

Eeva Huikko, Leena Kovanen, Minna Torniainen-Holm,  
Miika Vuori, Riikka Lämsä, Annamari Tuulio-Henriksson  
& Päivi Santalahti

# Selvitys 5–12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelu- järjestelmästä Suomessa



## RAPORTTI 14/2017

Eeva Huikko, Leena Kovanen, Minna Torniainen-Holm, Miika Vuori,  
Riikka Lämsä, Annamari Tuulio-Henriksson & Päivi Santalahti

# Selvitys 5–12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelu- järjestelmästä Suomessa



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Kuvatoimisto Rodeo

ISBN 978-952-302-986-6 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-302-987-3 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-987-3>

Taitto: Juvenes Print

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy  
Helsinki, 2017



441 729  
Print product

# Lukijalle

## Lasten mielenterveyshäiriöiden hoitopalvelut Suomessa

Tämän selvityksen tavoitteena on kuvata palveluita, jotka ovat Suomessa tarjolla 5–12-vuotiaiden lasten mielenterveyden ongelmiin. Keväällä 2016 Kansaneläkelaitos (Kela) julisti haettavaksi rahoituksen tutkimukseen, jonka tavoitteena oli selvittää 5–12-vuotiaiden lasten kehityksellisten neuropsykiatristen häiriöiden ja tunne-elämän sekä käyttäytymisen häiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmää Suomessa. Rahoitus myönnettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Mielenterveysyksikölle. Tieto lasten mielenterveyspalvelujärjestelmästä ja erityisesti tarjottavista hoitomuodoista ja palveluihin ohjautuvien lasten määrästä on oleellista, jotta Kela voi suunnitella palvelujärjestelmää täydentävää kuntoutusta. Julkaisemme tulokset THL:n raporttina, koska uskomme niiden olevan hyödyllisiä myös muille lasten mielenterveyspalveluiden kehittäjille.

Selvityksen tekeminen täytyi sovittaa taloudellisiin ja ajallisiin resursseihin. Riittävä ja kattava kuva saatiin mielestämme parhaiten tekemällä haastattelut kaikille sairaanhoitopiirien ylilääkäreille ja maantieteellisesti eri puolelta Suomea valittujen erikokoisten kuntien terveyskeskuslääkäreille sekä perheneuvoloiden ja lastensuojeluyksikköjen johtajille. Koska vastaavaa selvitystä ei ole aiemmin julkaistu ja tarkasteltava aihe on laaja ja monimuotoinen, piti palvelujärjestelmää tutkia laadullisesti puolistrukturoiduilla haastatteluilla. Mikäli vastaava selvitys tehdään myöhemmin, voidaan tämän tutkimuksen antamaa kuvausta nykytilanteesta käyttää strukturoidumman aineiston keruun pohjana. Määrällistä aineistoa hoitoon ohjattujen lasten määrästä ja diagnooseista saatiin THL:n hoitoilmoitusrekisteri Hilmosta.

Kiitämme lämpimästi kaikkia haastatteluihin osallistuneita ylilääkäreitä, terveyskeskuslääkäreitä sekä perheneuvoloiden ja lastensuojeluyksikköjen johtajia. Kiitämme lämpimästi myös tutkimusprofessori Tarja Heinoa ja kehittämispäällikkö Pia Erikssonia, jotka auttoivat johtaville lastensuojelutyöntekijöille tehdyn haastattelun suunnittelussa, johtava psykologi Pia Kalkkista hyödyllisistä kommenteista perheneuvoille tehtyyn Webropol-kyselyyn sekä erikoislääkäri Susanna Kallista, joka suostui ylilääkäreiden haastattelun koehaastateltavaksi. THL:n Tietojärjestelmät-yksikön erikoissuunnittelijoita Jouni Rasilaista ja Sakari Kääriäistä kiitämme aineiston poiminnasta ja koodausavusta sekä Tuotteet-yksikön julkaisupäällikköä Kirstimaria Kurosta kielentarkastuksesta. Toivomme, että raportti auttaa palvelujärjestelmän kehittäjien työtä. Lasten mielenterveyspalvelut ovat kehittyneet paljon parin viime vuosikymmenen aikana. Toivottavasti raportti myötävaikuttaa siihen, että palveluihin ohjautuneet lapset saavat tulevana vuosina yhdenvertaisesti aikaisempaa kattavammin vaikuttavaa hoitoa oikeaan aikaan.

Helsingissä 21.11.2017

Eeva Huikko, Leena Kovanen, Minna Tornainen-Holm, Miika Vuori, Riikka Lämsä, Annamari Tuulio-Henriksson & Päivi Santalahti

# Tiivistelmä

Tämän selvityksen tarkoituksena oli kartoittaa 5–12-vuotiaiden lasten ohjautumista mielenterveysongelmien vuoksi erikoissairaanhoidon palveluihin ja kuntoutukseen eri puolilla Suomea, mitä hoito- ja kuntoutusmuotoja eri häiriöryhmissä on saatavilla perustasolla ja erikoissairaanhoidossa sekä minkälaisia vahvuuksia ja haasteita avain-toimijat näkevät hoitoketjuissa ja vaikuttavien palveluiden saamisessa. Tietoja kerättiin Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri Hilmosta, Kelan tilastotietokanta Kelastosta, haastatteluilla ja Webropol-kyselyllä.

5–12-vuotiaiden lasten ohjautuminen erikoissairaanhoidon palveluihin oli lisääntynyt 22 prosenttia vuodesta 2011 vuoteen 2015. Lastenpsykiatrisella osastolla hoidettujen potilaitten osuus oli vuonna 2015 seitsemän prosenttia, ja osuus oli vähentynyt 17 prosenttia vuodesta 2011. Poikia oli potilaana yli kaksi kertaa niin paljon kuin tyttöjä. Palveluun ohjautumisessa oli alueellisia eroja.

Suurimmat lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon potilasryhmät olivat lapset, joilla oli päädiagnoosina aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ja käytöshäiriö (mukaan lukien uhmakkuushäiriö), ahdistuneisuus- ja tunnehäiriöt, masennus ja sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt. Palvelujen järjestämisessä nähtiin ongelmia lastensuojelun asiakkaiden, maahanmuuttajaperheiden lasten ja niiden lasten kohdalla, joilla on kehitysvamma, ja näiden ryhmien palvelujen kehittämiseen tarvittaisiin lisäosaamista. Myös yhteistyö lastensuojelun ja aikuispsykiatrian kanssa vaatii edelleen kehittämistä.

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköiden tuottamat palvelut rakentuvat paljolti potilaan kokonaisuorekuvan mukaan ja koostuivat monista hoidollisista ja muista tukimenetelmistä. Eri yksiköiden palveluvalikko oli erilainen eikä näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä ollut yhdenvertaisesti potilaiden saatavilla. Myös perusterveydenhuollon ja perheneuvoloiden tarjoamat palvelut eri kunnissa vaihtelivat suuresti.

Tasalaatuisten ja yhdenvertaisesti saatavilla olevien ja vaikuttavien palveluiden tarjoamiseksi olisi kansallisen koordinaation lisäksi välttämätöntä tehdä alueelliset suunnitelmat siitä, mitä hoidollisia menetelmiä otetaan käyttöön ja millä palvelujärjestelmän tasolla niitä on tarkoituksenmukaista järjestää. Jotta lasten mielenterveysongelmia voitaisiin hoitaa perustasolla kattavasti, tulisi terveydenhuollon ammattilaisten peruskoulutukseen sisällyttää riittävä määrä lasten mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen ja tutkimiseen sekä erityisesti perustason palveluissa käytettäviin hoitomenetelmiin liittyvää opetusta.

**Avainsanat:** Lapset, mielenterveys, palvelujärjestelmä, lastenpsykiatria, erikoissairaanhoido, hoitomenetelmät, potilasmäärä, diagnoosit, osastohoito, hoitoaika, peruspalvelut, terveyskeskus, perheneuvola, lastensuojelu, Kela, kuntoutus, muutos 2011–2015

# Sammandrag

Denna utredning syftar till att kartlägga hur 5–12-åringar med psykiska problem hänvisas till tjänster och rehabilitering inom specialiserad sjukvård på olika håll i landet, vilka vård- och rehabiliteringsformer på basnivå det finns att få för olika störningsgrupper och hurdana styrkor och utmaningar nyckelaktörerna ser i vårdkedjorna och tillgången till effektiva tjänster. Uppgifter har samlats in ur vårdanmälningsregistret inom hälso- och sjukvården (Hilmo), FPA:s statistikdatabas Kelasto och genom intervjuer och Webropol-enkäter.

När det gäller hänvisningen av 5–12-åringar till specialiserad sjukvård kan en ökning på 22 procent skönjas mellan år 2011 och 2015. Andelen patienter som vårdades på barnpsykiatriska avdelningar utgjorde 7 procent år 2015, vilket innebär en minskning med 17 procent från år 2011. Bland patienterna är antalet pojkar mer än två gånger större än antalet flickor. Hänvisningen till tjänster varierar regionalt.

De största patientgrupperna inom barnpsykiatrisk specialiserad sjukvård är barn med huvuddiagnosen aktivitets- och uppmärksamhetsstörning, beteendestörning (inkl. trotssyndrom), ångesttillstånd, emotionell störning, depression och störning av social funktion. Vid tillhandahållandet av tjänster upplevs problem när det gäller barnskyddets klienter, barn i invandrarfamiljer och barn med utvecklingsstörning. Därför behövs tilläggskompetens för utvecklingen av tjänster riktade till dessa grupper. Också samarbetet med barnskyddet och vuxenpsykiatri behöver vidareutvecklas.

De tjänster som enheterna inom barnpsykiatrisk specialiserad sjukvård ger bygger till stor del på patientens totala symtombild och består av många terapeutiska metoder och andra stödjande metoder. Serviceutbudet varierar vid olika enheter och patienterna har inte jämlik tillgång till evidensbaserade vårdmetoder. Stor variation förekommer också i primärvårdens och familjerådgivningarnas tjänster mellan olika kommuner.

För att enhetliga tjänster ska kunna erbjudas med jämlik tillgång och effekt behövs förutom nationell samordning också regionala planer för vilka terapeutiska metoder som tas i bruk och på vilken nivå i servicesystemet det är ändamålsenligt att tillhandahålla dem. För att barn ska kunna ges heltäckande vård på basnivå för psykiska störningar måste den grundläggande utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal innehålla tillräckligt med undervisning om de vårdmetoder som används för att identifiera och undersöka psykiska störningar hos barn och framför allt om de vårdmetoder som används på basnivå.

**Nyckelord:** Barn, psykisk hälsa, servicesystemet, barnpsykiatri, specialiserad sjukvård, vårdmetoder, patientvolym, diagnoser, slutna vård, vårdtid, basservice, hälsovårdscentral, familjerådgivning, barnskydd, FPA, rehabilitering, förändring 2011–2015

# Abstract

The purpose of this survey was to evaluate the referral of 5–12-year-old children with mental health issues to specialised medical care services and rehabilitation in different parts of Finland, what treatment and rehabilitation methods are available for different disorder groups on the primary level and in specialised medical care, and what types of strengths and challenges key actors see in the treatment chains and in the availability of the services. The information was gathered from Hilmo, the Care Register for Health Care maintained by the National Institute for Health, from Kela's statistical database Kelasto, with interviews and with a Webropol survey.

The referral of 5–12-year-old children to specialised medical care increased by 22 per cent between 2011 and 2015. The share of patients treated at psychiatric wards for children was seven per cent in 2015, and this share decreased by 17 per cent from 2011. Boys accounted for twice as many patients as girls. There were regional differences in the referrals.

The largest patient groups for children's psychiatric specialised medical care were children whose main diagnosis was activity and attention disorder, behavioural disorders (including oppositional defiant disorder), anxiety and other emotional disorders, depression and social interaction disorders. The arrangement of the services presented issues when it came to child welfare clients, children from immigrant families and children with disabilities, and special expertise is required for the development of the services for these groups. Further development is also required for the collaboration with child welfare services and adult psychiatry.

The services produced by the children's psychiatric specialised medical care units were built mostly around the patient's entire symptom manifestation and consisted of many treatment and other support methods. The selection of services at different units varied and patients did not have equal access to evidence-based treatment methods. In addition, the services provided by primary health care and family counselling clinics varied greatly by municipality.

In addition to national coordination, to be able to provide consistent and equally-available and equally-effective services, it is necessary to create regional plans on what sorts of treatment methods are to be utilised and on what levels of the service system they would be best arranged in. To be able to treat children's mental health issues on the primary level in a comprehensive way, the basic education of social and health care professionals should include an adequate amount of teaching on the identification and examination of mental health disorders and especially on the treatment methods that are used in primary level services.

**Key words:** Children, mental health, service system, children's psychiatry, specialised medical care, treatment methods, number of patients, diagnoses, institutional care, care period, primary services, health centre, family counselling, child welfare, Kela, rehabilitation, change 2011–2015

# Sisällys

Lukijalle: Lasten mielenterveyshäiriöiden hoitopalvelut Suomessa.....	3
Tiivistelmä .....	4
Sammandrag .....	5
Abstract.....	6
1 JOHDANTO .....	11
1.1 Lasten mielenterveyden häiriöiden epidemiologia.....	11
1.2 Palvelujärjestelmän kehittymisestä ja sitä koskevista säädöksistä.....	11
1.2.1 Mielenterveyslaki ja terveydenhuoltolaki.....	12
1.2.2 Neuvolaa ja kouluterveydenhuoltoa koskevat lait ja asetukset .....	12
1.2.3 Kasvatus- ja perheneuvolat.....	13
1.2.4 Lastensuojelu .....	14
1.2.5 Yhteistyön varmistaminen .....	14
1.2.6 Kelan kuntoutus.....	15
1.3 Mielenterveyspalvelut .....	16
1.4 Hoitoon ohjautuminen ja hoitomenetelmät.....	18
1.5 Selvityksen tarkoitus .....	21
2 AINEISTO JA MENETELMÄT .....	22
2.1 Terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteri.....	22
2.2 Haastattelut ja muu aineiston keruu .....	24
2.3 Aineiston rajoitukset.....	26
3 SAIRAAHOITOPIIREISSÄ TAPAHTUNUT KEHITYS 2011–2015 .....	28
3.1 5–12-vuotiaiden lasten määrä .....	28
3.2 Resurssimuutokset erikoissairaanhoidossa ja perheneuvoloissa.....	30
3.3 Erikoissairaanhoidossa hoidettujen potilaiden määrä koko maassa 2011–2015.....	33
3.3.1 Avohoito .....	33
3.3.2 Osastohoito.....	35
3.4 Diagnoosijakauma ja sen muutokset .....	36
3.5 Neuropsykiatriset häiriöt muilla erikoisaloilla .....	39
4 HOITOKETJUKUVAUKSET .....	41



5	SAIRAANHOITOPIIRIEN POTILAAT, KÄYNNIT SEKÄ OMANA TOIMINTANA ANNETTU HOITO JA KUNTOUTUS.....	44
5.1	Avohoito .....	44
5.1.1	Perheen ja vanhempien hoito ja kuntoutus .....	47
5.1.2	Lasten yksilöhoidot ja -kuntoutukset .....	48
5.1.3	Lasten ryhmät .....	49
5.1.4	Vanhempien ja perheiden ryhmät.....	50
5.2	Liikkuva työ ja kotiin menevä työ .....	50
5.2.1	Palvelut .....	50
5.2.2	Ammattikunnat .....	52
5.2.3	Menetelmät .....	53
5.3	Osastohoito .....	54
5.3.1	Yleistä .....	54
5.3.2	Osastohoito erityisvastuualueittain .....	55
5.3.3	Osastohoidossa käytetyt menetelmät .....	57
6	POTILAAT, KÄYNNIT SEKÄ ANNETTU HOITO JA KUNTOUTUS ERI HÄIRIÖRYHMISSÄ .....	59
6.1	Neuropsykiatriset häiriöt .....	59
6.1.1	Avohoito ja osastohoito neuropsykiatrisissa häiriöissä .....	59
6.2	Työnjako lastenpsykiatrian ja lastenneurologian välillä neuropsykiatristen potilaiden hoidossa .....	61
6.3	ADHD/ADD-potilaat lastenpsykiatrian ja lastenneurologian erikoisaloilla .....	62
6.3.1	Neuropsykiatristen potilaiden hoito- ja kuntoutus sairaanhoitopiirien omana toimintana.....	63
6.3.2	Ostopalvelut neuropsykiatristen häiriöiden kuntoutuksessa.....	64
6.4	Käytöshäiriö .....	65
6.4.1	Avohoito ja osastohoito käytöshäiriöissä .....	65
6.5	Ahdistuneisuushäiriöt ja masennus .....	67
6.5.1	Yleistä .....	67
6.5.2	Ahdistuneisuushäiriöiden hoito .....	68
6.5.3	Masennuksen hoito .....	70
6.5.4	Osastohoito masennus tai ahdistuneisuushäiriöissä.....	70
6.6	Traumaperäinen stressihäiriö ja kiintymyssuhdehäiriöt .....	71
6.7	Oppimiskyvyn häiriöt .....	73
6.8	Lapset, joilla on kehitysvamma .....	74
6.9	Vaikuttavuuden seuranta erikoissairaanhoidossa .....	75

7	KUNTOUTUS.....	78
7.1	Kelan järjestämä kuntoutus vuosina 2011–2016.....	78
7.1.1	Yleistä .....	78
7.1.2	Lääkinnällinen ja harkinnanvarainen kuntoutus – ADHD.....	78
7.1.3	Lääkinnällinen ja harkinnanvarainen kuntoutus – käytöshäiriöt.....	80
7.1.4	Lääkinnällinen ja harkinnanvarainen kuntoutus – autismikirjon häiriöt.....	81
7.1.5	Lääkinnällinen ja harkinnanvarainen kuntoutus – masennus ja ahdistuneisuushäiriöt .....	83
7.2	Ylilääkäreiden arvio Kelan järjestämästä kuntoutuksesta .....	84
7.3	Riittämättömät hoidot ja kuntoutukset.....	85
8	PERUSTERVEYDENHUOLTO LASTEN MIELENTERVEYSPALVELUJEN TUOTTAJANA .....	87
8.1	Hoito perusterveydenhuollossa.....	87
8.2	Erikoissairaanhoidon antama konsultaatio .....	91
8.3	Sijoitettavien lasten terveystarkastukset .....	92
9	PERHENEUVOLAT LASTEN MIELENTERVEYSPALVELUJEN TUOTTAJANA .....	93
9.1	Yleistä .....	93
9.2	Perheille ja vanhemmille annettu tuki .....	94
9.3	Lapselle annettu tuki .....	96
10	LASTENSUOJELUN ASIAKKAIDEN MIELENTERVEYSPALVELUT.....	98
10.1	Mielenterveyspalvelutarpeen tunnistaminen.....	98
10.2	Hoitoon ohjaaminen, sen haasteet ja vahvuudet.....	101
10.3	Lastensuojelun asiantuntijaryhmä ja yhteistyö lastensuojelun asiakassuunnitelman laatimisessa .....	102
10.4	Kunnan palvelut äkillisissä kriiseissä .....	103
11	YHTEISTYÖ AIKUISPSYKIATRIAN KANSSA.....	104
12	YKSITYISET PALVELUNTUOTTAJAT JA JÄRJESTÖT HOITO- JA KUNTOUTUSPALVELUJÄRJESTELMÄN TÄYDENTÄJÄNÄ.....	109
13	VÄLIINPUOTOAJAT.....	114

---

14	LASTEN MIELENTERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄN VAHVUUDET	
	JA HAASTEET	121
14.1	Vahvuudet	122
14.1.1	Yhteisesti nähtyjä vahvuuksia	122
14.1.2	Terveyskeskuslääkärien nimeämiä vahvuuksia	123
14.1.3	Ylilääkärien nimeämiä vahvuuksia	123
14.1.4	Perheneuvoloiden johtajien nimeämiä vahvuuksia	124
14.1.5	Lastensuojelun johtavien asiantuntijoiden nimeämiä vahvuuksia	125
14.2	Haasteet	127
14.2.1	Yhteisesti nähtyjä haasteita	127
14.2.2	Ylilääkärien nimeämiä haasteita	131
14.2.3	Perheneuvoloiden johtajien nimeämiä haasteita	132
14.2.4	Lastensuojelun johtavien asiantuntijoiden nimeämiä haasteita	133
15	PALVELUJEN KEHITTÄMINEN	136
15.1	Kehittämistyö lastenpsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa	136
15.2	Lastensuojelun ja terveydenhuollon yhteistyön kehittäminen lastensuojelun edustajien haastatteluissa	137
15.3	Yhteistyön ja työnjaon kehittäminen erikoissairaanhoidon tärkeimpien yhteistyökumppaneiden kanssa	139
16	POHDINTA	142
16.1	Ohjautuminen mielenterveysongelmien vuoksi erikoissairaanhoidon palveluihin	142
16.2	Saatavilla olevat hoito- ja kuntoutusmuodot	143
16.3	Minkälaisia vahvuuksia ja haasteita avaintoimijat näkevät hoitoketjuissa ja vaikuttavien palveluiden saamisessa	145
	Lähteet	148
	Liitteet	153

# 1 Johdanto

## 1.1 Lasten mielenterveyden häiriöiden epidemiologia

Lasten mielenterveyden häiriöihin kuuluvat neuropsykiatriset häiriöt sekä tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt. Osalla niistä lapsista, jotka täyttävät jonkun mielenterveyshäiriön kriteerit, ei kuitenkaan toimintakyky ole merkittävästi heikentynyt. Vakava, toimintakykyä laskeva psykiatrinen häiriö voidaan arvioida olevan 10–15 prosentilla lapsista (Polanczyk ym. 2015). Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä lapsuudessa ovat ahdistuneisuushäiriöt, aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, käytöshäiriöt, mukaan lukien uhmakkuushäiriö, sekä masennus.

Lasten psyykkinen ja neuropsykiatrinen oireilu on usein pitkäkestoista ja erityisesti toimintakyvyn haitat voivat jatkua aikuisuuteen asti (Barker ym. 2010; Costello, Copeland ja Angold 2011; Faraone ym. 2015; Hechtman ym. 2016; Sentse ym. 2017). Suuri osa aikuisista, joilla on mielenterveysongelmia, on täyttänyt jonkin psykiatrisen diagnoosin kriteerit lapsina (Kessler ym. 2005; Kim- Cohen ym. 2003; Faraone ym. 2015). Monihäiriöisyys on myös yleistä, eli usein lapsella, jolla on joku mielenterveyden häiriö, on myös joku toinen mielenterveyden häiriö (Heiervang ym. 2007). Esimerkiksi suurella osalla lapsista, joilla on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD/ADD), on usein myös käytösongelmia, ja myös muiden mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys on lisääntynyt (Cuffe ym. 2015; Faraone ym. 2015; Hinshaw ym. 2015). Mielenterveyden häiriöitä esiintyy erittäin yleisesti lapsilla, jotka ovat lastensuojelun asiakkaina. On arvioitu, että hieman vajaalla puolella heistä täyttyvät jonkin mielenterveydenhäiriön diagnostiset kriteerit (Bronsard ym. 2016).

Viime vuosikymmenien aikana lasten mielenterveyspalvelujen käyttö ja terveydenhuollossa annettujen mielenterveysdiagnoosien määrä on lisääntynyt (Atladottir ym. 2014; Sourander, Lempinen ja Brunstein Klomek 2016). Lisäksi lapsia hoidetaan entistä useammin psyykenlääkkeillä, erityisesti ADHD-oireiden hoidossa käytetyillä stimulantteilla (Steinhausen ja Bisgaard 2014). Toisaalta tutkimuksissa ei ole havaittu lasten yleisen psyykkisen oireilun lisääntymistä (Bor ym. 2014; Sourander ym. 2016). Lisääntynyttä mielenterveyspalvelujen ja lääkityksen käyttöä onkin selitetty sillä, että ongelmat tunnistetaan aiempaa paremmin ja niihin haetaan entistä useammin apua (Sourander ym. 2016).

## 1.2 Palvelujärjestelmän kehittymisestä ja sitä koskevista säädöksistä

Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmä on kehittynyt vähitellen vuosikymmenien aikana. Kasvatus- ja perheneuvolatoimintaa on ollut noin 90 vuoden ajan, mutta vasta vuonna 1972 säädettiin sitä koskeva kasvatusneuvolalaki. Sen myötä lasten mielen-

---

terveysongelmien avohoito tuli suurelta osin kasvatusterveystieteiden vastuulle. Lasten psykiatrisia erikoissairaanhoidon palveluita on ollut saatavilla keskussairaaloissa noin 30 vuoden ajan. Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmän kokonaisuuteen ja lasten arkisen elinympäristön merkitykseen lasten terveen psyykkisen kehityksen tukijana ja mielenterveysongelmien kuntouttajana on kiinnitetty huomiota lisääntyvässä määrin viime vuosikymmeninä. (Solantaus ja Santalahti 2013)

### 1.2.1 Mielenterveyslaki ja terveydenhuoltolaki

Lapsen mielenterveyspalveluja koskevia tai sivuavia säädöksiä on useita ja niiden terminologia on kirjavaa. Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan mielenterveyspalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Laissa käsitellään lasten psykiatrista hoitoa vain alaikäisten tahdonvastaista hoitoa käsittelevissä pykälissä. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan mielenterveyden häiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta. Laissa säädetään, että lasten mielenterveyspalveluissa hoidon tarpeen arvio on aloitettava kolmen viikon sisällä lähetteen saapumisesta ja se on toteutettava kuuden viikon kuluessa, mikäli tarvitaan erikoislääkärin tutkimusta tai muita erityistutkimuksia. Varsinainen hoito on aloitettava kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen toteamisesta, ottaen kuitenkin huomioon hoidon tarpeen kiireellisyyden. Kunnan on järjestettävä lääkinällinen kuntoutus, mukaan lukien toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävät terapiat, sekä muut tarvittavat kuntoutumista edistävät toimenpiteet.

Terveydenhuoltolaissa säädetään kunnan tehtäväksi mielenterveyden vahvistaminen ja lisäksi säädetään että terveysneuvonnan ja terveystarkastusten on edistettävä mielenterveyttä. Mielenterveystyön tarkoituksiksi nimetään yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Laissa tarkoitettuun mielenterveystyöhön kuuluu terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki ja lisäksi yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa.

### 1.2.2 Neuvolaa ja kouluterveydenhuoltoa koskevat lait ja asetukset

Neuvolatoiminnasta ja kouluterveydenhuollosta annetussa asetuksessa (338/2011) säädetään, että terveystarkastuksissa on tuettava yksilön ja hänen perheensä terveyden, mukaan lukien mielenterveyden, sekä psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämistä. Oppilaan, eli kouluikäisen lapsen, terveystarkastuksen on tuettava muun muassa mie-

---

lenterveyttä. Lapsen psyykkisen terveyden seuranta tehdään neuvolan ja koulun laajoissa terveystarkastuksissa. Tarkastuksia ohjeistavassa oppaassa (2012) mainitaan 4-vuotiaiden laajassa neuvolatarkastuksessa keskeisiksi aiheiksi lapsen sosiaaliset taidot, vastavuoroiset kaverisuhteet sekä vihan ja kiukun tunteiden sääntely. Oppaassa todetaan, että kouluikässä laajoissa terveystarkastuksissa selvitetään kokonaisvaltaisesti lapsen ja nuoren hyvinvointiin liittyviä fyysisiä, sosiaalisia ja psyykkisiä tekijöitä, mutta ensimmäisellä (7 v.) ja viidennellä (11 v.) luokilla tehtäviä tarkastuksia koskevassa ohjeistuksessa ei enää erityisesti mainita keskeisinä aiheina psyykkiseen terveyteen keskeisesti liittyvää tunteiden ja toiminnan säätelykykyä.

Kouluikäisten perustason mielenterveyspalveluista säädetään myös oppilas- ja opiskeluhuoltolaissa (1287/2013), joka nimeää opiskeluhuollon tehtäväksi muun muassa opiskelijan hyvän psyykkisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisen ja ylläpitämisen sekä niiden edellytyksiä lisäävän toiminnan oppilaitosyhteisössä. Opiskeluhuoltoa toteutetaan lain mukaan ensisijaisesti ennaltaehkäisevänä ja yhteisöllisenä. Siihen kuuluvat esimerkiksi psykologi- ja kuraattoripalvelut sekä kouluterveydenhuollon palvelut. Psykologi- ja kuraattoripalveluilla tarkoitetaan psykologin ja kuraattorin antamaa opiskelun ja koulunkäynnin tukea ja ohjausta, joilla muun muassa tuetaan opiskelijoiden sosiaalisia ja psyykkisiä valmiuksia. Opetussuunnitelman mukaisella opiskeluhuollolla tarkoitetaan laissa toimintaa, joka muiden tavoitteidensa lisäksi edistää mielenterveyttä. Perusopetuslaissa (628/1998) mainitaan erityisen tuen saamisen yhtenä perusteena lapsen tunne-elämän häiriö. Terveystarkastuslaki velvoittaa kunnan järjestämään oppilaalle tarpeen mukaisesti lasten- tai nuorisopsykiatriin tekemän tutkimuksen mielenterveyden selvittämiseksi ja psykologin tekemän tutkimuksen.

