

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

Tiia-Mari Haavasoja
Mari Lähteenmäki

SUORA JA EPÄSUORA YHTEISTYÖ LASTEN JA
NUORISOPSYKIATRISTEN HOITOPAIKKOJEN JA KOULUJEN
VÄLILLÄ

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2007

TIIVISTELMÄ

SUORA JA EPÄSUORA YHTEISTYÖ LASTEN JA NUORISOPSYKIATRISTEN HOITOPAikkojen JA KOULUJEN VÄLILLÄ

Haavasoja Tiia-Mari
Lähteenmäki Mari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Sosiaali ja terveys, Pori
Kesäkuu 2007
Ohjaaja: Hannula, Erja TtM
YKL: 59.562
Sivumäärä: 63

Asiasanat: yhteistyö, nuorisopsykiatria, lastenpsykiatria, koulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, kuinka paljon on suoraa ja epäsuoraa yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä, kuinka kauan yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot kestävät ja mitä aihealueita ne koskevat. Tutkimuksen taustalla on autismin kirjon osajien verkostoitumista Satakunnassa edistävä AUNE-hanke. Kentällä oli ilmennyt tarve kartoittaa hoitopaikkojen ja koulujen välistä yhteistyötä, koska vastaavanlaista tutkimusta ei ollut ennen tehty. Tämän tutkimuksen on tarkoitus palvella koko lasten ja nuorisopsykiatrista tulosaluetta.

Opinnäytetyön teoriaosassa käsiteltiin lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välistä suoraa ja epäsuoraa yhteistyötä, lasten ja nuorten psyykkisiä ja kehityksellisiä ongelmia sekä lasten ja nuorisopsykiatrista hoitoa.

Tutkimusaineisto kerättiin seurantalomakkeen avulla kaikilta Satakunnan lasten ja nuorisopsykiatrisilta osastoilta ja poliklinikoilta. Seuranta-aika oli kaksi viikkoa. Vastauksia saatiin neljästä paikasta ja lomakkeita palautettiin yhteensä 25.

Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusaineisto käsiteltiin tilastollisin menetelmin. Tulokset esitettiin sekä sanallisesti että graafisesti.

Tutkimuksen tulosten mukaan eroavaisuuksia oli hoitopaikkojen ja siellä vallitsevien käytäntöjen kesken. Eniten oli muuta suoraa yhteistyötä hoitopaikan ja koulun välillä, mikä käytännössä tarkoitti esimerkiksi kuulumisten vaihtoa kasvokkain ja välituntivointoja sairaalakoulussa. Toiseksi eniten oli puhelimitse tapahtuvaa suoraa yhteistyötä.

ABSTRACT

DIRECT AND INDIRECT COLLABORATION BETWEEN INPATIENT FACILITY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY AND SCHOOL

Haavasoja Tiia-Mari
Lähteenmäki Mari
Satakunta Polytechnic
Health Care Studies
Degree Programme in Nursing
Social Services and Health Care in Pori
June 2007
Tutor: Hannula, Erja MNSc
PLC: 59.562
Pages: 63

Key words: collaboration, adolescent psychiatry, child psychiatry, school

The purpose of this thesis was to describe the amount of direct and indirect collaboration between child psychiatric and adolescent psychiatric inpatient facilities and schools, what was the length of the collaborative contacts and with what topics were they concerned with. Behind the research is the AUNE -project dealing with the development of networking of the experts in the autism spectrum in the Satakunta region. Because a similar research had not been previously performed, a need to map the collaboration between schools and inpatient facilities became apparent. The purpose of this thesis was thus to serve the whole performance area of child and adolescent psychiatry.

The theoretical part of the final thesis discussed the direct and indirect collaboration between inpatient facilities and schools of child and adolescent psychiatry, the psychic and developmental challenges of children and adolescents and child and adolescent psychiatric treatment.

The research data was gathered from all the child and adolescent psychiatric wards and outpatient departments of the Satakunta region by using a track sheet. The monitoring time was two weeks. Responses were received from four locations and 25 response sheets were altogether received.

Quantitative research method was applied in the research, and the research material was processed in statistical methods. The research findings were presented in written form and graphically.

The research findings state that differences were seen between inpatient facilities and prevailing practices used. Most common direct collaboration was seen between the inpatient facility and the school, which practically meant for example face-to-face communication and recess control in hospital schools. Direct collaboration through telephone was the second most common method of collaboration.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	6
2 LASTEN JA NUORISOPSYKIATRISTEN HOITOPAikkojen JA KOULUJEN VÄLINEN SUORA JA EPÄSUORA YHTEISTYÖ	7
2.1 Koulu ja mielenterveys	7
2.2 Suora yhteistyö – koulun ja lapsen tai nuoren psykiatrisen hoitopaikan välinen yhteistyö	9
2.3 Epäsuora yhteistyö – vanhempien ja lapsen tai nuoren psykiatrisen hoitopaikan välinen kouluun liittyvä yhteistyö.....	10
3 LASTEN JA NUORTEN PSYKKISET JA KEHITYKSELLISET ONGELMAT	12
3.1 Tunne-elämän häiriöt	12
3.2 Mielialahäiriöt.....	14
3.3 Itsetuhoisuus.....	16
3.4 Autismin kirjo	17
3.5 Äkilliset stressireaktiot ja sopeutumishäiriöt	20
3.6 Psykoottisuus	22
3.7 Persoonallisuushäiriöt	24
3.8 Tarkkaavaisuuden ja oppivaisuuden häiriöt.....	26
3.9 Käytöshäiriöt.....	28
3.10 Päihteidenkäyttö.....	30
3.11 Somaattisesti ilmenevät psyykkiset oireet ja häiriöt	31
4 LASTEN JA NUORISOPSYKIATRINEN HOITO.....	34
4.1 Osastohoito.....	34
4.2 Avohoito.....	35
4.3 Puoliavoimet hoitomuodot	36

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	37
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	37
6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruumenetelmä.....	38
6.2 Aineiston analyysimenetelmä	39
7 TUTKIMUSTULOKSET	41
7.1 Yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot puhelimitse	43
7.1.1 Puhelimitse tapahtuvan yhteistyön määrä.....	43
7.1.2 Puhelimitse tapahtuvan yhteistyön kesto	44
7.1.3 Aihealueet, mitä puhelimitse tapahtuva yhteistyö koski.....	45
7.2 Muu yhteistyö	46
7.2.1 Muiden yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen määrä.....	46
7.2.2 Muiden yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen kesto	47
7.2.3 Aihealueet, mitä muuhun yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot koskivat...	49
7.3 Verkostopalaverit	50
7.3.1 Verkostopalaverien määrä.....	50
7.3.2 Verkostopalaverien kesto	51
7.3.3 Aihealueet, joita verkostopalavereissa käsiteltiin	52
7.4 Yhteenveto	52
8 POHDINTA	54
8.1 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta.....	54
8.2 Johtopäätökset	55
8.3 Pohdinta ja jatkotutkimusaiheet	56
LÄHTEET.....	58
LIITTEET	63

1 JOHDANTO

Tutkimuksen taustalla on autismin kirjjon osaajien verkostoitumista Satakunnassa edistävä AUNE-hanke. Satakunnan AUNE-hanke on osa valtakunnallista AUNE-osaajaverkostoa. Tämä on uudenvuorokokoinen yhteistyömalli, jossa autismin kirjjon henkilöt, heidän perheensä ja autismin kirjjon henkilöiden kanssa työskentelevät ammattihenkilöt saavat verkon avulla paremmin tietoa alueensa palveluista. AUNE-osaajaverkoston avulla pyritään tehostamaan eri ammattiryhmien yhteistyötä, järjestetään koulutusta, tiedotetaan muun muassa autismin kirjjon liittyvistä uusista projekteista, tutkimuksesta ja uusista menetelmistä. AUNE-osaajaverkoston avulla myös tehostetaan palveluiden ja palveluiden tarvitsijoiden kohtaamista ja edistetään vertaistukea ja kollegiaalista kohtaamista. (Autismi ja aspergerliitto ry 2007.)

Otimme keväällä 2006 yhteyttä AUNE-hankkeen projektipäällikkö Birgit Vuori-Metsämäkeen. Ensimmäinen opinnäytetyötämme koskeva palaveri Birgit Vuori-Metsämäen kanssa oli kesäkuussa 2006, jolloin keskustelimme tulevasta aiheestamme ja hän kertoi meille AUNE-hankkeesta. Hänen mukaansa kentällä oli ilmennyt tarve kartoittaa hoitopaikkojen ja koulujen välistä yhteistyötä, koska vastaavanlaista tutkimusta ei ollut ennen tehty, ja yhteistyö koetaan kuitenkin tarpeelliseksi lasten ja nuorten elämän ja sen normaalin jatkuvuuden kannalta. Tutkimuksen oli tarkoitus palvella koko lasten ja nuorisopsykiatriaa, vaikka sen alulle panijana onkin autismin kirjjon osaajien verkostoitumista Satakunnassa edistävä AUNE-hanke. Aihe vaikutti mielenkiintoiselta ja tarpeelliselta, jonka seurauksena opinnäytetyömme aiheeksi muodostui kuvata, kuinka paljon on suoraa ja epäsuoraa yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä, kuinka kauan yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot kestävät ja mitä aihealueita ne koskevat.

Syksyn palavereissa olivat mukana suunnittelemassa ja kommentoimassa myös ylihoitaja Kristiina Puolakka ja osastonhoitaja Leena Elo, sekä opinnäytetyömme ohjaava opettaja Erja Hannula. Kristiina Puolakan ja Leena Elon avulla saimme suoraa palautetta tutkimuksemme käytännön toimivuudesta, sekä

tukea tutkimuksemme suorittamiselle. AUNE-hankkeen avulla saimme mahdollisuuden näihin palavereihinsekä säästöjä postituskustannuksiin sisäisen postin käytön ja AUNE-hankkeen lahjoittamien kuorien ja monistusten avulla.

Työssämme olemme käsitelleet tiivistellysti lasten ja nuorten psyykkisiä ja kehityksellisiä ongelmia ja lasten ja nuorisopsykiatrista hoitoa kertomalla osasto- ja avohoidosta erityisesti lapsen tai nuoren omasta näkökulmasta. Lisäksi käsittelemme lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välistä suoraa ja epäsuoraa yhteistyötä niiltä osin, mitä tietoa aiheesta on löytynyt, koska aiempaa tutkimusta ei ole tehty. Tietoa on kerätty pala palalta kirjoista, lehtiartikkeleista ja aiheeseen liittyvistä opiskelijatöistä.

2 LASTEN JA NUORISOPSYKIATRISTEN HOITOPAIKKOJEN JA KOULUJEN VÄLINEN SUORA JA EPÄSUORA YHTEISTYÖ

2.1 Koulu ja mielenterveys

Suomen Akatemian ja Suomen Lääkäriseura Duodecimin (2001) järjestämän konsensuskokouksen lausumasta aiheesta Koululaisten terveys käy ilmi, että 6-16 – vuotiaitten koululaisten suurimmat terveysongelmat liittyvät mielenterveyteen. Noin joka viidennellä koululaisella on hoitoa vaativa psyykinen häiriö. Merkittävimpiä mielenterveydenongelmia ovat masennus, käytös- ja tarkkaavaisuuden häiriöt ja syömishäiriöt. Kaikki nämä ongelmat näkyvät koulunkäynnissä muun muassa alisuoriutumisenä ja häiritsevänä käytöksenä sekä saattavat altistaa syrjäytymiselle. Myös peruskouluiän jälkeiset päihderiippuvuudet ovat lisääntyneet. Perheiden moniongelmaisuus on myös suuri terveysriski kouluikäisille.

Pro gradu –tutkielmassa psykiatriseen avohoitoon ohjautuneet nuoret lähetteiden ja ensihaastatteludokumenttien valossa on tutkittu muun muassa sitä, minkälaisien syyden vuoksi nuoret ovat hoitoon tulleet. Kouluun liittyviä vaikeuksia oli tutkimuksen perusteella 34,2%:lla tutkituista. Kouluun liittyvät ongelmat jakautuivat koulu-kiusaamiseen, koulusta poissa oloihin, käytökseen liittyviin ongelmiin, oppimisvaikeuksiin ja muihin kouluun liittyviin vaikeuksiin, kuten yksinäisyyteen, jännittämiseen, haluttomuuteen ja väsymykseen. Osalla tutkituista oli lisäksi ollut sekä kouluvaikeuksia että muita ongelmia. Varsinaisena tulositynänä kouluvaikeudet oli 13%:lla nuorista. Yleisimpiä syitä hoitoon hakeutumiselle olivat masennus (49,5%), ahdistuneisuus (26,1%) ja syömiseen liittyvät ongelmat (23,9%). Lisäksi tulositynänä oli ollut muun muassa vaikeuksia nukkumisessa ja ihmissuhteissa. Tulositystä riippumatta, kaikki mainitut ongelmat vaikeuttavat nuoren koulutyötä. Syy-seuraus –suhteita voi olla useita. Esimerkiksi nuoren voimavarat eivät riitä koulusta huolehtimiseen tai koulu ei kiinnosta. Lisäksi ongelmat ihmissuhteissa aiheuttavat yksinäisyyttä tai vaikeuksiin ajautumista. Käytöshäiriöt samaten tulevat useimmiten parhaiten esiin isommassa porukassa. Nuorella voi olla ongelmana oppimista hidastava tai vaikeuttava häiriö, tai erilaiset häiriöt yhteensä voivat joko rajoittaa tai estää normaalin koulunkäynnin esimerkiksi aiheuttamalla poissaoloja. Lisäksi nuoren ongelmana voi olla koulusuoriutumisen heikentyminen, jos koulunkäynti ei vaan etene samassa tahdissa muiden kanssa. (Alestalo 1999.)

Saarinen (2001) on Pro gradu –tutkielmassaan tutkinut erään eteläsuomalaisen kaupungin sairaalaopetuksen järjestämisestä ja sen kehittamisestä. Tutkimuksessa haastateltiin muun muassa sairaalakoulun opettajaa ja sairaalakoulua käyviä nuoria, sekä nuorisopsykiatrisen osaston hoitajia ja yhtä nuoren vanhempaa. Tutkielman mukaan nuoret pitävät sairaudestaankin huolimatta koulunkäyntiä tärkeänä ja mielekkäänä. Koulun käynnin katsotaankin olevan tärkeää nuorelle erityisesti siksi, että se tarjoaa sairaalaympäristössä elävälle nuorelle jotain tuttua normaalielämästä, sekä helpottaa kuntoutumista, kun nuori ei ole täysin irtaantunut tavallisesti elämästä. Koulun käyminen myös auttaa jäsentämään päiväjä järjestystä, sekä tarjoaa nuorille tekemistä. Koulutus luo myös mahdollisuudet pärjätä yhteiskunnassa ja ehkäisee syrjäytymistä. Nuoren koulun käynnille sairaalassa olon aikana on kuitenkin tärkeää, että hänen terveydentilansa sen sallii. Sairaalakoulun opettaja myös piti tärkeänä, että hän saisi vaikuttaa nuoren koulussa olo aikaan, ettei kaikkien täytyisi pinnistellä jaksamaan

koko päivää, vaan koulupäivät voitaisiin mitoittaa kullekin sopivan mittaisiksi. (Saarinen 2001.)

2.2 Suora yhteistyö – koulun ja lapsen tai nuoren psykiatrisen hoitopaikan välinen yhteistyö

Yhteistyöllä tarkoitetaan sitä, että kaksi tai useampia henkilöitä työskentelee samaa päämäärää varten (Snell & Janney 2000, 3). ”Yksilötasoisessa toiminnassa periaatteina tulee olla jatkuvuus, joustavuus, monimuotoisuuden tunnistaminen ja hyväksyminen, vahvuuksien edistäminen, suojaavien tekijöiden vahvistaminen ja moniammatillisuus.” Ensisijaisena lähtökohtana moniammatillisessa yhteistyössä on perhekeskeinen toimintatapa, jossa lapsi tai nuori vanhempiensa kanssa saa ensisijaisesti määrittää tarpeellisen tukiverkoston. (Suomen Akatemia & Suomen Lääkäriseura Duodecim 2001.) Kokonaisvaltaisen lapsen tai nuoren kehityksen ja samalla mielenterveyden rakentumisen tukeminen edellyttää kaikkien lapsen tai nuoren elämään vaikuttavien ympäristöllisten tekijöiden huomioon ottamista. Tähän kuuluvat oman perheen lisäksi myös päivähoito ja koulu (Birstol & Vuorinen 2002). Eri ammattilaistahojen välinen yhteistyö on hyvä aloittaa siitä, että kartoitetaan jokaisen eri tahon rooli ja se, miten mikäkin taho ongelman määrittää. Yhteisen päämäärän eteen työskentely edellyttää yksimielisyyttä siitä, minkälaisia ongelmia ollaan ratkomassa. Tällainen kartoitus on hyvä toteuttaa pitämällä yhteisiä neuvotteluita, joko perheen kanssa tai ilman. Ammattilaisten hoitoverkostossa on tarpeen määrittää se vastuullinen, joka pitää huolta prosessin etenemisestä. Tämä samainen henkilö tai taho on selkeintä olla se sama, joka kutsuu hoitoverkon yhteiseen neuvotteluun. (Piha 2004a, 421.)

Koulun ja sosiaali- ja terveystoimen välistä yhteistyötä alustaa pitkälti yhteinen arvoperusta, jossa lapsuus ja sen turvaaminen on päällimmäisenä arvona, ja sen seurana heti myös perheen kunnioittaminen. Tärkeitä arvoja ovat myös autonomia ja oman elämän hallinta, sekä turvallisuuden tunne. Samaten näiden tahojen yhteinen tavoite on sama: lapsen terveyden ja elämänhallinnan edistäminen. Erityisen haasteen kou-

lu-, sosiaali- ja terveystoimen yhteistyölle luovat syrjäytymisvaarassa olevat. (Suomen Akatemia & Suomen Lääkäriseura Duodecim 2001.)

Lapsen tai nuoren psykiatrinen kuntoutus ei liity pelkästään mielenterveyteen, vaan pääasiassa psykososiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen. Tähän tarvitaan yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatrian sekä sosiaalitoimen ja koulutoimen välillä. Eri ammattiryhmien samanaikainen panos lapsen tai nuoren tarpeenmukaisen kuntoutuksen tukemiseksi on tärkeää. Toiminta on usein pitkäjänteistä ja pitkäkestoisista. Vastuualueet on myös sovittava tarkasti. (Piha 2004b, 439-440.)

Saarisen (2001) tutkielmassa selvisi hänen haastateltuaan sairaalakoulun opettajaa, että opettaja koki erityisen tärkeänä yhteistyön nuorisopsykiatrisen osaston kanssa, ja erityisesti hoitokokouksiin osallistumisen. Hän koki, että kokouksissa hän oppi hahmottamaan parhaiten nuoren kokonaistilanteen. Hoitokokous on yksi parhaimpia tilaisuuksia keskustella kuulumisista ja nuoren tulevaisuuden näkymistä. Nuoren hoidon kannalta myös opettajan antama tieto nuoren koulunkäynnistä ja sen sujuvuudesta on arvokasta. Sairaalakoulun ja nuorten osaston välistä yhteistyötä vaikeuttavat kuitenkin yleisesti ottaen ajanpuute tai vastaavasti väsymys, kun ei enää pitkän päivän jälkeen jaksaisi ottaa asioita puheeksi. Tutkielmassa esitettiin kehittämissidea, että otettaisiin tavaksi säännölliset keskustelut opettajan ja osaston henkilökunnan välillä. (Saarinen 2001.)

Yhteenvedonä tässä tutkimuksessa suoralla yhteistyöllä tarkoitetaan koulun ja lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen henkilökunnan välistä yhteistyötä.

