutkimus- ja sosiaalisen tutkimuksen vuosikirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2011.
- Leslie L, Landsverk J, Ezzet-Lofstrom R, Tschann JM, Slymen DJ, Garland AF. Children in foster care: Factors influencing outpatient mental health service use. *Child Abuse and Neglect* 2000;24:465-76.
- Leslie LK, Hulburt MS, James S, Landsverk J, Slymen DJ, Zhang J. Relationships between entry into child welfare and mental health service use. *Psychiatr Serv*. 2005;56:981-87.
- Luhmann N. The differentiation of society. Columbia University Press, New York 1982.
- Luhmann N. Social systems. Stanford University Press, Stanford 1995.
- Luhmann N. Ekologinen kommunikaatio. Gaudeamus, Tampere 2004.
- Lämsä R. Potilaskertomus. Etnografia potilaiden sairaalaoasoton käytännöissä. Tutkimus 99. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2013.

- Manninen M. Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrinen oirekuva ja ennuste. Tutkimus 112. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tampere 2013.
- Marttunen M, Kataja H, Henttonen A, Hokkanen T, Tuominen T, Ebeling H. Hyötykö käytöshäiriöinen nuori nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta? *Duodecim* 2004;120:43-9.
- Metteri A, Hotari (nyk. Kiuru) K. Eettinen kuormittuminen ja toimintaympäristö nuorten palveluissa. Teoksessa Pehkonen, A ja Väänänen-Fomin, M (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. PS-kustannus, Jyväskylä 2011, 67–93.
- Psykiatrian luokituskäsikirja. Tautiluokitus ICD-10. Psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Ohjeita ja luokituksia. 1997: 4. STAKES. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon luokituskeskus, Rauma 1998.
- Pösö T. Vakavat silmät ja muita kokemuksia koulukodista. STAKES. Tutkimuksia 133. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Saarijärvi 2004.
- Pösö T. Havaintoja suomalaisen lastensuojelun insitutionaalisisesta rajasta. *Janus* 2010; 18: 4: 324-336.
- Sainero A, Bravo, A, del Valle, JF. Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: An empirical study in an autonomous community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2013;20:1-11.
- Saurama E. Vastoin vanhempien tahtoa. Helsingin kaupungin tietokeskus Tutkimuksia 2002:7. Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki 2002.
- Seikkula J. Perheen ja sairaalan rajajärjestelmä potilaan sosiaalisessa verkostossa. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research*; 80. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1991.
- Seikkula J, Arnkil TE. Dialoginen verkostotyö. Tammi, Helsinki 2005.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.
- Staudt MM. Mental health services utilization by maltreated children: Research findings and recommendations. *Child Maltreatment* 2003;8:195-203.
- Sullivan DJ, van Zyl MA. The well-being of children in foster care: Exploring physical and mental health needs. *Children and Youth Services Review* 2008;774-86.

KAISA-ELINA KIURU

YTM

Tampereen yliopisto

*Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö/
sosiaalityö*

ANNA METTERI

YTT

Tampereen yliopisto

*Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö/
sosiaalityö*