### 1.2.3 Kasvatus- ja perheneuvolat

Kasvatus- ja perheneuvolat ovat olleet vuosikymmeniä perustason keskeinen lasten mielenterveyspalvelujen tuottaja. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) lapsen mielenterveyttä, psyykkisen hyvinvoinnin tai mielenterveyden edistämistä ei nimetä tavoitteena. Lain mukaan kasvatus- ja perheneuvontaa annetaan hyvinvoinnin, yksilöllisen kasvun ja myönteisen kehityksen edistämiseksi, vanhemmuuden tukemiseksi sekä lapsiperheiden suoriutumisen ja omien voimavarojen vahvistamiseksi. Kasvatus- ja perheneuvontaan sisältyy lasten kasvuun ja kehitykseen, perhe-elämään, ihmissuhteisiin ja sosiaalisiin taitoihin liittyvää arviointia, ohjausta, asiantuntijaneuvontaa ja muuta tukea. Kasvatus- ja perheneuvontaa toteutetaan monialaisesti sosiaalityön, psykologian ja lääketieteen sekä tarpeen mukaan muiden asiantuntijoiden kanssa. Perheneuvoloiden perustehtävä on ainakin joissakin suurimmissa kunnissa muuttunut tai muuttumassa edellä mainitun mukaiseksi, jolloin esimerkiksi lapsen tarvitsema pidempikestoinen kuntoutus, kuten psykoterapia, ei enää sisälly perheneuvolan palveluvalikkoon.

---

#### 1.2.4 Lastensuojelu

Lastensuojelun päätehtävä on turvata lapsen oikeus turvalliseen ympäristöön ja tasapainoiseen kehitykseen sekä lapsen huoltajien tukeminen vanhemmuudessa. Lastensuojeluasia tulee vireille lastensuojeluilmoituksen kautta, lapsen huoltajan yhteydenoton kautta tai jos lastensuojelu saa muuten tietää mahdollisesta lastensuojelun tarpeesta. Kun lastensuojeluasia on vireillä, on välittömästi arvioitava, onko asia kiireellinen, jolloin voidaan päätyä kiireelliseen sijoitukseen. Lastensuojelun asian tultua vireille tehdään yleensä palveluntarpeen arviointi. Mikäli lapsi tarvitsee lastensuojelun tukitoimia, lastensuojelun asiakkuus aloitetaan.

Lastensuojelulain 27 § (2014) mukaiset kriteerit lastensuojeluasiakkuuden alkamiselle täyttyvät, kun lapsen kasvuolosuhteet vaarantavat tai eivät turvaa lapsen terveyttä tai kehitystä, tai lapsi itse käyttäytymisellään vaarantaa terveyttään tai kehitystään. Lastensuojelun asiakkuus alkaa myös silloin, kun lastensuojeluasian vireille tulon johdosta ryhdytään kiireellisiin toimiin lapsen terveyden ja kehityksen turvaamiseksi, tai kun lapselle tai hänen perheelleen muutoin annetaan lastensuojelulaissa tarkoitettuja palveluja tai muuta tukea ennen palvelutarpeen arvioinnin valmistumista.

Lastensuojelun asiakkaille tehdään asiakassuunnitelma, johon kirjataan ne asiat, joihin pyritään vaikuttamaan, palveluntarve sekä sovitut tukitoimet. Nämä koostuvat ensisijaisesti avohuollon palveluista: tuki lapsen arkeen kuten koulunkäynnin tuki, lapsen hoito- tai kuntoutuspalvelut, perhetyö tai perhekuntoutus ja taloudellinen tuki. Lapsi tai koko perhe voidaan myös sijoittaa kodin ulkopuolelle lyhytaikaisesti avohuollon tukitoimena. Avohuollon tukitoimien ollessa riittämättömiä, ja kun se on lapsen edun mukaista, voidaan päätyä huostaanottoon ja sijaishuoltoon. Huostaanoton kriteerit ovat lastensuojelulain 40 §:n mukaan joko se, että puutteet lapsen huolenpidossa tai muut kasvuolosuhteet uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä tai kehitystä tai se, että lapsi itse vaarantaa vakavasti terveyttään tai kehitystään käyttämällä päihkeitä tai tekemällä muun kuin vähäisenä pidettävän rikollisen teon tai muulla niihin rinnastettavalla käyttäytymisellään. Hieman yli puolet huostaan otetuista lapsista on sijoitettu sijaisperheeseen, ja loput lapsista on sijoitettu ammattimaiseen perhekotiin, lastensuojelulaitokseen tai muualle.

#### 1.2.5 Yhteistyön varmistaminen

Kunnan eri palvelujen yhteistyö on pyritty varmistamaan säätämällä siitä keskeisissä laeissa. Vanhemman voimavarojen vähäisyyden vuoksi hyvin haavoittuvassa asemassa olevien lasten palvelujen saanti on pyritty myös lainsäädännöllä turvaamaan. Terveydenhuoltolain 70 § toteaa: ”Lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä ja lapselle on turvattava riittävä hoito ja tuki, kun lapsen vanhempi, huoltaja tai muu lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden aikana hänen kykynsä huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan heikentyneen.” Samaa

---

asiaa painotetaan myös sosiaalihuoltolain 44 §:ssä, jonka mukaan sosiaalihuollon asiakkaan hoidossa olevan lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä, kun arvioidaan asiakkaan kyvyn täysipainoisesti huolehtia hoidosta tai kasvatuksesta heikentyneen.

Terveydenhuoltolaissa on vastaavasti pyritty varmistamaan yhteistyö sairaanhoitopiirin kuntien ja toisaalta erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien välinen yhteistyö. Sairanhoitopiirin kuntayhtymän on tarjottava asiantuntemusta ja tukea kunnille järjestämällä koulutusta, kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja sekä levittämällä kuntien käyttöön näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä sairauksien ja ongelmien ehkäisyyn. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen alueelliset strategiat ja suunnitelmat on valmisteltava yhteistyössä kuntien kanssa ottaen huomioon kunnan eri toimialojen toiminta. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien on yhteistyössä suunniteltava ja sovitettava yhteen muun muassa alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto ja lääkinnällinen kuntoutus. Vuoden 2018 alusta voimaan tuleva asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017) säätää tarkemmin lasten mielenterveyspalvelujen tuottamista. Asetuksen 4 §:n mukaan yliopistollisia sairaaloita ylläpitävien viiden sairaanhoitopiirin on huolehdittava alueellisesti psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien suunnittelusta, arvioinnista ja niiden osaamisen ylläpidosta sekä yhteen sovittamisesta alueellisesti. Asetuksen taustamuistiossa täsmennetään asetuksessa tarkoitettavan sekä psykososiaalisia ja psykoterapeuttisia hoitomuotoja että ehkäisevän työn menetelmiä. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri huolehtii alueellisesti, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytössä on vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä väestön tarpeen mukaisesti sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta.

### 1.2.6 Kelan kuntoutus

Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista asetetun lain (566/2005) mukaisesti Kela järjestää lapsille ja perheille vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta ja harkinnanvaraista kuntoutusta. Kelan järjestämä kuntoutus täydentää terveydenhuollon tarjoamia palveluja. Vaativa lääkinnällinen kuntoutus on tarkoitettu esimerkiksi lapsille, joilla psyykkisen oireilun aiheuttama toimintakyvyn haitta vaatii vähintään vuoden mittaisen kuntoutustarpeen. Kela korvaa enintään kolmen vuoden kuntoutuksen kerrallaan, joka voi olla lapsen erilaisia yksilöterapioida tai neuropsykologista kuntoutusta, perheterapiaa, monimuotoryhmäterapiaa ja päivä kuntoutusta. Kela järjestää lapsille ja perheille harkinnanvaraisena kuntoutuksena oireryhmäkohtaisia (esim. ADHD ja Aspergerin oireyhtymä) sopeutumisvalmennuskursseja (KKRL 12 §). Lapsille suunnatut kurssit järjestetään perhekursseina, joihin vanhemmat ja sisarukset voivat osallistua. Kela ei järjestä sairaanhoitoon välittömästi liittyvää lääkinnällistä kuntoutusta (KKRL 9 §).

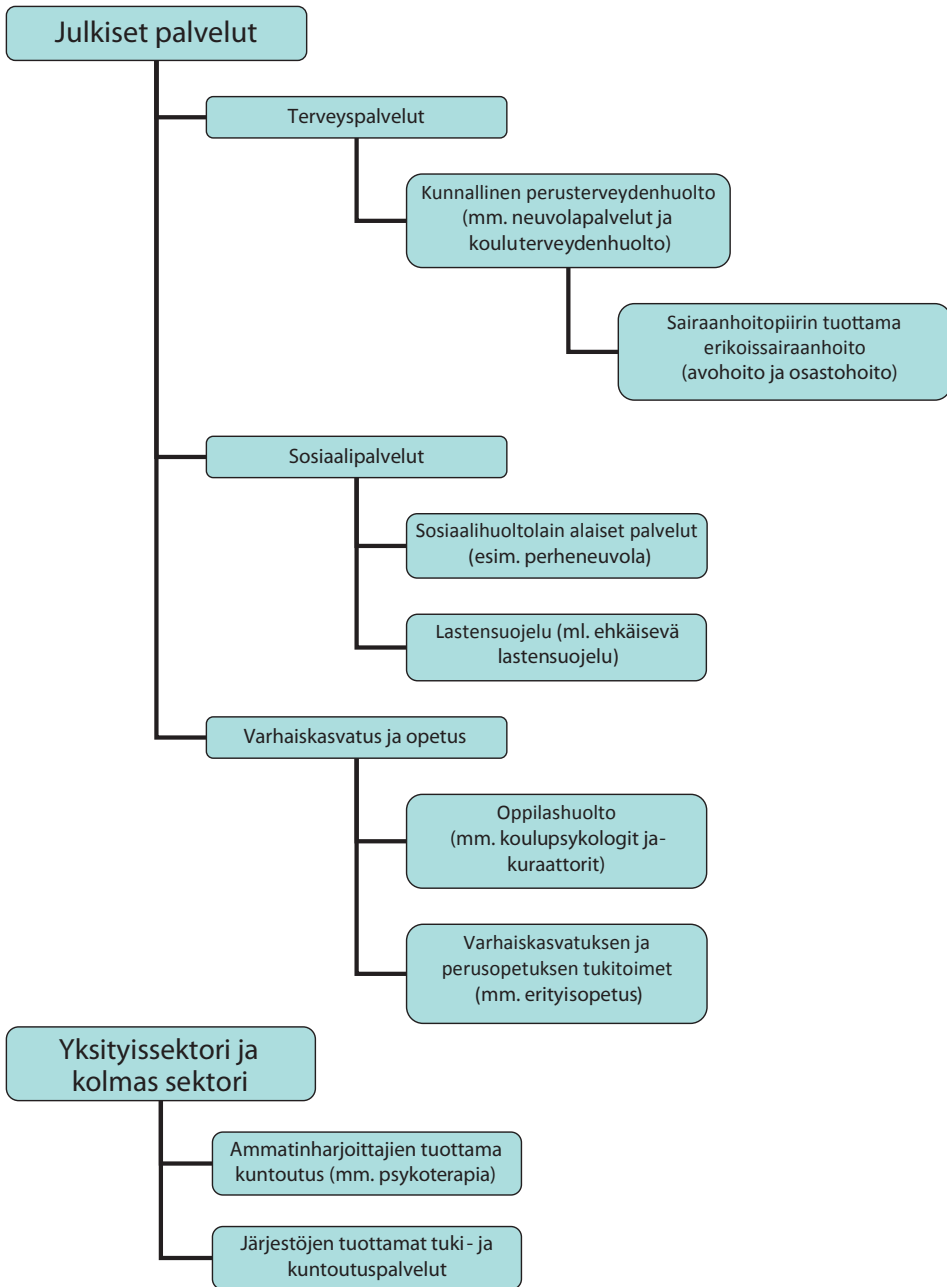


---

Julkisen terveydenhuollon täydentäjänä toimivat yksityiset palveluntuottajat, jotka tuottavat pääosan terapiapalveluista. Sen lisäksi yksityiset toimijat ja erilaiset järjestöt, esimerkiksi Mannerheimin lastensuojeluliitto ry ja Pelastakaa Lapset ry, tuottavat paljon mielenterveyttä tukevaa ja ylläpitävää palvelua.

### 1.3 Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyttä edistetään ja tuetaan kaikissa lasten julkisissa palveluissa, kuten esimerkiksi varhaiskasvatuksessa ja koulussa. Neuvolatarkastuksissa tuetaan vanhemmuutta odotusajasta alkaen, ja lasten neuvolatarkastuksissa vanhemmuuden tukemisen lisäksi eräänä keskeisenä tehtävänä on tunnistaa perheeseen liittyvät riskitekijät sekä lapsen mahdollinen erityisen tuen tarve. Koska lapset eivät itse hakeudu hoitoon, lapsen häiriöiden tunnistamisessa ovat tärkeällä sijalla vanhempien lisäksi varhaiskasvatuksen ja koulun henkilökunta (opettaja, terveydenhoitaja, koulupsykologi sekä koulukuraattori). Perustason mielenterveyspalveluita järjestävät monet tahot: perusterveydenhuolto ja sen osana kouluterveydenhuolto, sosiaalitoimi ja erityisesti perheneuvolat sekä järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat. Koko ikäluokan tavoitettavaa ehkäisevää ja varhaista tukea antavaa mielenterveystyötä tehdään lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa. Terveyskeskukset järjestävät perustason hoito- ja kuntoutuspalveluita, esimerkiksi neuvolapsykologin tukea. Koulun oppilashuollon koulupsykologi- ja koulukuraattoripalvelut tuottavat varhaisia tukitoimia. Sosiaalipalveluihin kuuluvien perheneuvoloiden palveluissa voi olla sekä varhaista tukea että eriasteista kuntouttavaa toimintaa. Yhteistyö järjestöjen kanssa voi täydentää kunnan omaa varhaisen tuen palveluvalikkoa. Perustason palveluita, ja siten myös mielenterveyspalveluita, on kunnissa enenevästi integroitu perheiden palvelukokonaisuuksiksi, mikä on mahdollistanut eri toimijoiden aiempaa joustavamman yhteistyön perheen auttamisessa. Osa tai kaikki palvelut voidaan myös ostaa yksityisiltä palveluntuottajilta. Jotkut palvelut voivat toteutua internetin ja puhelimen välityksellä. Alle 13-vuotiaiden lasten vakavien mielenterveyshäiriöiden tutkimus ja hoito kuuluu sairaanhoitopiireittäin järjestettyyn erikoissairaanhoitoon, jonka palveluja täydennetään yksityisten palveluntuottajien, esimerkiksi psykoterapeuttien tuottamilla ostopalveluilla ja kuntoutusvaiheessa myös Kelan kustantamalla kuntoutuksella. (Kuva 1.)



Kuva 1. Lasten mielenterveyspalvelujärjestelmä

---

## 1.4 Hoitoon ohjautuminen ja hoitomenetelmät

Kansainvälisissä tutkimuksissa yleensä 10–25 % lapsista on ollut yhteydessä johonkin ammattilaiseen mielenterveyssyistä (Wichstrøm ym. 2014). Suomessa, Turun alueella vuonna 2013 tehdyssä tutkimuksessa 6 % tytöistä ja 15 % pojista oli ollut yhteydessä johonkin palveluun lapsen tunne-elämän tai käytösongelmien takia (Sourander ym. 2016). Palveluiden käyttö on lisääntynyt suuresti vuodesta 1989, jolloin vain 1 % tytöistä ja 4 % pojista oli ollut yhteydessä palveluihin (Sourander ym. 2016). Saman tutkimuksen mukaan niistä lapsista, joilla sekä opettaja että vanhempi arvioivat olevan paljon ongelmia, 61 % oli saanut jotain mielenterveyspalveluita.

Terveystieteiden tutkimuskeskus on velvoittanut, että hoitokäytäntöjen tulee perustua tutkittuun tietoon. Lasten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden hoitokäytännöt ovat kehittyneet voimakkaasti viime vuosikymmenten aikana ja häiriöiden hoitoa koskevaa tutkimustietoa on runsaasti saatavilla. Hoitomuotojen kehitystä on ohjannut merkittävä tavalla kaksi suuntausta: psykoterapiaperinne (sisältäen pari- ja perheterapiat) ja vanhempainohjauksen menetelmien tutkimusperinne (Weisz ja Kazdin 2010; Rambo ym. 2012). Psykoterapiatutkimuksissa huomio on kohdistunut ennen kaikkea hoidon tuloksellisuuteen yhteydessä oleviin yleisiin tekijöihin (Shirk ym. 2011). Yleisillä tekijöillä viitataan esimerkiksi terapeutin myötäelämisen kykyyn ja siihen, että terapeutin työskentely tapahtuu eri osapuolten (esim. terapeutti ja asiakas) yhteistoimintana (Heinonen ym. 2016).

Psykoterapiatutkimuksissa yhteistyön laadun on arvioitu olevan terapiamuotojen keskinäisiä eroja merkittävämpi tekijä hoidon tuloksellisuuden kannalta (Wampold ym. 2015; Sprenkle ja Blow 2004). Vanhempainohjauksen menetelmien tutkimus- ja kehitystyö on puolestaan tapahtunut kiinteänä osana psykologista tutkimusperinnettä. Huomio on kohdistunut voimakkaammin terapiamenetelmien manualisointiin ja satunnaisesti koeasetelmiin perustuviin empiirisiin tutkimuksiin (Weisz ja Kazdin 2010; Fabiano ym. 2015; Weisz ym. 2017). Lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden hoidon empiirisesti tuetut menetelmät näyttäisivät perustuvan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja kognitiivis-behavioraaliseen terapiaviitekehukseen (Garland ym. 2008; Battagliese ym. 2015; Fabiano ym. 2015; Weisz ym. 2017).

Lasten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden hoitomenetelmien vaikuttavuustutkimusten määrällinen kasvu on ollut huomattavaa (Weisz ym. 2017). 1990-luvun lopulla tunnistettiin 27 erilaista empiirisesti tuettua psykososiaalista hoitomenetelmää, mutta kymmenen vuotta myöhemmin tutkittujen hoitomenetelmien määrä oli kasvanut jo 46:en (Weisz ja Kazdin 2010). Lasten uhmakkuus- ja käytöshäiriöiden kohdalla tämä näkyy siten, että Cochrane-katsausten (Barlow ym. 2012; Furlong ym. 2012) lisäksi myös yksittäisten hoitomenetelmien vaikuttavuutta tarkastelevia meta-analyyssejä on saatavilla (Menting ym. 2013; Sanders ym. 2014; van der Pol ym. 2017; Thomas ym. 2017). Hoitomuodoista on kertynyt vaikuttavuusnäyttöä myös neuropsykiatristen kehityksellisten häiriöiden yhteydessä esiintyvien tunteiden säätelyn vaikeuksien ja käytösongelmien hoidossa (Fabiano ym. 2015; Postorino ym. 2017; Thomas ym. 2017) sekä

---

lasten ADHD:n, ahdistuneisuushäiriöiden, masennuksen ja traumaperäisen stressihäiriön hoidossa (In-Albon ja Schneider 2007; Thulin ym. 2014; Fabiano ym. 2015; Zhou ym. 2015; Morina ym. 2016; Weisz ym. 2017). Musiikkiterapeuttiset menetelmät ovat vaikuttavuustutkimusten valossa tuloksellisia autismikirjon häiriöiden ydinoireiden hoidossa (Geretsegger ym. 2014).

Vastuu lapsen tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin turvaamisesta on ensisijaisesti lapsen huoltajilla. Lasten mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden hoitoon ja tutkimukseen liittyy täten erityisiä kysymyksiä, mikä erottaa ne aikuisten hoitoa käsittelevästä tutkimuskirjallisuudesta. Esimerkiksi hoitomuotojen keskinäiset erot ovat tulleet selkeämmin esiin lastenpsykiatrian kontekstissa (Sprenkle ja Blow 2004; Chorpita ym. 2011; Weisz ym. 2017). Lasten käytöshäiriöiden hoidossa tuki kohdistetaan ensisijaisesti lapsen huoltajille. Terapeuttinen yhteistoiminta (esim. vanhempainryhmät) ja huoltajan hyvinvoinnin tukeminen ovat merkittävä välillinen tavoite. Hoidon perimmäisenä tarkoituksena on kuitenkin vahvistaa lapsen ja hänen huoltajansa keskinäistä myönteistä vuorovaikutusta (Forehand ym. 2014). Vaikuttavuustutkimukset ovat osoittaneet, että vanhempainohjauksen menetelmät ovat monissa häiriöryhmissä tuloksellisempia kuin lapsen yksilöterapiat (McCart ym. 2006; ja Kazdin 2010; Chorpita ym. 2011; Storebø ym. 2011; Daley ym. 2014; Fabiano ym. 2015). Vastaavasti yksilöterapioiden on havaittu olevan vaikuttavia hoitomuotoja etenkin lasten ahdistuneisuushäiriön ja masennuksen hoidossa (In-Albon ja Schneider 2007; Thulin ym. 2014; Zhou ym. 2015; Higa-McMillan ym. 2016; Weisz ym. 2017).

Nykytiedon valossa lapsen ikä- ja kehitysvaihe sekä oireilun haitta-aste on syytä huomioida hoidon toteutuksessa. Internet- ja puhelinvälitteiset hoito-ohjelmat, kuten Voimaperheet-toimintamalli (Sourander ym. 2016), ovat osoittautuneet käyttökelpoiksi lasten käytösongelmien ehkäisyssä ja ne ovat myös merkittävä tuki syrjäseuduilla asuville lapsiperheille (Tarver ym. 2014). Alakouluikäisten lasten käytösongelmien hoidossa vaikuttavuusnäyttöä on kertynyt erilaisista lapsi-vanhempi-vuorovaikutusterapioista (esim. Parent Child Interaction Therapy, PCIT; Kaminski ym. 2008; Thomas ym. 2017). Myös erilaiset ryhmämuotoiset vanhempainohjauksen menetelmät (esim. Ihmeelliset Vuodet) ovat tutkimusten valossa tuloksellisia lasten käytösongelmien ja kehityksellisten neuropsykiatristen oireiden hoidossa (Kaminski ym. 2008; Menting ym. 2013; Sanders ym. 2014). Lapsen vaikea-asteinen käytösoireilu edellyttää usein yksilöllistettyä vanhempainohjausta (Lindhiem ym. 2016). Tunnetuimpia hoitomalleja ovat Parent Management Training – Oregon Model (PMTO) ja Problem-Solving Skills Training + Parent Management Training (ns. Kazdinin malli; Eyberg ym. 2008; Chorpita ym. 2011; Forehand ym. 2014). Erityiset perheterapeuttiset menetelmät (esim. Multidimensional Family Therapy, MDFT) on puolestaan tarkoitettu tilanteisiin, joissa lapsella on suuri riski tulla sijoitetutuksi kodin ulkopuolelle (Baldwin ym. 2012; van der Pol ym. 2017). Kodin ulkopuolelle sijoitetuille lapsille on lisäksi kehitetty perheterapeuttisia hoitomuotoja, joissa pyritään tukemaan sekä lapsen biologisia huoltajia että sijaisvanhempia (Price ym. 2008).

---

Lasten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöiden hoidon erityispiirre on monimuotoisuuden periaate. Koti, päiväkotiki ja koulu merkittävine ihmisuhteineen muodostavat lapsen tärkeimmät kasvuympäristöt. Lapsen tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt tunnetusti lisäävät huoltajien psyykkistä kuormittuneisuutta (Barlow ym. 2012). Huoltajan masennusoireilu ja parisuhteen sekä perhe-elämän vaikeudet saattavat ylläpitää ja vahvistaa lapsen psyykkistä oireilua ja heikentää esimerkiksi ryhmämuotoisen vanhempainohjauksen (Sanders ym. 2014; Hinshaw ym. 2015) ja lapsen yksilöterapiain soveltuvuutta (Thulin ym. 2014; Yap ym. 2014). Yksilöllistetyissä hoidoissa hyödynnetään usein vanhempainohjausta, pari- ja perheterapeuttista työskentelyä ja lapsen yksilöllistä tukea (Weisz ja Kazdin 2010; Lindhiem ym. 2016; Morina ym. 2016; Ng ja Weisz 2016).

Lapsen tunteiden säätelyn ja käyttäytymisen ongelmien hoidossa positiivisen vahvistamisen periaatteisiin on tärkeää kiinnittää huomiota myös päiväkodin ja koulun arjessa (Fabiano ym. 2015). Erilliset lapsiryhmät saattavat olla merkittävä lisä perhelähtöisen tuen rinnalla lapsen itsekontrollin ja sosiaalisten taitojen vahvistamisessa (Weisz ja Kazdin 2010). Lapsiryhmiä hyödynnetään esimerkiksi lasten ADHD:n ja autismitirjon häiriöiden hoidossa (Storebø ym. 2011; Reichow ym. 2012). Lastensuojelun sijaishuollon tarpeisiin on puolestaan kehitetty strukturoituja ryhmämuotoisia interventioita lasten ja nuorten käyttöhäiriöiden hoitoon (esim. Aggression Replacement Training, ART; Brännström ym. 2016). Ryhmämuotoisten interventiöiden soveltuvuuteen tulee kiinnittää erityishuomiota, sillä lapsiryhmä saattaa myös ylläpitää ja vahvistaa lapsen käytösongelmia (Moffitt ym. 2011; Frick ym. 2014). Toiminnallisia sisältöjä hyödynnetään esimerkiksi lasten ADHD:n ja käytösöireiden hoidossa (Hinshaw ym. 2015).

Viime vuosina on enenevästi kiinnitetty huomiota psykososiaalisten menetelmien levittämiseen ja juurruttamiseen. Vaikuttavien menetelmien puutteellista käyttöönottoa on pidetty ongelmana lasten mielenterveyspalveluissa sekä Suomessa että kansainvälisesti (Karjalainen ja Santalahti 2016, Novins ym. 2013, Graeff-Martins ym. 2008). Sen jälkeen kun menetelmä on todettu vaikuttavaksi, tulisi sen ylläpito, asteittainen käyttöönoton laajentaminen ja lopulta ylläpito systeemitasolla järjestää siten, että menetelmää käytetään edelleen vaikuttavalla tavalla (Kellam 2003). Näyttöön perustuvien menetelmien laajamittaisessa käyttöönotossa keskeistä on fideliteti eli menetelmäuskollisuus. Menetelmää tulisi käyttää siihen kohderyhmään ja sellaisena kuin se on tutkimuksissa todettu vaikuttavaksi. YK:n huumeiden ja rikollisuuden torjunnasta vastaava toimisto (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC 2009) suosittelee, että psykososiaalisten menetelmien käyttöön ottoa varten perustetaan työryhmä, joka valmistelee menetelmän käyttöönoton, koulutukset, levittämisen ja ylläpidon sekä seuraa intervention juurtumista ja tuloksia.

ADHD/ADD on ainoa lastenpsykiatrinen häiriö, josta on olemassa valtakunnallinen Käypä hoito -suositus ja se on ollut käytettävissä usean vuoden ajan. Käypä hoito -suositus suosittelee lääkkeiden käyttöä tietyissä tilanteissa ADHD:n hoitoon. Kelan tilastojen mukaan 10–12-vuotiaista pojista 4–5,5 % sai vuonna 2016 sairausvakuutuksesta korvattuja ADHD-lääkkeitä (<http://blogi.kansanelakelaitos.fi/arkisto/4239>).

---

Muiden häiriöiden lääkehoidosta ei ole kansallisia linjauksia. Lapsilla psyykenlääkkeiden käyttö on usein off label -käyttöä, eli poikkeaa virallisista käyttöindikaatioista. Tuoreen katsauksen mukaan (Puustjärvi ym. 2016) psyykenlääkkeiden käyttö lapsilla on lisääntynyt viimeisimmän vuosikymmenen aikana. Masennuslääkkeitä käytetään myös lapsilla masennuksen ja ahdistuneisuushäiriön hoitoon. Muita käytettyjä lääkkeitä ovat psykoosilääkkeet, joita käytetään psykoottisten oireiden, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja käytösoireiden hoitoon. Vuonna 2015 psykoosilääkkeiden käytön esiintyvyys alakouluikäisillä pojilla oli noin 0,25–1,25 % ja tytöillä 0,1–0,45 % (Saastamoinen ym. 2017). Melatoniinin käyttö lasten uniongelmiin on viime vuosina yleistynyt (Saarenpää-Heikkilä ym. 2017). Useissa psyykkisissä häiriöissä lääkehoidolla on tärkeä merkitys hoitokokonaisuudessa. Useiden lääkeaineiden lyhytkestoista hyödyistä on tutkimuksellista näyttöä myös lapsilla. Paljon vähemmän on tutkimustietoa lääkehoitojen pitkän ajan vaikutuksista ja turvallisuudesta.

## 1.5 Selvityksen tarkoitus

Tämän selvityksen tarkoituksena oli kartoittaa 5–12-vuotiaiden lasten ohjautumista mielenterveysongelmien vuoksi erikoissairaanhoidon palveluihin eri puolilla Suomea, mitä hoito- ja kuntoutusmuotoja eri häiriöryhmissä on saatavilla perustasolla ja erikoissairaanhoidossa eri puolilla Suomea sekä minkälaisia vahvuuksia ja haasteita avaintoimijat näkevät hoitoketjuissa ja vaikuttavien palveluiden saamisessa.

## 2 Aineisto ja menetelmät

### 2.1 Terveysthuollon hoitoilmoitusrekisteri

Hoitoilmoitusrekisteristä poimittiin vuosilta 2011–2015 lastenpsykiatrian erikoisalan 5–12-vuotiaiden hoitoilmoitustiedot ja lisäksi muiden erikoisalojen tiedot, jos päädiagnoosina oli ICD10 tautiluokituksen mukainen mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöihin kuuluva (F00-F99) diagnoosi. Potilaan ikänä käytettiin ikää tulohetkellä. Rekisteritiedoista tarkasteltiin potilaiden määrää, avohoitopotilaiden määrää, avohoitokäyntien määrää, avohoitokäyntien määrää potilasta kohden, osastohoidon potilaiden määrää, osastohoitopotilaiden osuutta kaikista potilaista, osastohoitajaksojen määrää, osastohoitajaksojen määrää potilasta kohden ja keskimääräistä hoitoaikaa osastolla. Osastohoidon osalta tarkasteltiin päättyneitä hoitajaksoja. Potilasmäärä suhteutettiin 1000 asukasta kohden (vastaavan ikäisen väestöryhmän keskiväkiluku). Lisäksi tarkasteltiin avohoitokäyntejä kävijäryhmittäin. Tietoja tarkasteltiin eri sairaanhoitopiireissä ja erityisvastuualueilla, ikäryhmissä (5–6, 7–9, 10–12 vuotta), sukupuolten mukaan, eri erikoisaloilla ja diagnoosiryhmissä.