2.3 Epäsuora yhteistyö – vanhempien ja lapsen tai nuoren psykiatrisen hoitopaikan välinen kouluun liittyvä yhteistyö

Ylijoki (2002) pohtii Pro gradu -tutkimuksessaan lapsen, perheen ja omahoitajan yhteistyösuhdetta lastenpsykiatrisella osastolla, yhteistyön syntymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Omahoitajan, ja lapsen ja perheen välinen yhteistyö perustuu luotamukselle. Tähän vaikuttavat suuresti lapsen ja perheen osastohoidon hyväksyminen

ja kokemus osastolle tulosta. Vanhempien myönteinen asenne lapsen osastohoitoon edistää myös lapsen luottamuksen syntymistä hänen hoitoonsa ja omahoitajaansa. Tutkimuksen mukaan vanhempien myönteiseen asenteeseen vaikuttavat riittävä tiedon jakaminen ja heidän ottaminen mukaan päätöksentekoon lapsen hoidosta. Saman osaston ilmapiiri auttaa luottamuksellisen suhteen syntymisessä ja varsinkin tieto siitä, että lapsi viihtyy osastolla. Vanhemmat ovat tyytyväisiä omahoitajajärjestelmään, mutta ovat kiinnostuneita siitä, millä perusteella omahoitaja valitaan. Lapsen, perheen ja omahoitajan yhteistyön toteutuminen on tärkeää muun muassa siksi, koska lapsen elämää sekä osastolla että kotona tulee tarkastella samanaikaiseksi, ja sekä lapsen että vanhempien on tärkeää osallistua hoidon suunnitteluun. Hoidon tavoitteena on auttaa lasta selviytymään myös kotona osastohoidon jälkeen, mukaan lukien myös koulussa selviytymisen. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi on tärkeää pohtia tarkkaan lapsen ongelmia, ja konkretisoida hoidon tavoitteet selvästi, koska niiden tulisi elää myös kotona lapsen omassa elinympäristössä. Myös hoidon arviointi on helpompaa. (Ylijoki 2002.)

Määttä (2001, 106-107) esittelee Hutingerin vuonna 1988 laatimaa uutta yhteistyön mallia, joka korostaa vanhempien merkitystä yhteistyökumppaneina. Mallin toteuttaminen edellyttää toteutuakseen myös ammattikäytäntöjen uudelleenorganisointia ja uusia menetelmiä työskennellä. Autettava muuttuu asiakkaaksi, mikä vähentää valtasuhteita ja edistää kumppanuutta. Perhelähtöisyys, kokonaisvaltaisuus ja palveluohjaus ovat tämän yhteistyömallin pääperiaatteita. Vanhempien merkitys korostuu myös ongelmien havaitsemisessa, kun heidän huoleensa alettaisiin vastata heti, kun he huomaavat muutoksia lapsen kehityksessä tai käyttäytymisessä. (Määttä 2001.)

Yhteenvetona tässä tutkimuksessa epäsuoralla yhteistyöllä tarkoitetaan vanhempien ja lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen välistä lapsen tai nuoren kouluun tai koulunkäyntiin liittyvää yhteistyötä.

3 LASTEN JA NUORTEN PSYYKKISET JA KEHITYKSELLISET ONGELMAT

3.1 Tunne-elämän häiriöt

Tunne-elämän häiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt, pakko-oireinen häiriö sekä muut ahdistuneisuushäiriöt. Ahdistuneisuushäiriöt voidaan jakaa pelko-oireisiin ahdistuneisuushäiriöihin ja muihin ahdistuneisuushäiriöihin. Lapsuusiälle tunnusomaisia tunne-elämän häiriöitä ovat pelot ja pelkotilat. Pelon kohteena voivat olla esimerkiksi koirat tai julkiset paikat. Pelko voi johtaa näiden kohteiden tai tilanteiden välttämiseen ja siten kapeuttaa lapsen elämää. Näiden neuroottisten pelkojen taustalla oleva jatkuva paha olo ja suhteettoman suuri ahdistus ilmenevät monin tavoin. (Huttunen 2002, 322.) Muista ahdistuneisuushäiriöistä kärsivät lapset voivat olla ujoja, takertuvia, emotionaalisesti kypsymättömiä ja yliriippuvaisia vanhemmistaan. He voivat pelätä menettävänsä perheensä ja kuolevansa, mutta ahdistuneisuushäiriö voi ilmetä myös unettomuutena. Yleisiä somaattisia oireita ovat muun muassa ruokahalun menetys, pahoinvointi, vatsakivut, oksentelu, ripuli, päänsärky, suun kuivuminen, nopea pulssi ja hikoilu. Usein esiintyy myös levottomuutta ja jännittyneisyyttä. (Moilanen 2000a, 176.)

Myös paniikkihäiriöt kuuluvat ahdistuneisuushäiriöihin. Paniikkihäiriöissä olennaisin piirre on toistuvat vaikeat ja ennustamattomat ahdistuskohtaukset. Hallitsevia oireita ovat sydämentykytys, rintakipu, tukehtumisen tunne, huimaus ja epätodellisuuden tunne. Lapsuusiän eroahdistushäiriössä pääpiirteenä on läheisistään eroon joutumisen pelko. Lapsuusiän sosiaaliseen ahdistushäiriöön liittyy varovaisuutta vieraita ihmisiä kohtaan sekä sosiaalista pelkoa tai ahdistusta uusissa ja oudoissa tilanteissa. Useimmilla lapsilla esiintyy myös jonkinasteisia tunne-elämän oireita seuraavan sisaruksen syntymän jälkeen. Lapsilla voi esiintyä myös koulupelkoa. Se merkitsee kohtuutonta pelkoa ja vaikeutta käydä koulua ja siihen liittyy usein ahdistuneisuutta ja masennusta. (Moilanen 2000, 176-177.)

Pakko-oireinen häiriö käsittää sekä pakkoajatuksia että pakkotoimintoja. Pakkoajatukset ilmenevät väkisin mieleen tulevina sanoina, lauseina, lauseparsina ja ajatuksina. Pakkotoiminnot liittyvät usein järjestyksenpitoon, siisteyteen ja erilaisten asioiden varmistamiseen. Pakkoajatuksia ja pakkotoiminnan kaltaisia rituaaleja esiintyy lähes kaikilla ihmisillä, mutta ongelmallisiksi ne muuttuvat silloin, kun niistä ei pysty pääsemään eroon, kun ne valtaavat huomattavan osan päivän muilta toiminnoilta ja kun ne hidastavat ja vaikeuttavat normaalia elämän kulkua. (Räsänen 2000e, 181-182.)

Muita tunne-elämän häiriöitä ovat valikoiva puhumattomuus, dissosiaatiohäiriöt, pica-oireyhtymä, kaavamaiset liikehäiriöt ja änkytys ja sokellus. Valikoiva puhumattomuus on poikkeava käyttäytymisen muoto, jossa lapsi jo opittuaan puhumaan kieltäytyy puhumasta yhdessä tai useammassa sosiaalisessa tilanteessa. Dissosiaatio- eli konversiohäiriöiden yhteinen tunnusmerkki on menneisyyden muistojen, identiteettitunteen, välittömien aistimusten sekä ruumiinliikkeiden hallinnan osittainen tai täydellinen yhdistämiskyvyttömyys. (Räsänen 2000c, 184-188.) Pica-oireyhtymää sairastava lapsi syö ravintoaineisiin kuulumattomia aineita (Koistinen, Ruuskanen & Surakka 2004, 249). Kaavamaisilla liikehäiriöillä tarkoitetaan tahdonalaisia, toistuvia, epäasianmukaisia ja usein rytmisiä liikkeitä, jotka eivät liity mitenkään tunnettuun psykiatriseen tai neurologiseen sairauteen. Änkytyksellä tarkoitetaan äänteiden, tavujen tai sanojen tuoton pitkittymistä, nopeaa toistoa tai takertelua. Myös puheen rytmi on häiriintynyt. Sokellus taas on nopeaa puhetta, joka ei sisällä toistoja eikä takertelua kuten änkytys, mutta puheen sujuvuus on niin pahoin häiriintynyt, että sitä on vaikea ymmärtää. (Räsänen 2000c, 189.)

Psykoteraapia on tärkein ahdistuneisuushäiriöiden hoitomuoto. Tavallisesti se käsittää lapsen ja hänen vanhempansa ja voi myös kohdistua koko perheeseen. Lääkehoitoa ei lapsille yleensä suositella ellei ahdistuneisuuteen liity masentuneisuutta. Ahdistusta lievittäviä lääkkeitä kannattaa käyttää vain vaikeimmissa tapauksissa ja rajoitetun ajan. Lastenpsykiatrinen osastohoito on joskus tarpeen voimakkaimmin oireilevien lasten kohdalla. (Moilanen 2000a, 180.) Pakko-oireisessa häiriössä on käytetty hoitoina sekä biologisia hoitoja että yksilöllisiä psykoteroapioita ja perheterapioita. SSRI-masennuslääkkeiden on todettu vaikuttavan suotuisasti pakko-oireiden häviämiseen.

Yhdistämällä käyttäytymis- ja kognitiivisia terapioita SSRI- lääkkeisiin on saatu kohdallaisen hyviä tuloksia. Pakko-oireisesta häiriöstä kärsivät lapset ja nuoret vetävät helposti perheensä mukaan oireisiinsa, tämän vuoksi myös perheterapia on tärkeä osa hoitoa. (Räsänen 2000e, 184.)

Uudet hoitomuodot ovat oleellisesti parantaneet ahdistuneisuushäiriöiden ennustetta, joskin monille voi jäädä alttiutena reagoida stressitilanteisiin ahdistuneisuudella ja fysiologisilla oireilla. Yksittäiset lievät pelot ovat lapsilla yleisiä ja korjaantuvat usein itsestäänkin. (Moilanen 2000a, 180-181.) Yksittäiset pakko-oireisen häiriön jaksot saattavat parantua täysin ja pysyvästi, mutta tiedetään myös lapsuudessa alkaneen pakko-oireisen häiriön voivan jatkua vaikeana aikuisuuteen asti. Yleensä sairauden kulku on aaltoilevaa ja käsittää sekä vähäoireisia välivaiheita että vaikeasti invalidisoiivia vaiheita. Tunne-elämän häiriöiden hoidon onnistumisen tärkeä edellytys on varhainen diagnoosi ja hoidon aloittaminen. (Räsänen 2000e, 184.)

3.2 Mielialahäiriöt

Perusoireena mielialahäiriöissä on mielialan muutos, joko masennus tai haltioituminen. Mielialan muutokseen liittyy yleensä muutos myös toiminnallisuuden tasolla. Mielialahäiriöt jaetaan masennushäiriöihin tai kaksisuuntaisiin mielialahäiriöihin. (Räsänen 2000b, 191.) Masennushäiriöihin kuuluvat masennustilat, toistuvat masennukset, pitkäaikainen masennus sekä toistuvat lyhyet masennusjaksot. Oirekuvan vakavuuden mukaan voidaan erottaa lievät, keskitasoiset, vakava-asteiset ja psykoottiset masennustilat. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä mieliala vaihtelee masentuneesta kiihtyneeseen. Mielialan aaltoiluhäiriössä mieliala vaihtelee toistuvasti lievän masentuneisuuden ja lievän maanisyyden välillä. (Huttunen 2006b.)

Lasten ja nuorten masennuksen ja mielialahäiriöiden yleiset piirteet ovat samat kuin aikuisilla. Mielialahäiriöiden oireilu voi kuitenkin lapsilla jossain määrin poiketa eri ikäkausille ominaisten kehitysvaiheiden vuoksi. Masentunut vauvaikäinen liikkuu vain vähän, ei ime innokkaasti eikä nauti syömisestään. Unirytmistä häiriintyy, ympäristöön kohdistuva innostus ja uteliaisuus puuttuu tai on vähäinen. Leikki-ikäisen

masennus ilmenee usein ärtyisyytenä, mielialan vaihteluna ja motorisena levottomuutena, ilottomuutena, joskus aggressiivisuutena, joskus tottelemattomuutena tai karkailuna joskus erilaisina somaattisina oireina. Kouluikäisen masennus ilmenee usein alakuloisena mielialana, ilmeinä ja eleinä. Usein masennus voi ilmetä myös väsymyksenä, erilaisina somaattisina oireina, aggressiivisuutena, uhmakkuutena tai käytösongelmina. Nuoren masennus vastaa oirekuvaltaan aikuisen masennustiloja. Pitkään masentuneen nuoren murrosikä saattaa viivästyä, murrosiälle ominaiset itse-tunto-ongelmat, kapinallisuus tai päihteiden käyttö voivat lisääntyä. (Huttunen 2006a.) Nuoren masennus saattaa ilmetä epäsosiaalisena käyttäytymisenä, kuten koulupinnaamisena, varastelemisena tai tappelemisena. Nuoren masennukseen liittyy myös toivottomuutta, ärtyvyyttä, uniongelmia, aggressiivisuutta, somaattisia oireita, huonoa koulumenestystä ja itsemurha-ajatuksia ja yrityksiä. (Räsänen 2000b, 194.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä masennusvaiheen oireet ovat lapsen iän mukaisen masennuksen oireet. Maniavaiheessa lapsen mieliala on korkealla. Usein lapsella on ärtyneisyyttä, keskittymisvaikeuksia, hajanaisuutta ja hyperaktiivisuutta, ajattelu on paranoidista. Tunnetilat vaihtelevat nopeaan tahtiin pahasta mielestä omahyväiseen iloisuuteen. Nuoruusikää lähestyttäessä lapsen oireet alkavat muistuttaa aikuisen manian oireita. Nuorella voi olla kaikkivoipaisuus ajattelua, mielialan nousua, ajatuksen rientoa ja euforiaa. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 118-119.)

Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt ovat yleisempiä kuin yleensä luullaan. Masennus on jonkin verran yleisempää tytöillä kuin pojilla. (Huttunen 2006a.) Mania ja kaksisuuntainen mielialahäiriö ovat lapsilla harvinaisia. Nuoruusiässä maniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä on enemmän. (Friis ym. 2004, 120.) Tavallisimmin sairaus puhkeaa 15-30-vuotiaana. Taipumus sairauteen on voimakkaasti perinnöllinen, ja sairaus esiintyy usein suvuittain. (Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

Lasten ja nuorten masennusten hoidossa käytetään ensi sijassa erilaisia psykoterapeuttisia hoitomenetelmiä. Perinteisten psykoterapioiden ohella erilaiset luovuusterapiat ovat osoittautuneet hyviksi. Sosiaalisten verkostojen tuki masentuneelle lapselle on ensiarvoisen tärkeää. Kun masennus on diagnosoitu, on mietittävä, riittääkö lapselle tai nuorelle avohoito vai tarvitaanko sairaalahoitoa. (Räsänen 2000b, 196-197.)

Masennuslääkkeistä saatava hyöty on lasten ja nuorten masennuksen hoidossa vähäisempää kuin aikuisten masennustilojen hoidossa (Huttunen 2006a). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa keskeisiä tekijöitä ovat lääkehoidon lisäksi sopeuttaminen sairauteen, stressin ja muiden riskitekijöiden välttämisen oppiminen ja mielialajaksojen alkamisen tunnistaminen ajoissa. (Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.) Psykososiaalisista hoidoista erityisesti perheen tukemiseen tarkoitettut hoitomuodot ovat tärkeitä. Myös yksilöhoidot ja erityisesti hoidot, jotka kohdistuvat sosiaaliseen rytmiin, ovat suositeltavia. Lääkehoitona on käytetty samoja mielialantasajäläkkeitä kuin aikuisilla. Näistä litiumia on käytetty kohtalaisen hyvin tuloksin. Myös valproaatilla ja karbamatsebiinillä on saatu lupaavia tuloksia. (Räsänen 2000b, 199.)

Masennus huonontaa selvästi lapsen tai nuoren elämänlaatua ja vaikuttaa kielteisesti hänen ihmissuhteisiinsa. Masennuksen hoito on usein pitkäkestoista etenkin silloin, kun se diagnosoidaan vasta usean vuoden oireilun jälkeen. Lapsena alkaneen masennuksen on todettu jatkuvan nuoruuteen ja aikuisikään. Hoitamattomana sairauden katsotaan kestävän 7-11 kuukautta, mutta uusiutuminen on tavallista. Masennuksen varhainen diagnosointi ja hoito vähentää lapsen ja nuoren kärsimystä. (Räsänen 2000b, 197-198)

3.3 Itsetuhoisuus

Toistuvista itsetuhoisista ajatuksista ja teoista kärsivät lapset ja nuoret uskovat, että kuolema on palautuva tila. Näillä lapsilla ja nuorilla ilmenee usein vakavia psyykkisiä häiriöitä, ahdistuneisuutta ja pitkäaikaista masennusta, päihteiden väärinkäyttöä ja psykoottisuutta. Ympäristöllä ja vuorovaikutussuhteilla näyttäisi olevan iso osa oireen ilmenemiselle. Usein varhaisessa huollossa ja hoidossa on ollut puutteita. (Friis ym. 2004, 124.)

Pienten lasten karkailu ja toistuvat onnettomuudet kuuluvat itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Itsetuhoisella lapsella on ajatuksia ja toiveita kuolemasta. Lapsi vaarantaa toistuvasti turvallisuutensa varomattomalla toiminnalla ymmärtämättä sitä, mikä on

hengenvaarallista ja mikä ei. Lapset yrittävät vahingoittaa itseään juoksemalla autojen alle, hyppäämällä korkealta, myrkyttämällä itseään tai hirttäytymällä. Toistuvat haavat, kolhut ja rupien repiminen voivat olla lievempi itsensä vahingoittamisen tapa. (Friis ym. 2004, 124.)

Nuoruusiän itsetuhoisuus liittyy enemmän aikuismaisesti masennukseen, ahdistuneisuuteen ja vakaviin psyykkisiin sairauksiin sekä päihteiden käyttöön. Poikien itsemurhayritykset ovat aggressiivisempia ja todennäköisemmin kuolemaan johtavia kuin tyttöjen. Epäonnistuneen yrityksen jälkeen nuori kieltää itsemurhayrityksen vakavuuden. Itsensä vahingoittaminen viiltelemällä on eräs nuorten oire. Nuoret kuvaavat viiltelemistä usein tilanteeksi, jossa paha olo ja ahdistus helpottavat. Viilteilyyn ei yleensä liity kuoleman toivetta. (Friis ym. 2004, 124-125.)

Itsemurhariskin suuruusaste pitää arvioida haastattelemalla potilasta ja hänen läheisiään. Masentunut, avuton ja toivoton lapsi tai nuori on altis uudelle itsemurhayritykselle. Yksilöpsykoterapia ja lääkehoito aloitetaan kriisihoidon jälkeen. Hoidon tavoitteena on helpottaa lapsen tai nuoren psykopatologiaa ja parantaa hänen ongelmanratkaisukykyään. Usein vain sairaala tarjoaa riittävän turvallisen ja tehokkaan ympäristön psykiatrisen hoidon onnistumiseksi. Mitä paremmin itsemurhayritys on suunniteltu ja mitä vaarallisempi se on, sitä todennäköisemmin potilas uusii yrityksensä. (Friis ym. 2004, 125.)

3.4 Autismin kirjo

Autismin kirjoon kuuluvat autistinen oireyhtymä, Aspergerin oireyhtymä, Rettin oireyhtymä, disintegratiivinen kehityshäiriö sekä laaja-alainen kehityshäiriö. (Autismi- ja Aspergerliitto ry, 2006a) Autismi on neurobiologinen keskushermoston kehityshäiriö, joka aiheuttaa vaihtelevia toiminnan esteitä. Autistinen henkilö voi kommunikoida poikkeavasti, hän voi myös ajatella, ymmärtää ja mieltää asioiden merkityksiä ja ympäristöään eri tavalla. Autistisilla henkilöillä aistien välittämä tieto ja sen tulkinta on yksilöllistä ja tavallisesta huomattavasti poikkeavaa. Autismi ilmenee puutteellisena tai poikkeavana sosiaalisena vuorovaikutuksena ja kommunika-

tiona sekä rajoittuneena ja stereotyyppisenä käytöksenä. (Autismi – ja Aspergerliitto ry 2006b) Häiriöön liittyy myös häiriintynyt tai poikkeava kehitys sekä joukko yleisiä ongelmia, kuten pelot, uni – ja syömishäiriöt, raivokohtaukset ja aggressiivisuus (Linna 2000, 257).

Aspergerin oireyhtymää luonnehtivat samanlaiset sosiaalisen vuorovaikutuksen poikkeavuudet, jotka ovat tyypillistä autismille, sekä mielenkiinnonkohteiden ja toimintojen rajoittuneisuus ja kaavamainen toistuvuus. Autismista tämä häiriö poikkeaa ensisijaisesti siinä, ettei kielen kehityksen viivästymää esiinny. Häiriöön liittyy usein huomattavaa kömpelyyttä. Suurimmalla osalla Aspergerin oireyhtymää potevista on normaali yleinen älykkyystaso, lahjakkaita ja heikkolahjaisia on yhtä paljon kumpiakin ja pieni osa on lievästi kehitysvammaisen tasoisia. Lisäksi kielen rytmi, painotukset, äänen käyttö ja sointi saattavat olla poikkeavia ja ilmeet, eleet ja liikkeet outoja. (Linna 2000, 261-262.)

Rettin oireyhtymälle on ominaista, että kyseessä on tyttölapsi, jolla aluksi on puhtaan autismin oireet. Tyypillinen taudinkulku poikkeaa kuitenkin autismin kulusta. Lopulta oireyhtymä johtaa liikuntakyvyttömyyteen ja täydellisen avuttomuuden tilaan. Disintegratiiviset häiriöt ovat lapsuusiän laaja-alaisen kehityshäiriön muoto, jossa häiriötä edeltää täysin normaali kehitysjakso, ennen kuin lapsi muutaman kuukauden kuluessa menettää aiemmin monilla elämän alueilla hankkimansa taidot. (Linna 2000, 262-264.)

Autistisia henkilöitä on Suomessa tällä hetkellä noin 10 000 (Autismi– ja Aspergerliitto ry, 2006b). Pojilla autismi on 3-4 kertaa yleisempää kuin tytöillä. Noin 80 prosenttia autistisista lapsista on myös kehitysvammaisia. (Broberg ym. 2005, 325.) Pojilla on selviä Aspergerin oireita huomattavasti useammin kuin tytöillä, ja ainoastaan noin joka viides tapaus on tyttö (Gillberg 2001, 33). Aspergerin oireyhtymää ei voida varmasti diagnosoida ennen neljättä ikävuotta eikä useimmiten ennen kouluikää (Gillberg 2001, 16).

Määrätietoisella ja tehokkaalla kuntoutuksella on autismioireiden lieventymisessä saatu hyviä tuloksia (Linna 2000, 260). Ruotsissa on eniten jalansijaa saanut TEACCH- menetelmä, jolla pyritään kehittämään lapsen kommunikointitaitoja ja

itsenäistä selviytymistä, se on soveltuvin osin käytössä myös Suomessa. Tietokoneet näyttävät sopivan hyvin autismin kirjon lasten taitojen harjaannuttamiseen. (Broberg ym. 2005, 341). Holding – eli sylihoito on osoittautunut monille autistisille lapsille tehokkaaksi. Myös luovilla terapioidilla on saatu lupaavia tuloksia. Lääkehoidosta ei ole osoittautunut olevan kovin suurta apua varsinaisen autismin lievittämisessä. Neurolepteja ja sedatiiveja on jonkin verran käytetty levottomuuden hoitoon. (Linna 2000, 260.) On hyvin tärkeää, että autismin kirjon henkilöitä harjaannutetaan erilaisissa arkipäivän toiminnoissa, kuten pukeutumisessa ja hygienian hoidossa, hyvin aikaisessa elämänvaiheessa. Myös sosiaalista kanssakäymistä on tärkeä harjoitella. Autistisista häiriöistä seikkaperäistä tietoa ja laajan kliinisen kokemuksen omaavan lääkärin tai psykologin kanssa käydyillä keskusteluilla on positiivista arvoa hoidossa. Myös vertaistuesta voi olla apua, Asperger- ryhmiä on joitakin, ja niiden jäsenet voivat kokea niihin osallistumisen hyvin positiiviseksi. On aikaisempaa enemmän toivoa siitä, että myös lääkehoito voisi joissakin tapauksissa osaltaan vaikuttaa parempaan ennusteeseen pääsemiseen. Erityisesti niin kutsutut selektiivisten serotoniinin takaisinoton estäjien (SSRI) käyttöönotto on herättänyt optimistisia ajatuksia ja alustavat tutkimukset viittaavat selvästi positiivisiin vaikutuksiin monissa tapauksissa. (Gillberg 2001, 112-119.)

Autismi on elinikäinen tila, jonka oirekuva muuttuu ajan myötä. Varhaisen, tehokkaan ja tarkoituksenmukaisen kuntoutuksen avulla on saatu erinomaisia tuloksia. Autismi ei ole parannettavissa, ja siksi tavoitteena on selviäminen arkipäivässä, käyttäytymisen normalisoiminen niin suuressa määrin kuin mahdollista ja yksilön opettaminen vuorovaikutukseen ja sosiaalisuuteen. Ennusteellisesti voidaan erottaa kolme laajahkoa ryhmää; ne jotka jäävät autistisiksi eli sulkeutuneiden ryhmä ja ne, jotka ovat passiivisia ja ystävällisiä sekä ne, jotka ovat aktiivisia, mutta käyttäytyvät oudosti. Hyvällä kuntoutuksella lievemmin autistinen henkilö saattaa kyetä elämään itsenäisesti tai vähäisen avun turvin, kun taas vaikeammin vammaisen henkilö melko varmasti päätyy hoitokotiin tai kehitysvammalaitokseen. (Linna 2000, 261.) Aspergerin oireyhtymän ennuste on hyvin vaihteleva. Monet henkilöt, jotka lapsuudessaan ja nuoruudessaan kärsivät tyypillisistä tämän oireyhtymän ongelmista, ovat aikuisiässä toiminnaltaan hyvätasoisia ja pääsevät huomattaviin ammattiasemiin. Yleensä heidän kykynsä sosiaaliseen vuorovaikutukseen on kuitenkin edelleen rajoittunut. Toisten henkilöiden psyykkisen ja sosiaalisen sopeutumisen ennuste on kovin huono,

eivätkä he selviydy itsenäisen elämän vaatimuksista. Vielä useammat ovat aikuisina jossain näiden kahden ryhmän välillä, ja heidän ennusteensa on joko hyvä tai erittäin rajallinen. (Gillberg 2001, 100.)

3.5 Äkilliset stressireaktiot ja sopeutumishäiriöt

Reaktio äkilliseen stressiin kehittyy muutamia tunteja tuhoavan tai uhkaavan tapahtuman jälkeen. Oireiden tulee alkaa alle kuukauden kuluessa tapahtumasta. Traumaattisen tapahtuman jälkeen lapsi tai nuori kokee tunne-elämänsä lamaantuneeksi. Tunteet ja tunnereaktiot voivat puuttua kokonaan. Onnettomuuden tapahtumat pysyvät mielessä yksityiskohtia myöten ja tapahtumat kulkevat mielessä yhä uudelleen. Myös kuulo-, näkö-, haju- ja tuntoaisti voivat herkistyä. Lapsella tai nuorella voi olla harhanäkyjä, pelkoja ja univaikeuksia. Lapsi tai nuori voi myös joutua sulkutilaan, jossa hän on kyvytön ottamaan vastaan ulkoisia aistiärsykeitä. Hoidon onnistumiseksi on tärkeää, että tutut vanhemmat ovat paikalla, sairaalassakaan lasta ei saa jättää yksin. (Friis ym. 2004, 120.)

Traumaperäinen stressireaktio kehittyy vastineeksi uhkaavaan tai tuhoavaan tapahtumaan, joka aiheuttaisi kenessä tahansa voimakasta ahdistuneisuutta tai pelkoa. Tapahtuma voi olla luonnonkatastrofi, sota, tulipalo tai väkivallan kohteeksi joutuminen tai väkivallan näkeminen. Traumaperäiset stressireaktiot ovat yleistyneet lapsilla, jotka ovat joutuneet kokemaan perheväkivaltaa. Oireina on toistuvia tuskallisia muistikuvia tapahtumasta. Muistot tulevat takaumina ja niiden torjuminen vie lapsen kaiken valveillaoloajan energian. Lapsi tai nuori pyrkii järjestelmällisesti välttämään tilanteita, jotka muistuttavat tapahtumasta. Lapsi tai nuori on kykenemätön palauttamaan mieleensä keskeisiä asioita traumaattisesta tapahtumasta. Muisti, erityisesti mieleen palauttaminen vääristyy. Tavallisia oireita ovat myös painajaisunet ja univaikeudet. Lapsi tai nuori on levoton, ylivireinen ja valpas ja ärsyyntyy helposti. (Friis ym. 2004, 121.)

Lapsen tai nuoren käsitys tulevaisuudesta muuttuu, eikä hän odota elämältä mitään. Hän voi myös taantua taidoissaan ja alkaa esimerkiksi kastella. Myös mahakivut,

päänsäryt ja pelot voivat vaivata. Joskus lapsen tai nuoren koko persoonallisuus voi muuttua traumaperäisen stressireaktion myötä. (Friis ym. 2004, 121.)

Toistuvat traumat ja aikaisempi psyykinen häiriö altistavat traumaperäiselle stressireaktiolle. Vanhempien poissaolo tai kuolema tai oma ahdistus ja suru lisäävät haitallisen jälkivaikutuksen todennäköisyyttä. Traumaperäinen stressireaktio alkaa yleensä yhden - kuuden kuukauden kuluessa katastrofaalisesta tapahtumasta, mutta on mahdollista, että reaktio alkaa vasta jopa viiden vuoden päästä. (Friis ym. 2004, 121-122.)

Traumaperäisessä stressireaktiossa psyykkisen tilan arvion jälkeen aloitetaan yksilöterapia ja perheterapia ja tarvittaessa verkostoterapia lapsen tai nuoren tukiverkkoihin. Ryhmähoidoista on todettu olevan suurta apua. Jos kyseessä on perheväkivalta, on varmistettava, että se on loppunut, ennen kuin hoito aloitetaan. Jos on kyse seksuaalisesta hyväksikäytöstä, hoidossa on otettava huomioon erityinen trauma, joka terveelle seksuaalikehitykselle on tapahtunut. (Friis ym. 2004, 122-123.)

Sopeutumishäiriö on varsin usein käytetty diagnoosi lasten ja nuorten psyykkisissä häiriöissä ja oireyhtymissä, joita ei osata luokitella muihin häiriöryhmiin kuuluviksi. Sopeutumishäiriössä lapsen tai nuoren on vaikea sopeutua tiettyyn tunnistettuun psykososiaaliseen stressitekijään, minkä johdosta hän alkaa oireilla. Pahanolon tunteen ja emotionaalisen häiriön ohella lapsen elämässä on yleensä myös hyviä vaiheita ja tavanomaista toimintaa. Yksilön alttiudella ja haavoittuvuudella on merkittävä osuus tämän oireyhtymän synnyssä. Erilaiset jokapäiväiseen elämään liittyvät muutokset voivat johtaa sopeutumishäiriöön. Tällaisia ovat kouluun meno, koulun vaihdot ja asunnon muutot. Näihin liittyy yleensä myös muutoksia tai menetyksiä ihmissuhteissa. (Räsänen 2000g, 213.)

Sopeutumishäiriöissä yksilön kyky selviytyä esimerkiksi koulutehtävistä heikkenee ja hänen ihmissuhteissaan ja sosiaalisissa toiminnoissaan esiintyy selviä häiriöitä. Sopeutumishäiriön katsotaan alkavan yleensä 1-3 kuukauden kuluessa psykososiaalisen stressitilanteen alkamisen jälkeen. (Räsänen 2000g, 213.)

Ympäristöön vaikuttaminen, samoin kuin yksilöön ja perheeseen kohdistuva ohjaus ja tuki, ovat käyttökelpoisia hoitomuotoja sopeutumishäiriöissä. Tavoitteena on joko vähentää tai poistaa stressiä aiheuttavien tekijöiden vaikutusta. Kognitiivisia terapioidia on käytetty menestyksellisesti sopeutumishäiriöistä kärsivien lasten ja nuorten hoidossa. Sopeutumishäiriöiden oireet ovat yleensä lievempiä kuin muiden häiriöryhmien, esimerkiksi masennuksen ja ahdistushäiriöiden oireet. Tutkimukset osoittavat, että sopeutumishäiriöistä kärsivä lapsi tai nuori toipuu siitä kohtalaisen hyvin. Varhain tehdyn oikean diagnoosin merkitystä ennusteelle painotetaan. (Räsänen 2000g, 214-215.)

3.6 Psykoottisuus

Psykoosilla tarkoitetaan erilaisia mielentilan häiriöitä, joille tyypillistä on kyvyttömyys hallita ja erottaa toisistaan mielen sisäistä todellisuutta ja ulkoisia realiteetteja (Rantanen 2004, 301-302). Lapsuusiän psykoosit liittyvät usein skitsofreniaan tai muuhun orgaanisista syistä johtuviin psykoottisiin tiloihin (Linna 2004, 299). Nuoruusiässä orgaanisia sekavuutta aiheuttavia psykooseja saattavat aiheuttaa muun muassa infektiot, lääkkeet ja epileptiset kohtaukset. Psykoottinen tila voi johtua myös alkavasta skitsofreniasta tai kyseessä voi olla maanis-depressiivinen psykoosi. On myös tilanteita, joissa nuorella on vaikeuksia koota minuuttaan yleisen nuoruusiän kehityksen mukaisesti, jolloin on vaarana että nuoren toimintakyky lamaantuu täysin, todellisuudentaju hämärtyy ja hänelle tulee vaikeuksia ihmissuhteissa. Yleensä kyseessä on kuitenkin lyhytaikainen tila, joka voi olla myös osana normaalia kehitystä. (Rantanen 2004, 301-304.)

Varsinaista lapsuusiän skitsofreniaa diagnosoidaan erittäin harvoin. Suomen lasten psykiatrisissa sairaaloissa uusia skitsofrenia tapauksia on vuosittain 1-3. Tauti on yleisempää pojilla kuin tytöillä. Varhaisin skitsofrenian muoto alkaa ennen murrosikää. (Linna 2004, 299-300.) Erityisesti nuoruusiässä psykoottisuuden varsinainen diagnosointi on kuitenkin vaikeaa, koska nuoren kehityksessä on muutenkin suuria vaihteluita. Ali- tai ylidiagnosointi aiheuttaa nuorelle joko hoidon puutetta tai helposti tapahtuvaa leimautumista. (Rantanen 2004, 301.)

Tyypillisiä oireita nuoruusiän skitsofrenialle ovat ajatushäiriöt, aistinharhat ja motoriikan häiriöt. Myös epäluuloisuutta ja kuuloharhoja esiintyy paljon. Nuorilla on myös usein runsaasti epäspesifejä oireita, kuten esimerkiksi kiihtyneisyyttä, manee-reita ja sosiaalista avuttomuutta. Skitsofrenia voi alkaa hitaasti tai sen oireet voivat puhjeta hyvinkin lyhyessä ajassa suoraan psykoosiksi. Syitä skitsofrenian puhkeamiseen on tutkittu ympäristötekijöistä ja genetiikasta, mutta varmaa tietoa ei vielä ole. Varsinaisen skitsofrenian diagnoosi tulee aina tehdä vähintään vuoden jatkuneen seurannan jälkeen, kun kaikki muut vaihtoehdot on poissuljettu. (Rantanen 2004, 303.)

Erotusdiagnostisesti merkittävä on maanisdepressiivinen psykoosi. Kolmannes maanis-depressiivisistä aikuispotilaista on sairastunut alle 20-vuotiaana. Maanisessa vaiheessa nuori on puhelias ja levoton, ja hänen mielialansa on erityisen koholla. Masennusvaiheessa mieliala laskee eikä nuori jaksa mitään. Harhoja ja psykoottistasoia syyttäviä ääniäkin saattaa esiintyä. (Rantanen 2004, 303-304.)

Psykoottisia tiloja hoidetaan tarkoin harkitun suunnitelman mukaisesti, jossa on otettu huomioon lapsen tai nuoren koko elämäntilanne. Lapsi tarvitsee sairaalahoitoa, jotta moniammatillisen tiimin avulla kyetään löytämään juuri hänelle sopiva hoito. Usein päädytään käyttämään erityisesti akuutissa vaiheessa neurolepteistä koostuvaa lääkehoitoa, jonka rinnalle yhdistetään psykoterapeuttinen hoito heti alkuvaiheen mentyä ohi. Lapsen ollessa kyseessä, myös perhe on otettava tiiviisti hoitoon mukaan. (Linna 2004, 300-301.) Nuoren kohdalla hoito on usein vaikeampaa nuoruuteen kuuluvan ristiriitaisuuden vuoksi. Tilanne on usein myös perheelle erittäin vaikea. Psykoosi pysäyttää nuoren irtaantumisen vanhemmista, koska sairastunut nuori tarvitseekin eri tavalla vanhempiensa hoivaa. Jos nuori on psykoottisessa vaiheessa vaaraksi itselleen eikä ymmärrä olevansa sairas, on nuorisopsykiatrinen osastohoito tarpeen. Joskus selvittää myös avohoidolla, jos sekä nuori että hänen perheensä toimivat hoitohenkilökunnan kanssa yhteistyössä. Lääkehoidosta nuoren kohdalla päädytään usein käyttämään oireista riippuen neuroleptejä, masennuslääkkeitä, litiumia ja anksiolyyttejä. Lääkehoitoa suositellaan käytettävän psykoosijakson jälkeenkin vielä ainakin 1-2 vuoden ajan. (Rantanen 2004, 305.)

Psykoosien ennuste on aina parempi, mitä nopeammin oireet ovat alkaneet. Osa lapsista pääsee jatkamaan normaalia lapsuutta ja aloittavat myös koulun normaalisti, mutta joillekin psykoosi on ehtinyt vaurioittaa heidän kehitystään, jolloin hoidon tarve jatkuu. (Linna 2004, 301.) Myös nuorilla ennuste voi olla hyvä, jos yhteistyö hoitohenkilökunnan, nuoren ja perheen välillä toimii, ja jos nuori on motivoitunut hoitoonsa ja saa kuntoutumiseen riittävästi aikaa. Ongelmia saattaa tulla, jos yhteiskunta vaatii nuorelta liikaa liian aikaisin. Lisäksi sairaaksi leimautuminen voi vaikeuttaa opiskelupaikan tai työpaikan saamista. Suurin osa psykoosin sairastaneista nuorista selviää kuitenkin hyvin aikuisikään. (Rantanen 2004, 306.)

3.7 Persoonallisuushäiriöt

Persoonallisuushäiriöillä tarkoitetaan pysyvää tilaa persoonallisuudessa, jossa todellisuuden havainnointi ja tapa toimia muuttuu jäykäksi ja kaavamaiseksi. Kokemus itsestä ja ympäristöstä ei vaihtelee tilannekohtaisesti, vaan pysyy samana. (Friis ym. 2004, 141.) Persoonallisuushäiriötä voidaan epäillä, kun potilaan kaavamainen tai muutoin poikkeava persoonallisuuden ominaisuus aiheuttaa ongelmia ja kärsimystä itsessä tai ympäristössä. Lapsuus- ja nuoruusiässä erottuvin persoonallisuushäiriön muoto on rajatilahäiriö. Muita yleisiä muotoja ovat huomionhakuinen, narsistinen, epäsosiaalinen ja eristäytyvä persoonallisuushäiriö. Lasten ja nuorisopsykiatriassa on kuitenkin persoonallisuushäiriöiden diagnostiikassa muistettava ero aikuisiin, koska lapsen ja nuoren persoonan kehitys on muutenkin vielä aluillaan. (Almqvist 2004b, 308-310.)

Persoonallisuushäiriöiden diagnosointi on hyvin vaikeaa, koska on tärkeä pyrkiä olemaan leimaamatta kehitysikäisiä pysyvää poikkeavuutta tarkoittavalla diagnoosilla. Niinpä diagnosointi on monivaiheista. Keskustellaan sekä potilaan, että omaisten ja muiden sellaisten ihmisten kanssa, jotka päivittäin näkevät lasta tai nuorta. Myös somaattisen sairauden mahdollisuus pois suljetaan. Diagnosointia auttavat lisäksi psykologiset ja neurologiset testit, sekä havainnoinnit lapsen tai nuoren ihmissuhteista ja harrastuksista. (Almqvist 2004b, 308-309.) Rajatilahäiriö diagnosoidaan useammin työillä kuin pojilla (Almqvist 2004b, 314).