Hoitoilmoitusrekisterissä sairaanhoitopiiri määräytyy potilaan kotikunnan mukaan riippumatta hoitoa antavasta toimipaikasta. Sairaanhoitopiireissä käytettiin vuoden 2017 aluejakoa, mikä ei ollut muuttunut vuoden 2015 aluejaosta. Kaaviot tehtiin R-ohjelman (R Core Team, 2017) ggplot2-paketilla (Wickham 2009).

Potilaiden määrään lasketaan kukin henkilö vain kerran, mutta sama potilas voi olla laskettuna useampaan ryhmään, jos avokäyntejä tai hoitajaksoja on ollut potilaan syntymäpäivän molemmin puolin, eri päädiagnooseilla, eri erikoisalalla tai jos potilas on muuttanut sairaanhoitopiiristä toiseen. Kainuun sairaanhoitopiirin vuodeosasto toimii vain arkisin ja potilaat kirjataan ulos viikonlopuksi, joten todellista hoitajaksojen määrää ja pituutta ei ollut saatavissa. Tästä syystä Kainuun tietoja ei sisällytetty koko maan ja Pohjois-Pohjanmaan erityisvastuualueen vuodeosastohoitajaksoja ja hoitoaikoja koskeviin tuloksiin. Jos potilaita, hoitopäiviä tai hoitajaksoja oli alle viisi, ei näitä lukuja, hoitopäiviä tai niistä johdettuja lukuja esitetä.

Diagnoosit ryhmiteltiin uusinta Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria -oppikirjaa mukailleen. Neuropsykiatriset häiriöt-ryhmään sisällytettiin samat häiriöt (mukaan lukien F81.3), joita on tarkasteltu Kelan Neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten hoito- ja kuntoutuspolut Suomessa -selvityksessä (Lämsä ym. 2015). Sen lisäksi oppimiskyvyn häiriöt -diagnoosiryhmää tarkasteltiin lastenpsykiatrisilla potilailla myös erikseen omana kokonaisuutena. Diagnoosit ryhmiteltiin yksittäisiin häiriöryhmiin sekä sairaanhoitopiiri-kohtaista tarkasteltua varten laajempiin kokonaisuuksiin (taulukko 1).

**Taulukko 1. Selvityksessä raportoidut diagnoosiryhmät koko maassa ja sairaanhoitopiireissä**

Koko maassa tarkastellut häiriöt	ICD10 diagnoosit
ADHD/ADD	F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F98.8
Tourette ja TIC	F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9
AS-kirjon häiriöt	F84.0, F84.1, F84.10, F84.11, F84.12, F84.5
Oppimiskyvyn häiriöt	F81.0, F81.1, F81.2, F81.3, F81.8, F81.9
Ahdistuneisuushäiriö	F40.0, F40.01, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.00, F41.01, F41.08, F41.09, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.8
Masentuneisuus	F32, F32.0, F32.00, F32.01, F32.1, F32.10, F32.11, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.00, F33.10, F33.11, F33.2, F33.4, F33.8, F33.9
Kaksisuuntainen mielialahäiriö	F31.0, F31.1, F31.2, F31.20, F31.21, F 31.3, F31.30, F31.31, F31.4, F31.5, F31.6, F31.7, F31.8, F31.9
Pakko-oireet	F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F 42.9
Psykoottisuus	F20.00, F20.1, F20.19, F20.8, F20.9, F21, F22.8, F22.9, F23.00, F23.3, F23.8, F23.90, F23.91, F23.99, F24, F25.01, F25.9, F28, F29
Syömishäiriö	F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F98.2, F98.3
Unihäiriö	F51.0, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, 51.8, 51.9
Tuhriminen	F98.1, F98.10, F98.12, F98.19
Traumaperäinen stressihäiriö	F43.1
Sairaanhoitopiirikohtaisesti tarkastellut häiriöt	ICD10 diagnoosit
Neuropsykiatriset häiriöt	F81.3, F83, F84.0, F84.1, F84.10, F84.11, F84.12, F84.5, F84.8, F84.9, F90.0, F90.1, F90.8, F90.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.8
Käytöshäiriöt	F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92.0, F92.8, F92.9
Masentuneisuus ja ahdistuneisuushäiriö	F32, F32.0, F32.00, F32.01, F32.1, F32.10, F32.11, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9, F33.00, F33.10, F33.11, F33.2, F33.4, F33.8, F33.9, F40.0, F40.01, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.00, F41.01, F41.08, F41.09, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F93.0, F93.1, F93.2, F93.8



---

## 2.2 Haastattelut ja muu aineiston keruu

Haastatteluiden tavoitteena oli saada kuva lasten saamista mielenterveyspalveluista eri puolilla Suomea, suurissa, keskisuurissa ja pienissä kunnissa sekä palvelujärjestelmän eri tasoilla. Kuntien koko määriteltiin Tilastokeskuksen StatFin tietokannan ”Vuoden 2015 keskiväkiluku vuoden 2015 aluejaolla” -tilastosta poimimalla Manner-Suomen sairaanhoitopiirien kunnat 5–12-vuotiaiden lasten keskiväkiluvun mukaan. Haastattelut tehtiin erikoissairaanhoidon, terveyskeskusten, perheneuvoloiden ja lastensuojelun edustajille. Erikoissairaanhoidon haastattelupyynnöt lähetettiin kaikkiin kahteenkymmeneen sairaanhoitopiiriin. Kuntien palveluiden haastateltavien valitsemiseksi valittiin yksi kunta kunkin erityisvastuualueen jokaisesta sairaanhoitopiiristä, ensin jokaisen erityisvastuualueen (ERVA-alueen) suurin kunta (5 kpl), seuraavaksi muista erityisvastuualueen sairaanhoitopiireistä jälleen suurin kunta (5 kpl) ja jäljellä olevista sairaanhoitopiireistä valittiin keskiarvon suuruinen kunta (5 kpl) tai mikäli ERVA-alueeseen kuului enemmän kuin kolme sairaanhoitopiiriä, valittiin kunta, joka oli mediaanin kokoinen (5 kpl). Itä-Savon sairaanhoitopiiristä valittiin Savonlinna keskiarvokuntana. Näin valittujen kuntien terveyskeskuslääkäreiden haastatteluihin kutsuttiin terveyskeskusten esimiesten nimeämät neuvola- ja kouluterveydenhuoltoon perehtyneet lääkärit. Perheneuvolajohtajien (tai vastaavaa palvelua kuntatasolla antavan eri nimellä olevan yksikön johtajien, raportissa kaikkiin viitataan sanalla perheneuvola) haastatteluihin valittiin edellä mainituista kunnista jokaisen ERVA-alueen suurin paikkakunta (5 kpl) ja lisäksi jokaiselta ERVA-alueelta joko keskisuuri (4 kpl) tai pieni (2 kpl) paikkakunta. Näistä kunnista haastateltiin johtavat lastensuojelutyöntekijät ja lisäksi lastensuojelun edustajia haastateltiin eri erityisvastuualueelta kahdesta suuresta, kahdesta keskisuuresta ja yhdestä pienestä paikkakunnasta. Valitut paikkakunnat on esitetty kuvassa 2.

Erikoissairaanhoidon edustajina haastatteluun osallistui jokaisen sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian yksikön ylilääkäri tai hänen nimeämänsä muu erikoislääkäri. Kahteen erikoissairaanhoidon haastatteluun osallistui kaksi haastateltavaa, mutta raportissa kaikkiin haastatteluihin viitataan sanalla ylilääkäri. Kolmesta kunnasta ei saatu terveyskeskuslääkärin haastattelua, joten kaikkiaan haastatteluihin osallistui 17 neuvola- tai koululääkärin työhön perehtynyttä lääkäriä. Perheneuvolajohtajien haastatteluja tehtiin yhteensä 11 ja johtavien lastensuojelutyöntekijöiden haastatteluja 15. (Kuva 2.)

Haastateltavat saivat puolistrukturoidun haastattelurungon etukäteen sähköpostissa. Haastattelukysymykset käsittelivät saatavilla olevia hoito- ja kuntoutusmuotoja, palveluiden saatavuuden ja hoitoketjujen vahvuuksia ja haasteita sekä palvelu- ja yhteistyökäytäntöjä (liitteet 1–3). Haastattelut nauhoitettiin. Suurin osa, 56 haastattelua, tehtiin puhelimitse ja loput seitsemän haastattelua kasvokkain. Kaikki terveyskeskuslääkäreiden ja perheneuvolajohtajien haastattelut litteroitiin kokonaan. Erikoissairaanhoidon haastattelun alkuosa, jossa koottiin paljon luettelomaista tietoa, kirjattiin haastattelun kuluessa, tarkistettiin ja täydennettiin jälkeenpäin nauhoitteesta. Haastattelun viisi vii-

---

meistä aihekokonaisuutta (palveluiden vahvuudet ja haasteet, välinputoajat, hoitoketjut, Kela ja yhteistyön kehittäminen) litteroitiin kokonaan.

Haastattelun jälkeen lastenpsykiatrian yksiköiden ylilääkäreitä ja perheneuvolan johtajia pyydettiin täyttämään webropol-kysely toimintayksikkönsä resurssista ja niiden muutoksesta vuosina 2011–2015. Vastauksia saatiin 12 sairaanhoitopiiristä ja 5 perheneuvolasta.

Tilastotietokanta Kelastosta poimittiin tiedot Kelan järjestämästä kuntoutuksesta 5–12-vuotiaille lapsille.

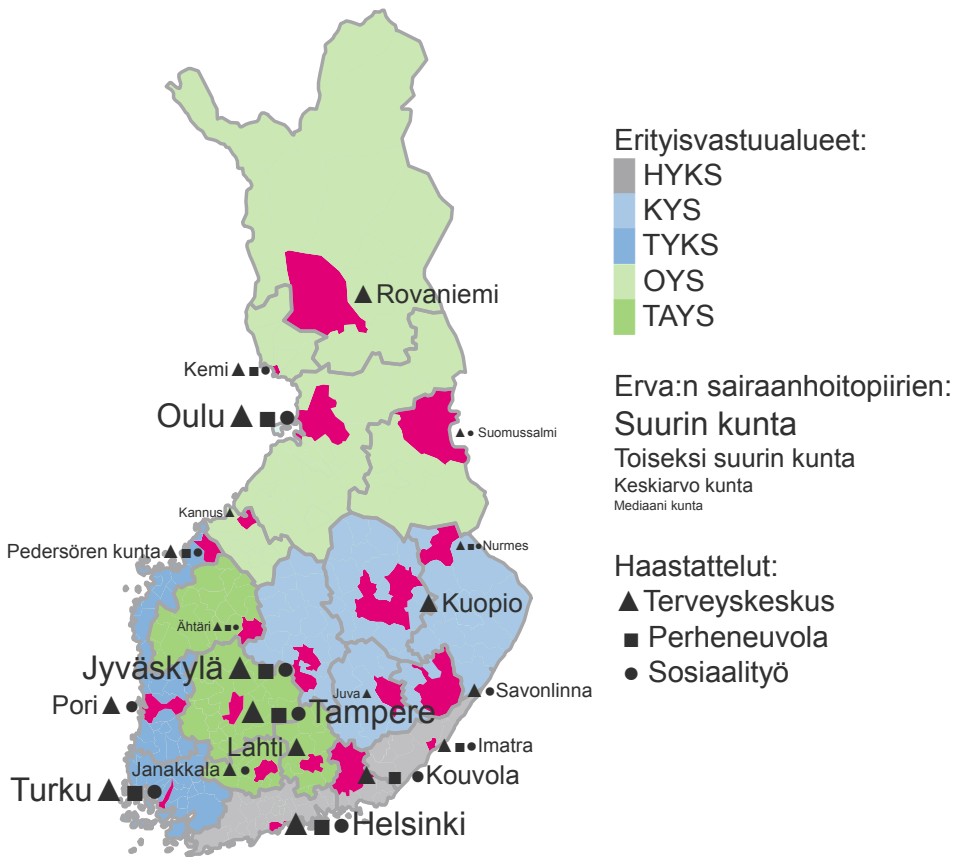
Hoitoketjukuvausta haettiin sekä kevään että syksyn 2017 aikana sairaanhoitopiirien kotisivuilta ja terveystietokannasta.

Erikoissairaanhoidon ylilääkäreiden haastatteluissa esille tulleista järjestöistä ja nimeltä mainituista yksityisistä palveluntuottajista kerättiin tietoa näiden omilta internet-sivuilta syyskuun 2017 aikana. Mukaan raportoitiin poimittiin ne sivuilta löytyvät palvelut, joiden katsottiin kuntouttavan tai tukevan lasten ja perheiden mielenterveyttä. Palvelujen tuottajia pyydettiin sähköpostitse vielä tarkastamaan kerätyt tiedot marraskuussa 2017. Selvityksen ulkopuolelle jäivät lukuisat haastatteluissa esille tulleet yksityiset ammatinharjoittajat, joista mainittiin vain heidän tuottamansa palvelu mutta ei nimeä.

Koska erikoissairaanhoidon hoitokäytäntöihin liittyi runsaasti yksityiskohtia, tarjottiin haastateltaville mahdollisuus tarkistaa haastattelut näiltä osin. Analysointivaiheessa tarkennettiin joitakin yksittäisiä tietoja sähköpostilla. Koska yhden perheneuvolan haastattelun äänitys epäonnistui, täydennettiin tietoja jälkikäteen puhelimitse.

Lyhin haastattelu kesti 26 minuuttia ja pisin kolme tuntia 52 minuuttia. Litteroituja sivuja oli 517 ja ylilääkärien haastattelukirjauksia 324 sivua. Haastattelumateriaali analysoitiin käyttämällä apuna pääsääntöisesti Atlas.ti-ohjelmaa, mutta myös Word-ohjelmaa. Analyysissä haastattelujen sisältö koodattiin aineistolähtöisesti sisällönanalyttisellä menetelmällä ja järjesteltiin teemoittain, jolloin vastausten päälinjat sekä tietyn palvelun että kaikkien palveluiden edustajien haastatteluista oli helppo koota yhteen. Raportin laadullisen osan keskeisenä ajatuksena on ollut vastausten kirjon ja moninaisuuden esiin nostaminen. Lukijalle annetaan kuva vastausten yleisyydestä kertomalla, mikäli vastaus on noussut esiin vain yhdessä haastattelussa (esim. eräs haastateltava, yksi ylilääkäri) tai useammassa haastattelussa (esim. usea perheneuvolan johtaja, monessa lastensuojelun asiantuntijoiden haastattelussa, lähes kaikki haastateltavat).

Aineiston runsauden vuoksi tämän raportin ulkopuolelle jäävät jotkut haastatteluihin kuuluneet osat kuten esimerkiksi harvinaisempiin häiriöihin erikoissairaanhoidossa annettu hoito ja monialaisen yhteistyön käytännön yhteistyömuodot.



Kuva 2. Haastattelupaikkakunnat

### 2.3 Aineiston rajoitukset

Erikoissairaanhoidon tilastojen (Hilmo-raportit) luotettavuutta ja käyttökelpoisuutta arvioidaan Erikoissairaanhoidon laatuselosteessa (<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/laatuselosteet/erikoissairaanhoido>). Rekisteritietoja tulkittaessa on huomioitava, että niiden luotettavuuteen ja tarkkuuteen vaikuttaa erikoissairaanhoidon tuottajien toimittamien tietojen laatu sekä tietojen poiminnan toteutus. Erikoissairaanhoidon tilastojen luotettavuutta arvioitaessa on muunmuassa todettu, että sairaanhoitopiirien avohoidon käyntimäärien huomattava vuosittainen vaihtelu voi johtua mahdollisesti käynteihin eri tavoin eri vuosina sisällytetyistä hoitopuheluista, hoitokirjeistä tai eri ammattiryhmien käynneistä. Vuonna 2014 psykiatrisen erikoissairaanhoidon

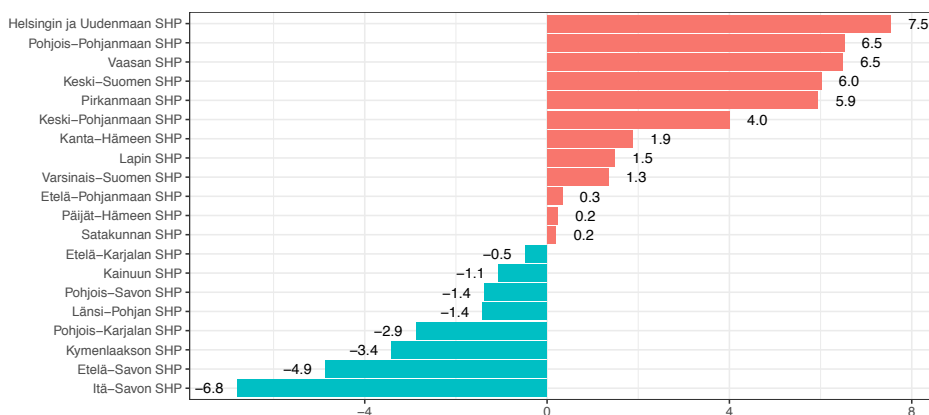
---

päädiagnoosi oli virheellinen tai puuttui 0,2 %:sta osastohoidon hoitajaksoista, mutta avohoitokäynneissä vastaava luku oli 15 % (Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2014). Hilmo-tiedot kuvaavat ainoastaan erikoissairaanhoitoa, joka on vain osa mielenterveyspalveluiden hoitoketjusta, jolloin erot sairaanhoitopiirien välillä voivat heijastella myös muiden mielenterveyspalveluiden toimintaa. Haastattelemalla koottuun tietoon voi sisältyä epätarkkuuksia tai se voi olla puutteellista. Resurssikyselyyn vastasi vain osa sairaanhoitopiireistä ja vaikka joukossa oli pieniä, keskisuuria ja suuria sairaanhoitopiirejä, sen tulokset voivat olla vain suuntaa antavia. Perheneuvoloiden resurssikyselyyn vastasi alle puolet haastatteluun osallistuneista perheneuvoloista, ja erilaisista toimintaa kuvaavista luvuista ja toiminnallisista eroista johtuen sen tuloksia ei voida kaikin osin raportoida ja raportoidutkin ovat erittäin viitteellisiä.

# 3 Sairaanhoidopiireissä tapahtunut kehitys 2011–2015

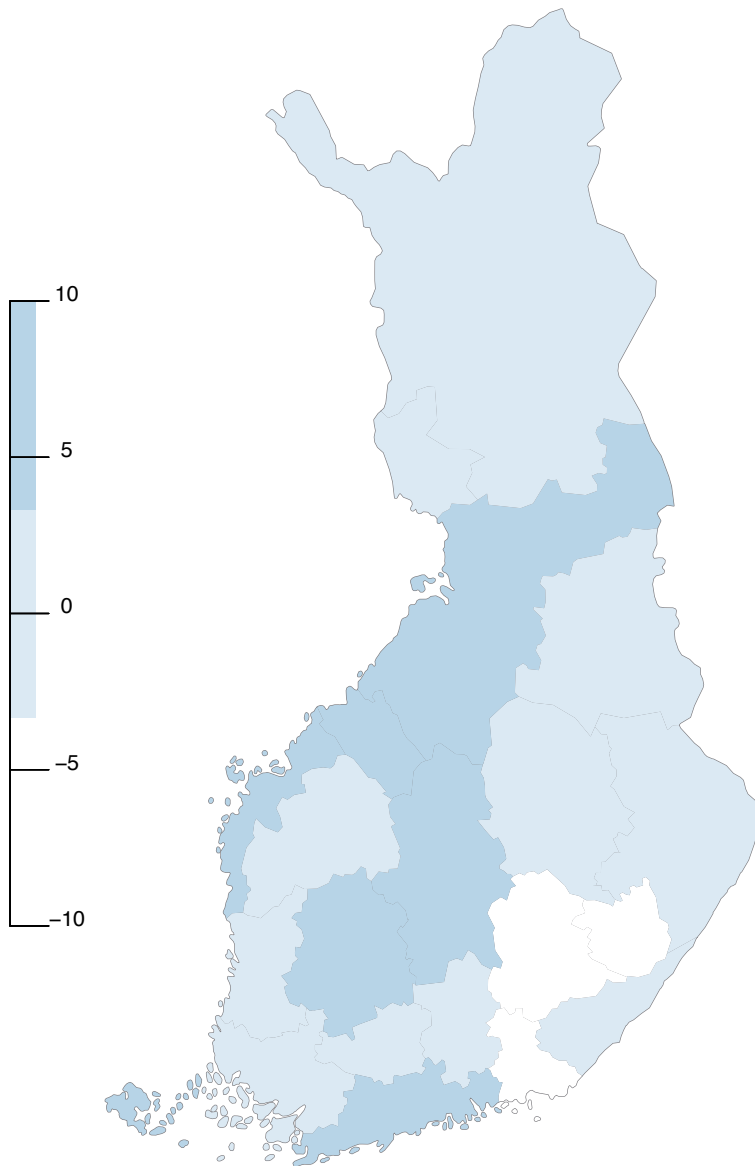
## 3.1 5–12-vuotiaiden lasten määrä

Väestönmuutos asettaa sairaanhoidopiireille erilaisia haasteita palvelujen järjestämisessä. Vuodesta 2011 vuoteen 2015 kahdessatoista sairaanhoidopiirissä 5–12-vuotiaiden lasten määrä lisääntyi ja kahdeksassa väheni. Suurin kasvu sekä määrällisesti että prosentuaalisesti tapahtui Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirissä, jossa tarkastelussa olevan ikäisiä lapsia tuli lisää yli 10 000, 7,5 prosenttia. Muut selkeästi kasvavan palvelutarpeen sairaanhoidopiirit ovat Pohjois-Pohjanmaa ja Vaasa (6,5 % lisäys) sekä Pirkanmaa ja Keski-Suomi (6 %). Eniten lasten määrä väheni Kymenlaaksossa (472 lasta, 3,4 %), mutta voimakkain muutos on ollut pienimmässä sairaanhoidopiirissä, Itä-Savossa (225 lasta, 6,8 %). Pohjois-Karjalan sairaanhoidopiirissä tapahtui vähentymistä lukumääräisesti toiseksi eniten (386) ja myös lasten koko määrään nähden huomattavasti (2,7 %). Muissa sairaanhoidopiireissä muutokset olivat +1,9 %:n ja -1,4 %:n välillä. (Kuva 3.)



Kuva 3. 5–12-vuotiaiden lasten määrän muutos (%) vuodesta 2011 vuoteen 2015.

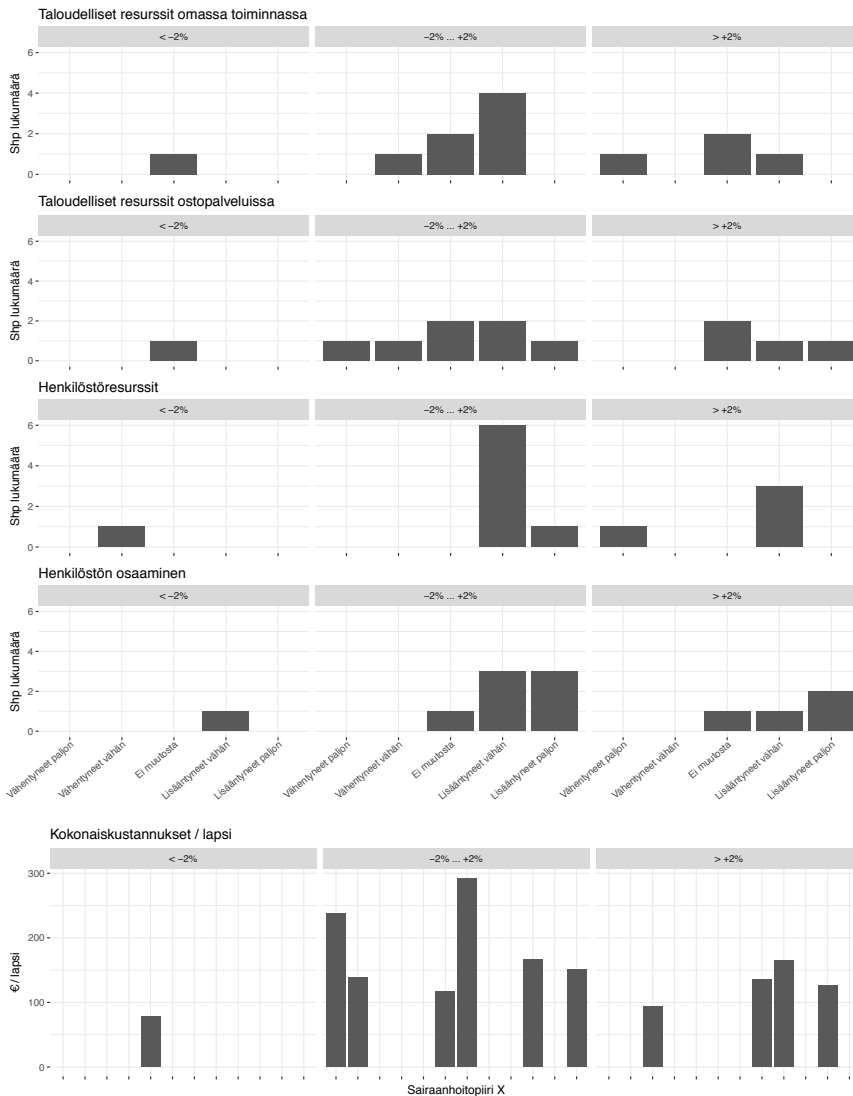
Maantieteellisesti tarkasteltuna kehitystrendi oli, että 5–12-vuotiaiden lasten määrä pieneni joissakin Kaakkois- ja Itä-Suomen sairaanhoitopiireissä ja lisääntyi muissa sairaanhoitopiireissä, lukuun ottamatta toiseksi pienintä Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriä. (Kuva 4.)



**Kuva 4. 5–12-vuotiaiden lasten määrän muutos (%) vuodesta 2011 vuoteen 2015 sairaanhoitopiireissä, sijoittuminen Suomen eri osiin.**

### 3.2 Resurssimuutokset erikoissairaanhoidossa ja perheneuvoloissa

Sairaanhoitopiirien resursseissa vuodesta 2011 vuoteen 2015 tapahtuneet ylläikäreiden viisiportaisella asteikolla arvioimat muutokset eivät näyttäneet olevan suoraan yhteydessä vastuuväestön määrän muutoksiin. (Kuva 5.)



Kuva 5. Resurssimuutokset sairaanhoitopiireissä (12 kpl) 2011–2015: taloudelliset resurssit omassa toiminnassa ja ostopalveluissa, henkilöstöresurssit ja henkilöstön osaaminen sekä sairaanhoitopiirin kokonaiskustannukset vastuuväestön lasta kohti.

Omaan toimintaan käytettävät taloudelliset resurssit pysyivät yleensä muuttumattomina tai lisääntyivät vähän. Yhdessä vahvan väestönlisäyksen omaavassa sairaanhoitopiirissä resurssien suuri väheneminen omassa toiminnassa ja ostopalvelujen vastaava lisääntyminen oli seurausta suurista organisaatiomuutoksista. Ostopalvelumäärärahojen muutoksissa ei ollut havaittavissa yhtenäistä kehityssuuntaa. Sairaanhoitopiirien ilmoittamat oman toiminnan ja ostopalveluiden kulut yhteensä vuonna 2016 suhteutettuna vastuuväestöön (vastuuväestö: sairaanhoitopiirin 0–12-vuotiaat vuoden 2016 keskiväkiluvun mukaan, Pohjois-Savon ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä 0–13-vuotiaat, sillä niissä voidaan hoitaa myös 13 vuotta täyttäneitä) vaihtelivat välillä 78–292 € (mediaani 139 €). Yksi sairaanhoitopiiri ei ilmoittanut kokonaiskustannuksiaan. Lukujen vertailu edellyttäisi tarkempia tietoja organisaatorakenteista, erityisvastuista ja sisäisistä laskutuksista.

Henkilöstön määrässä oli vuodesta 2011 tapahtunut pientä lisäystä kahdessa kolmasosassa vastanneista sairaanhoitopiireistä. Henkilöstön määrän muutokset eivät kaikissa sairaanhoitopiireissä heijastaneet alueen lasten määrän muutosta. Kolmesta sairaanhoitopiiristä, joissa lasten määrä lisääntyi keskimääräistä enemmän, kahdessa henkilöstöä oli lisätty vähän ja yhdessä näistä henkilöstöä oli vähennetty paljon jo edellä mainitun toiminnallisen muutoksen seurauksena. Vastaavasti yhdessä sairaanhoitopiirissä, jossa henkilöstöä oli lisätty paljon, lapsimäärän kasvu ei puolestaan ollut erityisen voimakasta.

Vuonna 2017 työntekijöiden määrä suhteutettuna vastuuväestön lapsimäärään oli hyvin vaihteleva. Henkilöstöresurssin ero oli enimmillään kolminkertainen. (Taulukko 2.)