Lapsuuden rajatilahäiriön yleisimpiä oireita ovat muun muassa häiriöt ja voimakkaat vaihtelut toiminnallisella tasolla, ihmissuhteissa, tunnetiloissa ja ajattelussa. Itsekontrolli on myös heikkoa rajatilahäiriöisillä. Minän rakenne on usein keskeneräinen, ja lapsi tai nuori turvautuu vaikeissa tilanteissa viettiensä viemänä hyvinkin primitiivisiin puolustusreaktioihin. Myös paranoidisuutta voi esiintyä. (Almqvist 2004b, 311.) Muiden persoonallisuushäiriöiden oireet riippuvat siitä, mistä häiriön muodosta on kyse. Huomionhakukselle persoonallisuushäiriölle tyypillistä on häiritsevällä tavalla impulsiivisuus, huomionhakuisuus ja ulospäinsuuntautuneisuus. Narsistinen persoonallisuus tuntee olevansa kaikkivoipa, ei osaa ottaa muita huomioon eikä ottaa vastaan itseensä kohdistettua kritiikkiä. Epäsosiaalinen persoonallisuus liittyy usein käyttöhäiriöihin. Epäsosialisuus seuraa usein ongelmia ihmissuhteissa ja koulussa. Eristäytyvä persoonallisuus yhdistetään usein samankaltaisten oireiden perusteella skitsofreniaan ja autismiin. (Almqvist 2004b, 310.)

Hoitojen avulla pyritään auttamaan lasta tai nuorta niissä elämän osa-alueilla, joilla ongelmia ilmenee (Almqvist 2004b, 314). Ongelmallisinta on saada nuoruusiässä oleva motivoitumaan hoitoon, koska sairaudentunto on usein puutteellinen (Friis ym. 2004, 142). Rajatilahäiriöisten ja muiden persoonallisuushäiriöistä kärsivien lasten ja nuoren hoitona käytetään usein yhdessä psykologisia, pedagogisia, sosiaalisia ja farmakologisia keinoja. Erilaisilla yksilö- ja käyttäytymisterapioilla pyritään tarjoamaan uudenlaisia tapoja käsitellä ongelmallisia tilanteita. Tarvittaessa voidaan käyttää myös perheterapiaa. Myös terapiat pienissä ryhmissä samanikäisten kesken toimivat joidenkin kohdalla hyvin. Lääkehoitoa käytetään lähinnä oireenmukaisessa hoidossa, kuten ahdistuksessa ja masennuksessa. Joskus tarvitaan myös neuroleptilääkitystä. Muun hoidon tukena on erityisen tärkeää olla yhteistyössä lapsen tai nuoren koulun tai päivähoiton kanssa, jotta heidän yksilölliset ominaisuudet voidaan ottaa paremmin huomioon. Sairaalahoido on tarpeellista psyykkisissä ja sosiaalisissa kriiseissä. (Almqvist 2004b, 314-316.)

Riittäväällä ja oireenmukaisella hoidolla ja tuella lapsi tai nuori voi tervehtyä ja oppia huolehtimaan itsestään ja ihmissuhteistaan. Hoidon puutteessa elänyt persoonallisuushäiriötä sairastava sen sijaan voi invalidisoitua sekä psyykkisesti että sosiaalisesti. Elämä vaikeutuu sosiaalisten suhteiden puutteessa, ei osata huolehtia itsestä eikä

kestään lähimmästäkään, ja pahimmassa tapauksessa sairaus saattaa kehittyä psyykoottistasoiseksi. (Almqvist 2004b, 316.)

3.8 Tarkkaavaisuuden ja oppivaisuuden häiriöt

Tarkkaavaisuushäiriöistä käytetään yleisesti termejä MBD (minimal brain dysfunction) ja ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder). MBD:llä tarkoitetaan neurologista oireyhtymää, johon liittyy motoriikan, hahmottamisen ja/tai oppimisen häiriöitä. Termiä käytetään edelleen yleisesti, vaikkei käsitettä enää ole käytössä tieteellisessä kirjallisuudessa. Nykyään yleisemmin käytetty termi ADHD pitää sisällään tarkkaavaisuushäiriötä, ylivilkkautta ja impulssien kontrollin puutetta. Käytännössä MBD ja ADHD tarkoittavat lähes samaa, koska niiden oireistossa on paljon samankaltaisuutta. (Michelsson, Saresma, Valkama & Virtanen 2001, 11.) Oppimisen häiriöiksi luokitellaan muun muassa puheen ja kielen häiriöt, koulutaitojen oppimisen ja motoriikan vaikeudet. Vaikeuksista yleisimpiä ovat lukemisen (dysleksia), kirjoittamisen (dysgrafia) ja aritmetiikan vaikeudet. Lukemisen ja kirjoittamisen vaikeudet yhdessä tarkoittavat tyypillisintä oppimisvaikeuksien muotoa lukihäiriötä, jossa ”lapsi ei opi kehitysvaiheelleen kuuluvalla tavalla lukemisen ja kirjoittamisen taitoja siitä huolimatta, ettei niiden saavuttamisen esteenä ole yleinen älyllinen jälkeenjääneisyys.” (Lyytinen 2004, 249-250.)

Tarkkaavaisuushäiriöitä diagnosoidaan vasta sitten, kun ne esiintyvät useammassa ympäristössä, heikentävät toimintakykyä ja aiheuttavat ongelmia lapselle tai ympäristölle (Almqvist 2004a, 241). Diagnostiikassa tarvitaan siksi eri ammattiryhmien erikoisosaamista ja perusteellista tutkimusta, sekä pitkäaikaista kartoitusta. Erotusdiagnostisesti on tärkeää pois sulkea ensin muut syyt pois. Yleensä pyritään siihen, että diagnosointi voitaisiin tehdä ennen kouluikää, mutta usein oireet tulevat selvemmiksi vasta koulussa. (Michelsson ym. 2001, 13-16.) Pojilla ADHD esiintyy useammin kuin tytöillä (Almqvist 2004a, 241).

ADHD-MBD-diagnoosi ei itsessään kerro selvästi, millaisia oireita lapsella tai nuorella on ja kuinka vaikeita oireet ovat. Tyypillisiä tarkkaavaisuushäiriön oireita ovat

kuitenkin muun muassa huolimattomuus, keskittymisvaikeudet, kuunteluvaikeudet, vaikeudet saada tehtäviä valmiiksi, unohtelu, esineiden kadottaminen ja ulkopuolisista ärsykkeistä häiriintyminen. Yleisesti ottaen tarkkaavaisuuden häiriöistä kärsivä väsy nopeasti joutuessaan keskittymään yhteen asiaan pidemmän aikaa. Tämä saattaa saada lapsen käyttäytymään häiritsevästi. Ylivilkkauteen liittyviä oireita ovat muun muassa motorinen levottomuus, jatkuva puhuminen, vaikeudet leikkiä rauhallisesti ja impulsiivisuuteen kuuluu kärsimättömyyttä, toisten puheen keskeyttelyä, puhumista ennen ajattelua ja huolimattomuutta. Lisäksi usein esiintyy ongelmia motoriikassa ja hahmottamisessa, sekä oppimisessa. (Michelsson ym. 2004, 32-39.) Oppimiseen liittyviä häiriöitä on erilaisia, joten oireistotkin ovat erilaisia. Lukemisen erityisvaikeudet ilmenevät muun muassa siten, että luetun ymmärtämisessä ja luettavien sanojen tunnistamisessa on ongelmia, eikä lapsi onnistu tekemään lukemista edellyttäviä tehtäviä. Erilliset kirjoittamisen vaikeudet ilmenevät vaikeutena kirjoittaa sanoja ja tavata suullisesti. Matemaattisen kehityksen häiriöistä kärsivällä on ongelmia jo peruslaskutaidon kanssa. Puheen ja kielen kehityksen häiriöt näkyvät vaikeuksina omaksua kieltä, ja tämän seurauksena voi tulla muita ongelmia, kuten esimerkiksi ihmissuhdevaikeuksia, ja häiriöitä tunne-elämässä ja käyttäytymisessä. Motoriikan kehityshäiriöt tarkoittavat kömpelyyttä suorittaa erilaisia tavanomaisia liikkeitä. Kaikki nämä oireistot liittyvät usein toisiinsa, ja samalla henkilöllä esiintyy useita erilaisia oppimisvaikeuksia. (Lyytinen 2004, 249-257.)

Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöitä hoidetaan hyvin oirekohtaisesti. Tiedon jakaminen on tärkeää lapsen ja perheen tukemiseksi. Oppiminen vaatii tukea, ja erityistoimia esimerkiksi järjestämällä lapsi pienempään ja rauhallisempaan ryhmään. Tarvittaessa voidaan käyttää jopa psykoterapiaa. Keskittymiskyvyn ja hyperaktiivisuuteen voidaan käyttää myös lääkehoitoa, erityisesti amfetamiiniryhmään kuuluvia lääkkeitä. Lääkehoitoa käytetään kuitenkin pääasiassa muun hoidon tukena, ja niitä määrätään ainoastaan erikoissairaanhoidossa. (Almqvist 2004a, 246-248.) Oppimisvaikeuksien hoidossa samaten panostetaan kehityksen varhaiseen tukemiseen ja oppimistilanteiden parantamiseen järjestämällä yksilöllisempää opetusta erityisryhmissä (Lyytinen 2004, 258-260). Myös toimintaterapia, fysioterapia ja neuropsykologinen kuntoutus auttavat oireenmukaisessa kuntouttamisessa (Friis ym. 2004, 130).

Myöhemmälle persoonan kehitykselle on vähemmän haitallista, mitä aiemmin oireita ilmaantuu. Varhain aloitettu häiriön diagnosointi, vanhemmille ja lapselle annettu asiallinen informaatio ja tuki edesauttavat ongelmien ehkäisemistä. ADHD voi kehittyä, varsinkin nuoruusiässä, käytöshäiriöksi, joten riittäväällä avustamisella, lapsen erityistarpeiden huomioonottamisella ja lapsen ja vanhempien tukemisella parantavat ennustetta. Pahin mahdollinen ennuste on niillä, joilla tarkkaavaisuuden puute ja hyperaktiivisuus on vaikeinta laatua, joten heidän kohdallaan hoitoon pääseminen on välttämätöntä tulevaisuuden parantamiseksi. Jos lapsi tai nuori saa riittävästi apua ja ymmärrystä, eikä hänelle kehity sekundaarisia psyykkisiä ja sosiaalisia oireita, hän voi kyetä huolehtimaan itse itsestään ja löytää keinoja keskittymisvaikeuksiensa minimoimiseen. (Almqvist 2004a, 248-249.)

3.9 Käytöshäiriöt

Käytöshäiriöille ominaista on toistuva ja pysyvä epäsosiaalinen, aggressiivinen tai muutoin poikkeava käyttäytymismalli (Moilanen 2004, 265). Käytöshäiriöitä on Suomessa luokiteltu olevan neljä erilaista alatyyppeä: perheensisäinen, epäsosiaalinen ja sosiaalinen käytöshäiriö sekä uhmakkuushäiriö. Käytöshäiriöt vaikuttavat negatiivisella tavalla sosiaalisiin suhteisiin, koulunkäyntiin ja terveyteen. Samoilla henkilöillä on usein myös muita mielenterveyden ongelmia, ja samalla riski päihiteidenkäyttöön ja rikosten tekemiseen kasvaa. Käytöshäiriöt voivat lisätä myös vaaraa, että myöhemmin tila muuttuu epäsosiaaliseksi persoonallisuushäiriöksi. (Ebeling, Hokkanen, Tuominen, Kataja, Henttonen & Marttunen 2004.)

Pojilla käytöshäiriöitä esiintyy useammin. On myös mahdollista, että käytöshäiriöt ovat yleisempiä kaupungissa varttuneilla lapsilla, kun maalaislapsilla. Koulukiusaamisella voidaan myös katsoa olevan yhteys käytöshäiriöihin. (Moilanen 2004, 269.) Osalla häiriöt ovat alkaneet jo lapsuudessa, ja näiden tapausten kohdalla on yleistä, että rikollista käyttäytymistä ja ongelmia esiintyy myös aikuisiässä. (Ebeling ym. 2004). Käytöshäiriöiden esiintyvyydelle ja synnylle on esitetty monenlaisia teorioita. Syitä haetaan esimerkiksi perheestä, ympäristötekijöistä, geneettisistä tekijöistä tai aivovaurioista sikiöaikana tai myöhemmin. Myös lapsen vaikea temperamentti huo-

nosti sovitettuna vanhempien temperamenttiin voi edesauttaa käytöshäiriöiden esiintymistä ja alkamista. Ongelmat voivat johtua mahdollisesti myös epäjohtonmukaisesta kasvatustavasta, ja useista epäonnistumisista koulussa tai kaveripiirissä. (Moilanen 2004, 269-272.)

Yleisimpiä oireita on muun muassa toistuva ja aina vain vaikeutuva varastelu, aggressiivinen käyttäytyminen, halu tehdä jotain ihan muuta kun mennä kouluun, toisten omaisuuden tuhoaminen, taipumus tulensyöttämiseen ja lisääntyvä päihteidenkäyttö. Perheensisäiselle käytöshäiriölle on ominaista poikkeava käytös vain perheen sisällä, esimerkiksi jos lapsi tai nuori ei tule toimeen jonkun perheenjäsenen kanssa. Epäsosiaalisessa käytöshäiriössä suurin osa ongelmista liittyy yleensä suhteisiin muiden ikätovereiden kanssa. Keskeistä on epäsosiaalisuus ja aggressiivisuus. Sosiaalisesta käytöshäiriöstä kärsivä kuuluu usein johonkin nuorten ryhmään, joka puolestaan voi olla joko rikollisjengi tai ympäristönkin silmin hyvämaineinen. Ryhmän sisällä ylläpidetään ystävyys-suhteita, mutta ongelmat tulevat esiin muiden ihmisten kanssa kommunikoidessa. Uhmakkuushäiriö esiintyy usein lapsuusiässä. Sille on tyypillistä muun muassa tottelemattomuus ja uhmakkuus. Häiriö esiintyy usein suhteessa vanhempiin, ja muihin lapsen tuttuihin. (Moilanen 2004, 266-268.)

Ennen hoidon aloittamista on tärkeää selvittää tarkkaan, missä lapsella tai nuorella on puutteita ja mistä käytöshäiriöt mahdollisesti johtuvat. Usein ongelmat liittyvät sosiaalisten normien ja tapojen puutteeseen, joten niiden oppimisprosessiin on tällöin tärkeä panostaa. Jos syyt ovat geneettisiä, on sekin tärkeää selvittää, jotta ympäristö ei syyttäisi itseään ja osattaisiin hakea apua erityisongelmiin. Jos lapsen ja vanhempien temperamentit eroavat kovasti toisistaan, on hyvä auttaa myös vanhempia ymmärtämään lastaan. Samoin ympäristötekijöitä voidaan yrittää lieventää. Varsinaisia hoitokeinoja ovat tarvittaessa perheterapia, nimenomaan oppimisterapiaan suunnattu yksilöterapia ja toiminnalliset ryhmäterapiat. Lääkehoito ei ole varsin tehokas hoitomuoto käytöshäiriöissä, mutta joitakin oireita voidaan yrittää lieventää esimerkiksi kohtaustyyppisiä oireita epilepsialääkkeillä, rauhoittavia lääkkeitä ja joissain tapauksessa myös neuroleptilääkitystä. Tarkkaavaisuushäiriöiden hoidossa voidaan käyttää psykostimulantteja. Kaiken kaikkiaan käytöshäiriöitä hoidetaan hyvin oireenmukaisella tavalla, pyritään ehkäisemään uusia ongelmia. (Moilanen 2004, 272-274.)

Ennuste käytöshäiriöissä on parempi, mitä myöhemmässä iässä ongelmat ovat alkaneet. Jotkut nuoruusiässä alkaneet ongelmat voivat jopa jäädä aikuistumisen kynnyksellä jopa kokonaan pois. (Ebeling ym. 2004.) Vakavasti käytöshäiriöiset, vaille hoitoa ja huolenpitoa jääneet lapset ja nuoret kehittyvät aikuisina joko rikollisiksi tai sairastuvat mielenterveydeltään vakavasti. Onkin tärkeää panostaa häiriöiden ehkäisyyn ja hoitoon. Lapsiperheiden tukeminen ja ongelmien havaitseminen, sekä lapsen auttaminen estävät varmasti ongelmia tulevaisuudessa. (Moilanen 2004, 274.) Ennusteeseen vaikuttavat myös muut mielenterveyden häiriöt ja sairaudet (Ebeling ym. 2004).

3.10 Päihteidenkäyttö

Päihteidenkäyttö lasten ja nuorten keskuudessa on lisääntynyt viimeisten vuosien aikana. Yleisimpiä käytettyjä päihteitä ovat alkoholi ja tupakka. Myös huumeita on kokeillut entistä useampi. Humalahakuinen juominen ja tupakointi on lisääntynyt erityisesti nuorten tyttöjen keskuudessa. (Heinälä 2004, 275-276.) Varsinaisia päihderiippuvuuksia esiintyy kuitenkin melko harvoin (Aarninsalo 2005).

Nuorten päihteidenkäytön hoidossa tärkeintä on ongelman mahdollisimman varhainen toteaminen. Nuori voi hakeutua vastaanotolle itse, tai vanhemmat tuovat hänet. Yleensä tulossyynä on jokin muu somaattinen tai psykiatrinen oireilu. Nuori voidaan tuoda myös päivystykseen päihtyneenä, myrkytyksen saaneena tai tapaturman seurauksena. Yleisimpiä päihteidenkäytön oireita ovat muun muassa epämääräiset psyykkiset oireet, toimintatason selittämätön vaihtelu, kouluvaikeudet ja muut sosiaaliset ongelmat, tapaturmat ja tokkuraisuus. Vastaanotolla tutkitaan perusteellisesti nuoren somaattiset ja psyykkiset oireet. (Heinälä 2004, 280-284.)

Päihdeongelmien hoito vaihtelee paikkakunnittain. Isommissa kaupungeissa on erityisiä nuorisosasemia, kun taas pienemmillä paikkakunnilla päihdeongelmat hoidetaan osana muuta terveydenhuoltoa. (Aarninsalo 2005.) Hoito toteutetaan yhdessä vanhempien kanssa. Ensin kartoitetaan vanhempien mahdollisuudet auttaa lastaan. Jos vanhempien resurssit eivät riitä, suunnitellaan hoito yhdessä päihdeorganisaation

kanssa. Tarvittaessa on otettava yhteyttä lastensuojeluun. (Heinälä 2004, 285.) Hoidossa paneudutaan enemmän terapian antamiseen, kun lääkehoitoon. Myös laitoshoido on mahdollista tarvittaessa nuorisopsykiatrisilla osastoilla. Usein nuori kärsii samanaikaisesti jostain mielenterveydenhäiriöstä. Tavallisesti nuori saakin lääkehoitoa samanaikaisesti johonkin muuhun ongelmaan, kuten esimerkiksi masennukseen. (Aarninsalo 2005.)

3.11 Somaattisesti ilmenevät psyykkiset oireet ja häiriöt

Somaattisesti ilmeneviä psyykkisiä oireita ja häiriöitä ovat muun muassa syömishäiriöt, psykogeeniset kivut, kastelu, tuhriminen, unihäiriöt sekä nykimishäiriöt (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 2000, 281).

Syömishäiriöt ovat oireyhtymiä, joihin liittyy sekä fyysisiä että psyykkisiä oireita. Syömishäiriöt jaetaan laihuushäiriöön (anorexia nervosa), ahmimishäiriöön (bulimia nervosa), näiden epätyypillisiin muotoihin ja muihin syömishäiriömuotoihin. (Käypähoitosuositus 2002.) Laihuushäiriön taudinkuvaan kuuluu aktiivinen painon pudotus syömistä rajoittamalla, runsaalla liikunnalla ja joskus myös aineenvaihduntaa lisäävän lääkityksen avulla. Laihuushäiriöstä kärsivä lapsi tai nuori kokee itsensä tunnetasolla liian lihavaksi, vaikka hän samalla voikin tiedon tasolla käsittää olevansa laiha. Liitännäisoireena on usein masentuneisuus. Laihuushäiriön seurauksena on elimistön nälkätila, josta voi kehittyä anemia, elimistön suola- ja nestetasapainon häiriöitä ja pitkäaikaissairauksena luukato. (Huttunen 2002, 326-327.)