**Taulukko 2. Vastuuväestön määrä työntekijää kohti 2017. Vastuuväestö: sairaanhoitopiirin 0–12-vuotiaat vuoden 2016 keskiväkiluvun mukaan, Pohjois-Savon ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä 0–13-vuotiaat. Pienet sairaanhoitopiirit: alle 20 000, keski-suuret: yli 20 000 mutta alle 30 000, suuret: yli 30 000 lasta.**

Työntekijät	Pienet sairaanhoitopiirit	Keski-suuret sairaanhoitopiirit	Suuret sairaanhoitopiirit
<b>Kaikki työntekijät</b>	476–912	356–827	315–1080
<b>Lääkärit</b>	3094–8670	4136–8611	1582–6118
<b>Psykologit</b>	2619–9281	4036–8040	2176–5955
<b>Sairaanhoitajat</b>	714–2167	1295–1435	592–2622

Lääkäreitä oli suurissa sairaanhoitopiireissä suhteellisesti eniten. Seitsemässä sairaanhoitopiirissä oli käytetty lisäksi ostopalvelulääkäreitä, joiden yhteen laskettu työpanos vastasi karkeasti neljän kokopäiväisen lääkärin työpanosta. Psykologien ja sairaanhoitajien vastuuväestöön suhteutetussa määrässä oli enimmillään yli nelinkertainen ero sairaanhoitopiirien välillä.



---

Henkilöstön osaaminen oli vuosina 2011–2015 lisääntynyt kymmenen sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian yksikössä. Valvira-pätevyyden omaavista psykoterapeuteista noin 60 % oli perheterapeuteja, kognitiivisia psykoterapeuteja oli 12 % ja psykodynaamisia psykoterapeuteja 13 %. Perheterapeuteja oli kaikissa vastanneissa lastenpsykiatrian yksiköissä. Pienissä sairaanhoitopiireissä yhtä erikoissairaanhoidon omaa terapeuttia kohti oli 1230–3143 lasta, keskiuurissa 1480–8040 ja suurissa 893–3434 lasta. Muita eritasoisia menetelmäkoulutuksia nimettiin 58, mutta joistakin sairaanhoitopiireistä ei tarkkaa tietoa ollut saatavilla. Neuropsykiatrisen valmentajan koulutuksen saaneita työntekijöitä oli kaikissa sairaanhoitopiireissä, Toimiva lapsi ja perhe -menetelmäosaamista oli kolmen ja Ihmeelliset vuodet -menetelmäosaamista kahden sairaanhoitopiirin henkilökunnalla. Theraplay -menetelmäosaamista löytyi kahdessa kolmasosassa vastanneista sairaanhoitopiireistä.

Puolet lastenpsykiatrian yksiköistä toimi edelleen samoissa tiloissa kuin vuonna 2011. Muiden osalta tiloja oli joko lisätty tai vähennetty. Ainoastaan yksi ylilääkäri piti oman yksikkönsä käytössä olevia tiloja asianmukaisina ja riittävinä. Yli puolet ylilääkäreistä toi esille, että toimintatilat sijaitsivat epätarkoituksenmukaisesti hajallaan. Joissakin yksiköissä työhuoneita koettiin olevan liian vähän tai ne olivat joihinkin toimintoihin liian pieniä. Puolet vastanneista ylilääkäreistä kertoi myös sisäilmaongelmista kaikissa tai osassa tiloja. Muita toiminnan kannalta nimettyjä epäkohtia olivat vaaralliset rakenteet ja puutteellinen hälytyslaitteisto.

Resurssikyselyyn vastasi vain viisi perheneuvola, joista osa oli pienten kuntien ja osa suurten kuntien perheneuvoloita. Ne edustivat kaikkia organisaatorakenteita, sillä joukossa oli itsenäisiä yksiköitä, perhepalveluiden osia ja yksityisen palveluntuottajan järjestämää palvelua. Kyselyn perusteella omaan toimintaan käytettävät taloudelliset resurssit olivat pysyneet ennallaan, vaikkakin ne olivat yhdessä perheneuvolassa hieman pienentyneet. Ostopalveluja oli käytetty vuonna 2016 kolmessa perheneuvolassa, ja yhdessä niitä oli lisätty paljon. Kyselyssä saatujen vastausten perusteella toimintojen kustannusten vertailu eri perheneuvoloiden välillä ei ollut mahdollista.

Jokainen kyselyyn osallistunut perheneuvola määrittäsi asiakkaidensa ikäjakautuksen eri tavoin. Osa vastanneista perheneuvoloista myi perheneuvolapalveluja osittain muille kunnille, mistä johtuen vastuuväestön 5–12 -vuotiaiden lasten määrää työntekijää kohden ei ollut mahdollista arvioida.

Kaikkien vastanneiden suurten kuntien perheneuvolat toimivat suurimman väestölisäyksen alueilla. Yhdessä henkilökuntaa oli lisätty vähän ja yhdessä organisaatiomuutosten seurauksena puolestaan vähennetty paljon, kun perheneuvolan työntekijöitä hajasijoitettiin kunnan eri toimintoihin. Pienissä perheneuvoloissa henkilökuntaa oli vähennetty.

Osaaminen oli vuodesta 2011 lisääntynyt paljon osassa suurten kuntien perheneuvoloita, yhdessä taas vähentynyt johtuen edellä mainitusta organisaatiomuutoksesta. Pienissä perheneuvoloissa osaaminen oli vähentynyt muun muassa eläkkeelle siirtymisen vuoksi tulleiden työntekijämuutosten ja työntekijäpulan seurauksena.

---

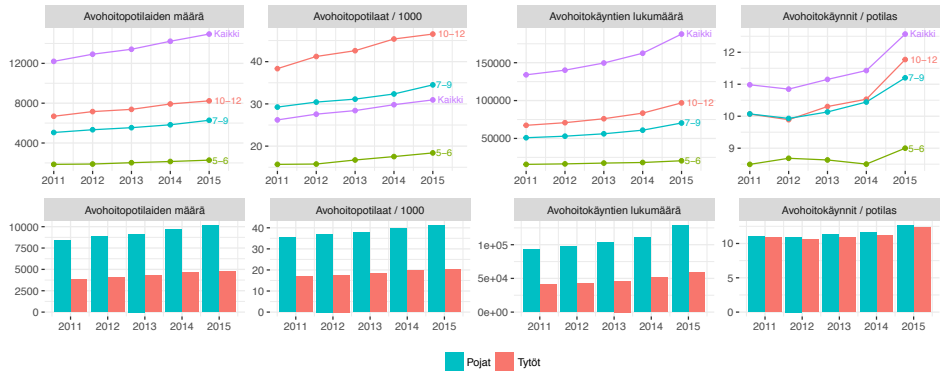
Yhdessä suuressa perheneuvolassa hoito- ja kuntoutusmuotojen valikko vastasi suuren lastenpsykiatrisen poliklinikan tarjontaa ja esimerkiksi traumojen hoitoon oli hankittu osaamista. Toisessa suuressa perheneuvolassa osaamiskirjo vastasi organisaatiomuutoksen seurauksena nykyisellään pientä perheneuvola, vaikka henkilökuntaa oli edelleen yli kaksinkertainen määrä pieneen perheneuvolaan verrattuna. Erikokoisissa perheneuvoissa psykologin työpanos saattoi olla hyvin erilainen: suurissa perheneuvoissa osalla psykologeista oli erikoistumiskoulutus, mutta pieni perheneuvola ei saanut välttämättä kaikkia psykologien vakansseja täytettyä. Yleisin saatavilla oleva hoitomuoto oli perheterapia. Kognitiivista ja psykodynaamista psykoterapiaosaamista oli joissakin perheneuvoissa. Perheasiain sovitteluun ja parisuhteeseen kohdentuvan työn koulutuksia oli vain osassa perheneuvoita.

Tilat olivat asianmukaiset suurten kuntien perheneuvoissa, pienissä kunnissa oli ahtaita tiloja ja sisäilmaongelmia.

### **3.3 Erikoissairaanhoidossa hoidettujen potilaiden määrä koko maassa 2011–2015**

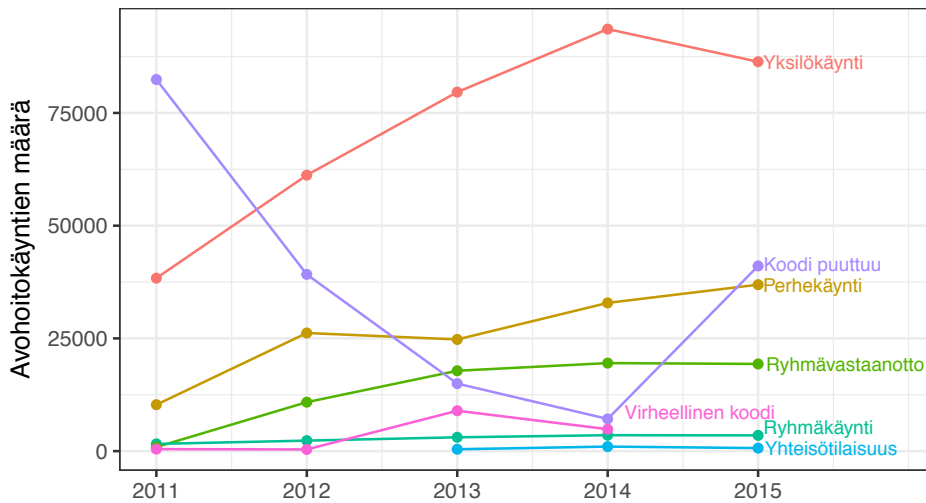
#### **3.3.1 Avohoito**

Avohoitopotilaiden määrä oli vuonna 2015 yhteensä 14 944 ja käyntien määrä 187 830 (keskimäärin 12,6 hoitokäyntiä potilasta kohden) (kuva 6). Avohoidon potilasmäärä lisääntyi 22 prosenttia (pojat 21 ja tytöt 25 prosenttia), käyntien määrä 40 prosenttia (pojat 39 ja tytöt 42 prosenttia) ja käynnit potilasta kohden 14 prosenttia (pojat 15 ja tytöt 14 prosenttia) vuodesta 2011 vuoteen 2015. 10–12-vuotiaita potilaita oli eniten suhteessa vastaavanikäisten määrään väestössä. Poikia oli potilaana yli kaksi kertaa enemmän kuin tyttöjä. Käyntien määrässä potilasta kohden sen sijaan ei ollut suurta eroa poikien ja tyttöjen välillä. Alle kouluikäisillä lapsilla oli keskimäärin vähemmän käyntejä kuin muissa ikäryhmissä.



**Kuva 6. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon potilaiden määrän ja avohoitokäyntien kehitys vuodesta 2011 vuoteen 2015 ikäryhmittäin sekä tytöillä ja pojilla. (Sama potilas voi olla kahdessa eri ikäryhmässä käytettyään palveluita samana vuonna syntymäpäivänsä molemmin puolin.)**

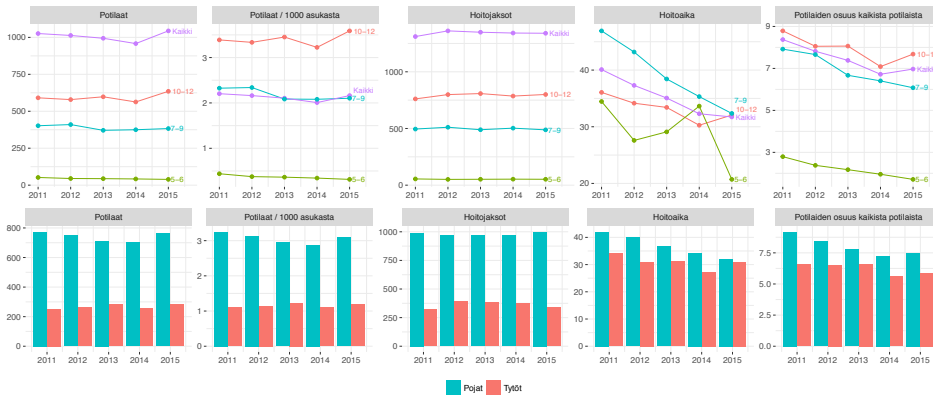
Psykiatrian avohoitokäynnit kirjataan palveluntuottajien rekistereihin joko yksilökäyntinä (yksi asiakas ja yksi ammattihenkilö), ryhmävastaanottona (yksi asiakas ja  $\geq 2$  ammattihenkilöä), ryhmäkäyntinä ( $\geq 2$  asiakasta ja  $\geq 1$  ammattihenkilö/ä), perhekäyntinä (yksi asiakas ja hänen perheensä sekä  $\geq 1$  ammattihenkilö/ä). Vuodesta 2013 alkaen on lisäksi kirjattu yhteisötilaisuudet (identifioimaton asiakasjoukko ja  $\geq 1$  ammattihenkilö). Perhekäynnin koodi on muuttunut vuonna 2013, mikä voi periaatteessa vähentää perhekäyntien määristä saadun tiedon luotettavuutta. Vuonna 2015 kirjatuista kävijäryhmistä yksilökäyntejä oli yli puolet, perhekäyntejä neljännes ja ryhmävastaanottoja kymmenes. (Kuva 7.)



Kuva 7. Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon avohoitokäyntien lukumäärä kävijäryhmittäin vuosina 2011–2015.

### 3.3.2 Osastohoito

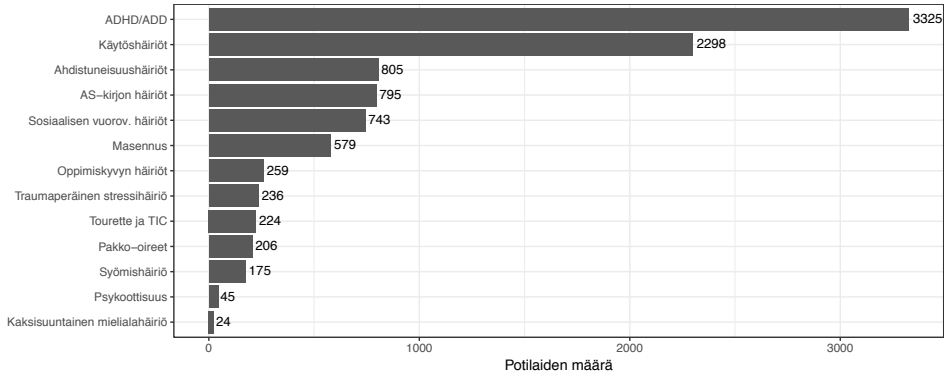
Osastohoidossa oli vuonna 2015 yhteensä 1044 potilasta, joka oli kaikista lastenpsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olevista lapsipotilaista 7 %. Osuus oli pienentynyt 17 % vuodesta 2011. Hoitajaksojen määrä vuonna 2015 oli 1340 (1,3 jaksoa/potilas.) ja niiden määrät ovat pysyneet lähes ennallaan (kuva 8). Keskimääräinen hoitoaika ajanjaksolla laski 21 %, 40 vuorokaudesta 32 vuorokauteen. Myös osastohoidossa oli 10–12-vuotiaita enemmän kuin muissa ikäryhmissä suhteutettuna vastaavan ikäisten keskiikäluokkaan. Alle kouluikäisiä lapsia oli osastohoidossa vähän, heidän hoitoaikansa olivat muita ikäryhmiä lyhyempiä lähes joka vuosi ja osastohoitoa käytettiin huomattavasti pienemmälle osalle potilaista kuin muissa ikäryhmissä. Osastolla hoidetuista potilaista 73 % oli poikia vuonna 2015 ja poikien osuus hoitajaksojen lukumäärästä oli 75 %. Pojista osastohoitoa sai hieman suurempi osuus kuin tytöistä.



**Kuva 8. Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon osastohoidon potilaiden määrä, hoitojaksot ja hoitoaika sekä osastopotilaiden osuus kaikista potilaista: kehitys vuodesta 2011 vuoteen 2015 ikäryhmittäin (ylärivi) sekä tytöillä ja pojilla (alarivi). (Sama potilas voi olla kahdessa eri ikäryhmässä käytettyään palveluita samana vuonna syntymäpäivänsä molemmin puolin. Kainuu ei ole mukana hoitojaksoissa ja hoitoajassa.)**

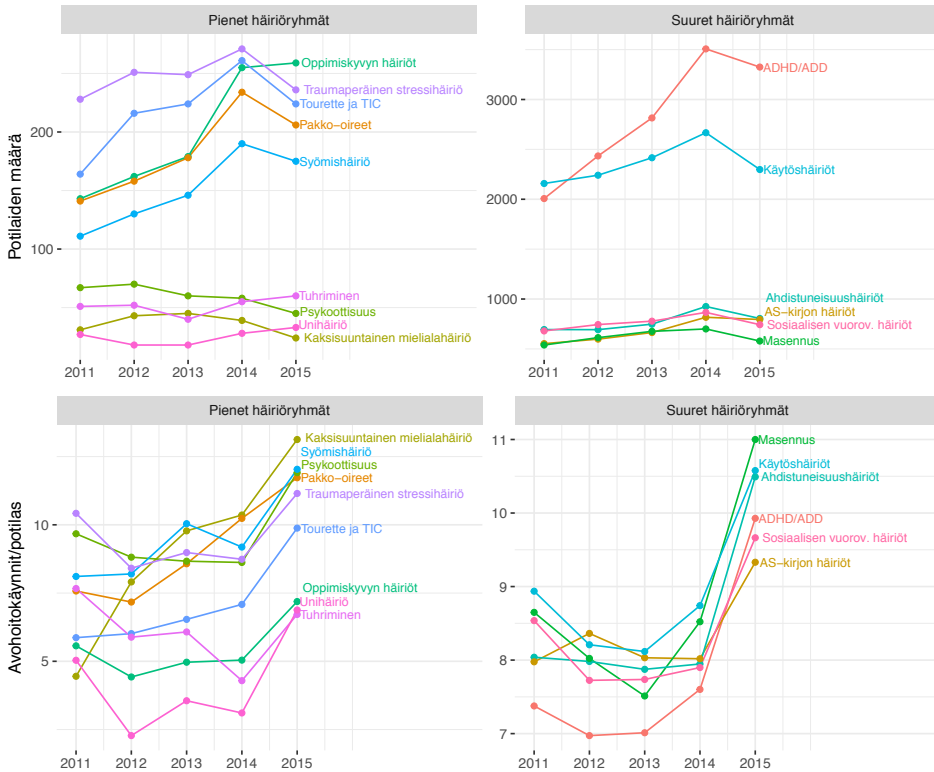
### 3.4 Diagnoosijakauma ja sen muutokset

Tarkastelimme potilaiden määrää heidän saamansa päädiagnoosin perusteella haastatteluisissa käsitellyissä häiriöryhmissä (kuva 9). Lastenpsykiatrisen avohoidon potilailla yleisimpiä diagnooseja olivat ADHD/ADD ja käytöshäiriöt. Vuonna 2015 tuhriminen oli päädiagnoosina 60 lapsella ja unihäiriö 33 lapsella. Vuosittain oli 6180 -6834 potilasta, jolta puuttui F-diagnoosi tai päädiagnoosi kokonaan. Aineistosta ei ollut mahdollista selvittää, kuinka paljon potilaita kuului edellä mainittuihin ryhmiin erikseen. F-diagnoosien puuttuminen voi olla osaksi yhteydessä siihen, että psykiatrisen diagnoosin asettamiseen lapsille voi käytännössä olla korkeampi kynnyksen kuin nuorille tai aikuisille. Z-ryhmän diagnoosit taas eivät kuuluneet selvityksen piiriin. Vuoden 2015 aikana oli 1834 potilaalla diagnoosina muu lapsuuden tunnehäiriö (F93.89 ja F93.9) ja erikoissairaanhoidossa hoidettiin 767 potilasta, jolla oli ryhmän F43-diagnoosi (reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt). Näistä traumaperäinen stressihäiriö oli noin kolmasosalla. Tutkimus- ja hoitoprosessin edetessä potilaan diagnoosi voi täsmentyä ja muuttua. Sama potilas on siten voinut kuulua useampaan diagnoosiryhmään.



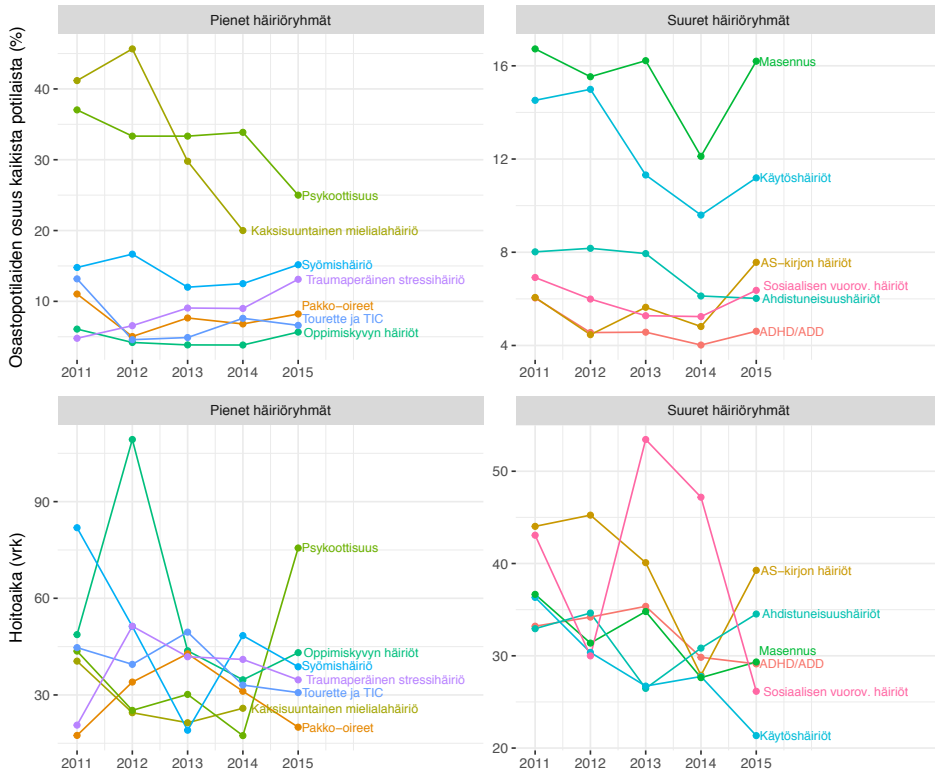
**Kuva 9. Lastenpsykiatrisen avohoidon potilaiden määrä tarkastelluilla diagnooseilla vuonna 2015. (Sosiaalisen vuorov. häiriöt = Lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt)**

Potilaita oli pääsääntöisesti kaikissa diagnoosiryhmissä vuosi vuodelta enemmän kuin vuonna 2011 (kuva 10). Vuodesta 2014 vuoteen 2015 havaittiin useimmissa diagnoosiryhmissä potilaiden määrän vähentyminen, mutta avohoitokäyntien lisääntyminen, mikä heijastuu huomattavaan kasvuun käynneissä potilasta kohden. Tämä saattaa selittyä osin sillä, että potilailta, joilla ei ollut F-diagnoosia tai diagnoosi puuttui, oli noin 10 000 hoitokäyntiä vähemmän vuonna 2014 kuin muina vuosina. Tarkastelluissa suurissa häiriöryhmissä käyntien määrässä potilasta kohden vuonna 2015 ei ollut suuria eroja. Eniten käyntejä oli keskimäärin masennuspotilailta, 11,0, käytöshäiriö- ja ahdistuneisuushäiriöpotilailta 10,6 ja ADHD/ADD-potilailta 9,9. Keskimääräinen avohoitokäyntien määrä yli kaksinkertaistui vuodesta 2011 vuoteen 2015 potilailta, joilla oli kaksisuuntainen mielialahäiriö.



**Kuva 10. Lastenpsykiatrisen avohoidon potilaiden lukumäärä (ylärivi) ja avohoitokäynnit/potilas (alarivi) yksittäisissä häiriöryhmissä vuosina 2011–2015. (Sama potilas voi olla useammassa eri diagnoosiryhmässä saatuaan eri päädiagnoosin eri käynneillä. Sosiaalisen vuorov. häiriöt = Lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt)**

Osastohoitoa saaneiden osuus oli laskenut huomattavasti psykoottisuus- ja kaksisuuntainen mielialahäiriö -diagnoosin saaneilla potilailla, ollen silti korkeampi kuin muissa häiriöissä (4–17 %) (kuva 11). Yleisimmissä häiriöissä masennus- ja käytöshäiriöpotilaiden osastohoitoa saaneiden osuus oli korkeampi kuin autismikirjon häiriöiden, ahdistuneisuushäiriö- ja ADHD/ADD-potilaiden osastohoitoa saaneiden osuus. Hoitoajoissa oli vuosittaista vaihtelua, mutta vuodesta 2011 vuoteen 2015 yleisimmissä häiriöissä hoitoajat olivat lyhentyneet ahdistuneisuushäiriöitä lukuunottamatta.

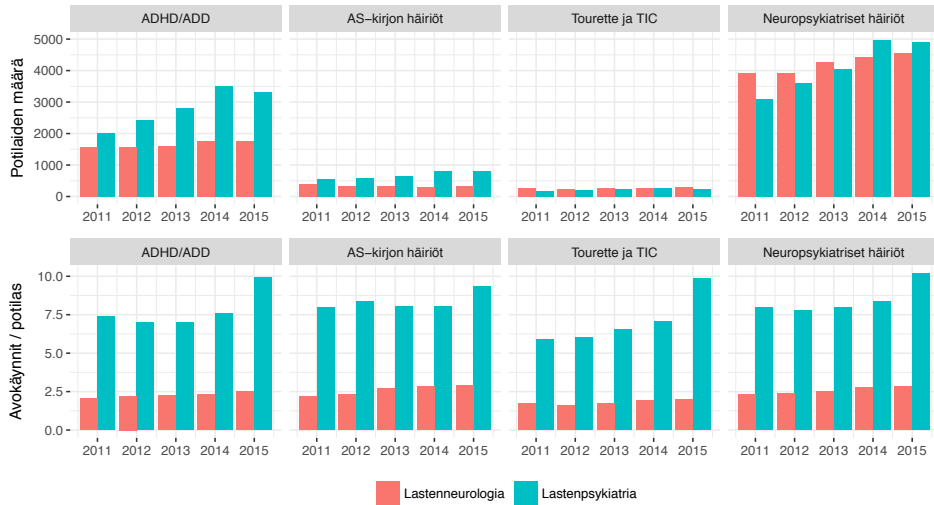


Kuva 11. Osastopotilaiden osuus kaikista potilaista (%) (ylärivi) ja keskimääräinen osastohoitojaksojen hoitoaika päivinä (alarivi) yksittäisissä häiriöryhmissä vuosina 2011–2015. (Sama potilas voi olla useammassa eri diagnoosiryhmässä saatuaan eri päädiagnoosin eri käynneillä. Jos potilaita tai käyntejä on alle viisi, ei näitä tai niistä johdettuja lukuja esitetä. Sosiaalisen vuorov. häiriöt: Lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt)

### 3.5 Neuropsykiatriset häiriöt muilla erikoisaloilla

Lastenneurologialla hoidettiin polikliniinisesti neuropsykiatrisen diagnoosin saaneita lapsia lähes yhtä paljon (4545 potilasta vuonna 2015) kuin lastenpsykiatrilla (4916 vuonna 2015), mutta käyntimäärät potilasta kohden olivat selvästi korkeammat lastenpsykiatrilla (10,2 vuonna 2015) kuin lastenneurologialla (2,9 vuonna 2015) (kuva 12). Neuropsykiatrisissa häiriöissä ohjaututtiin myös foniatrian, fysiatrian ja lastentautien erikoisaloille (noin 400–500 potilasta vuonna 2015). ADHD/ADD:ta ja autismi-kirjon häiriöitä hoidettiin enemmän lastenpsykiatrilla, kun taas Touretten oireyhtymää ja nykimishäiriötä hoidettiin hieman enemmän lastenneurologialla.





**Kuva 12. Avohoitopotilaiden määrä (ylärivi) ja avohoitokäynnit/potilas (alarivi) lastenneurologian ja lastenpsykiatrian erikoisaloilla neuropsykiatrisissa häiriöissä.**

## 4 Hoitoketjukurvat

Hoitoketjulla tarkoitetaan alueellista palvelukokonaisuutta, sopimusta siitä miten potilasta tietyssä tilanteessa tutkitaan ja hoidetaan terveydenhuollon eri tasoilla (Karma 1999). Hoitoketjukurvat haettiin sairaanhoitopiirien kotisivuilta ja Terveystortista. Haussa löytyi yleinen lapsen mielenterveyden hoitoketjukurvaus joka viidennestä sairaanhoitopiiristä. Lähes joka toisessa sairaanhoitopiirissä oli laadittu ADHD:n tai neuropsykiatristen häiriöiden hoitoketjukurvaus. Häiriökohtaiset masennuksen, ahdistuneisuushäiriöiden ja käytöshäiriöiden hoitoketjut oli kuvattu Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (taulukko 3).