Ahmimishäiriöön kuuluu nimen mukaisesti ruuan ahmiminen, jonka jälkeen potilas tuntee sekä fyysistä että psyykkistä pahaa oloa. Ahmimista seuraa usein oksentaminen. Ahmimishäiriössä ajattelua hallitsevat syöminen ja lihavuuden pelko. Ahmimishäiriöstä kärsivä voi olla normaalipainoinen, tai hänen painonsa voi vaihdella alipainosta ylipainoon. Ahmimishäiriöön ei yleensä liity somaattisen voiminnan kriisiä, mutta oksentelusta voi aiheutua elimistön suolatasapainon häiriöitä ja hampaiden kiillevaurioita. Epätyypillisistä syömishäiriöistä puhutaan, kun kaikki laihuus- tai ahmimishäiriölle sovitut kriteerit eivät täyty. Syömishäiriöt ovat varsinkin nuoruusikäisten

tyttöjen ongelma. Laihuushäiriöt alkavat tyypillisimmin varhaisnuoruudessa, kun taas ahmimishäiriö alkaa tyypillisimmin nuoruusiän loppuvaiheessa. Lapsuudessa alkaneista syömishäiriöistä lähes kolmannes esiintyy pojilla. (Huttunen 2002, 326-327.)

Psykogeenisillä kivuilla tarkoitetaan sellaisia kiputiloja, jotka ovat luonteeltaan usein toistuvia ja jotka myös ovat kyllin vaikeita aiheuttaakseen esimerkiksi koulusta poissäännin. Psykogeeniset kivut oireilevat usein esimerkiksi toistuvina vatsakipuina psykosomaattisena päänsärkynä ja erilaisina jäsensärkyinä. (Räsänen 2000f, 292.) Näitä oireita lisäävät lisääntynyt huomio, koulusta poissa olot ja mahdollinen erityiskohtelu. Perheessä voi esiintyä myös ylihuolehtimista. Kivut saattavat myös olla tapa reagoida stressaaviin tilanteisiin ja vastoinkäymisiin. Oireita esiintyy viimeisimpien tutkimusten mukaan nykyään yhä enemmän erityisesti nuoruusikäisillä. Noin puolella kipuihin ei liity elimellisiä syitä. Vatsakipuja esiintyy jonkun verran enemmän tytöillä kuin pojilla. (Koistinen ym. 2004, 306-307.)

Tuhrimiseksi katsotaan tahaton epäasialliseen paikkaan, vaatteisiin tai sänkyyn ulostaminen, joka ei johdu rakenteellisesta poikkeavuudesta eikä suoliston sairaudesta ja joka jatkuu neljä vuotta täytettyä. Syitä voivat olla esimerkiksi virheellinen siisteyskasvatus tai jokin psykologisen stressin seurauksena syntynyt suolen toiminnan häiriö. Tuhriminen voi olla myös lapsen oire aggressiosta tai ilmentää masennusta. (Koistinen ym. 2004, 308-309.) Tuhrimiseen liittyy melkein aina myös ummetusta. Tuhrimiseen voi myös liittyä vääränlainen ruokavalio. (Friis ym. 2004, 100.) Tuhriminen on yleisempää pojilla kuin tytöillä (Moilanen 2000c, 299).

Kastelu on yksi tavallisimmista oireista, joista lapset ja nuoret kärsivät. Kastelun oireena on päivä- ja yöaikainen tahaton virtsaaminen. (Moilanen 2000b, 295.) Kastelun psyykkiset syyt ovat sidoksissa esimerkiksi lapsen suhteeseen perheeseensä, johonkin vaikeaan, ratkaisemattomaan mustasukkaisuustilanteeseen ja joskus jopa siihen, että lapsen on vaikea hyväksyä oma sukupuolensa. Kastelu alkaa usein lapsena, mutta voi jatkua murrosiän lopulle. (Koistinen ym. 2004, 308.)

Nukahtamisvaikeudet, painajaiset ja yöunen häiriöt ovat tavallisia lapsuusiässä. Päivän dramatiikka ja stressi ilmenevät unihäiriöinä (Friis ym. 2004, 98-99). Nykimis-

häiriöillä tarkoitetaan oireyhtymiä, joissa ilmenee äkillisiä, usein toistuvia, yleensä tahdosta riippumattomia kouristuksenomaisia nykäyksiä, sekä usein lisäksi erilaisia ääntelyitä ja huudahduksia. Nykimishäiriöt ovat joko ohimeneviä tai kroonisia tiloja, joihin liittyy runsaasti itsetuntoon, perhe-elämään ja sosiaaliseen ympäristöön liittyviä ongelmia. Nykimishäiriö alkaa yleensä ennen 21. ikävuotta. (Räsänen 2000d, 301.)

Laihuushäiriössä on ensiarvoisen tärkeää saada korjatuksi syömishäiriöstä kärsivän nuoren ravitsemustila. Liikuntaa on usein aluksi syytä rajoittaa. Potilaalle asetetaan painotavoite, jossa otetaan huomioon hänen ikänsä, kehitysvaiheensa ja ruumiinrakenteensa. Tarvittaessa potilas otetaan osastolle. Ahmimishäiriössä ravitsemustila on yleensä ainakin kohtuullisen hyvä, ja hoito voidaan toteuttaa avohoitona. Kun ravitsemustila on alkanut korjaantua, nuori hyötyy yksilöllisestä psykoterapeuttisesta hoidosta tai perheterapiasta. Lääkityksenä voidaan käyttää masennusta hoitavia serotoniinijärjestelmään vaikuttavia lääkkeitä. Näistä on usein apua myös ahmimishäiriöiden hoidossa. (Huttunen 2002, 327-328.)

Psykogeenisten kipujen hoitoon on aiheellista ottaa mukaan sekä perhe että koulu. Yhteistyössä perheen ja koulun kanssa voidaan selvittää, onko lapsen tai nuoren oireilu seurausta jostain stressitekijästä, jolloin voidaan yrittää poistaa stressiä aiheuttavia ristiriitatilanteita ja vahvistaa lapsen tai nuoren stressinsietokykyä. (Räsänen 2000f, 294.)

Jos lapsi tuhrii, hänet tutkitaan tarkoin mahdollisen elimellisen syyn poissulkemiseksi. Hoidon aloitusvaiheessa hoitona on suolen tyhjennys ulostuslääkkeillä ja säännöllisen vessassa käynnin opettelu sekä dieettivirheiden hoito. Mahdollinen psykiatrinen häiriö hoidetaan. (Friis ym. 2004, 100.) Kastelussa hoitona voidaan käyttää esimerkiksi lapsen itse pitämää oirekirjanpitoa tai hälytyslakanahoitoa ja antidiureettista hormonihoitoa. Myös psykoterapeuttisesta hoidosta voi olla hyötyä. (Moilanen 2000b, 296, Friis ym. 2004, 100.) Nukahtamisvaikeuksien, painajaisten ja yöunien häiriöiden hoidossa huomioidaan lapsen ja perheen kokonaistilanne ja panostetaan vuorovaikutukseen (Friis ym. 2004, 98-99). Nykimishäiriön hoitona on yleensä psykoterapia yhdessä psyykenlääkkeiden kanssa (Räsänen 2000d, 304-305).

Laihuushäiriöpotilaiden kuolleisuus on noin 5-10% eli suurempi kuin vastaavanikäisen väestön kuolleisuus tai useimpiin muihin psykiatrisiin häiriöihin liittyvä kuolleisuus. Ennustetta huonontavat laihuushäiriöpotilailla taudin vakavuus ja pieni painoindeksi sekä pitkä sairastamisaika ennen hoitoon pääsyä. Noin puolet laihuushäiriöpotilaista paranee, 30%:lla oireilu jatkuu ja 10-20%:lla sairaus kroonistuu. Intensiivisen hoidon katsotaan voivan parantaa ennustetta. (käypähoitosuositus 2002.)

4 LASTEN JA NUORISOPSYKIATRINEN HOITO

4.1 Osastohoito

Lapsen kannalta katsottuna osastohoito on epänormaali elämäntilanne. Vieraat aikuiset valvovat hänen läksyntekoaan, selvittelevät hänen ongelmiaan, lohduttava häntä, kuuntelevat hänen huoliaan, antavat hänelle ruokaa ja lukevat hänelle iltasatuja. Lapsen osastohoidon aikana lapsi ja hänen perheensä joutuvat erilleen pitkiksikin ajoiksi, sillä osastohoitojaksot kestävät muutamasta kuukaudesta jopa vuoteen. Vanhemmat voivat vieraila osastolla, mutta vieraat aikuiset huolehtivat lapsen arjesta. (Friis ym. 2004, 152.)

Lasten- ja nuorisopsykiatrissa osastohoitoa varten on maassamme noin 480 sairaansijaa, joista 60 prosenttia on lastenpsykiatrian yksiköissä. Lasten- ja nuorisopsykiatrisen osastohoidon tarve on kuitenkin suurempi kuin yksikköjen tämänhetkinen tarjonta. Lasten- ja nuorisopsykiatrinen osastohoito toteutuu päiväsairaalahoitona, viikko-osastohoitona tai jatkuvana osastohoitona. (Piha 2000, 335.)

Lasten- ja nuorisopsykiatrinen osastohoito on aina väliaikainen ratkaisu ja ensisijainen päämäärä on lapsen tai nuoren palaaminen entiseen elin- ja asuinympäristöönsä.

Osastolla tapahtuvan psykiatrisen tutkimuksen ja hoidon aiheita ovat lapsen tai nuoren vakava psyykkinen kriisi, itsetuhoisuus, vaikea emotionaalinen, käytöshäiriöinen tai psykoottinen oireilu, ihmissuhteista vetäytyminen sekä joutuminen seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi. Lastenpsykiatrisessa osastohoidossa olevista potilaista kolme neljänestä on poikia. Nuorisopsykiatrian osastoilla tyttöjä ja poikia on yhtä paljon. (Piha 2000, 335-336.)

Osastohoito on arjen elämistä lasten tai nuorten kanssa. Osastohoidossa olevalla lapsella tai nuorella on usein monenlaisia vaikeuksia, ja hän on yleensä kokenut paljon vastoinkäymisiä elämänsä aikana. Hoitotyössä korostuvat lapsen tai nuoren ja hänen perheensä ymmärtäminen, hyväksyminen ja arvostaminen. Pyrkimyksenä on saavuttaa tilanne, jossa lapsen tai nuoren oireilu on helpottanut, niin paljon, että hän voi palata omaan kasvuympäristöönsä ja hänen perheensä selviytyy riittävän hyvin arkipäivästään. (Friis ym. 2004, 150-151.)

Lapsi tai nuori tulee osastolle joko tutkimusjaksolle, kriisihoitoon tai hoitajaksoille. Tutkimusjakson tavoitteena on tutkia lapsen tai nuoren ongelmia ja arvioida hoidon ja kuntoutuksen tarvetta. (Turpainen & Aho 2004.) Psykiatriseen kriisihoitoon pääsevät vain kaikkein vaikeimmat ja hädänalaisimmat lapset ja nuoret. Kriisihoitoon voidaan ottaa lapsi tai nuori, joka on oman psyykkisen tilanteensa vuoksi hengenvaarassa. Kriisihoitajakset ovat lyhyitä ensiapu- ja selvittelyjaksoja. (Tamminen 2000a, 360.) Osastohoidossa lapsi tai nuori elää arkea erilaisten lasten tai nuorten ja aikuisten kanssa. Osastolla selvitetään, pohditaan ja ratkaistaan esiin tulevia asioita ja pulmia. Lasta tai nuorta tuetaan ikänsä mukaiseen toimintaan osastolla ja osaston ulkopuolella. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2007.)

4.2 Avohoito

Lasten ja nuorten psykiatrisella avohoidolla on runsaasti erilaisia tehtäväalueita. Tärkein osakokonaisuus on avokentässä tapahtuva lasten- ja nuorisopsykiatrisen kliinisen tutkimus. Erikoislääkärijohtoista lasten ja nuorten psykiatrista tutkimusta on va-

litettavasti käytettävissä tarpeeseen nähden riittämättömästi. Lasten ja nuorten psykiatrisen avohoidon toinen tärkeä tehtäväkokonaisuus on erikoissairaanhoidon kuuluvan avohoidon tarjoaminen. Lasten ja nuorten psykiatriset hoidot ovat useimmiten pitkiä. Ne tulee aina mahdollisuuksien mukaan toteuttaa avohoitona niin, ettei lasta ja nuorta eroteta omasta kasvuympäristöstään sairaalaan tai laitokseen kuin harkitusti tarpeelliseksi ajaksi. (Tamminen 2000b, 330.)

Lasten ja nuorten tutkimus ja hoito ovat perusosiltaan samanlaisia niin avo- kuin sairaalahoidossakin. Työtä tehdään useimmiten moniammatillisen työryhmän antamien erilaisten mahdollisuuksien puitteissa. Avohoidossa voidaan tarjota lähes kaikkia tutkimus- ja hoitomuotoja. Sekä tutkimus- että hoitokäyntejä tarvitaan aina useita, sillä lasten ja nuorisopsykiatrisen työ on prosessinomaista toimintaa, jossa aikaa käytetään monitahoisesti hyödyksi niin diagnoosin tekemisessä kuin terapeuttisten muutosten aikaansaamisessakin. Tavanomaisten avokäyntien lisäksi lasten ja nuorisopsykiatriassa on alettu entistä enemmän kehittää myös muita avohoidon toimintamuotoja. On ryhdytty yhä useammin tekemään kotikäyntejä, pitämään verkostokouksia ja kehittämään konsultoivaa päivystystyötä. (Tamminen 2000b, 331.)

Erityisesti lasten ja nuorten psykiatrisella avosektorilla on monitahoisten yhteistyökanavien ja verkostotyöskentelyn kautta tärkeä asiantuntijarooli lapsiin ja nuoriin kohdistuvassa mielenterveystyössä. Lasten ja nuorisopsykiatrisen avohoidon kehittämisellä on siten moninkertainen vaikutus myös koko mielenterveystyön tehostamisessa ja edistämisessä. (Tamminen 2000b, 333.)

4.3 Puoliavoimet hoitomuodot

Lasten – ja nuorisopsykiatrisessa palvelukokonaisuudessa on vielä toistaiseksi vain vähän niin sanottuja puoliavoimia hoitomuotoja. Puoliavoimet hoitomuodot käsittävät erilaisia erikoissairaanhoidon keinoja tavanomaisen avohoidon ja varsinaisen ympärivuorokautisen hoidon välimaastossa. Tavallisin puoliavoin lasten- ja nuorisopsykiatrisen hoitomuoto on päiväpotilaana olo psykiatrisella osastolla. Erityisesti nuorisopsykiatriassa on lähinnä jatkohoitoon ja kuntoutukseen liittyneenä syntynyt

tuettu, hoidollinen asumismuoto, jonka tavoitteena on nuorten itsenäistymisen mahdollistaminen. Puoliavoimien hoitomuotojen kehittämistarpeet nousevat niin inhimillisistä kuin taloudellisistakin tekijöistä. (Tamminen 2000b, 333-334.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata, kuinka paljon on suoraa tai epäsuoraa yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä, kuinka kauan yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot kestävät ja mitä aihealueita ne koskevat. Tutkimuksen tavoitteena on tuloksillaan palvella koko lasten ja nuorisopsykiatrista aluetta.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Kuinka paljon on suoraa ja epäsuoraa yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä?
2. Kuinka kauan suorat ja epäsuorat yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä kestävät?
3. Mitä aihealueita suorat ja epäsuorat yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä koskevat?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruumenetelmä

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusotteella, joka on positivismiin nojautuva, ilmiöitä kuvaava tutkimusmenetelmä, joka pyrkii objektiivisuuteen. (Soininen 1995, 34). Tutkimus on kuvaileva eli deskriptiivinen tutkimus. Sen avulla selvitetään käytännönläheisiä ongelmia. (Soininen 1995, 79-80.) Aineisto on useimmiten suhteellisen pieni otos ihmisistä, ja se kerätään standardoidussa muodossa useimmiten kyselylomakkeen avulla tai strukturoitua haastattelua käyttäen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 130). Tarkoituksena oli kuvata lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen yhteistyön määrää, yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen kestoa ja aihealueita, eikä vertailla tai selittää näitä ilmiöitä.

Kohderyhmänä olivat kaikki yksitoista Satakunnan alueen lasten ja nuorisopsykiatrista osastoa ja poliklinikkaa. Kysely koski kaikkia hoidon aikana joko omaa koulua tai sairaalakoulua käyviä lapsia ja nuoria. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin seurantalomaketta (Liite 3), koska lyhyesti, ja sekä ajallisesti että informatiivisesti strukturoidusti kerätty tieto oli tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaisinta. Seurantalomake sisältää taulukon, johon merkittiin jokaisen päivän kohdalle määrällinen tieto siitä, montako yhteydenottoa oli ollut joko puhelimitse, muuta yhteistyö muotoa käyttäen, kuten esimerkiksi sähköposti tai ns. käytäväkeskustelut, tai oliko pidetty moniammatillinen verkostopalaveri. Lisäksi taulukkoon merkittiin jokaisen päivän aikana yhteydenottoihin käytetty aika. Taulukkoon merkittiin myös lyhyesti, mitä aihealueita yhteydenotot olivat kukin päivä koskeneet. Tutkimuksen tulosten selittämiseksi seurantakaavake sisälsi myös neljä apukysymystä, sekä lisäpaperin (Liite 4) erityishuomioita varten. Lisäpaperiin oli tarkoitus kerätä seurantajakson aikana mieleen tulleita erityishuomioita, jos potilaiden tilanne oli ollut jotenkin normaalista poikkeava tai jos jokin säännöllisesti toistuva yhteydenpito kouluun, esimerkiksi kuukausittaiset palaverit, eivät osuneet seurantajaksolle.

Tutkimuksen taustalla on autismin kirjjon osaajien verkostoitumista Satakunnassa edistävä AUNE-hanke. Sen avulla saatiin mahdollisuus palavereihin, joissa olivat mukana projektipäällikkö Birgit Vuori-Metsämäen ja ohjaavan opettajan Erja Hannulan lisäksi myös ylihoitaja Kristiina Puolakka ja osastonhoitaja Leena Elo. He antoivat suoraa palautetta tutkimuksen käytännön toimivuudesta. Seurantalomake ja

saatekirje (Liite 2) lähetettiin sähköpostitse jo suunnitteluvaiheessa osastonhoitajille, jotta he voisivat esittää mahdollisia parannusehdotuksia lomakkeen laatimiseen. Vastauksia saatiin kahdesta paikasta, ja näiden tietojen avulla pystyttiin muokkaamaan seurantalomaketta sopivammaksi ja käytännönläheisemmäksi.

Tutkimuslupa-anomus (Liite 1) lähetettiin nuorten ylihoitaja Jussi Häntille postitse helmikuussa 2007. Vastauksen saimme ensin puhelimitse 7.3.2007 ja seuraavana päivänä postitse. Seurantalomakkeet saatekirjeineen ja vastausohjeineen lähetettiin sisäisen postin kautta kaikille Satakunnan alueen lasten ja nuorisopsykiatrisille osastoille ja poliklinikoille maaliskuun alussa 2007. Seuranta-aika oli kaksi viikkoa ja se ajoittui ajalle 12.3.-25.3.2007. Yksi hoitopaikoista suoritti seurannan jo 5.3.-18.3.2007 muuttokiireiden vuoksi.

6.2 Aineiston analyysimenetelmä

Aineiston tiedot siirrettiin Microsoft Excel –ohjelmaan ja muodostettiin frekvenssi- taulukko. Seurantalomakkeessamme oli mukana viikonloput, mutta kummallekaan viikonlopun päivälle ei tullut yhtäkään yhteistyöhön liittyvää yhteydenottoa, joten laskimme viikot viisipäiväisiksi.