**Taulukko 3. Internetissä julkaistut hoitoketjukurvat**

Sairanhoitopiiri	Hoitoketju
Etelä-Karjala	ADHD-oireisen lapsen ja nuoren hoitoketju
HUS-Länsi-Uusimaa	Lasten mielenterveys- ja päihdetyön hoitoketju
HUS-Porvoo	Levottomien ja keskittymättömien lasten ja nuorten hoitopolku Porvoon sairaanhoitoalueella
Kanta-Häme	Lasten mielenterveyden hoidonporrastus
Kanta-Häme	Lasten neurologisten kehitysongelmien hoidonporrastus
Keski-Suomi	Lasten ja nuorten neuropsykiatristet häiriöt
Keski-Suomi	Lasten mielenterveyden hoitoketju
Kymenlaakso	Lasten ja nuorten neuropsykiatristen oireiden ja häiriöiden hoitomalli
Pirkanmaa	Kouluikäisen lapsen ja nuoren (6–17v) tarkkaavuus-yliaktiivisuushäiriön (ADHD) hoitoketju
Pirkanmaa	Lasten mielenterveyden palveluverkko
Pohjois-Pohjanmaa	ADHD (lasten tarkkaavuushäiriö)
Pohjois-Pohjanmaa	Käytöshäiriöt
Pohjois-Pohjanmaa	Lapsen masennus
Pohjois-Pohjanmaa	Lasten ahdistuneisuushäiriöt
Päijät-Häme	Lasten ja nuorten neuropsykiatrinen hoitoketju
Varsinais-Suomi	ADHD

Lähde: www.terveysportti.fi, sairaanhoitopiirien kotisivut

Ylilääkärin haastatteluissa ilmeni, että keväällä 2017 oli valmisteilla lasten neuropsykiatristen häiriöiden hoitoketjukurvaus kahdessa ja ADHD-hoitoketjukurvaus kahdessa sairaanhoitopiirissä. Eräissä sairaanhoitopiireissä oli tehty yksi tai useampia oman

---

organisaation sisäisiä tai terveydenhuollon toimijoille tarkoitettuja joidenkin potilasryhmien hoitokäytäntökuvauksia, joita ei ollut saatavilla internetissä.

Haastatellut ylilääkärit toivat esiin, että toimivien hoitoketjukuvausten myötä lähetekäytännöt selkiytyivät ja erikoissairaanhoidon tuli vähemmän läheteitä sellaisista potilaista, joiden hoidolle erikoissairaanhoidossa ei ole perusteita. Perustason toimijat aktivoituvat miettimään, mitä heidän tulisi tehdä ennen erikoissairaanhoidon ohjaamista ja lisäksi he saavat työkaluja omaan toimintaansa. Yhden haastateltavan mukaan hoitoketjukuvaukset auttoivat myös alueen toimijoiden tutustumisessa toistensa toimintatapoihin ja toisiinsa, jolloin yhteydenpito helpottuu. Haastattelujen mukaan hoitoketjukuvaukset auttavat palveluiden kehittämisessä.

Useimmat ylilääkärit kokivat, että palveluketjujen toimivuuden suurimpana esteenä oli kunnallisten peruspalvelujen epätasaisuus sairaanhoitopiirin alueella. Se näyttäytyi erikoissairaanhoidossa muun muassa siten, että potilaalle ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä tehtävät selvitykset, esimerkiksi psykologiset tutkimukset, jäivät tekemättä. Potilaan ohjaaminen jatkohoitoon perustasolle voi olla mahdotonta, jolloin lapsen ja perheen palvelut painottuivat liian erikoissairaanhoidokeskeiseksi.

*”Hoitoketjukuvauksia on hankala tehdä tästä syystä, palvelujen raja on liukuva riippuen siitä, mitä palveluita on saatavilla lapsen kotikunnassa, esimerkiksi minkä tasoinen perheneuvola siellä on.”*

(ylilääkäri 19)

*”Niitä pitäisi olla jo osittain selvitetty perustasolla ja sit ne saattaa puuttua ja on hajanaisia ja tehdään päällekkäistä työtä. Sitten mitä sen jälkeen, kun meiltä voisi laittaa jo eteenpäin, tuntuu et siellä ei ole sitten mitään, mikä ottaisi vastaan.”*

(ylilääkäri 15)

*”Me ollaan aikamoisia ameeboja suhteessa muihin toimijoihin. Me joudutaan miettimään, et voidaanko kuinka tiukasti pitää jostain erikoissairaanhoidon rajoista. – – Joka paikassa on neuvolapalvelut ja sosiaalitoimi toimii joka paikassa, mutta erot on hirveen isot ja se vaatii meiltä isoa sopeutumiskykyä.”*

(ylilääkäri 17)

Terveyskeskuksissa koettiin yleensä toimivina ne hoitoketjukuvaukset, jotka olivat käytännönläheisiä ja joista löysi toivotun tiedon nopeasti. Hoitoketjukuvaukset olivat hyviä työvälineitä uusille työntekijöille ja tilanteisiin, joita lääkäri kohtasi harvemmin. Haasteena oli hoitoketjukuvausten löytäminen, erikoissairaanhoidon painotteisuus ja epäkäytännöllisyys. Muutama haastateltava toi esiin, että kunnasta voi olla vaikeaa löytää resursseja muuten hyvän hoitoketjun toteuttamiseen.

---

*”Ne ei ole yhdessä paikassa nää ketjut. Niitä ei ole kerätty ja niitä on aika vähän. – – Perustasoa ei ole informoitu näistä hoitoketjuista, eikä ne ole yhdessä tehty. Tai, jos ne on tehty yhdessä, ni on aika erikoissairaanhoidon painotteisesti saneltu, että miten ne tehdään. – – Me tarvittas semmost rautalankaohjetta ja nopeet, helposti saatavat jutut*

(tk, suuri kunta 1)

*”Ei tahdo olla aikaa surffailla ja kattoo mitä on ja löytääkö sitten äkkiä sen, et miten toimia.”*

(tk, suuri kunta 4)

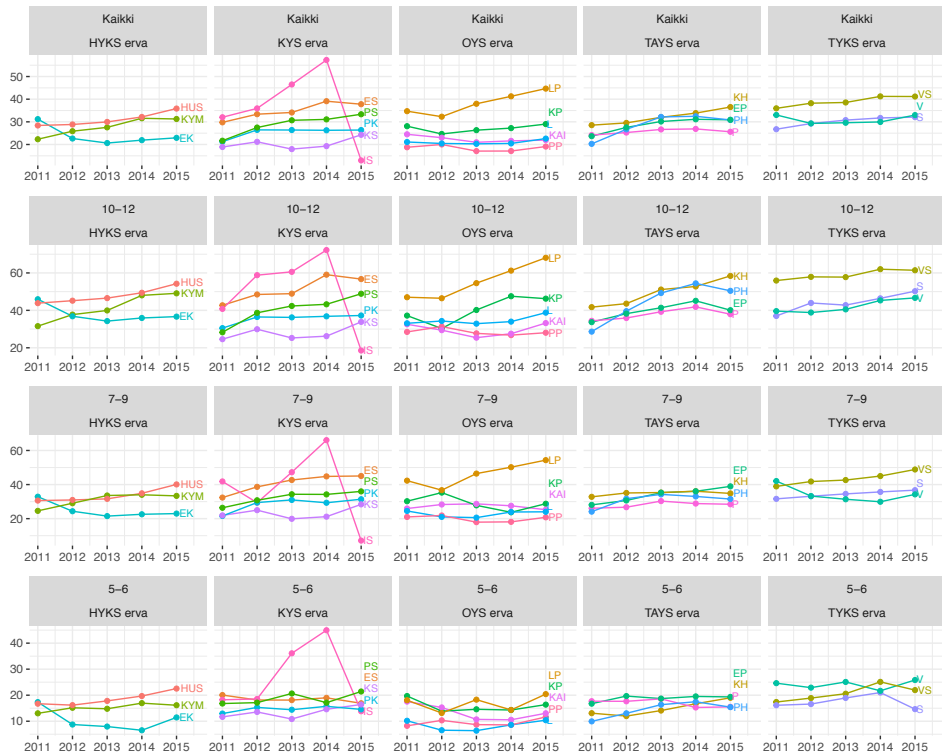
*”ADHD, siinähan on hyvin laaja, hieno, hyvin tehty palveluketjukuvaus. Siinä pitäs laajasti kartottaa kaikkia kehitykseen vaikuttavia tekijöitä ja oppimisvaikeuksia, traumatausta, mieliala, ahdistushäiriötä, ja perusterveydenhuollossa voitais näitä selvittää. Kyllähän näin laajat selvittelyt voi olla vähän haasteellisia järjestää – – Hyvin on painotettu, että ympäristön tukitoimet ja psykososiaaliset hoitotoimet ois tärkeitä, ja se tarkoittaa varmaan, et pitäs olla yhteistyötä koulun ja päiväkotien kanssa, että järjestyis käytännössä esimerkiksi avustajat ja pienryhmäpaikat, mitkä tahtoo olla hyvin kiven alla. Vaikka erikoissairaanhoidostaki tekee lausuntoa, niitä on vaikea saada.”*

(tk, suuri kunta 6)

# 5 Sairaanhoidopiirien potilaat, käynnit sekä omana toimintana annettu hoito ja kuntoutus

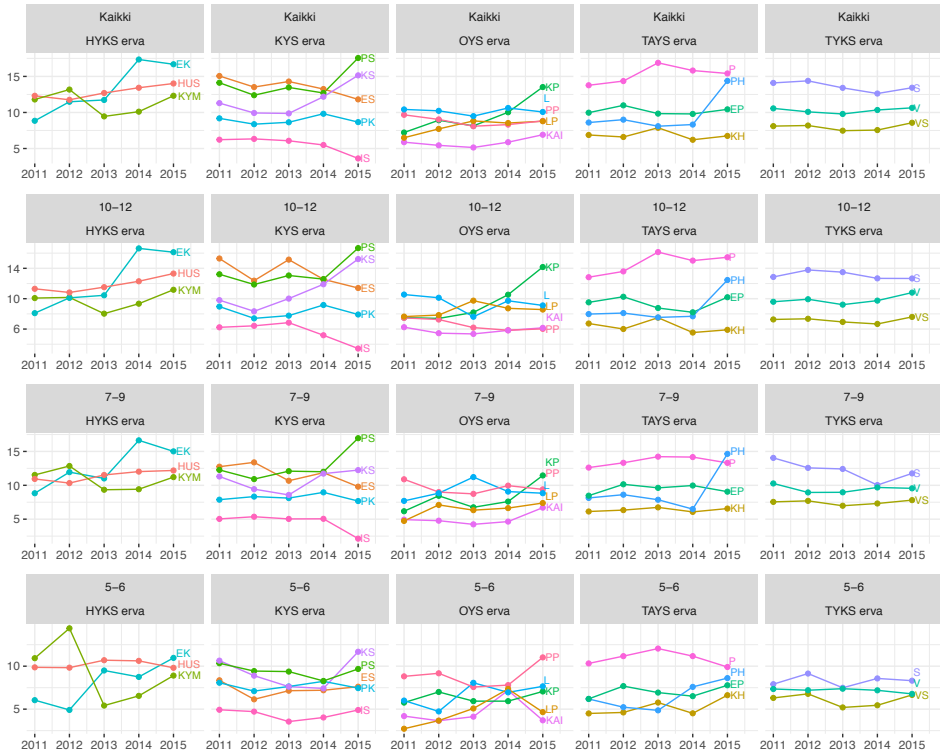
## 5.1 Avohoito

Avohoitopotilaiden määrä vaihteli eri sairaanhoidopiireissä 17–45 potilaan välillä tuhatta 5–12-vuotiasta kohti (Itä-Savo pois lukien). 10–12-vuotiaiden ikäryhmässä potilaita oli eniten, 25–68 potilasta tuhatta vastaavanikäistä kohti. Määrä väheni nuorempiin ikäluokkiin siirryttäessä: 7–9-vuotiaita oli potilaina 18–54 tuhatta vastaavanikäistä kohti. 5–6-vuotiaita potilaita oli 6–26 tuhatta vastaavanikäistä lasta kohden, eli hoitoon ohjautumisen ero sairaanhoidopiirien välillä oli tässä ikäryhmässä yli nelinkertainen (kuva 13). Joissakin sairaanhoidopiireissä väkilukuun suhteutettu potilasmäärä oli nousussa, joissakin määrä oli pysynyt ennallaan tai laskenut. Itä-Savon sairaanhoidopiirin potilaiden väheneminen perustui kirjaamiskäytännön muuttumiseen organisaatiomuutoksen yhteydessä.



**Kuva 13. Avohoitopotilaiden määrä suhteutettuna 1000 vastaavan ikäiseen koko ikäryhmässä, 10–12-, 7–9- ja 5–6-vuotiailla eri sairaanhoitopiireissä 2011–2015. (EK, Etelä-Karjala; EP, Etelä-Pohjanmaa; ES, Etelä-Savo; HUS, Helsingin ja Uudenmaan; IS, Itä-Savo; KAI, Kainuu; KH, Kanta-Häme; KP, Keski-Pohjanmaa; KS, Keski-Suomi; KYM, Kymenlaakso; L, Lappi; LP, Länsi-Pohja; P, Pirkanmaa; PK, Pohjois-Karjala; PP, Pohjois-Pohjanmaa; PS, Pohjois-Savo; PH, Päijät-Häme; S, Satakunta; V, Vaasa; VS, Varsinais-Suomi)**

Avohoitokäyntien määrä potilasta kohden vaihteli eri sairaanhoitopiireissä. Käyntejä oli noin 4–18 käyntiä potilasta kohden (kuva 14). Potilaskohtaisissa käyntimäärissä oli selvää lisäystä viidessä sairaanhoitopiirissä. Alle kouluikäisillä potilailla käyntejä oli hieman vähemmän, keskimäärin 3–14.



**Kuva 14. Käyntien määrä potilasta kohden keskimäärin 10–12-, 7–9- ja 5–6-vuotiailla eri sairaanhoitopiireissä 2011–2015. (EK, Etelä-Karjala; EP, Etelä-Pohjanmaa; ES, Etelä-Savo; HUS, Helsingin ja Uudenmaan; IS, Itä-Savo; KAI, Kainuu; KH, Kanta-Häme; KP, Keski-Pohjanmaa; KS, Keski-Suomi; KYM, Kymenlaakso; L, Lappi; LP, Länsi-Pohja; P, Pirkanmaa; PK, Pohjois-Karjala; PP, Pohjois-Pohjanmaa; PS, Pohjois-Savo; PH, Päijät-Häme; S, Satakunta; V, Vaasa; VS, Varsinais-Suomi)**

Eri sairaanhoitopiireissä raportoitiin olevan 6–22 erilaista lapsen, vanhempiin tai perheeseen kohdentuvaa polikliinistä hoito- tai kuntoutusmuotoa. Määrä jäi keskimääräistä pienemmäksi muun muassa niissä sairaanhoitopiireissä, joissa pitkien välimatkojen takia esimerkiksi terapiat toteutuivat pääosin kuntien perheneuvoloissa. Valikoima oli suurempi sairaanhoitopiireissä, joissa oli käytettävissä lapsen kognitiivisen psykoterapian eri muotoja ja joissa oli otettu käyttöön lasten ja vanhempien ryhmämuotoisia hoitoja ja kuntoutuksia.

### 5.1.1 Perheen ja vanhempien hoito ja kuntoutus

Haastattelujen perusteella ei voi yksiselitteisesti erotella yhden perheen tai pelkästään perheen vanhempien kanssa tehtävää työtä. Yliopistosairaanhoidopiireillä oli yhdestä kolmeen työmuotoa vanhempien tai perheen kanssa työskentelyssä, muilla sairaanhoidopiireillä vaihtelua oli nollassa kuuteen. Useimmat sairaanhoidopiirit järjestivät perheterapiaa omana toimintanaan (taulukko 4). Haastateltavat kuvasivat perheterapiaa integratiiviseksi eli useita perheterapiamuotoja tai työtapoja yhdistäväksi. Joissakin sairaanhoidopiireissä oli lisäksi käytössä strukturoituja ja manualisoituja menetelmiä esimerkiksi Multidimensional Family Therapy (MDFT), Kazdinin vanhemmuustaitojen menetelmä ja yhdelle perheelle sovellettu ART (Aggression Replacement Training)-menetelmä. Traumakeskeinen perheterapia mainittiin haastatteluissa muutaman kerran. Vanhemman ja yhden lapsen vuorovaikutukseen kohdentuvista työmuodoista Theraplay oli yleisin. Sitä oli tarjolla noin kolmasosassa sairaanhoidopiireistä. Vuorovaikutteinen kehityspsykoterapia (Dyadic Developmental Psychotherapy, DDP) oli käytössä viidesosassa ja yhdessä sairaanhoidopiirissä käytettiin soveltaen Parent Child Interaction -terapiaa. Lasten yksilöhoitoihin liittyviä vanhempien tuki- ja ohjauskäyntejä järjesti omana toimintana valtaosa sairaanhoidopiireistä. Moni ylilääkäri kertoi, että jos oman toiminnan lisäksi hankittiin tuki- ja ohjauskäyntejä ostopalveluna, niin omana toimintana hoidetaan kuitenkin erityisesti haastavimpien perheiden vanhempien käynnit.

**Taulukko 4. Erikoissairaanhoidon omana toimintana järjestämä yhden perheen tai vanhempien hoito ja kuntoutus**

Hoito tai kuntoutus	Shp lkm
Perheterapia	16
Traumakeskeinen perheterapia	3
Multidimensionaalinen perheterapia (Multidimensional Family Therapy, MDFT)	2
PerheART (Aggression Replacement Training ) räätälöitynä yhdelle perheelle	2
Perheterapia kognitiivisen käyttäytymisterapian suuntauksella	1
Perheterapia yhdistettynä vuorovaikutteiseen kehityspsykoterapiaan (DDP)	1
Family based treatment, FBT (Maudsleyn malli)	1
Kokonaisvaltainen perheterapiakuntoutus päiväyksikössä	1
Bentovimin perhearviointimallin käyttö interventiona	1
Theraplay/Theraplay-sovellus	7
Vuorovaikutteinen kehityspsykoterapia (Dyadic Developmental Psychotherapy, DDP)	4
Varhaislapsuuden vuorovaikutusterapia	1
Vuorovaikutusohjaus Parent-Child-Interaction Therapy periaatteilla	1
MYmind (mindfulness-perusteinen hoito) räätälöitynä yhden perheen tilanteeseen	1
Perheen neuropsykiatrinen valmennus	1
Lapsen yksilöterapiaan liittyvät vanhempien käynnit	16
Kazdinin vanhemmuustaitojen menetelmä (Parent Management Training, PMT)	1
Lapsen neuropsykiatriseen valmennukseen liittyvä vanhempien työskentely	1



## 5.1.2 Lasten yksilöhoidot ja -kuntoutukset

Lasten yksilöhoito ja -kuntoutusmuotoja oli saatavilla omana toimintana kaikissa sairaanhoitopiireissä, mutta niistä yleisimpiäkään ei ollut tarjolla kaikissa sairaanhoitopiireissä. (Taulukko 5.)

**Taulukko 5. Lasten yksilöhoidot ja kuntoutukset**

Lasten yksilöhoito ja -kuntoutus	Shp lkm
Psykodynaaminen psykoterapia	15
Psykodynaaminen mentalisaatiokyvyn lisäämiseen fokuoiva sovellus	1
Kognitiivinen psykoterapia	13
Kognitiivinen fokuoitu lyhytterapia	3
Kognitiivinen käyttäytymisterapia	7
Kognitiivinen käyttäytymisterapia, tavankääntö	4
Kognitiivinen traumafokuoitu käyttäytymisterapia (TF-CBT)	4
Kognitiivinen remediaatioterapia (CRT) sovellus lapsille	1
Perheterapeutin antama kognitiivispainotteinen terapia	1
Toimintaterapia	12
Kuvataideterapia	5
Musiikkiterapia	1
Silmänliiketerapia (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR)	6
Traumaterapia	2
Narratiivinen traumaterapia	2
Kehon-mielen yhteys -hoito (Mind Body Bridging, MBB)	1
Ratsastusterapia	1
Fysioterapia	2
Puheterapia	1
Neuropsykiatrinen valmennus	12
Neuropsykologinen kuntoutus	1
Neurostimulaatio	1

Lapsille oli tarjolla erilaisia yksilöhoito- ja kuntoutusmuotoja eri yliopistosairaanhoitopiireissä kuudesta kahdeksaan ja muissa sairaanhoitopiireissä kahdesta kahdeksaan. Tavallisimmat omana toimintana annetut hoitomuodot olivat kognitiivinen psykoterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia eri muotoineen, psykodynaaminen psykoterapia, toimintaterapia ja neuropsykiatrinen valmennus. Useat haastateltavat korostivat, että omana toimintana voidaan pitkäkestoisia terapioita järjestää rajoitetusti tai poikkeustapauksissa.

### 5.1.3 Lasten ryhmät

Lasten polikliinistä ryhmähoitoa ja kuntoutusta järjestettiin omana toimintana vaihtelevasti ja enimmillään käytössä oli kahdeksan eri ryhmähoitomuotoa. Yliopistosairaanhoitopiirit järjestivät keskimäärin enemmän erilaisia ryhmiä kuin muut sairaanhoitopiirit. Jotkut ryhmistä järjestettiin lapsille osastohoidon aikana. Viidessä sairaanhoitopiirissä ei lasten ryhmiä järjestetty omana toimintana lainkaan, mutta niistä kahdessa lasten ryhmähoitoja oli mahdollista hankkia ostopalveluna. (Taulukko 6.)

**Taulukko 6. Lasten ryhmähoidot ja -kuntoutukset**

Lasten ryhmät	Shp lkm
<b>Sosiaalisten taitojen edistäminen</b>	20
Sosiaalisten taitojen/vuorovaikutuksen ryhmä Kaveritaitoryhmä/Kaveritaitoryhmä tytöille, joilla on ahdistuneisuushäiriö ART (Aggression Replacement Training) ryhmä/ART-ryhmäsovellus Toiminnallinen ryhmä (aggression hallinta, sosiaaliset taidot, käyttäytymisen säätely) Askeleittain-ryhmä (myös tunteiden säätely)	
<b>Tunteiden ja ahdistuneisuuden säätely</b>	4
Tunnetaituri Cool kids 10 x kognitiivinen ryhmä (ahdistuneisuushäiriö) Ryhmä lapsille, joilla on ahdistuneisuushäiriö Tunteiden/ahdistuneisuuden hallintaryhmä, nuorten dialektisen käyttäytymisterapian DKT sovellus	
<b>Mindfulness</b>	2
MYmind-ryhmä/MYmind-ryhmäsovellus	
<b>Ryhmät lapsille, joilla on neuropsykiatrinen häiriö</b>	4
Taito-ryhmä (dialektinen käyttäytymisterapia, toiminnanohjaus) Ryhmä lapsille, joilla on ADHD Ryhmä lapsille, joilla on Touretten oireyhtymä	
<b>Muut</b>	6
Ryhmäpsykoterapia (varhain vaurioituneet lapset) Toimintaterapiaryhmä/Toimintaterapiaparikuntoutus Kognitiivinen ryhmä Toiminnallinen ryhmä Ryhmä lapsille, joilla on valikoiva puhumattomuus Ryhmä lapsille, joilla on käytöshäiriö	

Haastatteluissa tuli esille kahdeksan ryhmämenetelmää tai sen sovellusta (esim. ART, MYmind-sovellus), mutta toimintaa kuvattiin tavallisesti yleisemmin mainitsemalla esimerkiksi työmuoto (kognitiivinen ryhmä), tavoite (sosiaalisten taitojen ryhmä) tai kohderyhmä (lapset, joilla on valikoiva puhumattomuus). Sairaanhoitopiirien itse räätälöimien ryhmätoimintojen määrää ei haastattelujen perusteella voi täsmälleen määrittää, mutta vaikutelmaksi tuli, että räätälöityjä ryhmätyyppejä oli suunnilleen saman verran kuin tietyn menetelmän mukaisesti toteutettuja ryhmiä. Eniten järjestettiin lasten sosiaalisten taitojen edistämiseen kohdennettuja ryhmiä, ja kuudessa sairaanhoitopiirissä niitä voitiin tarjota eri painotuksilla.

## 5.1.4 Vanhempien ja perheiden ryhmät

Yliopistosairaanhoitopiirit järjestivät yhdestä seitsemään erilaista vanhempien ryhmää, muissa sairaanhoitopiireissä enimmillään kolme. Vanhempien ryhmiä ei ollut tarjolla kuudessa sairaanhoitopiirissä ollenkaan. Eräs haastateltava totesi, että vanhempien ryhmiä oli yritetty järjestää, mutta niihin halukkaita vanhempia ei löytynyt.

Osaan lasten ryhmämenetelmistä kuuluu oleellisena osana samanaikainen vanhempien ryhmä, kuten esimerkiksi MYmind-menetelmään. Lisäksi puolet sairaanhoitopiireistä järjesti muiden lasten ryhmiensä rinnalle vanhempien ryhmät. Vain pienessä osassa sairaanhoitopiirejä oli tarjolla erikoissairaanhoidon toimintana johonkin tiettyyn menetelmään perustuva vanhempien ryhmä, esim. Ihmeelliset vuodet. (Taulukko 7.)

**Taulukko 7. Vanhempien ja perheiden ryhmähoidot ja kuntoutukset**

Vanhempien ja perheiden ryhmähoidot ja kuntoutukset	Shp lkm
Lasten ryhmään liittyvä vanhempien ryhmä Häiriökohtainen: ADHD, Tourette, käytöshäiriöt Hoitotyyppi: Toimintaterapia, musiikkiterapia (op), MYmind –sovellus Tavoite: Sosiaaliset taidot, Tunnetaiturit Nimeämätön: Toiminnallinen ryhmä	10
Dialektiseen käyttäytymisterapiaan perustuva vanhemmuustaitoryhmä	2
Perhe ART (Aggression Replacement Training)	2
Vanhempien ryhmä	2
MYmind -vanhempien ryhmä	2
Ihmeelliset vuodet -ryhmä	1
Vakauttava vanhempien ryhmä	1
Traumafokusoitu vanhempien/sijaisvanhempien ryhmä	1
Sijaisvanhempien ryhmä, vuorovaikutteisen kehityopsykoterapian (DDP) näkökulma	1
Psykoedukatiivinen ryhmä, neuropsykiatriset lapset	1
Käytöshäiriöisten lasten vanhempien ryhmä	1
Vanhempien ja lasten perheryhmä (vuorovaikutuksen ja vanhemmuuden tuki)	1
Toiminnallinen isä-poika -ryhmä	1

## 5.2 Liikkuva työ ja kotiin menevä työ

### 5.2.1 Palvelut

Kaikissa sairaanhoitopiireissä tehtiin erikoissairaanhoidon palveluna kotiin sekä päiväkotiin ja kouluun suuntautuvaa työtä. Joissakin yksiköissä kaikki työryhmät tekivät osaksi liikkuvaa työtä, ja joissakin jotkut työparit tai työryhmät tekivät pelkästään liikkuvaa työtä. Ylilääkärit painottivat haastatteluissa hiukan eri näkökulmia, jotkut

---

sisällöllistä ja jotkut työn organisoinnin näkökulmaa. Joitakin työmuotoja mainittiin vain kerran, joitakin useammin.

Ainakin kolmessa sairaanhoitopiirissä tehtiin perustasolle konsultatiivista, joitakin käyntikertoja käsittävää liikkuvaa työtä. Toiminta käynnistyi ilman lääkärin lähetettä jonkin toisen ammattikunnan pyynnön perusteella, joten lapset eivät tulleet varsinaisesti erikoissairaanhoidon potilaaksi.

Useimmat ylilääkärit kertoivat, että lapsen tultua erikoissairaanhoidon potilaaksi liikkuvaa työtä voitiin tehdä eriasteisesti osana polikliinistä tutkimusjaksoa. Kotona havainnoitiin lasta ja vuorovaikutusta sekä tehtiin perhearvioita. Yksi ylilääkäri kertoi, että joskus koko tutkimusjakso toteutettiin kotona. Lapsen koulussa tai päiväkodissa voitiin käydä havainnoimassa ja järjestää verkostoneuvotteluja.

Akuuttihoidossa, jossa lähetteen kiireellisyys on yhdestä seitsemään päivään, tehtiin useasti ainakin osaksi liikkuvaa, mielenterveysambulanssityyppistä työtä. Eräs ylilääkäri kuvasi toimintaa nopeasti kotiin tai kouluun meneväksi interventioksi, jonka avulla turvattiin lapsen tilanne ja tehtiin lapsen verkoston aikuisten kesken työjako.

Yli puolessa sairaanhoitopiireistä toteutettava intensiivinen avo-, koti- tai kotisairaalahoido oli suunnitelmallinen ja tiivis kotona tapahtuva hoitojakso sisältäen yhdestä neljään käyntiä viikossa. Yhdessä sairaanhoitopiirissä intensiivistä avohoitoa toteutettiin tarvittaessa yhteistyössä lastensuojelun perhetyön kanssa. Kotihoitojaksoja voitiin toteuttaa perheen niin halutessa osaksi kotona ja osaksi poliklinikalla. Yhdessä sairaanhoitopiirissä kotihoitotiimi räätälöi tarvittaessa kokonaan polikliinisen jakson perheelle, joka ei halua kotihoitojaksoa. Liikkuvaan työhön voi kuulua verkostoneuvotteluja, joissa tarpeen mukaan esimerkiksi lastensuojelu osallistui perheen tukitarpeiden kartoitukseen. Lastenpsykiatrian henkilökunta voi osallistua lapsen henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskevan suunnitelman (HOJKS) -neuvotteluun koulussa.

Kotikäyntejä tehtiin lapsen osastojaksoon liittyen monissa sairaanhoitopiireissä. Käynti voi olla ennen jaksoa tai sen aikana kotona toteutuva perhepäivä. Osastohoidon jälkeen hoidollinen kontakti saattoi jatkua, ja yhdessä sairaanhoitopiirissä esimerkiksi lapsen odottaessa psykoterapian alkamista omahoitaja teki kotikäyntejä.

Kotiin menevää työtä hankittiin kahdessa sairaanhoitopiirissä oman toiminnan lisäksi ostopalveluna, jolloin ostettiin tiettyyn hoidolliseen tarkoitukseen räätälöityä hoitoa, jonka toteutuminen kotona nähtiin tärkeänä. Tällaisia hoitoja saattoivat olla esimerkiksi perheterapiajakso lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välimaastossa oleville perheille tai tiettyä osaamista, esimerkiksi traumaosaamista edellyttävät hoidot. Ainakin osassa sairaanhoitopiirejä kotiin menevää ja liikkuvaa työtä pyrittiin lisäämään.

*”Se on mihin suuntaan ollaan viime vuosina panostettu ja oon pitänyt kotiin suuntautuvaa työtä silmiä avaavana. Päästään nopeammin käsiksi siihen pulmaan minkä äärellä ollaan.”*

(ylilääkäri 12)

---

Toisaalta havaintona oli, että kovin intensiiviseen kotiin menevään avohoitoon osallistuminen ei ole aina perheelle mahdollinen tai toivottu vaihtoehto.

*”Kun purettiin osasto, suunniteltiin akuuttihoitajaksoja, jopa päivittäisiä käyn-  
tejä. Näitä tarjottiin alkuvaiheessa ja joitakin yksittäisiä hyvinkin tiiviitä on ollut.  
Kun tiiviimpää tarjotaan perheelle, he kokevat sen liian kuormittavana. Akuutti-  
tiimissäkin käyntimäärä on rajautunut noin kertaviikkoiseksi, joissakin ehkä  
kaksi kertaa viikossa, mutta harvemmin.”*

(ylilääkäri 14)

Kaikkein pohjoisimmissa sairaanhoitopiireissä välimatkat rajoittivat selvästi liikkuvien työmuotojen käyttöä sitä enemmän, mitä pidemmäksi matka kasvaa ja mitä enemmän lähetemäärä kasvaa.

*”Pisin matka alueen laiduille vie jopa 2 t suuntaansa, yhteensä nelisen tuntia. Sel-  
laisia käyn-tejä ei voi kovin usein tehdä, mutta ne ovat aivan oleellisen tärkeitä ja  
lisäävät meidän ymmärrystä tilanteesta, kun näkee kodin metsän keskellä, min-  
käläinen se on ja mitä siellä on. Se suhteellistuttaa hoitamistakin, tekee realisti-  
semäksi sen mitä suunnitellaan, mitä kannattaa, mikä on tärkeitä.”*

(ylilääkäri 3)

*”Vaikka huomattaisiin, että jalkautuvasta työstä voisi olla hyötyä yksittäisenäkin  
käyntinä, ei sitäkään ole välttämättä mahdollisuutta järjestää.”*

(ylilääkäri 19)

Näissä sairaanhoitopiireissä perheille haettiin tarvittaessa kotipaikkakunnan perhe-  
työtä (sosiaalihuoltolain mukainen perhetyö, lastensuojelun perhetyö), jota erikoissai-  
raanhoito tuki omalla osaamisellaan.

## 5.2.2 Ammattikunnat

Ylilääkäreiden haastatteluissa nimettiin lapsen kotona ja muissa kasvuympäristöissä tehtävän työn toteuttajiksi kymmenen eri ammattikuntaa sairaanhoitajien lisäksi. Työ-  
tehtävästä riippuen oli muodostettu erilaisia työpareja, jotta työntekijöiden osaamis-  
alueet täydentäisivät toisiaan. Liikkuvaa työtä toteuttivat pääasiallisesti sairaanhoita-  
jat. Heillä saattoi olla lisäkoulutuksia, esimerkiksi neuropsykiatrisen valmentajan tai  
perhe- tai muun psykoterapiamuodon koulutus. Kotiin menevään työhön osallistui  
usein perheterapeutti ja tällä erityiskoulutuksella oli silloin tärkeämpi merkitys kuin  
ammattikunnalla. Kotona toteutuvaan työhön osallistuivat myös sosiaalityöntekijät,

---

toimintaterapeutit ja psykologit. Lääkäri ei osallistunut liikkuvaan työhön lainkaan noin kolmasosassa sairaanhoitopiireistä, ja parissa haastattelussa kävi ilmi sen liittyvän lääkäripulaan. Muita lapsen kotona ja muissa kasvuympäristöissä tehtävään työhön osallistuvia ammattilaisia olivat puheterapeutti, kuntoutusohjaaja, mielenterveyshoitaja, erityislastentarhanopettaja, lastenhoitaja ja liikuntaterapeutti. Sairaanhoitajat työskentelivät joskus työparina myös kunnan perhetyöntekijän kanssa, tuoden lastenpsykiatrista näkemystä perheiden kanssa tehtävään käytännön työhön.

### 5.2.3 Menetelmät

Useiden ylilääkäreiden mukaan työntekijät käyttivät liikkuvassa työssä tilanteen edellyttämällä tavalla integratiivisesti kaikkia hoidollisia menetelmiä, joihin ovat saaneet koulutusta. Eri työntekijät voivat siten käyttää eri menetelmiä ja toimia suunnitelmallisuuden lisäksi joustavasti.

*”Kaikenlaista mitä on opittu, sovelletaan”*

(ylilääkäri 16)

*”Kotiin menevä työpari suunnittelee etukäteen käynnin sisällön ja ottaa tietynlaisia työkaluja omasta koulutustaustastaan, esim. perheterapeutti omastaan, toimintaterapeutti, jolla kognitiivisen psykoterapian koulutus, ottaa niistä joitakin osia joita voivat käyttää.”*

(ylilääkäri 11)

*”Työparit toimivat joustavasti, ajoittain on tarpeen tavata hoidossa olevaa lasta, mutta välillä otetaan sisaruksia mukaan, välillä tuetaan ja supportoidaan vanhempia ja käydään vanhempien asioita läpi.”*

(ylilääkäri 3)

Koti-, päiväkotit ja koulukäynneillä tehtiin sekä arvioita että hoidollista työtä. Kaksi ylilääkärää kertoi käytössä olevan strukturoituja perhearviointimenetelmiä. Perheen ja lapsen toiminnan havainnoinnin lisäksi kotikäynneillä arvioitiin myös sitä, tarvitseeko perhe hoidollisen työn lisäksi jotain muuta tukea, esimerkiksi sosiaalitoimen perhetyötä.

Useat ylilääkärit kertoivat psykoedukaation ja ohjauksen olevan keskeisiä työmuotoja kotikäynneillä. Kukin ammattikunta antoi oman erikoisosaamisensa mukaista ohjausta. Perheelle pyrittiin löytämään käytännön keinoja arjen helpottamiseksi. Neuropsykiatrisen valmennuksen näkökulma ja menetelmät olivat käytössä monessa sairaanhoitopiirissä ja niitä käytettiin paitsi kotona, myös päiväkodissa ja koulussa tehtävässä työssä.

---

*”Hoidollinen jakso on voinut suuntautua kokonaan kouluun tai päiväkotiin, jossa on strukturoitu lapsen olemista. Monesti vaikeasti käytösongelmaisia pieniä lapsia aikuiset alkavat pelätä ja tulee kummallisia vuorovaikutuskuvioita, eikä se lisää lapsen turvallisuudenkokemusta.”*

(ylilääkäri 10)

Perheterapeuttiset menetelmät oli tavallisin haastatteluissa esille tullut kotona käytettävä työmuoto, ja se mainittiin useammin kuin varsinainen kotona tehty perheterapia. Kotona tapahtuva perheterapia saattoi toisaalta olla osa meneillään olevaa, pääosin polikliinisesti tehtävää perheterapiahoitoa. Tiettyjä perheterapiamenetelmiä oli kotiin menevässä työssä yksittäisissä sairaanhoitopiireissä, niistä esimerkkeinä mentalisatioperusteinen perheterapia (Mentalization-Based Family Therapy, MBT-F) ja multidimensionaalinen perheterapia (Multidimensional Family Therapy, MDFT). Pienten lasten perheiden kanssa käytettiin varhaisen vuorovaikutuksen psykoterapian työmenetelmiä kolmessa sairaanhoitopiirissä. Yhdessä sairaanhoitopiirissä Theraplay-hoito voidaan joskus toteuttaa kotona. Yhdessä sairaanhoitopiirissä käytettiin Interactional guidance-menetelmää ennen perheosastojaksoa.

Kognitiivisia ja käyttäytymisterapeuttisia sekä myös psykodynaamisen psykoterapian näkökulmia ja interventioita hyödyntävä työ tuli esille muutamassa haastattelussa. Kotona voitiin käyttää myös toiminnallisia menetelmiä, kuten ruuan laittamista yhdessä perheen kanssa tai pelaamista. Joissakin sairaanhoitopiireissä käytettiin työskentelyn apuvälineenä videointia ja yhdessä oli käytössä Voimaannuttavan valokuvauksen menetelmä. Pesäpuu ry:n työvälineitä (esim. erilaisia keskustelua mahdollistavia korttisarjoja) oli myös käytössä.

Verkoston kanssa työskentelyssä käytettyinä menetelminä mainittiin Dialogisen verkostotyön malli ja Huoli puheeksi -menetelmä. Verkostokokouksissa tehtiin sopimukset työnjaosta perheen ja muiden toimijoiden kanssa.

Muutamassa sairaanhoitopiirissä lapsen yksilöterapiaa voitiin erityistapauksissa tehdä kotona, esimerkiksi jos lapsi oli vakavan somaattisen sairauden vuoksi infektioherkkä tai oli psyykkisten oireidensa vuoksi jumittunut kotiin. Yhdessä sairaanhoitopiirissä psykoterapia toteutui lapsen koulussa. Yksi ylilääkäri kertoi liikkuvasta trauma- ja akuuttihoitosta, jota tehtiin yhteistyössä aikuis- ja nuorisopsykiatrian kanssa. Toisessa sairaanhoitopiirissä oli kehitetty oma kriisitilanteiden verkostomalli.

## 5.3 Osastohoito

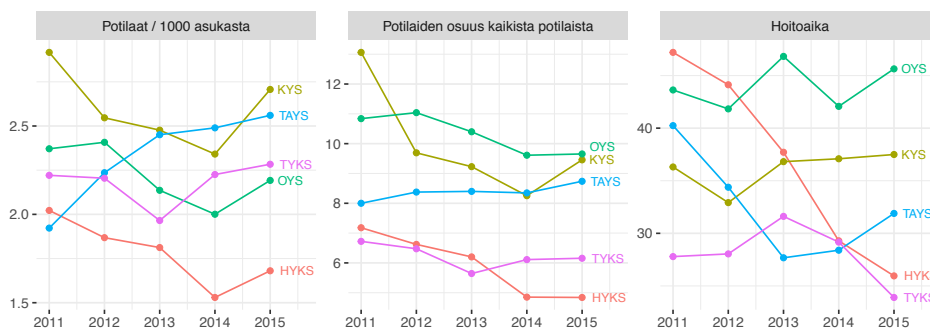
### 5.3.1 Yleistä

Lastenpsykiatrisen osastohoidon hoitopaikkojen määrä vaihteli erityisvastuualueiden välillä. Kun huomioidaan kokovuorokausi-, päivä- ja perheosastopaikat yhteensä, erilaisia osastopaikkoja oli niukimmin Helsingin ja Uudenmaan erityisvastuualueella,

jossa käytössä oli yksi paikka 4431 5–12-vuotiasta lasta kohden ja eniten harvaan asutuilla erityisvastuualueilla Pohjois-Savossa ja Pohjois-Pohjanmaalla, joissa vastaavat luvut olivat 1/1555 ja 1/1607 lasta. On kuitenkin huomattava, että sekä Pohjois-Savon että Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä lastenpsykiatrisilla osastoilla hoidetaan myös 13 vuotta täyttäneitä. Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen erityisvastuualueet sijoituivat näiden välille (1/2872 ja 1/2725).

### 5.3.2 Osastohoito erityisvastuualueittain

Koska osastohoitoa ei ole kaikissa sairaanhoitopiireissä, sitä tarkasteltiin erityisvastuualueittain. Kainuun vuodeosasto toimii vain arkisin ja potilaat kirjataan ulos viikonlopuksi. Tästä johtuen Kainuu on mukana vain OYS erityisvastuualueen potilasmääriä tarkasteltaessa. Eri erityisvastuualueilla oli vuodeosastopotilaita 1000 vastaavan ikäistä asukasta kohden 1,5–2,9. Osastopotilaiden osuus kaikista potilaista vaihteli 5 ja 13 % välillä. Keskimääräinen osastohoidon pituus oli lyhimmillään 24 ja pisimmillään 47 vuorokautta. TYKS:n, TAYS:n ja HYKS:n erityisvastuualueilla hoitoajat lyhentyivät vuodesta 2011 vuoteen 2015. (Kuva 15.)



**Kuva 15. Osastopotilaat/1000 vastaavan ikäistä, osastopotilaiden osuus kaikista potilaista ja hoitoaika eri erityisvastuualueilla 2011–2015.**

Sairaanhoitopiireistä eniten osastopaikkoja on Kainuussa, jossa niitä on yksi 860 5–12-vuotiasta lasta kohden, ja seuraavaksi eniten Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, jossa vastaava suhde on 1/996. Vähiten osastopaikkoja on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, 1 osastopaikka 4532 5–12-vuotiasta lasta kohden ja seuraavaksi vähiten Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä, jossa suhde on 1/3935 lasta. Osastohoitoa ei ole omana toimintana kahdessa pienimmässä sairaanhoitopiirissä (Itä-Savo ja Länsi-Pohja) sekä Etelä-Karjalan ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä. Näistä



---

Itä-Savo käyttää Pohjois-Savon, Länsi-Pohja Pohjois-Pohjanmaan ja Etelä-Karjala Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin osastopaikkoja. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri oli haastattelujen mukaan lähettänyt lapsia tarvittaessa Kanta-Hämeen ja Pirkanmaan sekä Kymenlaakson sairaanhoitopiirien osastopaikoille. Ainoastaan yhdessä sairaanhoitopiirissä suunniteltiin osastopaikkojen lisäämistä, ja sielläkin suunnitelmassa oli päiväosastopaikkojen lisääminen tavoitteena lisätä mahdollisuuksia hoitaa koko perhettä. Yksi ylilääkäri kertoi, että suunnitelmissa oli vähentää osastopaikkoja kahden seuraavan vuoden aikana.

Yliopistosairaanhoitopiireissä osastoja oli yhdestä kuuteen ja paikkoja oli käytettävissä 10–32. Muissa sairaanhoitopiireissä oli yksi osasto lukuun ottamatta Etelä-Pohjanmaata ja Satakuntaa, joissa oli kaksi osastoa. Paikkoja muissa kuin yliopistosairaanhoitopiireissä oli käytettävissä 5–11. Kokovuorokausipaikkojen ja päiväpaikkojen osuus vaihteli sairaanhoitopiireittäin. Kokovuorokausipaikkoja oli enemmän kuin päiväpaikkoja. Vain yliopistosairaaloissa oli osastoja, jotka toimivat myös viikonloppuisin. Muiden sairaanhoitopiirien viikko-osastoilla hoidetut lapset olivat kotona viikonloppuisin, mutta erityistilanteessa lapsi voitiin ottaa oman sairaanhoitopiirin sairaalan muulle osastolle, lähinnä nuorisopsykiatrian osastolle. Useimmissa yliopistosairaanhoitopiireissä osastopaikkojen käyttöä ohjattiin jaotteleamalla ne tutkimus-, hoito- ja kriisipaikkoihin. Eräs ylilääkäri kuitenkin kertoi, että edellä mainitusta jaottelusta luopuminen oli helpottanut osastopaikkojen käyttöä.

Yliopistollisen keskussairaaloiden osastojen tehtäväkuva määriteltiin akuutti- ja kriisiosastoksi tai tutkimus- ja hoito-osastoksi paitsi Pirkanmaalla, jossa lapset sijoituvat osastolle kliinisen arvion mukaisesti joko neuropsykiatrian, traumapsykiatrian tai säätelyhäiriöpsykiatrian osastolle, eikä erillistä kiireellisen hoidon osastoa ole (taulukko 8).

Yleisimmin lastenpsykiatrisen osastohoidon yläikäraja oli 12 vuotta, mutta kahdessa sairaanhoitopiirissä yläikäraja oli 14 vuotta, ja yhdessä sairaanhoitopiirissä oli osasto 11–14-vuotiaille varhaisnuorille, jonne kehityksellisin ja hoidollisin perustein voitiin ottaa joskus myös 15-vuotias potilaaksi. Muutama ylilääkäri mainitsi, että 12 vuoden ikärajasta voitiin joustaa ja jatkaa hoitoa 13-vuotiaan kanssa. Haastatteluissa tuli esille, että pieniä ja erityisesti alle kouluikäisiä lapsia hoidettiin pääsääntöisesti päiväosastolla ja perhepaikoilla, kun osastohoito oli tarpeellista.

Osastohoitoa kerrottiin tarvittavan avohoidon tukena tilanteissa, joissa lapsen kokonaistilanne on vaikea itsetuhoisuuden tai pitkäkestoisten ja laaja-alaisten ongelmien vuoksi, jälkimmäisistä esimerkkeinä nimettiin neuropsykiatriset häiriöt, psykoosit ja vaikeat käytöshäiriöt. Osastohoidon kerrottiin olevan tarpeen myös, kun oireilu häiritsee lapsen toimintakykyä arjessa siinä määrin, että koulussa on suuria ongelmia, eikä perhe selviä omin voimin. Kolmantena osastojakson perusteena mainittiin lapset, joiden tutkiminen avohoidossa ei onnistu, koska esimerkiksi vanhemmat eivät saa lasta vastaanotolle tai lapsi ei asetu tutkimustilanteeseen. Osastohoidon kohderyhmäksi mainittiin millä tahansa diagnoosilla tulevat, tiivistä tutkimusta tai hoitoa tarvitsevat lapset.

**Taulukko 8. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin lastenspsykiatrian osastojen kohderyhmät (kouluikäiset lapset)**

Osasto	Lasten häiriöt
1. Säätelyhäiriöpsykiatrian yksikkö Kokovrk-osasto	Käytöshäiriöt Komplisoituneet ADHD:t Ahdistuneisuushäiriöt Mielialahäiriöt Pakko-oireiset häiriöt (osa) Psykoottiset häiriöt (osa) Syömishäiriöt Unihäiriöt (osa) Tuhriminen
2. Traumapsykiatrian yksikkö Kokovrk-osasto	Akuutit ja komplisoituneet traumat Psykoottiset häiriöt (osa) Mielialahäiriöt (osa) Ahdistuneisuushäiriöt (osa) Pakko-oireiset häiriöt (osa)
3. Neuropsykiatrian yksikkö Päiväosasto	Autismikirjon häiriöt (pääosa) Touretten oireyhtymä Komplisoituneet TIC-häiriöt Komplisoituneet ADHD:t (osa)

### 5.3.3 Osastohoidossa käytetyt menetelmät

Haastatteluissa välittyi melko yhtenäinen kuva osastohoidon keskeisistä elementeistä eli omahoitajasuhteesta ja yhteisohidosta. Haastateltavat painottivat osaston toimenkuvaan liittyen kuitenkin hiukan eri asioita ja käytettyjen yksittäisten menetelmien kirjo oli laaja. Useimmat haastateltavat mainitsivat omahoitajasuhteen, ja muut jäljempänä esitellyt työmuodot tai tietyt menetelmät mainittiin yhden tai joitakin kertoja.

Omahoitajasuhdetta luonnehdittiin muun muassa siten, että siinä lapsi saa tukea psyykkiseen kasvuun kahdenkeskisen vuorovaikutuksen avulla. Eräs ylilääkäri määritteli osastohoidon tiiviinä yksilötason vuorovaikutushoitona, jossa aikuiset ovat isossa osassa, mutta myös muut lapset. Osastohoitoon sisältyvinä hoidollisina elementteinä mainittiin myös se, että lapsi voi harjoitella suhdetta lapsiryhmään ja muihin aikuisiin. Osastojakso toimii yhteisohitona, jossa henkilökunta huolehtii lapsiryhmän hoidollisuudesta kokonaisuutena.

Osastojaksojen työmenetelminä mainittiin psykoedukaatio sekä kognitiivisten ja neuropsykiatristen menetelmien käyttö. Osastolla lapsen kerrottiin saavan kokemuksen ennustettavasta arjesta. Lapsi voi hoidossa ollessaan harjoitella arjen taitoja kuten syömistä, nukkumista, hampaiden pesua ja koulunkäyntiä. Osastolla voitiin järjestää erilaisia räätälöityjä arkielämän toimintoja lähellä olevia ryhmiä, joista esimerkkinä mainittiin liikuntaryhmä, leivontaryhmä, askarteluryhmä, musiikkiryhmä, toimintaryhmä ja poikien seikkailuryhmä. Näiden lisäksi joissakin sairaanhoitopiireissä tarjottiin tiettyihin hoitomenetelmiin tai tavoitteisiin liittyviä ryhmiä kuten ART, sosiaalis-

---

ten taitojen ryhmä, tunneryhmä, kehon-mielen-yhteys – ryhmä (MBB) sekä taide- ja musiikkiterapiaryhmiä.

Osastolla ollessaan kouluikäinen lapsi käy sairaalakoulua. Sairaalakoulussa saatujen kokemusten ja ymmärryksen perusteella lapsen omaa koulua voitiin tukea konsultatiivisesti. Sairaalakoulun opettaja osallistui osaston kiertoihin ainakin yhdessä yksikössä. Lapsen siirtymistä osastojakson jälkeen omaan kouluunsa voitiin helpottaa asteittain lisääntyvällä koulunkäynnillä omassa koulussa, jonne myös sairaalan hoitaja voi mennä alussa lapsen tueksi.

*”Osastopaikkojen vähentymiseen liittyen on aloittanut sairaanhoitaja, joka on kouluhoitaja ja sairaalakoulun tunneilla mukana hoitamassa lasten psyykkistä puolta. Ajatuksena on, että hän voisi lapsen kanssa siirtyä sairaalakoulusta lapsen omaan kouluun ja valmentaa sinne menemistä.”*

(ylilääkäri 14)

Ylilääkäreiden haastattelujen mukaan kaikilla osastoilla työskenneltiin vanhempien ja lapsen perheen kanssa. Myös laajennettu perhe oli mahdollista ottaa tapaamisille mukaan. Yhdessä sairaanhoitopiirissä vanhemmat tai toinen vanhempi oli koko ajan lapsen mukana osastolla, jolloin vuorovaikutusta voitiin ajantasaisesti tukea.

*”Arvioidaan vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta ja pyritään vaikuttamaan siihen välittömästi. Osastolla sairaalakouluun lähtemiset, liikkumiset ym. aktivoivat niin että nähdään missä keskeiset pulmat on ja pystytään kohdistamaan tiettyihin asioihin hoitoa. Vanhempia autetaan saamaan tilanteet hallintaan. Iltapäivä- ja iltavuoroissa on paljon henkilökuntaa, jotta pystyvät olemaan kaikkien perheiden kanssa.”*

(ylilääkäri 6)

Yhdelle tai usealle perheelle voitiin järjestää esimerkiksi toiminnallisia päiviä tai iltoja osastolla tai perheen kodissa. Sisaruksille järjestettiin toiminnallisia yhteiskäyntejä. Vanhemmille järjestetyissä ryhmissä voitiin käyttää Voimaannuttava valokuva -menetelmää. Vuorovaikutushoidoista mainittiin Theraplay ja sen sovellukset. Joissakin yksiköissä perheen tukemista voitiin jatkaa kotikäynneillä osastojakson jälkeen.

## 6 Potilaat, käynnit sekä annettu hoito ja kuntoutus eri häiriöryhmissä

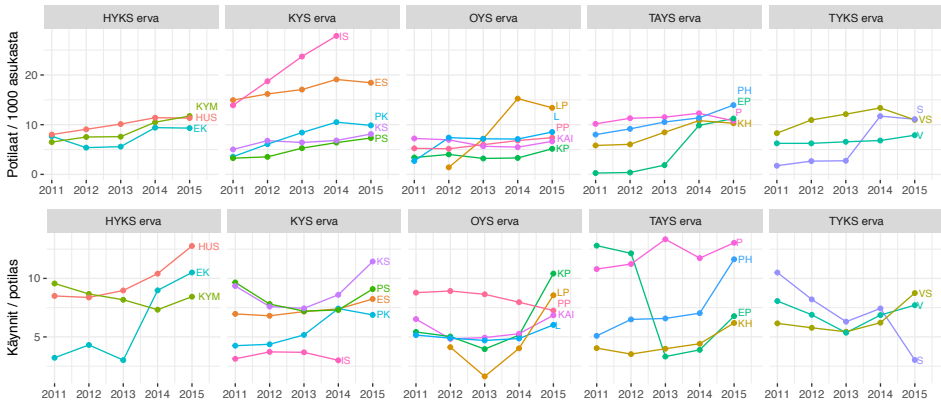
Sairaanhoitopiirien ylilääkäreiden haastatteluissa kysyttiin laajasti sekä suurten että pienten häiriöryhmien hoitokäytännöistä. Tässä luvussa raportoidaan tarkemmin neuropsykiatristen häiriöiden, käytöshäiriöiden, ahdistushäiriöiden ja masennuksen sekä traumojen ja lapsuudessa alkavista sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöistä kiintymyssuhdehäiriöiden hoito ja lisäksi oppimisen erityisvaikeuksien kuntoutus.

### 6.1 Neuropsykiatriset häiriöt

#### 6.1.1 Avohoito ja osastohoito neuropsykiatrisissa häiriöissä

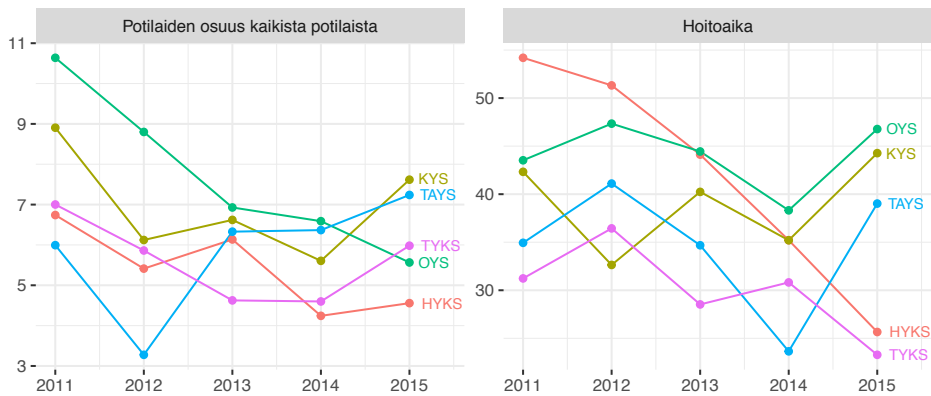
Neuropsykiatriset häiriöt olivat suurin lastenpsykiatrian potilasryhmä ja ADHD/ADD suurin yksittäinen häiriö. Vuodesta 2011 ADHD/ADD-potilaiden määrä oli noussut voimakkaasti ja 2015 potilaita oli 3325.

Jonkin neuropsykiatrisiin häiriöihin kuuluvan diagnoosin saaneiden potilaiden määrä avohoidossa vaihteli tarkasteluvuosina eri sairaanhoitopiireissä suuresti, potilaita oli vuonna 2015 tuhatta vastaavanikäistä kohden 5–18 (kuva 16). Hoitokäyntejä potilasta kohden oli 3–13. Käyntimäärät lisääntyivät suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä, mutta erityisvastuualueen sisällä eri sairaanhoitopiirien kehityssuunta saattoi olla erilainen.



**Kuva 16. Potilaat, joilla on jokin neuropsykiatrinen häiriö: määrä avohoidossa suhteutettuna 1000 vastaavan ikäiseen (ylärivi) ja avohoitokäynnit/potilas (alarivi) eri sairaanhoitopiireissä 2011 – 2015. (EK, Etelä-Karjala; EP, Etelä-Pohjanmaa; ES, Etelä-Savo; HUS, Helsingin ja Uudenmaan; IS, Itä-Savo; KAI, Kainuu; KH, Kanta-Häme; KP, Keski-Pohjanmaa; KS, Keski-Suomi; KYM, Kymenlaakso; L, Lappi; LP, Länsi-Pohja; P, Pirkanmaa; PK, Pohjois-Karjala; PP, Pohjois-Pohjanmaa; PS, Pohjois-Savo; PH, Päijät-Häme; S, Satakunta; V, Vaasa; VS, Varsinais-Suomi)**

Osastohoitoa oli jonkin neuropsykiatrisen häiriön vuoksi erityisvastuualueilla saanut 0,3–0,8 potilasta 1000 vastaavan ikäistä asukasta kohden (kuva 17). Potilaiden osuus kaikista potilaista vaihteli 3 ja 11 prosentin välillä. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika vaihteli tarkasteluvuosina 23–54 vuorokauden välillä. HYKS:n erityisvastuualueella keskimääräinen hoitoaika lyhentyi neljä viikkoa ja TYKS:n erityisvastuualueella noin kaksi viikkoa. Muiden erityisvastuualueiden muutokset vuodesta 2011 vuoteen 2015 olivat pienemmät.