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, kuinka paljon on suoraa ja epäsuoraa yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä. Laskimme yhteen koko seuranta-ajan aikana lomakkeisiin merkityt yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot jaotellen ne samoin kun seurantalomakkeessamme oli eli puhelimitse tapahtuva yhteistyö, muu yhteistyö ja verkostopalaverit. Laskimme myös näiden keskinäiset prosentuaaliset osuudet suhteessa toisiinsa. Seuraavaksi laskimme, kuinka paljon yhteistyötä oli keskimäärin yhdessä hoitopaikassa yhden viikon aikana, ja myös kuinka paljon yhteistyötä oli keskimäärin yhden vuorokauden aikana.

Toinen tutkimuskysymyksemme oli, kuinka kauan suorat ja epäsuorat yhteydenotot lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä kestävät. Tähän kysymykseen vastasimme laskemalla koko seuranta-ajan aikana yhteistyöhön liittyviin

yhteydenottoihin käytetty aika. Jaottelimme nämäkin samoin kun seurantalomakkeessamme oli eli puhelimitse tapahtuva yhteistyö, muu yhteistyö ja verkostopalaverit. Seuraavaksi laskimme, kuinka paljon aikaa oli keskimäärin käytetty yhteistyöhön liittyviin yhteydenottoihin yhdessä hoitopaikassa yhden viikon aikana, ja myös keskimäärin yhden vuorokauden aikana.

Tutkimustulokset näihin kahteen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen esitämme sekä sanallisesti että kuvioiden avulla. Luvut esitämme yhden desimaalin tarkkuudella, paitsi yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen kestoajat esitämme minuutin tarkkuudella.

Kolmantena tutkimuskysymyksenämme oli, mitä aihealueita suorat ja epäsuorat yhteydenotot lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä koskevat. Tähän kysymykseen vastasimme kirjoittamalla seurantalomakkeisiin kirjattuja aihealueita niiden otsikoiden alle, johon aihealueet liittyvät.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Yhdestätoista lasten ja nuorisopsykiatrisesta osastosta ja poliklinikoista vastasi neljä, jolloin vastausprosentiksi jäi 36,4%. Yhteensä täytettyjä seurantalomakkeita oli 25.

Niillä osastojen ja poliklinikoiden lapsilla ja nuorilla, jotka seurannassamme olivat mukana, oli erilaisia psyykkisiä ja kehityksellisiä ongelmia (Taulukko 1.) Lapsilla ja nuorilla saattoi olla useitakin diagnooseja. Yksi (f=1) sairasti määrittelemätöntä skitsofreniaa ja muuhun häiriöön liittyviä psykoottisia oireita oli kahdella (f=2). Yhdellä (f=1) oli kaksisuuntainen mielialahäiriö ja pelkkiin masennustiloihin liittyviä diagnooseja oli kolmella lapsella tai nuorella. Pelko-oireita oli yhdellä (f=1), kuten myös määrittämätön pitkäaikainen persoonallisuuden muutos oli diagnosoitu yhdelle (f=1). Kehitys- ja oppimiskyvyn häiriöitä oli kahdella (f=2). Aspergerin oireyhtymä oli diagnosoitu kahdelle (f=2) lapselle ja nuorelle. Hyperkineettisiä häiriöitä, kuten esimerkiksi ADHD, oli diagnosoitu myös kahdelle (f=2) lapselle ja nuorelle. Erilaisia käytös- ja uhmakkuushäiriöitä, sekä samanaikaisia käytös- ja tunnehäiriöitä oli kahdeksalla (f=8) lapsella ja nuorella. Vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia oli kahdella (f=2) ja toiminta- ja tunnehäiriöitä, kuten esimerkiksi yökastelua, oli yhdellä (f=1). Lisäksi seurantalomakkeisiin oli merkitty sosiaaliseen ympäristöön, kasvatukseen ja lapsuudenaikaisiin kokemuksiin liittyviä ongelmia kuudelle (f=6) lapselle ja nuorelle. Ilman diagnoosia oli jätetty neljä (f=4) seurantalomaketta, koska kaikilla tutkimusjaksolla oleville ei ollut vielä diagnosoitu mitään.

TAULUKKO 1. Lapsille ja nuorille ilmoitetut psyykkiset ja kehitykselliset ongelmat

Diagnoosi tai diagnosiryhmä	Lukumäärä (f)
Määrittelemätön skitsofrenia	1
Muuhun häiriöön liittyvät psykoottiset oireet	2
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	1
Masennustiloihin liittyvät diagnoosit	3
Pelko-oireet	1
Määrittelemätön pitkäaikainen persoonallisuuden muutos	1
Kehitys- ja oppimiskyvyn häiriöt	2
Aspergerin oireyhtymä	2
Hyperkineettiset häiriöt	2
Erilaiset käytös- ja uhmakkuushäiriöt, sekä samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt	8
Vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat	2
Toiminta- ja tunnehäiriöt	1
Sosiaaliseen ympäristöön, kasvatukseen ja lapsuuden aikaisiin kokemuksiin liittyvät ongelmat	6
Ei diagnoosia	4

Myös hoitoajat olivat eripituisia (Taulukko 2.) Viisi (f=5) lasta ja nuorta oli tai oli ollut 7-viikkoisella tutkimusjaksolla. Yhdellä (f=1) hoito oli vasta alkanut. Hoitojakso oli seuranta-aikamme aikana kestänyt 1-3 kuukautta yhteensä kuudella (f=6) lapsella ja nuorella, ja 4-6 kuukautta hoidossa olleita oli neljä (f=4) lasta ja nuorta. Pisin, melkein kaksi vuotta pitkä hoitoaika oli ollut yhdellä (f=1).

TAULUKKO 2. Lasten ja nuorten ilmoitetut hoitoaikojen pituudet

Hoitoajat	Lukumäärä (f)
7-viikkoinen tutkimusjakso	5
Hoito vasta alkanut	1
1-3 kuukautta	6
4-6 kuukautta	4
> 1 vuosi	1

Suurin osa lapsista ja nuorista kävi sairaalakoulua, ja heidän kohdallaan tutkittiinkin lähinnä sairaalakoulun ja hoitopaikan välistä yhteistyötä. Sairaalakoulua käyviä lapsia ja nuoria oli yhteensä 19 (f=19) ja omaa koulua käyviä viisi (f=5). Yksi (f=1) ei käynyt kumpaakaan koulua, mutta osallistui kuitenkin sairaalakoulun välitunneille ja teki tehtäviä (Taulukko 3.) Kaikissa tapauksissa oli lupa yhteydenpitoon.

TAULUKKO 3. Käykö lapsi tai nuori sairaalakoulua vai omaa koulua

Koulu	Lukumäärä (f)
Sairaalakoulu	19
Oma koulu	5
Ei kumpikaan, mutta osallistuu välitunneille	1

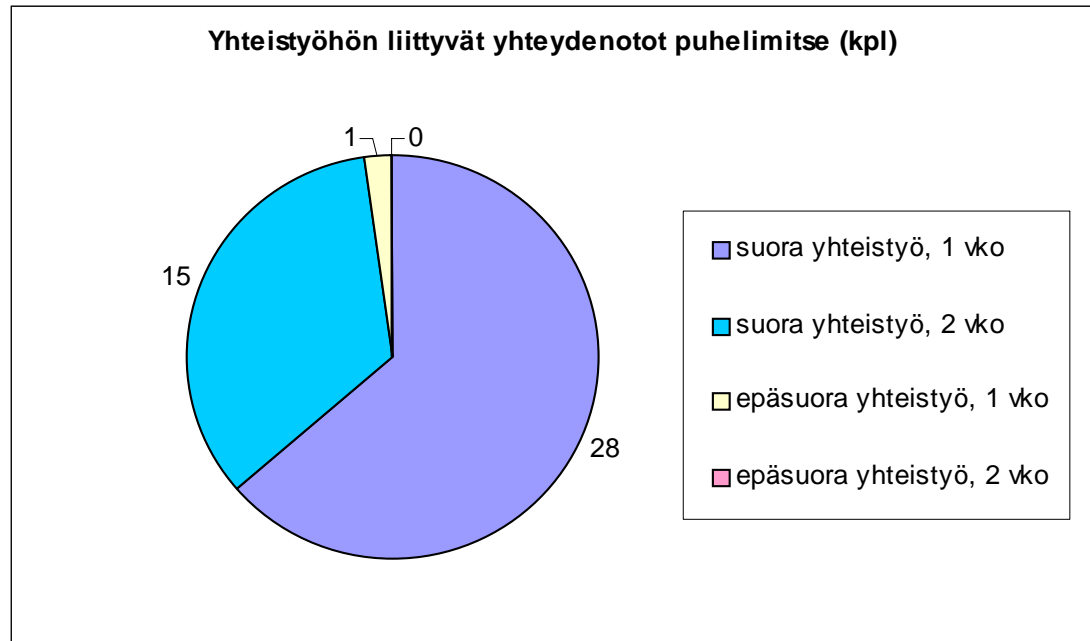
7.1 Yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot puhelimitse

7.1.1 Puhelimitse tapahtuvan yhteistyön määrä

Ensimmäisen seuranta-aika viikon aikana kaikissa neljässä hoitopaikassa oli puhelimitse tapahtuvaa suoraa yhteistyötä yhteensä 28 kertaa, ja toisen viikon aikana 15 kertaa eli yhteensä kahden viikon aikana puhelimitse tapahtuvaa suoraa yhteistyötä oli 43 kertaa. (Kuvio 1.) Keskimäärin siis puhelimitse tapahtuvaa suoraa yhteistyötä lasten- ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä oli yhdessä hoitopaikassa viikon aikana 5,4 kertaa eli 1,1 kertaa vuorokaudessa. Kaikista yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen määrästä puhelimitse tapahtuvaa suoraa yhteistyötä oli 21,1 %. (Kuvio 7.)

Ensimmäisen seuranta-aika viikon aikana oli puhelimitse tapahtuvaa epäsuoraa yhteistyötä yhden kerran, ja toisen viikon aikana 0 kertaa eli yhteensä kahden viikon aikana puhelimitse tapahtuvaa epäsuoraa yhteistyötä oli vain yhden kerran. (Kuvio 1.) Yhden viikon aikana yhdessä hoitopaikassa oli puhelimitse tapahtuvaa epäsuoraa yhteistyötä siis keskimääräisesti laskettuna 0,1 kertaa, joten yhden vuorokauden aikana

yhdessä hoitopaikassa oli häviävän pieni (0,025) määrä epäsuoraa yhteistyötä puhelimitse. Kaikista yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen määrästä puhelimitse tapahtuvaa epäsuoraa yhteistyötä oli 0,5%. (Kuvio 7.)

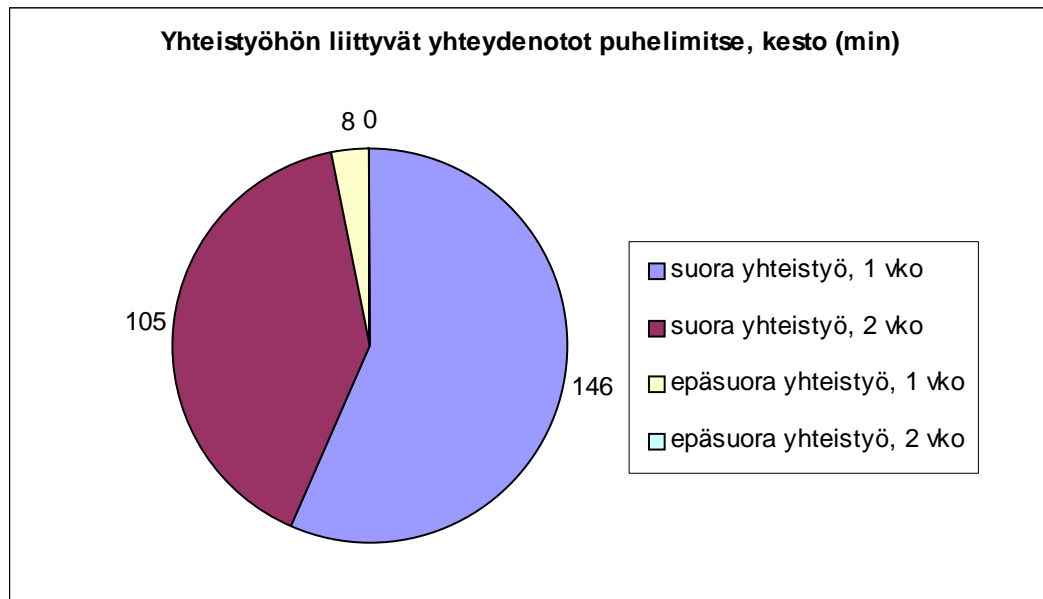


Kuvio 1. Kuinka paljon on suoraa ja epäsuoraa yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä puhelimitse (n=25).

7.1.2 Puhelimitse tapahtuvan yhteistyön kesto

Puhelimitse tapahtuvaa suoraa yhteistyötä oli ensimmäisen viikon aikana yhteensä 146 minuuttia (2 tuntia ja 26 minuuttia) ja toisen viikon aikana 105 minuuttia (1 tunti ja 45 minuuttia) eli puheluiden kesto yhteensä oli 251 minuuttia (4 tuntia ja 11 minuuttia). (Kuvio 2.) Keskimäärin puhelut kestivät yhdessä hoitopaikassa viikon aikana yhteensä 31 minuuttia, joten yhdessä paikassa oli puhelimitse tapahtuvaa suoraa yhteistyötä keskimäärin 6 minuuttia vuorokauden aikana.

Puhelimitse tapahtuvaa epäsuoraa yhteistyötä oli ensimmäisen viikon aikana 8 minuutin ajan, ja toisen viikon aikana 0 minuuttia eli puheluiden kesto yhteensä oli 8 minuuttia. (Kuvio 2.) Yhdessä hoitopaikassa puhelut kestivät siis keskimäärin laskettuna viikon aikana 1 minuutin eli vuorokaudessa epäsuoriin puheluihin meni aikaa alle minuutti (0,2).



Kuvio 2. Kuinka kauan suorat ja epäsuorat yhteydenotot lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä puhelimitse kestävät (n=25).

7.1.3 Aihealueet, mitä puhelimitse tapahtuva yhteistyö koski

Puhelimitse tapahtuvan suoran yhteistyön aiheita olivat terveydentilaan liittyvät kysymykset koulun käynnin kannalta (f=1), opettaja halusi kertoa potilaan koulun käymättömyydestä (f=1), opettaja kertoi potilaan koulunkäynnistä (f=1) ja ilmoitus itsensä vahingoittamisesta (f=1). Lisäksi lomakkeisiin oli merkitty kolme kertaa (f=3) kuulumisten vaihto opettajan ja hoitajan välillä. (Taulukko 4.)

Puhelimitse tapahtuvan epäsuoran yhteistyön aiheena oli kuulumisten vaihto äidin kanssa (f=1). (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Puhelimitse tapahtuvan suoran ja epäsuoran yhteistyön aihealueet

Suora yhteistyö	Lkm (f)	Epäsuora yhteistyö	Lkm (f)
Terveystilaan liittyvät kysymykset koulun käynnin kannalta	1	Kuulumisten vaihto hoitajan ja äidin välillä	1
Potilaan koulun käymättömyys	1		
Potilaan koulunkäynti	1		
Ilmoitus itsensä vahingoittamisesta	1		
Kuulumisten vaihto opettajan ja hoitajan välillä	3		

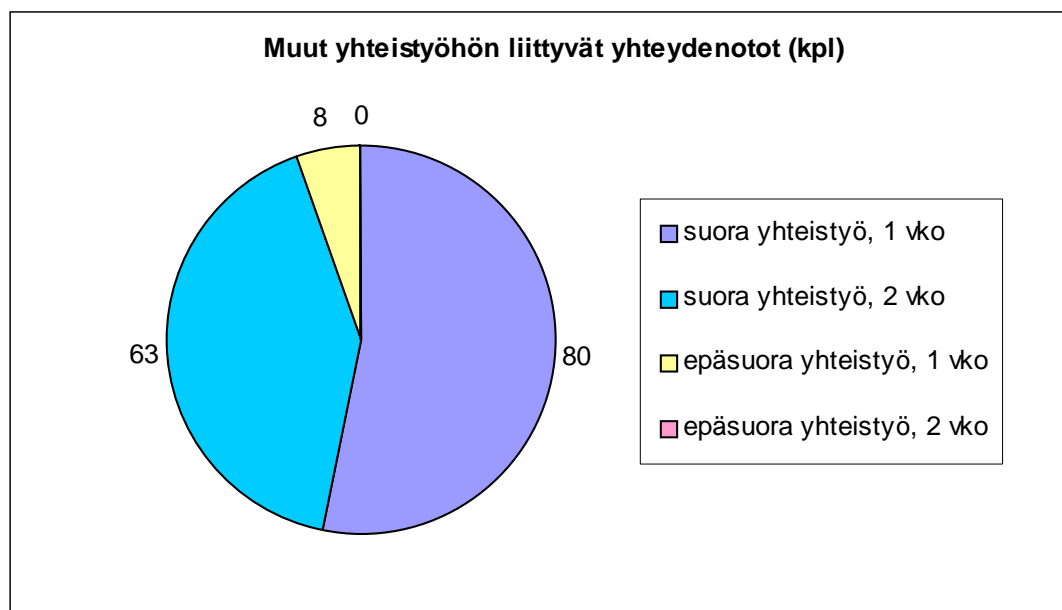
7.2 Muu yhteistyö

7.2.1 Muiden yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen määrä

Ensimmäisen seuranta-aika viikon aikana kaikissa neljässä hoitopaikassa oli muita suoria yhteistyöhön liittyviä muita yhteydenottoja (esimerkiksi ns. käytäväkeskustelut, sähköposti) yhteensä 80 kappaletta, ja toisen viikon aikana 63 kappaletta eli yhteensä kahden viikon aikana muita suoria yhteistyöhön liittyviä yhteydenottoja oli 143 kertaa. (Kuvio 3.) Keskimäärin siis muita suoria yhteistyöhön liittyviä yhteydenottoja lasten- ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä oli yhdessä hoitopaikassa viikon aikana yhteensä 17,9 kertaa, joten yhdessä paikassa oli muita suoria yhteistyöhön liittyviä yhteydenottoja keskimäärin 3,6 kertaa vuorokaudessa. Kaikista yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen määrästä muita suoria yhteistyöhön liittyviä yhteydenottoja oli 70,1%. (Kuvio 7.)

Ensimmäisen seuranta-aika viikon aikana kaikissa neljässä hoitopaikassa oli epäsuoria yhteistyöhön liittyviä muita yhteydenottoja (esimerkiksi ns. käytäväkeskustelut, sähköposti) yhteensä 8 kappaletta, ja toisen viikon aikana 0 kappaletta eli yhteensä kahden viikon aikana muita epäsuoria yhteistyöhön liittyviä yhteydenottoja oli 8 ker-

taa. (Kuvio 3.) Keskimäärin siis epäsuoria muita yhteistyöhön liittyviä yhteydenottoja lasten- ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä oli yhdessä paikassa viikon aikana 1 kerran, joten yhdessä paikassa oli muita epäsuoria yhteistyöhön liittyviä yhteydenottoja keskimäärin 0,2 kertaa vuorokaudessa. Kaikista yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen määrästä muita epäsuoria yhteistyöhön liittyviä yhteydenottoja oli 3,9%. (Kuvio 7.)