**Kuva 17. Neuropsykiatriset häiriöt: osastopotilaiden osuus kaikista potilaista ja hoitoaika eri erityisvastuualueilla 2011–2015.**

---

## 6.2 Työnjako lastenpsykiatrian ja lastenneurologian välillä neuropsykiatristen potilaiden hoidossa

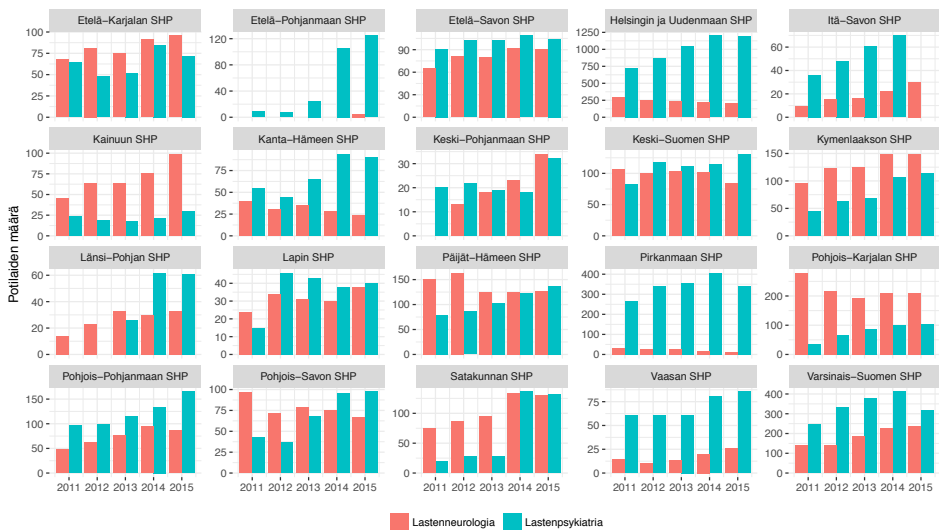
5–12-vuotiaiden lasten neuropsykiatristen häiriöiden hoito jakautuu kahden erikoisalan, lastenpsykiatrian ja lastenneurologian vastuulle. Joissakin sairaanhoitopiireissä oli neuropsykiatristen potilaiden tai vaikeimpien neuropsykiatristen potilaiden diagnostiikkaa sekä hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua varten yhteistyörakenne, esimerkiksi neuropsykiatrinen työryhmä ja yhteisvastaanottokäytäntö, tai jompikumpi. Usean haastateltavan mukaan potilastason rajanvetoa tehtiin tarvittaessa yhteisissä kokouksissa ja yhteistyötä kuvattiin hyväksi. Valtaosa ylilääkäreistä kertoi haastattelussa, että lapsi ohjautui lastenpsykiatrilta, mikäli hänellä oli neuropsykiatristen oireiden lisäksi merkittäviä käyttäytymisen tai tunne-elämän häiriön oireita. Pari haastateltavaa kuvasi lastenneurologian ja lastenpsykiatrian välistä työnjakoa epäselväksi.

Neljän haastateltavan mukaan ADHD/ADD-diagnostiikka toteutui pääosin lastenpsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Usea ylilääkäri mainitsi ADHD/ADD-potilaiden ohjautuvan enenevästi lastenpsykiatrian erikoisalalle. Kuudessa sairaanhoitopiirissä lastenneurologian puolella tutkittiin lapsia, joilla oli ainoastaan, niin sanotusti puhtaasti ADHD-oireita, minkä jälkeen lapset tavallisesti ohjattiin perustasolle jatkohoitoon. Kolmessa sairaanhoitopiirissä pienet lapset ohjautuivat ensisijaisesti lastenneurologisiin tutkimuksiin. Lasten, joilla on oppimisvaikeuksia, kehityksen erityisvaikeuksia tai muuta neurologiseksi epäiltyä oireilua ADHD-oireiden lisäksi, kerrottiin ohjautuvan lastenneurologian erikoisalalle. Autismikirjon häiriöiden osalta työnjako lastenpsykiatrian ja lastenneurologian välillä oli pääsääntöisesti se, että lastenneurologia vastasi vahvasti oireilevien, heikkotasoisien tai kehitysvammaisten autismikirjon potilaiden hoidosta ja lastenpsykiatria niiden lasten hoidosta, jotka olivat hyvätasoisempia ja joiden oireilu oli Asperger-tyyppistä. Parissa sairaanhoitopiirissä potilaat ohjautuivat lastenneurologeille iän perusteella, toisessa alle kouluikäiset ja toisessa alle 4-vuotiaat. Joissakin yksiköissä lastenneurologian yksikkö teki tutkimukset, vaikka potilaan hoito siirtyikin lastenpsykiatrian yksikköön. TIC-oireiden vuoksi ei käytännössä erikoissairaanhoitoon päädytä, vaan potilailla oli Tourette-oireyhtymän taseisia oireita ja usein muuta psyykkistä oirehdintaa. Monessa sairaanhoitopiirissä Tourette-potilaat ohjautuivat ensin lastenneurologisiin tutkimuksiin, ja osa potilaista myös hoidettiin lastenneurologian yksikössä. Syynä potilaiden lähettämiseen lastenneurologialta lastenpsykiatrilta mainittiin lisäksi diagnostiset vaikeudet, ja se, että aloitettu hoito ei onnistunut.

Kahdessa sairaanhoitopiirissä ei ollut lastenneurologeja. Näissä sairaanhoitopiireissä lastenneurologiaan perehtyneet lastenlääkärit vastasivat lastenneurologisesta hoidosta. Yhdessä sairaanhoitopiirissä läheteiden ohjautuminen lastenpsykiatriaan tai lastenneurologiaan vaihteli, riippuen kummankin erikoisalan lääkäritilanteesta.

### 6.3 ADHD/ADD-potilaat lastenpsykiatrian ja lastenneurologian erikoisaloiilla

Sairaanhoitopiirien käytännöt eroavat suuresti sen suhteen, miten suuri osuus ADHD/ADD-diagnoosilla erikoissairaanhoidossa olevista lapsista on hoidossa lastenneurologian ja miten suuri osuus lastenpsykiatrian erikoisalalla. Kymmenessä sairaanhoitopiirissä potilaita oli enemmän lastenpsykiatrian ja viidessä sairaanhoitopiirissä lastenneurologian vastuulla (kuva 18). Lastenpsykiatrian erikoisalalla käyntejä potilasta kohden oli vuonna 2015 kaikissa sairaanhoitopiireissä enemmän kuin lastenneurologian erikoisalalla, 1,4–6,1-kertaisesti.



**Kuva 18. ADHD/ADD-potilaiden määrä lastenneurologiassa ja lastenpsykiatriassa sairaanhoitopiireittäin.**

Perustason ja erikoissairaanhoidon välisessä työnjaossa oli alueellisia eroja. Usean haastateltavan mukaan potilaat, joilla on vain ADHD-oireita, voitiin palauttaa nopeasti erikoissairaanhoidosta perustason seurantaan. Yksi ylilääkäri totesi, että perusterveydenhuollon lääkärin panos oli kaikkein ontuvim, ja perustasolla lapset olivat enemmän perheneuvolan kuin terveyskeskuksen vastuulla. Eräs haastateltava näki perustasolla saadun riittämättömän hoidon lisäävän komplikaatioiden riskiä ja sen seurauksena lastenpsykiatrialle tulevien potilaiden määrää.

---

### 6.3.1 Neuropsykiatristen potilaiden hoito- ja kuntoutus sairaanhoitopiirien omana toimintana

Useiden ylilääkärin mukaan neuropsykiatrisia potilaita ja heidän perheitään tuettiin tai ohjattiin joko poliklinikalla tai perheen kotona käyttäen psykoedukatiivisia ja neuropsykiatrisen valmennuksen työvälineitä sekä hyödyntäen käyttäytymisterapeuttisia työtapoja. Yhdessä sairaanhoitopiirissä kotiin menevää työtä varten oli koottu värikääseen matkalaukkuun arkea helpottavia apuvälineitä, esimerkiksi time timer ja päiväjärjestys. Yksi haastateltava kertoi, että kotisairaalaksoja voitiin käyttää kuntoutuksessa. Myös osastohoito oli mahdollinen tarvittaessa sekä ADHD:n että autismitietä hääriöiden hoidossa.

Suurin osa haastateltavista kertoi, että psykoedukaatiota annetaan erikoissairaanhoidon omana toimintana perhekohtaisesti. Kahdessa sairaanhoitopiirissä psykoedukaatiota annettiin vanhempien ryhmässä ja kahdessa vanhemmille järjestettävissä psykoedukaatiotilaisuuksissa. Puolet ylilääkäreistä kertoi lapsille annettavan psykoedukaatiota, joka toteutettiin joko yksilöllisesti tai ryhmätoimintona. Ainakin kahdessa sairaanhoitopiirissä perheitä ohjattiin myös potilasjärjestöjen sivuille tai palveluihin.

Verkoston kanssa tehtävä työ painottui kaikissa sairaanhoitopiireissä erityisesti neuropsykiatristen potilaiden hoitokokonaisuudessa. Yhteistyötä tehtiin usein lapsen päivähoitotiästä alkaen ja se jatkui kouluiässä. Erikseen mainittuja verkostotyötä tekeviä työntekijäryhmiä olivat neuropsykiatriset valmentajat, kuntoutusvalmentaja, sairaanhoitaja ja yhdessä sairaanhoitopiirissä työntekijä, joka työskenteli lastenpsykiatrisen yksikön koulupoliklinikalla. Sisällöllisesti erikoissairaanhoidon osuutta yhteistyössä kuvattiin usein ohjauksena, ja jotkut haastateltavat tarkensivat kuvaa mainitsemalla psykoedukaation tai neuropsykiatrisen valmennuksen näkökulman. Muita esille tulleita verkostoyhteistyössä käsiteltäviä asioita olivat koululle järjestettävät tukitoimet ja lapsen erilaisia etuuksia varten tarvitsemat lausunnot sekä sopivan koulupolun etsiminen lapselle, jolla on autismitietä hääriö. Eräässä sairaanhoitopiirissä voi kotisairaalan sairaanhoitaja olla joskus mukana koulussa, jos lapsella on huomattavia kouluvaikeuksia.

Suurin osa haastateltavista mainitsi, että tarvittaessa erikoissairaanhoido tarjosi erilaisia hoito- ja kuntoutusmuotoja riippuen lapsen oireiden kokonaiskuvasta. Tavallisimpia lapselle järjestettävien yksilötuen muotoja olivat kaikissa kolmessa häiriöryhmässä neuropsykiatrisen valmennus, toimintaterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia, kognitiivinen psykoterapia ja tukikäynnit. Neuropsykiatrista valmennusta voitiin tarvittaessa tarjota ADHD/ADD-potilaille omana toimintana useimmissa sairaanhoitopiireissä. Sitä järjestettiin vajaan puolessa sairaanhoitopiireistä lapsille, joilla on autismitietä hääriö, ja vain harvoin lapsille, joilla on Tourette-oireyhtymä. Omana toimintana annetun Tourette-potilaan yksilöllisen tuen valikko koostui samoista tukimuodoista, painottuen jonkin verran enemmän psykoedukaatioon. Kognitiivista tavankääntöterapiä oli saatavilla kolmessa sairaanhoitopiirissä. Muut omana toimintana annettavat tukimuodot olivat samoja kuin muissa häiriöryhmissä järjestettävät yksilöterapiamuodot. Neuropsy-



---

kologista kuntoutusta oli saatavilla yhdessä sairaanhoitopiirissä ja neurostimulaatiota samoin yhdessä.

Puolet sairaanhoitopiireistä järjesti omana toimintana hoidollisia ryhmiä lapsille ja niistä yli puolet pystyi tarjoamaan kahta tai useampaa erilaista ryhmähoitoa. Ryhmähoitojen tavoitteina oli yhtä usein lasten sosiaalisten taitojen kehittyminen kuin käyttäytymisen ja tunteiden hallinnan edistäminen. ADHD/ADD, autismikirjon häiriö- ja Tourette-potilaita ohjattiin tavallisimmin ja liki yhtä usein erilaisiin sosiaalisia taitojen edistäviin ryhmiin. Tavallisesti ryhmän sisältö oli paikallisesti räätälöity tai sovellettu jostain tunnetusta ryhmähoitomallista (esim. ART). Kahdessa haastattelussa tuli esille tunnetun hoitomallin (MYmind ja ART) käyttö sellaisenaan. Kolme lasten ryhmää oli tarjolla vain osastolla oleville lapsille. Jotkut ryhmät oli suunnattu tietyille potilasryhmälle, eräässä sairaanhoitopiirissä Tourette-potilaille ja toisessa tytöille, joilla on neuropsykiatrinen häiriö.

Yli puolet sairaanhoitopiireistä järjesti neuropsykiatrisesta häiriöstä kärsivän lapsen perheelle yksilöllisen arvion mukaan tarvittaessa perheterapiaa. Useimmiten sen mainittiin olevan autismikirjon potilaan hoitovalikossa ja puolta harvemmin Tourette- tai ADHD/ADD-potilaiden hoitokokonaisuudessa. Lisäksi tuli esille Theraplay sekä yhdelle perheelle räätälöity MYmind-hoito. Pelkästään vanhemmille kohdennettuja ryhmiä oli neuropsykiatristen potilaiden hoitokokonaisuudessa vähän. Noin kolmasosa sairaanhoitopiireistä järjesti vanhemmille ryhmiä, jotka tavallisimmin liittyivät lasten ryhmäinterventioon. Yhdessä sairaanhoitopiirissä tarjottiin vanhemmille, joiden lapsilla oli neuropsykiatrinen häiriö, useamman kerran jakso ryhmämuotoisia käyntejä. Useimmissa sairaanhoitopiireissä vanhemmille tarjottiin ohjausta lapsen yksilöhoidon tai kuntoutuksen ohessa lastenpsykiatrian omana toimintana. Kahdessa sairaanhoitopiirissä vanhemmat voivat osallistua kaikkien potilaiden vanhemmille suunnattuun dialektiseen käyttäytymisterapiaan perustuvaan vanhemmuustaitojen ryhmään.

ADHD:n lääkehoitoa pidettiin tärkeänä, eikä lääkehoidon merkitystä asetettu haastatteluissa kyseenalaiseksi. Ainakin kahdessa sairaanhoitopiirissä ADHD:n lääkehoito aloitettiin pääsääntöisesti perustasolla. Lääkehoito nähtiin haastatteluissa tarpeelliseksi vaikeimmin oireileville Tourette-potilaille ja esimerkkinä mainittiin neuroleptit tai neurolepti-mielialantasaaja-yhdistelmä. Autismikirjon potilaiden osalta lääkehoito mainittiin tarpeellisena erityisesti liitännäisongelmien, kuten ahdistuneisuuden, käytösoireiden tai jumiutumistaipumuksen hoitona.

### 6.3.2 Ostopalvelut neuropsykiatristen häiriöiden kuntoutuksessa

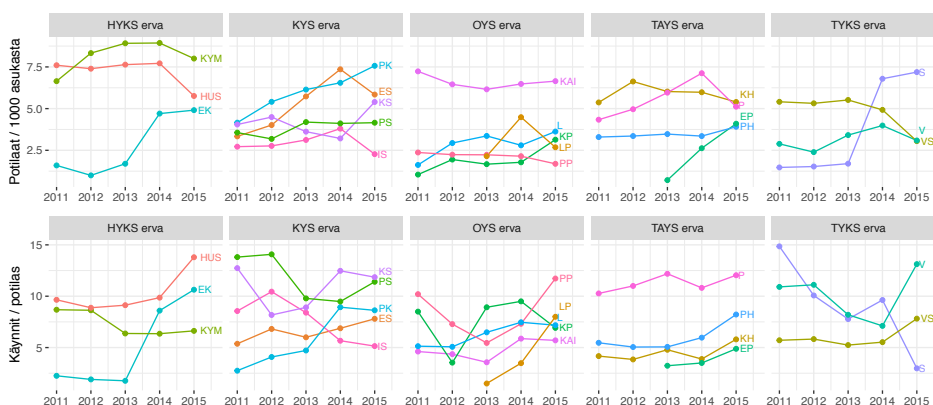
Useimpien haastattelujen mukaan ADHD-potilaille hankittiin ostopalveluna erilaisia hoitoja ja kuntoutuksia alkaen psykoedukaatiosta ja neuropsykiatrisesta valmennuksesta aina erilaisiin yksilöterapioihin ja niihin liittyviin vanhempien ohjauksiin. Neljäosassa sairaanhoitopiireistä ostopalveluita ei käytetty lainkaan. Joissakin näistä sairaanhoitopiireistä maksusitoumukset tulivat suoraan lapsen kotikunnasta tai tarvitt-

tavat palvelut järjestettiin perustasolla. Yhden haastateltavan mukaan ostopalveluja ei käytetty sen vuoksi, että alueella ei ollut palvelujen tuottajia. Erityisesti autismikirjon häiriön, mutta myös Tourette-oireyhtymän kuntoutukseksi hankittiin valtaosassa sairaanhoitopiirejä toimintaterapiaa. Tourette-oireyhtymä-potilaille voitiin ostaa kognitiivista tavankääntöterapiaa vain yhdessä sairaanhoitopiirissä. Muina kuntoutusmuotoina järjestettiin muutamassa sairaanhoitopiirissä kognitiivista psykoterapiaa ja musiikkiterapiaa. Joissakin sairaanhoitopiireissä tulivat kyseeseen potilaan tilanteen ja saatavuuden mukaan myös jotkut muut terapiamuodot. Yhdessä sairaanhoitopiirissä hankittiin ostopalveluna toimintaterapiaryhmä- tai parikuntoutusta.

## 6.4 Käytöshäiriö

### 6.4.1 Avohoito ja osastohoito käytöshäiriöissä

Käytöshäiriö oli toiseksi suurin häiriöryhmä. Potilaita oli erikoissairaanhoidossa yli 2000 kaikkina tarkasteluvuosina, määrä oli 2298 vuonna 2015. Käytöshäiriöpotilaiden määrä erikoissairaanhoidon avohoidossa suhteutettuna 1000 vastaavan ikäiseen vaihteli 0,7 ja 9 välillä (kuva 19). Eri sairaanhoitopiireissä avohoitokäyntejä potilasta kohden oli 1,5–15, ja vaihtelua esiintyi myös erityisvastuualueiden sisällä.



**Kuva 19. Käytöshäiriöpotilaiden määrä avohoidossa suhteutettuna 1000 vastaavan ikäiseen (ylärivi) ja avohoitokäynnit/potilas (alarivi) eri sairaanhoitopiireissä 2011–2015 erityisvastuualueittain ryhmiteltynä. (EK, Etelä-Karjala; EP, Etelä-Pohjanmaa; ES, Etelä-Savo; HUS, Helsingin ja Uudenmaan; IS, Itä-Savo; KAI, Kainuu; KH, Kanta-Häme; KP, Keski-Pohjanmaa; KS, Keski-Suomi; KYM, Kymenlaakso; L, Lappi; LP, Länsi-Pohja; P, Pirkanmaa; PK, Pohjois-Karjala; PP, Pohjois-Pohjanmaa; PS, Pohjois-Savo; PH, Päijät-Häme; S, Satakunta; V, Vaasa; VS, Varsinais-Suomi)**

---

Kuten muidenkin diagnoosien kohdalla, haastateltavat painottivat käytöshäiriöisten lasten oireilun olevan monimuotoista, eikä lapsen yksi diagnoosi sen vuoksi voi kategorisesti määrittää hoitolinjauksia. Pari yllilääkärinä nosti esille sen, että erikoissairaanhoidon asti tulevan käytöshäiriöisen lapsen oireilu on tavallisesti jo vaikea-asteista.

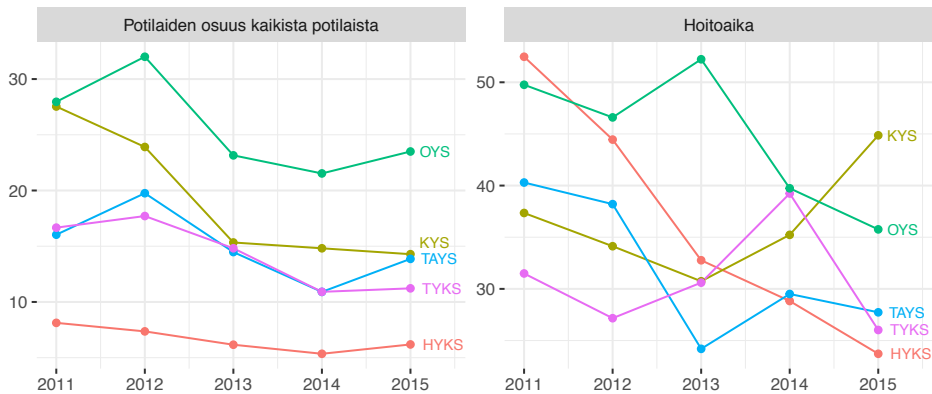
Perhe- ja verkostotyöskentelyn keskeistä osuutta käytöshäiriöoireisen lapsen hoidossa painottivat kaikki haastateltavat. Työskentelyn sisältämiä interventioita ei yleensä tarkemmin kuvattu, mutta sen saatettiin mainita hyödyntävän integroidusti työntekijöiden kaikkea osaamista perheen ja tilanteen edellyttämällä tavalla. Työskentelyn sisältöä kuvattaessa siihen mainittiin kuuluvan psykoedukaatiota, neuropsykiatrista valmennusta tai sen menetelmiä tai Ihmeelliset vuodet -menetelmään kuuluvia periaatteita. Perhetyöskentelyä vietiin kotiin monimuotoisen perhetyöskentelyn osana, liikkuvana avohoitona tai määrämittäisinä kotisairaalakursseina. Tärkeinä verkostoyhteistyökumppaneina yli puolet haastateltavista mainitsi koulun sekä sosiaalitoimen.

Yksi haastateltava kertoi, että sairaanhoitopiirissä oli erikoissairaanhoidon ja perheneuvolan yhteistyönä käytössä ryhmämuotoinen vanhemmuusvalmennusohjelma Ihmeelliset vuodet. Yksittäisille perheille käytettävä Kazdinin vanhemmuustaitojen menetelmä oli käytössä yhdessä sairaanhoitopiirissä ja toisessa siihen koulutauduttiin parhaillaan. Vuorovaikutusohjausta Parent-Child-Interaction Therapyn periaatteilla pienten lasten perheille oli tarjolla yhdessä sairaanhoitopiirissä.

Perheterapiaa tarjottiin tarpeen ja soveltuvuuden mukaisesti suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä. Nuorisoiikää lähestyville soveltuva multidimensionaalinen perheterapia (MDFT) oli käytössä kahdessa sairaanhoitopiirissä. Yhdessä sairaanhoitopiirissä oli mahdollisuus tarvittaessa toteuttaa kokonaisvaltaista perheterapiakuntoutusta päiväyksikössä. Joissakin sairaanhoitopiireissä pienten lasten hoitokokonaisuudessa saattoi tulla kyseeseen myös Theraplay.

Lapsen sosiaalisten taitojen ohjausta oli ryhmätoimintana enimmäkseen omana toimintana mutta myös ostopalveluna noin puolessa sairaanhoitopiireistä, yhdessä sitä oli saatu myös Kelan kustantamana. Aggression hallintaa tukevaa hoitoa lapsiryhmille järjestettiin ART-menetelmällä tai sen sovelluksena omana toimintana kuudessa sairaanhoitopiirissä, ostopalveluna tai Kelan kustantamana sitä oli saatavilla yhdessä sairaanhoitopiirissä.

Haastatteluissa tuli esille, että useimmilla osastolla hoidossa olevilla lapsilla on käytösoireita, mutta silloin, kun lapsella on pelkkä käytöshäiriö, osastojaksoja käytetään harvemmin. Osastohoidossa oli 0,4–1,1 käytöshäiriöpotilasta tuhatta vastaavanikäistä lasta kohden. Erityisvastuualueilla osastolla hoidettujen potilaiden osuus kaikista potilaista vaihteli 5–32 % välillä (kuva 20), ja kaikkiaan osastohoitoa saaneiden käytöshäiriöpotilaiden osuus kaikista potilaista vähentyi vuoteen 2014 kaikilla erityisvastuualueilla, mutta lähti sen jälkeen hienoiseen nousuun. Keskimääräinen hoitoaika vaihteli 24–52 vuorokauden välillä ja pääsääntöisesti lyhenyi vuodesta 2011 vuoteen 2015.



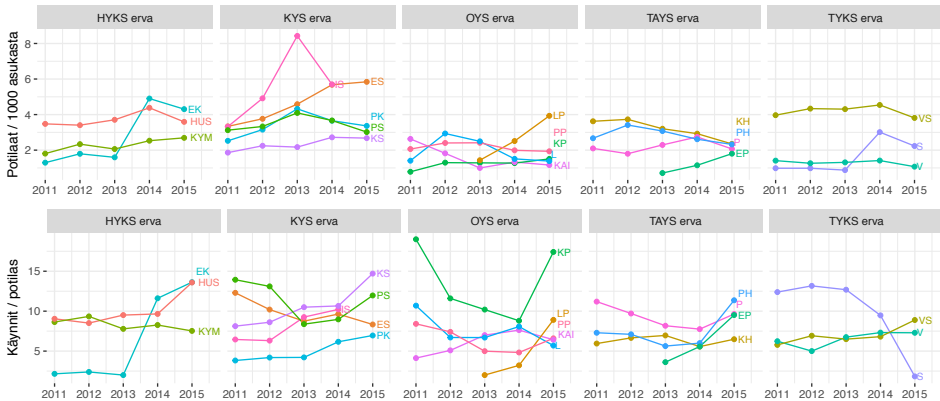
**Kuva 20. Osastopotilaiden osuus kaikista potilaista ja hoitoaika eri erityisvastuualueilla 2011–2015 käytöshäiriöpotilailla.**

Lääkehoitoa käytettiin kaikissa sairaanhoitopiireissä, mutta sen osuus hoitokokonaisuudessa vaihteli haastateltavien mukaan vähäisestä käytöstä siihen, että hyvin monella lapsella oli jonkinlainen lääkitys. Eräs haastateltava totesi, että lääkityksen käyttö vaihtelee lääkärikohtaisesti. Tavallisimmin lääkehoito otettiin käyttöön silloin, kun lapsella oli aggressiivisuutta tai neuropsykiatrisia oireita. Esille tulleet lääkitykset olivat risperidoni tai muu atyyppinen neurolepti tai ADHD:n hoitoon käytetyt lääkkeet.

## 6.5 Ahdistuneisuushäiriöt ja masennus

### 6.5.1 Yleistä

Masennus tai ahdistuneisuuspotilaita oli yhteensä 1359 erikoissairaanhoidossa vuonna 2015, joista 805 lapsen päädiagnoosina oli jokin ahdistuneisuushäiriö ja masennuspotilaita oli 579. Masennuksen vuoksi erikoissairaanhoidossa olevien lasten määrässä ei tapahtunut suuria muutoksia 2011–2015. Avohoidossa oli eri sairaanhoitopiireissä Itä-Savo lukuun ottamatta masennus tai ahdistuneisuuspotilaita 0,7–5,8 lasta suhteutettuna 1000 vastaavan ikäiseen (kuva 21). Hoitokäyntejä potilasta kohden oli keskimäärin 2–19. Joissakin sairaanhoitopiireissä käyntimäärissä tapahtui tarkasteluvuosina voimakasta muutosta. Kaikkiaan keskimääräiset potilaskohtaiset käynnit lisääntyivät kymmenessä sairaanhoitopiirissä. Erityisvastuualueiden sisällä eri sairaanhoitopiirien käyntimäärien kehitys oli samansuuntainen TAYS:n erityisvastuualueella.



**Kuva 21. Masennus tai ahdistuneisuushäiriöt potilaiden määrä avohoidossa suhteutettuna 1000 vastaavan ikäiseen (ylärivi) ja avohoitokäynnit / potilas (alarivi) eri sairaanhoitopiireissä 2011–2015. (EK, Etelä-Karjala; EP, Etelä-Pohjanmaa; ES, Etelä-Savo; HUS, Helsingin ja Uudenmaan; IS, Itä-Savo; KAI, Kainuu; KH, Kanta-Häme; KP, Keski-Pohjanmaa; KS, Keski-Suomi; KYM, Kymenlaakso; L, Lappi; LP, Länsi-Pohja; P, Pirkanmaa; PK, Pohjois-Karjala; PP, Pohjois-Pohjanmaa; PS, Pohjois-Savo; PH, Päijät-Häme; S, Satakunta; V, Vaasa; VS, Varsinais-Suomi)**

Haastattelujen mukaan erikoissairanhoidossa oli vain vähän ainoastaan masennuksesta kärsiviä lapsia, yleensä lapsen oireissa on mukana sekä masennusta että ahdistuneisuutta. Eräs ylilääkäri nosti esille sen, että joskus masentuneisuus saattaa kehittyä lapselle aika nopeastikin, ja lapsi saattaa tulla hoitoon itsetuhoisuuden vuoksi lastentautien päivystyksen kautta. Eräessä eteläisessä sairaanhoitopiirissä vaikutelma oli, että lapset, joilla on ahdistuneisuushäiriö, tulevat nykyään hoitoon varhemmin kuin ennen. Sairaanhoitopiirissä, jossa etäisyydet olivat suuret, vaikutelma sen sijaan oli, että erikoissairaanhoitoon tulivat vain hyvin vaikea-asteiset potilaat, joilla on samanaikais-sairastamista, kun taas lievemmät hoidetaan perheneuvoloissa. Jos mielialahäiriö on osa laajempaa oirekuvaa, kuntoutuksen valintaan vaikuttaa se, mikä on sillä hetkellä keskeistä.

### 6.5.2 Ahdistuneisuushäiriöiden hoito

Ylilääkäreiden mukaan lapsen ahdistuneisuushäiriöiden hoidon alkuvaiheessa voidaan tarvita melko tiivistä hoitokontaktia, ja perhetyö on keskeistä hoidossa. Perhetyön nimikkeinä tuli esille kotihoitajakso, kotisairaalatyoiskentely, liikkuva avohoito ja monimuotoinen perhetyöskentely. Perheterapiaa järjesti tarvittaessa kolme neljäsosaa sairaanhoitopiireistä, joista kolme sairaanhoitopiiriä myös ostopalveluna. Perheterapiaa tarjottiin haastateltavien mukaan usein hoidon alkuvaiheissa, varsinkin pienten

---

lasten perheille ja esimerkiksi kun kyseessä oli eroahdistus. Jos lapsen oireiluun liittyi traumataustaa, voitiin yhdessä sairaanhoitopiirissä tarjota traumafokusoitua perheterapiaa. Kolmessa sairaanhoitopiirissä käytettiin Theraplay-hoitoa, mikäli arvioitiin lapsen siihen soveltuvan ja siitä hyötyvän.