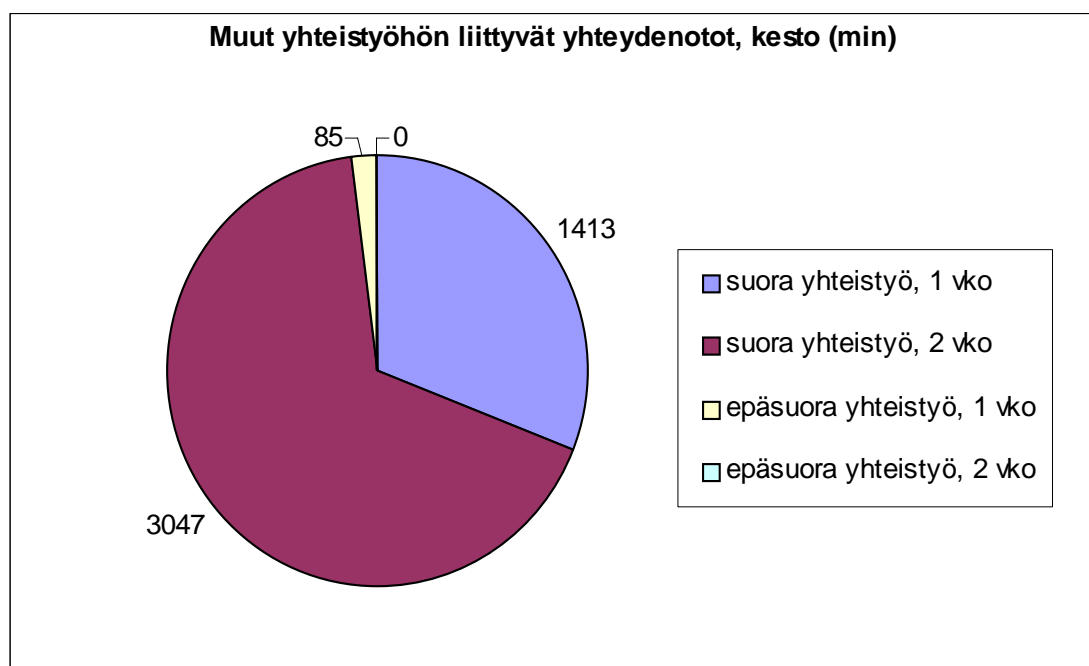


Kuvio 3. Kuinka paljon on suoraa ja epäsuoraa muuta yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä (n=25).

7.2.2 Muiden yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen kesto

Muut suorat yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot kestivät ensimmäisen viikon aikana yhteensä 1 413 minuuttia (23 tuntia ja 33 minuuttia) ja toisen viikon aikana 3 047 minuuttia (50 tuntia ja 47 minuuttia) eli muiden suorien yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen kesto yhteensä oli 4 460 minuuttia (74 tuntia ja 20 minuuttia). (Kuvio 4.) Yhdessä hoitopaikassa muu suoraan yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot kestivät viikon aikana 558 minuuttia (9 tuntia ja 18 minuuttia), joten yhdessä paikassa muiden suorien yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen kesto oli keskimäärin 112 minuuttia (1 tunti ja 52 minuuttia) vuorokauden aikana.

Muut epäsuorat yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot kestivät ensimmäisen viikon aikana yhteensä 85 minuuttia (1 tunti ja 15 minuuttia) ja toisen viikon aikana 0 minuuttia eli muiden epäsuorien yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen kesto yhteensä kahden viikon aikana oli 85 minuuttia (1 tuntia ja 15 minuuttia). (Kuvio 4.) Näiden keskimääräinen kesto yhdessä hoitopaikassa viikon aikana oli 11 minuuttia, joten yhdessä paikassa muiden epäsuorien yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen kesto oli keskimäärin 2 minuuttia vuorokauden aikana.



Kuvio 4. Kuinka kauan suorat ja epäsuorat muut yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä kestävät (n=25).

7.2.3 Aihealueet, mitä muuhun yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot koskivat

Muun suoran yhteistyön aiheita olivat 13 kertaa (f=13) kuulumisten vaihto kouluasioista tai koulupalaveri opettajan kanssa, 80 kertaa (f=80) välituntivalvonta, kuusi (f=6) kertaa haettu tehtäviä koulusta, 10 kertaa (f=10) osaston ja koulun retki, 10 kertaa (f=10) uuteen sairaalakouluun tutustuminen ja kaksi kertaa (f=2) koulussa kiinnipito. Lisäksi muun suoran yhteistyön aiheita olivat selvittely rikkoutuneesta materiaalista koulussa (f=1), opettajan kutsuminen hoitokokoukseen (f=1), potilaan hakeminen sairaalakoulusta takaisin osastolle häiritsevän käytöksen vuoksi (f=1), CBCL- kaavakkeen vieminen opettajalle (f=1), tietokoneen käytöstä sopiminen (f=1) ja selvittely koulusta kieltäytymisestä (f=1). (Taulukko 5.)

Muun epäsuoran yhteistyön aiheita olivat äidin tutustuminen sairaalakouluun (f=1), äiti vie oman koulun opettajalle informaatiota potilaasta (f=1), viisi kertaa (f=5) äidin kanssa puhuttu kouluasioista ja kysytty tietoa lasten kouluongelmista lastenkodin vastaavalta ohjaajalta (f=1). (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Muun suoran ja epäsuoran yhteistyön aihealueet

Suora yhteistyö	Lkm (f)	Epäsuora yhteistyö	Lkm (f)
Kuulumisten vaihto kouluasioista tai koulupalaveri opettajan kanssa	13	Äidin tutustuminen sairaalakuuluun	1
Uuteen sairaalakouluun tutustuminen	10	Äiti vie oman koulun opettajalle informaatiota potilaasta	1
Selvittely rikkoutuneesta materiaalista koulussa	1	Äidin kanssa puhuttu kouluasioista	5
Potilaan hakeminen sairaalakuolusta takaisin osastolle häiritsevän käytöksen vuoksi	1	Kysytty tietoa lapsen kouluongelmista lastenkodin vastaavalta ohjaajalta	1
Välituntivalvonta	80		
Koulussa kiinnipito	2		
Haettu tehtäviä koulusta	6		
Opettajan kutsuminen hoitokokoukseen	1		
Osaston ja koulun retki	10		
CBCL-kaavakkeen vieminen opettajalle	1		
Tietokoneen käytöstä sopiminen	1		
Selvittely koulusta kieltäytymisestä	1		

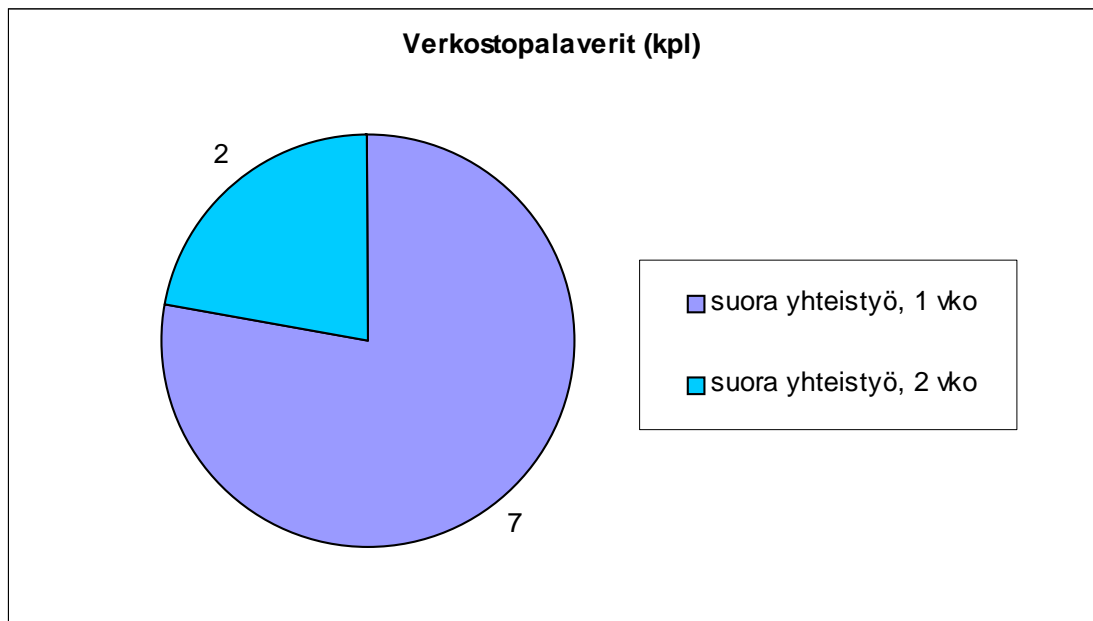
7.3 Verkostopalaverit

7.3.1 Verkostopalaverien määrä

Verkostopalaverit olivat aina suoraa yhteistyötä. Verkostopalavereja oli seuranta-aikamme ensimmäisen viikon aikana 7 kertaa ja toisen viikon aikana 2 kertaa. Yhteensä verkostopalavereja oli siis kaikissa hoitopaikoissa yhteensä 9 kertaa. (Kuvio 5.) Keskimäärin verkostopalavereja oli yhdessä hoitopaikassa viikon aikana 1,1 kertaa, joten yhdessä hoitopaikassa oli keskimäärin 0,2 verkostopalaveria vuorokauden

aikana. Kaikista yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen määrästä verkostopalavereja oli 4,4%. (Kuvio 7.)

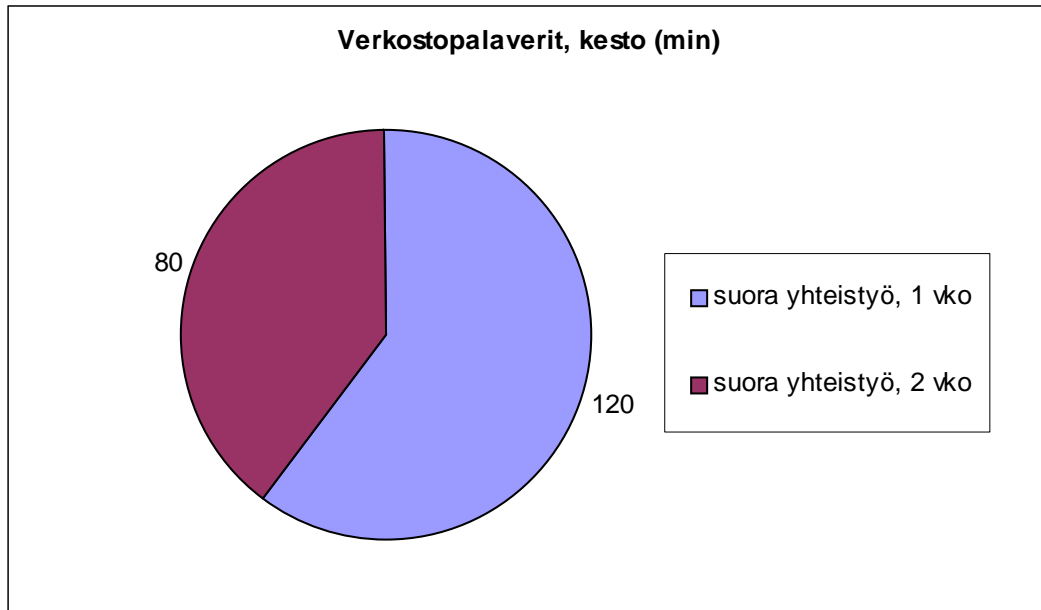
Lisäksi erityishuomioita varten annettuun lisäpaperiin oli eräässä paikassa kirjattu kuukausittaiset sairaankoulun opettajat ja osaston väliset palaverit, jotka eivät osuneet seuranta-aikaamme. Lisäpaperiin oli kirjattu myös tavanomaiset koulu- ja viranomaispalaverit yksittäisten nuorten osalta.



Kuvio 5. Kuinka paljon on suoraa ja epäsuoraa yhteistyötä verkostopalaverien muodossa lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä (n=25).

7.3.2 Verkostopalaverien kesto

Verkostopalaverit kestivät ensimmäisen viikon aikana yhteensä 120 minuuttia (2 tuntia) ja toisen viikon aikana 80 minuuttia (1 tunti ja 20 minuuttia). Yhteensä näiden palaverien kesto kahden viikon aikana oli siis 200 minuuttia (3 tuntia ja 20 minuuttia). (Kuvio 6.) Yhden viikon aikana verkostopalavereja oli yhdessä hoitopaikassa keskimäärin 25 minuutin ajan, joten yhden hoitopaikan keskimääräinen päivittäinen verkostopalavereihin käytetty aika oli 5 minuuttia.



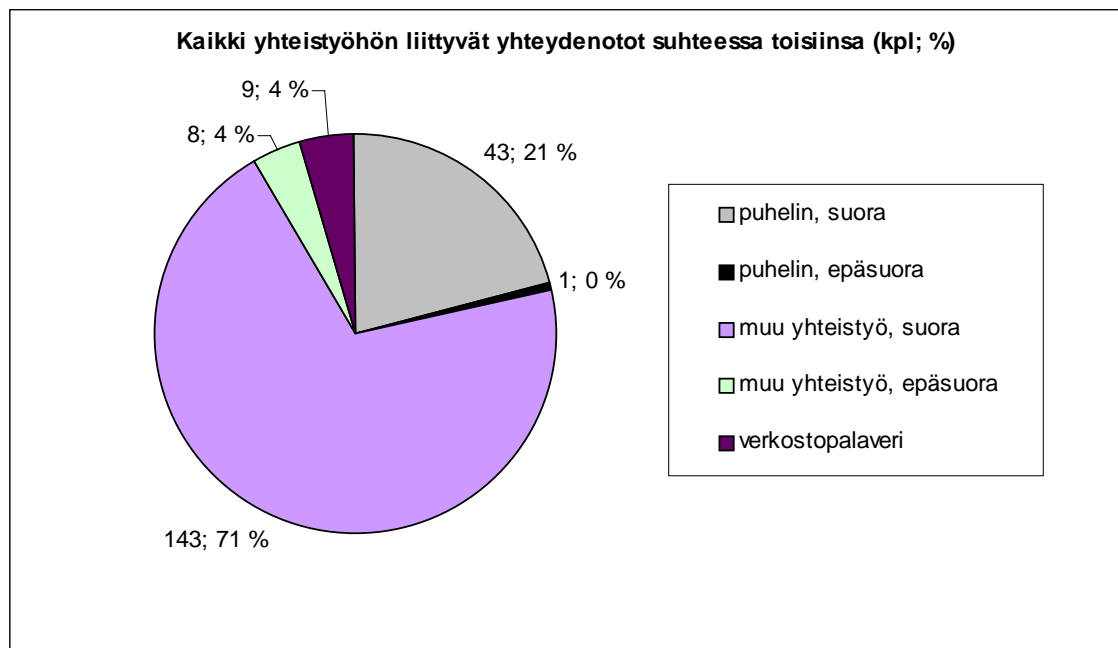
Kuvio 6. Kuinka kauan suorat ja epäsuorat yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot verkostopalaverien muodossa lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä kestävät (n=25).

7.3.3 Aihealueet, joita verkostopalavereissa käsiteltiin

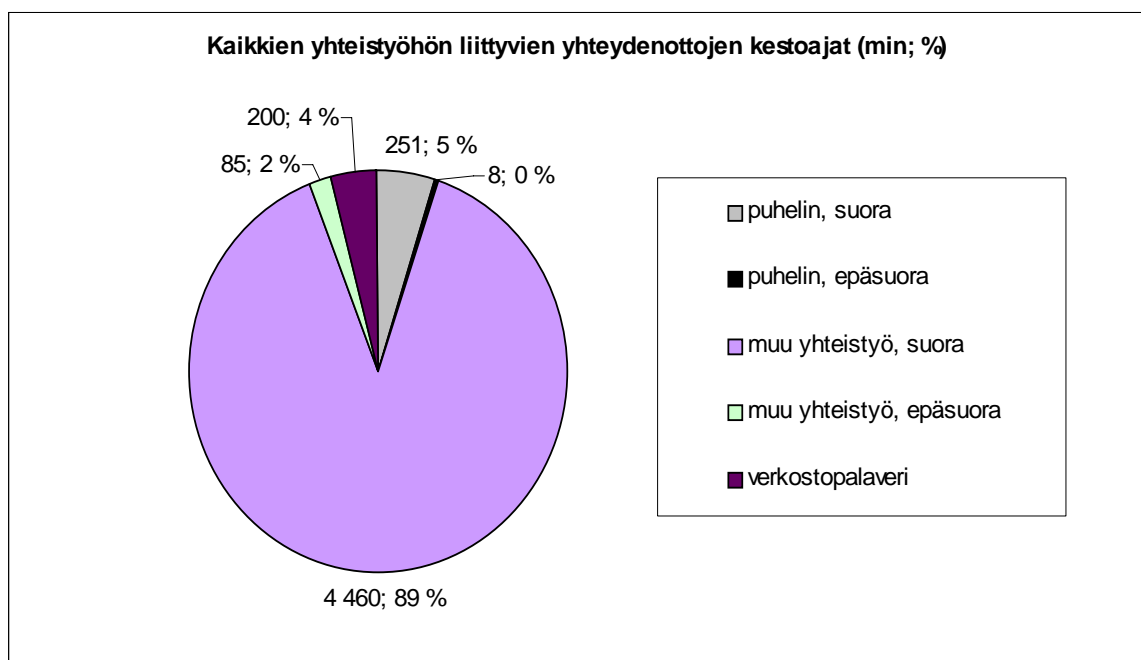
Verkostopalaverit sisälsivät keskusteluja lapsen tai nuoren nykytilanteesta ja jatko-suunnitelmista.

7.4 Yhteenveto

Yhteenvetona tutkimustuloksista voisi sanoa, että sekä määrällisesti (Kuvio 7) että ajallisesti (Kuvio 8) eniten oli muuta suoraa yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä. Tähän tulokseen merkittävästi vaikuttivat osaan lomakkeisiin merkityt, lähes päivittäiset välituntivalvonnat sekä seuranta-ajalle osuneet osaston ja koulun yhteiset usean tunnin kestävät retket. Toiseksi eniten oli puhe-
limitse tapahtuvaa suoraa yhteistyötä. Suoran yhteistyön osuus oli kaikissa yhteis-
työhön liittyvissä yhteydenotoissa suurempi kuin epäsuoran yhteistyön osuus.



Kuvio 7. Kuinka paljon on suoraa ja epäsuoraa yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä (n=25).



Kuvio 8. Kuinka kauan suorat ja epäsuorat yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä kestävät (n=25).

8 POHDINTA

8.1 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

Tutkimuksen luotettavuutta lisää sen objektiivisuus, sillä tällaisen tutkimuksen tuloksiin eivät vaikuta tutkijan omat tulkinnat, vaan tulokset on kirjattu sellaisenaan suoraan aineistosta. Tutkimuksen luotettavuutta sen sijaan vähentää vastausten pieni määrä, jolloin tutkimustulosten samana pysyminen ei ole varmaa. Jos tutkimus tehtäisiin uudelleen ja varsinkin, jos vastaajien lukumäärä olisi suurempi, voisivat tutkimuksen tulokset poiketa tämän tutkimuksen tuloksista. Kaikkiin paikkoihin laitettiin sähköpostitse pyyntö, että palauttaisivat materiaalit mahdollisimman pian. Lomakkeita palauttaneet hoitopaikat vastasivat, mutta vastaamatta jättäneistä vain yksi poliklinikka ilmoitti syyn vastaamatta jättämiseen. He olivat ajatelleet, että tällaiseen seurantaan osallistuminen kuuluu pelkästään osastoille, ja olivat kokeneet seurannan hankalaksi ja vaivalloiseksi toteuttaa. Aiheesta kysyttiin myös ylihoitajilta, mutta heillä ei ollut tietoa, miksi yksiköt olivat jättäneet vastaamatta. Seuranta-ajan pituudessa yritettiin ottaa sen asia huomioon, ettei seuranta-aika muuttuisi liian työlääksi. Kahta viikkoa lyhyempi seuranta-aika olisi kuitenkin tuonut omat ongelmansa, koska tällöin aineisto olisi kerätty liian suppeasti.

Tutkimuksen luotettavuutta vähensi myös mahdollisuus poikkeuksellisesta ajankohdasta, esimerkiksi jos osaston potilaista suurin osa olisi ollut liian sairaita koulunkäyntiin. Tämä mahdollisuus kuitenkin pyrittiin minimoimaan lisäämällä seurantalomakkeiden lisäksi paperin lisähuomioita varten, jolloin osastonhoitajalla oli mahdollisuus selvittää, jos tilanne oli poikkeava niin sanotusta normaalista ajasta. Lisäpapereissa ei kuitenkaan ollut tällaisia huomioita, joten voitiin olettaa ajankohdan olevan suhteellisen normaali tämän asian puolesta.

Lisäksi jouduttiin pohtimaan, voidaanko käyttää materiaalina yhden hoitopaikan täyttämiä seurantalomakkeita, joiden täyttäminen oli aloitettu viikkoa ennen varsinaista seuranta-aikaa. Vastausten vähäisyyden ja ajankohdan pienen eroavaisuuden vuoksi katsottiin kuitenkin, että nekin ovat vertailukelpoisia muiden kanssa.

Tutkimuksessa ei ollut eettisesti suuria ongelmia, koska potilaat pysyivät tutkijoille anonyymeina eikä tutkimuksessa tutkittu potilaita, vaan hoitajien työtä ja ajankäyttöä. Lisäksi aineisto käsiteltiin luottamuksellisesti. Eettisiä syitä pohdittiin vastausten vähäisyyteen, mutta palautteen perusteella tällä ei ollut merkitystä seurantalomakkeiden täyttämättä jättämiseen.

8.2 Johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata, kuinka paljon on suoraa ja epäsuoraa yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä, kuinka kauan suorat ja epäsuorat yhteydenotot lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä kestävät ja mitä aihealueita suorat ja epäsuorat yhteydenotot lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä koskevat. Tutkimustulosten perusteella muuta suoraa yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä oli selkeästi eniten. Tätä lukua merkittävästi nostivat osaan lomakkeisiin merkityt, lähes päivittäiset välituntivalvonnat. Lisäksi ajallisesti muuhun suoraan yhteistyöhön vaikuttivat joissain paikoissa seuranta-ajalle osuneet osaston ja koulun yhteiset usean tunnin kestävät retket.

Toiseksi eniten oli puhelimitse tapahtuvaa suoraa yhteistyötä. Muiden yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen osuudet olivat selvästi pienempiä sekä määrällisesti että erityisesti niihin käytetyn ajan suhteen. Kaiken kaikkiaan suoran yhteistyön osuus verrattuna epäsuoraan yhteistyöhön oli selvästi suurempi kaikilla osa-alueilla. Verkostopalavereja olisi voinut olla enemmän jos seuranta-ajankohta olisi ollut eri, koska joidenkin paikkojen kuukausittaiset verkostopalaverit eivät osuneet seuranta-ajankohtaan.

Seuranta-aika oli kaksi viikkoa. Molempina viikkoina yhteistyöhön liittyviä yhteydenottoja oli tasaisesti, mutta jotkut tietyille päivälle osuneet retket tai verkostopalaverit, jotka oli merkitty usealle lapselle tai nuorelle, tekivät eroavaisuuksia viikkojen välille.

Yhteenvetona voidaan todeta, että tämän aineiston perusteella lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen suora ja epäsuora yhteistyö on melkoisen vaihtelevaa. Eroavaisuuksia oli esimerkiksi hoitopaikkojen ja siellä vallitsevien käytäntöjen kesken, kuten myös vallitsevat tilanteet vaikuttavat tällaisen tutkimuksen lopputulokseen. Osaan lomakkeista merkintöjä oli kertynyt runsaastikin, mutta osassa merkintöjä saattoi olla yksi per lomake. Herää kysymys, kertooko tällainen tyhjätkö lomake suoraan yhteistyön määrästä vai oliko kyseisellä lapsella tai nuorella vain hoidossaan sellainen vaihe, ettei koulu ollut olennaisessa osassa. Jälkimmäisestä vaihtoehdosta ei ainakaan ollut erikseen ilmoitettu, vaikka lisäpaperissa asiaa kysyttiin.

8.3 Pohdinta ja jatkotutkimusaiheet

Suunnitteluvaiheessa lähetimme seurantalomakkeen raakileversioita hoitopaikkoihin, ja kyselimme heidän mielipiteitään seurannan käytännön toteutuksesta. Olisimme toivoneet jo siinä vaiheessa palautetta myös niiltä, keiden mielestä seurantalomake ei ollut täytettävissä.

Tutkimustulokset vastasivat kyllä tutkimuskysymyksiin niiltä osin, mihin aineisto riitti. Pohdimme sitäkin, olisimmeko itse voineet vaikuttaa aineiston määrään. Aineistonkeruumenetelmän ja seuranta-ajan rajallisuuden vuoksi jälkikäteen suoritettujen pyynnöt eivät olisi enää auttaneet. Ehkä osastoille ja poliklinikoille olisi voinut laittaa asiasta infoa vielä enemmän ennakkoon.

Tämä tutkimus avaa myös uusia jatkotutkimusaiheita. Käsittelimme tutkimuksessa lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välistä yhteistyötä erottelematta sitä, onko kyse omasta koulusta tai sairaalakoulusta. Palavereissa tuli myös ilmi tarve tutkia sairaalakoulun ja lapsen tai nuoren oman koulun välistä yhteistyötä, joten siinäkin olisi yksi jatkotutkimusaihe. Lisäksi tutkimuksen voisi toteuttaa myös niin päin, että seuranta tai kysely osoitettaisiin kouluille.

LÄHTEET

- Aarninsalo, P. Nuorten päihdeongelmat. [verkkodokumentti] Lääkäriin käsikirja. 31.5.2005. [Viitattu 12.3.2007] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/ltk/ltk.avaa?p_artikkeli=ykt00833&p_haku=nuorten%20p%E4ihteiden%20k%E4ytt%F6
- Alestalo, A. 1999. Psykiatriseen avohoitoon ohjautuneet nuoret läheteiden ja ensihaastatteludokumenttien valossa. Pro gradu –tutkielma. Tampere. Tampereen yliopisto.
- Almqvist, F. 2004a. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt. Teoksessa Moilanen I., Räsänen E., Tamminen T., Almqvist F., Piha J. & Kumpulainen K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 240-249.
- Almqvist, F. 2004b. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa Moilanen I., Räsänen E., Tamminen T., Almqvist F., Piha J. & Kumpulainen K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 308-316.
- Autismi ja aspergerliitto ry. 2007. AUNE-osaajaverkosto. [verkkodokumentti] [viitattu 22.3.2007] Saatavissa: <http://www.autismiliitto.fi/index.phtml?s=35>
- Autismi –ja Aspergerliitto ry. 2006a. Autismin kirjo. [verkkodokumentti] [viitattu: 5.12.2006] Saatavissa: <http://www.autismiliitto.fi/index.phtml?s=33>
- Autismi –ja Aspergerliitto ry. 2006b. Autismi. [verkkodokumentti] [viitattu: 5.12.2006] Saatavissa: <http://www.autismiliitto.fi/index.phtml?s=37>
- Birstolin, A. & Vuorinen, M. 2002. Lasten ja nuorten mielenterveyskuntoutus. Mielenkäs elämä! Mielenterveyskuntoutusselvitys. [verkkodokumentti] Julkaisematon moniste. [viitattu 16.4.2007] Saatavissa: <http://www.anitabirstolin.net/index.php?page=15>
- Broberg, A, Almqvist, K & Tjus, T. 2005. Kliininen lapsipsykologia. Helsinki. Edita.
- Ebeling, H., Hokkanen, T., Tuominen, T., Kataja, H., Henttonen, A. & Marttunen, M. 2004. Nuorten käytöshäiriöiden arviointi ja hoito. [verkkolehti] Aikakauskirja Duodecim 120 (1), 33-42. [Viitattu 8.3.2007]. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi/lillukka.samk.fi/ltk/ltk.avaa?p_artikkeli=duo94011&p_haku=k%E4yt%F6sh%E4iri%F6t
- Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki. WSOY.
- Gillberg, C. 2001. Nörtti, nero vai normaali, Aspergerin oireyhtymä lapsilla, nuorilla ja aikuisilla. Jyväskylä. ATENA.

Heinälä, P. 2004. Päähteidenkäyttö. Teoksessa Moilanen I., Räsänen E., Tamminen T., Almqvist F., Piha J. & Kumpulainen K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 275-288.

Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2006. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. [verkkodokumentti] [viitattu 4.1.2007] Saatavissa: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1995,5866#ylos>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kirjayhtymä Oy. 130.

Huttunen, M. 2006a. Lasten ja nuorten masennus ja mielialahäiriöt. [verkkodokumentti] Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 28.12.2006] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=Mielialahäiriöt&p_artikkeli=dlk00383&p_teos=dlk,

Huttunen, M. 2006b. Mielialahäiriöt. [verkkodokumentti] Lääkärikirja Duodecim. [viitattu 28.12.2006] Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00393&p_haku=Mielialah%20häiriöt

Huttunen, N. 2002. Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo. WSOY.

Ikonen, O. 1998. Autismi- teoriasta käytäntöön. Juva. WSOY.

Kemppinen, P. 2000. Lasten ja nuorten tunne-elämän häiriöt. Vantaa. Kustannusvalmennus Oy
Kemppinen, P. 1997. Nuori minänsä vankina 2 osa. Vantaa. Kustannusvalmennus Oy.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2007. Lastenpsykiatrian osasto 8. [verkkodokumentti] Päivitetty 15.2.2007. Jyväskylä. [viitattu 21.5.2007] Saatavissa: <http://ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=24952&culture=fi-FI&contentlan=1>

Koistinen, P, Ruuskanen, S & Surakka, T. 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki. Tammi.

Linna, S.-L. 2000. Laaja-alaiset kehityshäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 256-263.

Linna, S.-L. 2004. Lapsuusiän psykoosit. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 299-301.

Lyytinen, Heikki. 2004. Oppimisen häiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 249-260.

- Michelsson, K., Saresma, U., Valkama, K. & Virtanen, P. 2001. MBD ja ADHD – diagnosointi, kuntoutus ja sopeutuminen. Jyväskylä. PS-kustannus.
- Moilanen, I. 2000a. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 176-180.
- Moilanen, I. 2000b. Kastelu. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 295-298.
- Moilanen, I. 2000c. Tuhriminen. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 299.
- Moilanen, I. 2004. Käyttäytymisen häiriö. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus.
- Määttä, P. 2001. Perhe asiantuntijana – erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt. Jyväskylä. Gummerus.
- Piha, J. 2004a. Työskentely hoitoverkon ammattilaisten kanssa. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 420-421.
- Piha, J. 2004b. Mielenterveyskuntoutus. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 439-440.
- Piha, J. 2000. Osastohoidon käytännöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 335-340.
- Rantanen P. 2004. Nuoruusiän psykoosit. Teoksessa Moilanen I., Räsänen E., Tamminen T., Almqvist F., Piha J. & Kumpulainen K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 301-307.
- Räsänen, E. 2000a. Dissosiaatiohäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 186-188.
- Räsänen, E. 2000b. Mielialahäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 191-199.
- Räsänen, E. 2000c. Muut toiminto- ja tunnehäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 188-190.

Räsänen, E. 2000d. Nykimishäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 301-305.

Räsänen, E. 2000e. Pakko-oireinen häiriö. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 181-184.

Räsänen, E. 2000f. Psykogeeniset kivut. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 292-295.

Räsänen, E. 2000g. Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 210-215.

Räsänen, E. 2000h. Valikoiva puhumattomuus. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 184-186.

Saarinen, M. 2001. "Et pistetään tää koulu täs niinku käyntiin": tapaustutkimus erään eteläsuomalaisen kaupungin sairaalaopetuksen järjestämisestä ja sen kehittämisestä. Pro gradu –tutkielma. Joensuu. Joensuun yliopisto.

Snell, M. & Janney, R. 2000. Collaborative Teaming (Teacher's Guide to Inclusive Practices). Lontoo. Brookes Publishing Company.

Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turku. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.

Stakes 2004. Alkoholin käyttö vuoden 2004 Kouluterveyskyselyn tuloksissa. [Viitattu 12.3.2007] Saatavissa: http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/D9B00A6F-A1E9-4EA5-AF0E-465EF8D25037/0/alkon_kaytto_2004.ppt

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. 2002. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. [verkkodokumentti] [viitattu 14.12.2006] Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=hoi33030

Suomen Akatemia & Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2001. Koululaisten terveys. Konsensuslausuma. [verkkodokumentti] Espoo 14.11.2001. [viitattu 16.4.2007] Saatavissa: http://www.duodecim.fi/pls/kotisivut/kotisivut.sivut.nayta?p_sivu=3147

Tamminen, T. 2000a. Kriisihoito. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 360.

Tamminen, T. 2000b. Avohoito. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä. Gummerus. 330-333.

Turpainen, L. & Aho, A. 2004. Kellokosken sairaala, nuorisoyksikkö. [verkkodokumentti] Esite. Kellokoski: Kellokosken sairaala. [viitattu 21.5.2007] Saatavissa: http://www.tuusula.fi/liitetiedostot/materiaali_edit/3600.doc

Ylijoki, A. 2002. Lapsen, perheen ja omahoitajan yhteistyösuhde lastenpsykiatrisella osastolla. Pro gradu –tutkielma. Tampere. Tampereen yliopisto.

LIITTEET

Liite 1: Tutkimuslupa-anomus

Liite 2: Saatekirje

Liite 3: Seurantalomakkeen täyttöohje

Liite 4: Seurantalomake

Liite 5: Lisäpaperi

Tiia-Mari Haavasoja
Mari Lähteenmäki
Osoitetiedot
Puhelinnumerot

20.2.2007

Satakunnan sairaanhoitopiiri
Ylihoitaja Jussi Hänti
Sairaalantie 14
29200 Harjavalta

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Olemme kaksi sairaanhoitaja (AMK) –opiskelijaa Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan Porin yksiköstä. Suuntautumisvaihtoehtonamme on mielenterveys-, kriisi- ja päihdetyö. Tarkoituksemme on valmistua kesäkuussa 2007.

Teemme opinnäytetyötä aiheesta suora ja epäsuora yhteistyö lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä. Tarkoituksemme on kuvata yhteistyön määrää, yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen kestoja ja lyhyesti, mitä aihealueita ne koskevat. Teemme opinnäytetyötämme yhteistyössä autismin kirjon osaajien verkostoitumista Satakunnassa edistävän AUNE-hankkeen kanssa, mutta opinnäytetyömme tavoitteena on palvella koko lasten ja nuorisopsykiatrista aluetta. Suunnittelupalaveriin ovat osallistuneet ylihoitaja Kristiina Puolakka ja osastonhoitaja Leena Elo.

Pyydämme kohteliaimmin tutkimuslupaa opinnäytetyötämme varten. Tutkimus suoritetaan seurantalomakkeen avulla kaikissa Satakunnan sairaanhoitopiirin lasten ja nuorisopsykiatrisilla osastoilla ja poliklinikoilla. Seurantajakso sijoittuu maaliskuulle 2007 ja sen pituus on kaksi viikkoa. Tutkittavan aineiston käsittelemme luottamuksellisesti.

Opinnäytetyötämme ohjaa TtM Erja Hannula.

Kunnioittaen

Tiia-Mari Haavasoja

Mari Lähteenmäki

LIITTEET: Tutkimussuunnitelma (LIITE 1)
Saatekirje ja seurantalomake (LIITE 2)

Hei!

Opiskelemme Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla Porissa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä aiheesta suora ja epäsuora yhteistyö lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata, kuinka paljon on suoraa tai epäsuoraa yhteistyötä lasten ja nuorisopsykiatristen hoitopaikkojen ja koulujen välillä, kuinka kauan yhteistyöhön liittyvät yhteydenotot kestävät ja mitä aihealueita ne koskevat. Tutkittavan aineiston keräämme kaikilta Satakunnan sairaanhoitopiirin lasten ja nuorisopsykiatrisilta osastoilta ja poliklinikoilta. Tutkimus toteutetaan seurantalomakkeen avulla. **Seuranta-aika on kaksi viikkoa, ajoittuen ajalle 5.3.-18.3.2007.** On tärkeää, että seuranta-aika on kaikissa paikoissa sama, jotta vastaukset olisivat keskenään vertailukelpoisia.

Teemme opinnäytetyötä yhteistyössä autismin kirjon osaajien verkostoitumista Satakunnassa edistävän AUNE-hankkeen kanssa, mutta tutkimus koskee kuitenkin kaikkia seurantajakson aikana psykiatrisessa hoidossa olevia lapsia ja nuoria. Suunnittelupalaveriin ovat osallistuneet ylihoitaja Kristiina Puolakka ja osastonhoitaja Leena Elo. He ovat antaneet tukensa työllemme, ja heiltä olemme saaneet arvokasta tietoa tutkimuksemme käytännön toimivuudesta. AUNE-hanke mahdollistaa sen, että olette saaneet nämä lomakkeet sisäisen postin kautta. **Pyydämme lähettämään täytetyt lomakkeet seuranta-ajan jälkeisellä viikolla 12** AUNE-hankkeen projektipäällikölle Birgit Vuori-Metsämäelle Antinkartanoon.

Ohessa on erillinen ohje seurantalomakkeen täyttämiseen. Seurantalomakkeet ovat nimettömiä, ja käsittelemme kaikki antamanne tiedot luottamuksellisesti. Kiitämme jo etukäteen tutkimukseemme osallistumisesta. Jos tutkimuksestamme ilmenee jotain kysyttävää, vastaamme mielellämme.

Ystävällisin terveisin

Tiia-Mari Haavasoja
tiia-mari.haavasoja@samk.fi
p. 040-5475109

Mari Lähteenmäki
mari.lahteenmaki@samk.fi
p. 040-5385740

SEURANTALOMAKKEEN TÄYTTÖOHJE

Yksi lomake on tarkoitettu yhtä potilasta kohden. Lomakkeeseen on tarkoitus kerätä seuranta-ajalta kaikki suora ja epäsuora yhteistyö hoitopaikkojen ja koulujen välillä. Jokaisen potilaan kohdalla lomakkeen **päivittäisestä täyttämisestä vastaa potilaan omahoitaja tai potilaan vuoroitaja** omahoitajan ollessa vapaalla. Seurantalomakkeet suositellaan säilytettävän jossain näkyvällä paikalla esimerkiksi puhelinten läheisyydessä.

Lomakkeen alussa pyydämme **taustatietoja**, joiden avulla voimme tutkimuksen tuloksia analysoidessamme ottaa huomioon lapsen tai nuoren taustan. Jos lasta tai nuorta ei ole esimerkiksi diagnosoitu, voi kohdan jättää tarpeen mukaan myös tyhjäksi.

Ohessa on kahdeksan kappaletta kolmeosaisia seurantalomakkeita. Pyydämme teitä monistamaan lomakkeita lisää tarvittava määrä. Lisäksi mukana on **lisäpaperi erityishuomioita varten**. Siihen on tarkoitus kerätä seurantajakson aikana mieleen tulleita erityishuomioita, jos potilaiden tilanne on ollut jotenkin normaalista poikkeava. Tällaisen tiedon avulla voimme päästä tutkimustuloksissamme lähemmäs totuutta. Lisäksi jos jokin säännöllisesti toistuva yhteydenpito kouluun, esimerkiksi kuukausittaiset palaverit, eivät osu seurantajaksolle, on niistä hyvä mainita lisäpaperilla. **Lisäpaperin täyttämisestä vastaa osastonhoitaja**, tai joku muu tehtävään sovittu henkilö.

Suoralla yhteistyöllä tarkoitetaan suoraa esimerkiksi hoitajan ja opettajan välillä tapahtuvaa yhteistyötä riippumatta siitä, kumpi on ottanut yhteyttä. **Epäsuora yhteistyö** tarkoittaa esimerkiksi vanhempien kanssa käytyä keskustelua koskien lapsen tai nuoren koulunkäyntiä. Suora ja epäsuora yhteistyö on lomakkeessa eroteltu, joten ne tulevat eri sarakkeisiin. Eri yhteistyötavat on myös eritelty.

- Yhteistyötapoja kappalemäärittäin kysyttäessä määrät merkitään pystyviivoilla sitä mukaan, kun yhteistyötä kullekin päivälle tulee
- Käytettyä aikaa kysyttäessä merkitään yhteistyön kesto noin viiden (5) minuutin tarkkuudella
- Viimeisessä sarakkeessa kysymme yhteistyöhön liittyvien yhteydenottojen aiheita, joihin vastataan lyhyesti sanalla tai kahdella