Useat sairaanhoitopiirit tarjosivat ahdistuneelle lapselle tukikäyntijakson. Tuki-käynneillä käytettiin esimerkiksi kognitiivisia menetelmiä sekä psykoedukaatiota. Ainakin kahdessa sairaanhoitopiirissä koko henkilökunta tai iso osa henkilökunnasta on koulutettu kognitiivisiin menetelmiin. Osa ylilääkäreistä ei kertonut tarkemmin tukikäynneillä käytettävistä menetelmistä. Yhdessä sairaanhoitopiirissä oli käytössä Kehon-mielen-yhteys -hoito (MBB).

Useimmin haastatteluissa mainitut yksilöhoitomuodot olivat kognitiivinen psykoterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia tai psykodynaaminen psykoterapia. Psykoterapia järjestettiin omana toimintana tai ostopalveluna. Kahdessa sairaanhoitopiirissä lasten pidempikestoiset psykoterapiat toteutettiin kokonaan perheneuvoloissa. Joissakin haastatteluissa tuli esille Kelan kuntoutus yhtenä vaihtoehtona. Pääosin kuitenkin välittyi kokemus, ettei Kelan kuntoutusta juuri myönnetä lapsille, joilla on ahdistuneisuushäiriö.

Joissakin sairaanhoitopiireissä voitiin joskus järjestää pääosin ostopalveluna musiikkiterapiaa, kuvataideterapiaa, toimintaterapiaa, ratkaisukeskeistä psykoterapiaa, traumaterapiaa sekä hevosavusteista psykoterapiaa tai ratsastusterapiaa. Näiden terapiamuotojen tarjoaminen riippui potilaan yksilöllisestä tilanteesta ja terapeuttien saatavuudesta.

Lasten polikliinisiä ryhmähoitoja oli tarjolla ahdistuneisuushäiriöstä kärsiville lapsille noin kolmasosassa sairaanhoitopiireistä. Tavallisimmin mainittu ryhmän kesto oli 10 kertaa, mutta sekä lyhyempi- että pidempikestoisia ryhmiä järjestettiin myös. Työtapoina mainittiin kognitiivinen työskentely ja kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuva Cool Kids -ohjelma, taideterapia, lapsille tehty sovellus nuorten dialektisesta käyttäytymisterapiasta ja haastattelussa tarkemmin määrittämätön tunteiden tunnistamista ja säätelykykyä edistävä työskentely.

Ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien lasten vanhemmille annettiin psykoedukaatiota. Vanhempien kanssa tehtävä työskentely oli useimmin lapsen terapiaan liittyviä vanhempien käyntejä, jotka toteutettiin useimmiten omana toimintana mutta osin myös ostopalveluna. Vanhemmille ja perheille tarjottiin joissakin sairaanhoitopiireissä yksilöllisen arvion perusteella ryhmämuotoista hoitoa.

Verkostotyöllä ei haastattelujen perusteella näyttänyt olevan kovin keskeistä roolia lasten ahdistuneisuushäiriön hoidossa. Tarvittaessa koulun tai päiväkodin kanssa tehtiin yhteistyötä, varsinkin jos lapsella oli kouluongelmia, välttämisongelmaa tai eroahdistusongelmaa. Verkostotyön tavoitteena oli tällöin tukikeinojen etsiminen ja ymmärryksen parantaminen lapsen oireista ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Kun lapsella oli vakava ahdistuneisuushäiriö, oli sairaalakoulun käynti polikliinisesti mahdollista ainakin yhdessä sairaanhoitopiirissä. Kuten muissakin sairausryhmissä sosiaalitoimen kanssa tehtiin yhteistyötä, kun tilanteeseen liittyi merkittäviä perheen riski- ja kuormitus-

---

tekijöitä. Niissä sairaanhoitopiireissä, joissa lapsen pitkäkestoiset terapiat toteutuivat lähipalveluina perheneuvoloissa, erikoissairaanhoito seurasi hoidon edistymistä säännöllisissä verkostoneuvotteluissa, joissa hyödynnettiin tarvittaessa etäyhteyttä.

Lääkehoidolla ei nähty olevan hoitokokonaisuudessa kovin isoa osuutta, mutta sitä käytettiin tarvittaessa vaikeimpien, hankala-oireisten tilanteiden hoidossa, joissa lapsella oli esimerkiksi paljon poissaoloja koulusta, nukkumisen vaikeutta tai somatisaatiota, eikä tilanne helpottunut muilla keinoilla. Käytettyinä lääkkeinä mainittiin SSRI-lääkitys ja parissa haastattelussa mainittiin myös neuroleptit, muun muassa ketiapiini.

### 6.5.3 Masennuksen hoito

Kuten ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa, myös lasten masennuksen hoidossa korostui haastatteluissa perhekeskeisen lähestymistavan tärkeys ja työmenetelminä olivat edellä kuvatut perhetyön muodot.

Sijoitettujen lasten perheille käytettiin yhdessä sairaanhoitopiirissä vuorovaikutteista kehityspsykoterapiaa (DDP) sekä perheterapian ja vuorovaikutteisen kehityspsykoterapian yhdistelmää. Niin ikään lasten hoitoihin liittyvät vanhempien käynnit olivat vastaavia kuin ahdistuneisuushäiriön hoidossa. Parissa sairaanhoitopiirissä järjestettiin omana toimintana tai ostopalveluna ryhmähoitoa, joko tunteiden tunnistamista ja säätelyä edistävä ryhmä tai taideterapiaryhmä. Yhdessä sairaanhoitopiirissä oli ostopalveluna tarjolla eläinavusteinen toimintaterapiaryhmä.

Kelan kuntoutusta mainittiin haastatteluissa saatavan useimmissa sairaanhoitopiireissä, ja esimerkiksi Lapissa masentuneet potilaat olivat päässeet hyvin Kelan vaikean lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin, tosin lukumääräisesti potilaita oli vähän. Kelan myöntämien psykoterapioiden suuntaukset olivat vastaavia kuin omana toimintana ja ostopalveluna järjestetyt psykoterapiat.

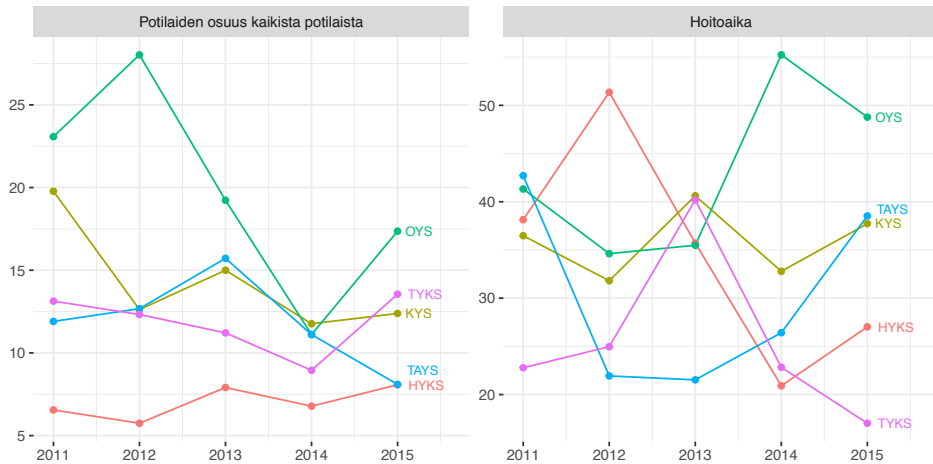
Verkostotyöllä ei näyttänyt olevan suurta roolia masennuksen hoidossa. Mikäli masennukseen liittyi kouluvaikeuksia, tehtiin yhteistyötä koulun kanssa. Kuten muissakin sairausryhmissä, sosiaalitoimen kanssa tehtiin yhteistyötä liittyen perheen riski- ja kuormitustekijöihin.

Lääkityksen kohderyhmänä mainittiin useimmiten vaikea-asteisesti oireilevat lapset, ja yksi haastateltava otti lääkehoidon käyttöön vain 10 vuotta täyttäneillä ja sitä vanhemmilla lapsilla. Jotkut näkivät lääkkeiden osuuden hoitokokonaisuudessa kaikkiaan aika vähäisenä, mutta yhdessä sairaanhoitopiirissä lääkitystä käytettiin masentuneilla lapsilla kohtalaisen usein.

### 6.5.4 Osastohoito masennus tai ahdistuneisuushäiriöissä

Osastohoitoja järjestettiin erityisesti vakavimmin ahdistuneille lapsille ja vakavimmin masentuneille, itsetuhoisille lapsille. Masennuksen tai ahdistuneisuushäiriön vuoksi osastohoitoa oli saanut 0,2–0,6 potilasta/1000 vastaavan ikäistä lasta. Osastolla hoi-

dettujen potilaiden osuus kaikista potilaista vaihteli 6–28 % välillä, mutta erot erityisvastuualueiden välillä pienenevät tarkasteluajanjakson loppupuolella. Potilaiden keskimääräisessä hoitoajassa ei vastaavaa kehitystä ollut havaittavissa ja se vaihteli 17–55 vuorokauden välillä (kuva 22.).



**Kuva 22. Osastopotilaiden osuus kaikista potilaista ja hoitoaika eri erityisvastuualueilla 2011–2015 masennus- tai ahdistuneisuushäiriöpotilailla.**

## 6.6 Traumaperäinen stressihäiriö ja kiintymyssuhdehäiriöt

Traumaperäinen stressihäiriö -diagnoosilla erikoissairaanhoidon potilaana oli noin 250 potilasta vuosittain, eikä määrässä tapahtunut suuria muutoksia 2011–2015. Toistuvat traumakokemukset ja kiintymyssuhdetraumat ovat lastenpsykiatrisilla potilailla erittäin tavallisia. Vuonna 2015 erikoissairaanhoidossa oli 310 lasta, joilla oli diagnoosina kiintymyssuhdehäiriö (lapsuudessa tai nuoruudessa alkavan sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöihin kuuluva kiintymyssuhteen reaktiivinen häiriö tai kiintymyssuhteiden estottomuus), joiden syntyyn lähes aina vaikuttaa riittämätön hoiva ja huolehtiminen (psykykinen tai fyysinen hyväksikäyttö tai laiminlyönti).

Usea haastateltava toi lisäksi esille, että monenlaisen lapsen oireilun takana voi olla traumatisoituminen, esimerkkinä mainittiin mieliala- ja ahdistuneisuushäiriö, käyttösuhdehäiriö ja samanaikainen tunne- ja käytöshäiriö.



---

*”Traumaperäisiä stressihäiriöitä löytyy esim. koulukiusatuilla lapsilla, jotka kokee-  
neet massiivista koulukiusaamista, tulevat hoitoon mielialahäiriön tai ahdistunei-  
suuden vuoksi.”*

(ylilääkäri 6)

*”I-tyypin traumat kohtuullisen helppoja hoitaa, jos on aika hyvät vanhemmat ja  
hyvä kehitys. Vakavat traumatisoitumiset, jotka usein sijoitetuilla lapsilla, perhe-  
kotien lapsilla, ovat vaikeita hoidettavia. Voi olla aika ihmeellisiä oireita, jos on  
paljon dissosiaatio-oireita. Riippuu myös siitä, miten kauan lapsi on ollut trauma-  
tisoitunut, onko edelleen perheessä, jossa on traumatisoitunut vai onko sijoitettu.”*

(ylilääkäri 3)

Traumatisoitumiseen liittyvän oireilun syventyvä tuntemus ja niihin kohdennettujen hoitojen kehitys oli tuonut muutosta toimintatapoihin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä yksi sairaalan lastenpsykiatrian yksikkö keskittyy kokonaan traumapsykiatriaan. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä akuutit ja somaattiseen sairastamiseen liittyvät traumat keskitetään tietylle työryhmälle ja toiselle työryhmälle kompleksisen trauma- oireilun omaavat potilaat, joita voi olla esimerkiksi maahanmuuttajalasten, sijoitettujen ja kaltoin kohdeltujen lasten joukossa.

Akuutissa traumatisoitumisessa perhettä ja vanhempia tuettiin tukikäynnerein ja vakauttavalla työskentelyllä. Lastenpsykiatrisen yksikön omana toimintana toteutu- vista traumatisoituneen lapsen yksilöhoidoista joka viides haastateltava mainitsi ensim- mäisenä tukikäyntijakson, jonka sisällöksi jotkut mainitsivat vakauttavan työskentelyn ja psykoedukaation. Joissakin sairaanhoitopiireissä oli traumakoulutuksen omaavia työntekijöitä.

Traumoihin kohdennettuja lapsen yksilöhoitoja oli käytössä osassa sairaanhoitopiiri- rejä. Omana toimintana tarjottiin silmänliikehoitoa (EMDR) kahdeksassa sairaanhoito- piirissä. Traumaterapiaa oli omassa palveluvalikossa neljällä sairaanhoitopiirillä. Trau- mafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia oli käytössä neljässä sairaanhoitopiirissä ja narratiivista traumaterapiaa kahdessa. Yhden sairaanhoitopiirin kuvataideterapeutilla oli myös traumakoulutus. Ostopalveluina voitiin tarjota traumaterapiaa kolmessa ja silmänliikehoitoa yhdessä sairaanhoitopiirissä. Muuten traumaaja kokeneelle lapselle tarjolla olevien yksilöhoitojen valikko muistutti muissakin sairausrhymissä käytettäviä.

Vanhempien omiin traumakokemuksiin kiinnitettiin myös huomiota lapsen hoi- tokokonaisuudessa. Erään ylilääkärin mukaan traumatisoituneiden lasten vanhempia ohjataan omaan hoitoon enemmän kuin muulla tavoin häiriintyneiden lasten vanhem- pia ja yksi haastateltava kertoi yksikössään työskentelevän nykyisin aikuispsykiatrin, joka voi arvioida traumatisoituja vanhempia ja ohjata heitä hoitoon. Yhdessä sairaan- hoitopiirissä lastenpsykiatrian yksikkö antoi myös lapsen traumatisoituneille vanhemmille EMDR-hoitoa.

---

Vanhemmille tarkoitettuja ryhmiä oli kolmessa sairaanhoitopiirissä. Erään sairaanhoitopiirin sijaisvanhemmille ja vanhemmille tarkoitettussa ryhmässä fokuksena oli tarkastella lapsen tilannetta traumanäkökulmasta. Toisessa sairaanhoitopiirissä sijaisvanhempien ryhmässä käytettiin vuorovaikutteisen kehityopsykoterapian näkökulmaa. Kolmannen sairaanhoitopiirin vanhempien ryhmä oli tarkoitettu traumaattisia kokemuksia omaaville vanhemmille.

Kiintymyssuhdetraumojen hoitona tarjottiin omana toimintana vuorovaikutteista kehityopsykoterapiaa (DDP) neljässä sairaanhoitopiirissä ja Theraplay-hoitoa kolmessa. Vuorovaikutteista kehityopsykoterapiaa oli myös ostopalveluna kahdessa sairaanhoitopiirissä. Varhaisessa vuorovaikutuksessa vaurioituneiden lasten psykodynaaminen psykoterapia (ns. koppaterapia) oli ostopalveluna saatavilla yhdessä sairaanhoitopiirissä. Muuten näille lapsille saatavilla olevat kuntoutuspalvelut olivat samankaltaisia kuin muillekin häiriöryhmille tarjottavat.

## 6.7 Oppimiskyvyn häiriöt

Erikoissairaanhoidon potilaana oppimishäiriö-diagnoosilla olleiden lasten määrä oli 259 vuonna 2015, vuodesta 2011 potilaiden määrä oli melkein kaksinkertaistunut.

Oppimiskyvyn häiriö havaitaan lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon potilailla tavallisesti sivulöydöksenä. Haastattelussa muutama ylilääkäri totesi, että lastenpsykiatrian potilaaksi tulee lapsia, joiden käytös- tai tunneoireet liittyvät oppimishäiriöön. Häiriö on voinut olla havaittavissa jo varhain, mutta lapset ovat voineet olla nuoruusiän kynnykselle asti ilman tarvitsemaansa apua.

Haastattelujen perusteella lastenpsykiatrisen ja lastenneurologisen erikoissairaanhoidon työnjako oppimishäiriöiden kuntoutuksen osalta vaihteli. Kuusi ylilääkärinä kertoi, että heidän sairaanhoitopiirissään lastenneurologit hoitavat oppimisvaikeuksien kuntoutustarpeen arvion ja kuntoutuksen kokonaan. Joissakin sairaanhoitopiireissä lapsen erityisvaikeuksien aste määritteli kuntoutusvastuun, jolloin lastenpsykiatria vastasi lievempien oppimisvaikeuksien kuntoutuksesta. Kuntoutusarviota tehtiin yhteistyössä lastenneurologin, foniatriin tai neuropsykologin kanssa.

Verkostoyhteistyö koulun kanssa nähtiin keskeisenä. Koululle tiedotettiin lapsen erityisvaikeuksien laadusta, ja yhteistyössä koulun henkilökunnan kanssa mietittiin oppimisympäristön soveltuvuutta lapselle ja hänen tarvitsemiaan tukitoimia. Tätä työtä tekivät usein lastenpsykiatrian tai lastenneurologian yksikön psykologi tai neuropsykologi, mutta myös toimintaterapeutti tai puheterapeutti saattoi käydä koulussa tai päiväkodissa. Lapsen tilanteesta saatettiin neuvotella myös sairaalakoulun henkilökunnan tai perustasolla olevan oppimisvaikeuspoliklinikan kanssa. Vanhemmille annettava psykoedukaatio ja ohjaus mainittiin noin joka toisessa sairaanhoitopiirissä.

Yhdessä sairaanhoitopiirissä oli lastenpsykiatrian omana toimintana saatavilla lapsen neuropsykologista kuntoutusta ja neuropsykologista ohjausta toisessa. Muita mainittuja kuntoutusmuotoja lastenpsykiatrialla yksittäisissä sairaanhoitopiireissä olivat

---

fysioterapia, toimintaterapia yksilöllisesti tai ryhmäkuntoutuksena tavoitteena arjen ja itsenäistymiseen liittyvien taitojen edistyminen, sekä musiikkiterapia, jos lapsella oli kielellisen kehityksen viivettä ja tunne-elämän vaikeuksia. Yhdessä sairaanhoitopiirissä järjestettiin kognitiivinen psykoterapia omana toimintana tai ostopalveluna, jos lapsella oli dysfasia tai mutismi.

Kahdeksassa sairaanhoitopiirissä lastenpsykiatriset yksiköt järjestivät ostopalveluna tai kunnan maksusitoumuksella neuropsykologista kuntoutusta, ja muutamassa myös Kela saattoi kustantaa sen. Kuusi haastateltavaa kertoi, että neuropsykologista kuntoutusta oli mahdollista saada ostopalveluna lastenneurologian kautta. Puheterapeutin toteuttamaa luki-kuntoutusta oli ostopalveluna ja myös Kelan kustantamana yhdessä sairaanhoitopiirissä, toisessa puheterapiaa ja toimintaterapiaa perustason tai Kelan maksusitoumuksella. Lapsen toimintaterapian ohessa vanhemmille järjestettiin toimintaterapeutin ohjausta.

Neuropsykologista kuntoutusta ei ollut saatavilla neljässä sairaanhoitopiirissä, ja sitä oli riittämättömästi saatavilla viidessä sairaanhoitopiirissä, jolloin lapsi saattoi joutua jonottamaan jopa vuoden kuntoutukseen pääsyä.

Oppimishäiriöitä sivuttiin myös eräässä lastensuojelun johtavien asiantuntijoiden haastatteluissa, jossa eräs haastateltava toi spontaanisti esille, että oppimisvaikeudet ovat nähtävissä myös lastensuojelutyössä:

*”Meillä nähdään monesti, et päihteidenkäytön taustallaki on oppimisongelmat ja mielenterveyteen liittyvät asia. Kun lapsi tai nuori ei oo saanu ajoissa apua, niin tulee toisenlaisia ilmiötä tai viiteryhmä alkaa löytyy muualta ku asiallisista kavereista. Näkisin et kouluissakin ois hyvä, jos tunnistettais nimenomaan oppimisvaikeuksien kautta riskiryhmä, millä on riski ajautua syrjäytymispolulle, että tulee muuta ongelmaa ja haastetta.”*

(suuri kunta 6, ls)

## 6.8 Lapset, joilla on kehitysvamma

Useimmat ylilääkärit totesivat, että lapsille joilla on kehitysvamma, kuuluu periaatteessa kaikki samat palvelut kuin muillekin potilaille. Näitä lapsia oli monen haastateltavan mielestä potilaina lastenpsykiatrisissa palveluissa hyvin vähän, ja tavallisimmin kyse oli lapsista, joilla on lievä kehitysvamma. Yhden ylilääkärin mukaan lastenpsykiatrilta on alkanut tulemaan enenevässä määrin lapsia, joilla on lievä kehitysvamma tai laajat oppimisvaikeudet.

Kehitysvammaiset ja erityisemmin lievästi kehitysvammaiset olivat useimpien haastateltujen ylilääkäreiden mielestä lääketieteen alueella väliinputoajaryhmä ja monien mielestä tarvittaisiin lisää osaamista ja työmenetelmiä heidän auttamiseen.

---

*”Me ehkä koetaan, että me ei osata auttaa tai meillä ei oo sellasia keinoja, joista tää lapsi hyötyisi, jos hän on kognitiivisesti hyvin matalatasonen.”*

(ylilääkäri 11)

Yli puolet haastateltavista piti tavallisimpana palvelumuotona konsultointia, joka voi toteutua polikliinisesti, jalkautuvana työnä tai verkostoneuvotteluna. Konsultaation aiheeksi mainittiin useimmiten käytös- ja tunneoireilun vuoksi tarvittava lääkehoito.

Joka viidennessä sairaanhoitopiirissä tarjottiin perhetason interventioita (perhearviointi, perheterapia, perhekeskeinen työ) perheille, joilla on lapsi, jolla on kehitysvamma. Psykoedukaatio mainittiin haastattelussa kahdessa sairaanhoitopiirissä ja vanhempien ohjaus yhdessä. Joka viidennessä haastattelussa tuli esille diagnostisen selvittelyn, hankalan oireilun tai hoidon suunnittelun vuoksi toteutettavat osastojaksot. Parissa eteläisessä sairaanhoitopiirissä lapset, joilla on kehitysvamma ja hankalaa oireilua, ohjattiin vammaispalveluja tuottavan Eteva-kuntayhtymän kriisi- tai intensiivijaksolle ja lievimmän kehitysvammaiset lastenpsykiatrian osasto- tai poliklinikkahoitoon.

Yksilöllistä tukea lapsille, joilla on lievä kehitysvamma, voitiin tarjota joka neljännessä sairaanhoitopiirissä. Kahdessa niistä mainittiin useampia vaihtoehtoja, vaikka nämä sairaanhoitopiirit eivät ole suurimpia sairaanhoitopiirejä. Haastatelussa esille tulleita kuntoutusmuotoja olivat esimerkiksi neuropsykiatrinen valmennus, erilaiset psykoterapiat, musiikkiterapia ja psykiatrinen toimintaterapia. Yhdessä sairaanhoitopiirissä lapsen oli mahdollisuus osallistua ryhmään, jonka toimintaperiaatteena oli dialektisen käyttäytymisterapian sovellus.

## 6.9 Vaikuttavuuden seuranta erikoissairaanhoidossa

Ylilääkäreiden haastattelujen mukaan noin puolessa sairaanhoitopiirejä hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuutta seurattiin potilaan seurantakäynneillä, 3–6 kuukauden välein riippuen lapsen diagnoosista ja kliinisestä tilasta, käyttämättä erityisiä mittareita. Noin puolessa sairaanhoitopiireistä vaikuttavuutta seurattiin lapsen psyykkistä vointia kuvaavien yleismittareiden ja noin kolmasosassa lisäksi oirekohtaisten mittareiden avulla (taulukko 9).

**Taulukko 9. Ylilääkäreiden haastatteluissa esille tulleet hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuuden seurannassa käytetyt mittarit**

<b>Yleismittarit</b>	<b>Shp lkm</b>
Child Behavior Check List (CBCL)	6
CBCL ja Teacher's Report Form (TRF)	2
Vahvuudet ja vaikeudet (Strengths and Difficulties Questionnaire , SDQ)	4
Children's Global Assessment Scale (C-GAS)	5
Health of the Nation Outcome Scales Child and Adolescent (HoNOSCA)	2
LAPS-lomake	1
Development and Well-Being Assessment –haastattelu (DAWBA)	1
<b>Oirekohtaiset mittarit</b>	<b>Shp lkm</b>
ADHD-oirekysely	4
Child Depression Inventory (CDI), masennus	2
Revised Children's Anxiety and Depression Scale (RCADS), ahdistuneisuus ja masennus	1
Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS), pakko-oireet	1
Behavioral Pediatrics Feeding Assessment Scale (BPFAS), pienten lasten (6 v asti) syömishäiriö	1

Eniten käytössä oleva mittari oli vanhemman täyttämä Child Behavior Checklist -kyselylomake (CBCL) ja siihen liittyvä kyselylomake opettajalle (Teacher's Report Form, TRF). Mittausajankohdat olivat joissakin sairaanhoitopiireissä lapsen tullessa hoitoon ja sen päättyessä ja joissakin lisäksi 6 kuukauden ja 1 vuoden välein. Pari ylilääkärinä toi esille toiveen valtakunnallisesti yhteneväisistä seurantamittareista, toinen heistä seuraavasti:

*”Kun Suomessa joku keksii hyvät seurantalomakkeet, mielellään käytetään.”*

(ylilääkäri 9)

Asiakastyytyväisyyskyselyitä toteutettiin koko sairaalan yhteisenä ja/tai lastenpsykiatrian yksikön omana toimintana viidessä sairaanhoitopiirissä, joista yhdessä oli myös osastolla olleiden lasten asiakastyytyväisyyskysely. Asiakastyytyväisyyskyselyissä perheet olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa palveluun.

Haastatteluissa seurannan ongelmana mainittiin useimmin se, ettei kerättyä tietoa ehditä koota ja analysoida. Eräs ylilääkäri totesi:

*”Kyllähän ne ongelmat vähentyy useimmiten, onneksi. Mutta kukaan ei oo tehnyt tutkimusta – ei valitettavasti oo jaksettu tehdä.”*

(ylilääkäri 16)

---

Kolmessa sairaanhoitopiirissä oli vuosia sitten koottu tuloksia esimerkiksi opinnäytteinä. Yksi haastateltava mainitsi, että systemaattinen seuranta aloitettiin vuosi sitten ja aiheesta on tulossa väitöskirjatutkimus. Ainakin kahdessa sairaanhoitopiirissä on vuosien ajan yritetty turhaan saada sairaaloiden tietojärjestelmiin potilaiden seuranta- ja mittaus-tietoja käsitteleviä osioita. Seurannan ongelmana tuli esille myös seuranta- ja mittaus-tulosten suuri kato, joka osaltaan vaikutti siihen, ettei systemaattisia tuloksia ollut käytettävissä. Erään haastateltavan mielestä vaikuttavuudesta saa parhaiten kuvan käyttämällä oirekohtaisia mittareita, jolloin nähdään miten hoito on vaikuttanut niihin oireisiin, joiden vuoksi lapsi on hoitoon tullut.

# 7 Kuntoutus

## 7.1 Kelan järjestämä kuntoutus vuosina 2011–2016

### 7.1.1 Yleistä

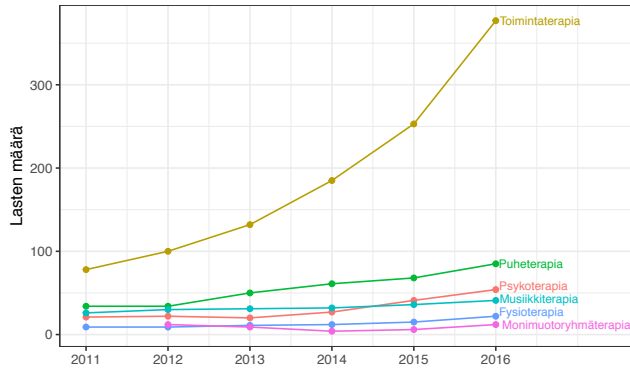
Kelan järjestämä lapsen lääkinällinen kuntoutus muodostuu käytännössä erilaisista terapiamuodoista, joita ovat psykoterapia, toimintaterapia, fysioterapia, puheterapia, musiikkiterapia ja monimuotoryhmäterapia. Lapsen yksilöterapiat sisältävät myös huoltajille tarkoitettuja ohjauksikäyntejä. Psykoterapia voi puolestaan perustua yksilöpsykoterapiaan tai perhepsykoterapiaan. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen toteutuksessa korostetaan kuntoutujan omaa aktiivisuutta, kuntoutujan toimintakyvyn vahvistamista ja moniammatillisen yhteistyön tarvetta.

Sopeutumisvalmennuskurssien tarkoituksena on vahvistaa lapsen toimintakykyä tarjoamalla tiedollista tukea ja vertaistukea sekä lapselle että hänen perheenjäsenilleen. Kelan kuntoutusmäärärahoja voidaan lisäksi käyttää kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoimintaan. 2010-luvulla Kela on kehittänyt monimuotoista perhekuntoutusta (LAKU- ja Etä-LAKU perhekuntoutus) 5–12-vuotiaille lapsille, joilla on diagnosoitu neuropsykiatrinen häiriö, ja heidän perheilleen. Monimuotoinen perhekuntoutus perustuu perheterapeuttiseen työskentelyyn, lapsen yksilölliseen tukeen ja vertaistukeen. Perhekuntoutuksen kehittämistoiminta ja perhekuntoutukseen ohjaus oli aktiivisimmillaan vuosien 2013–2016 aikana. Palveluntuottajien toimipisteitä oli yhteensä kuudella paikkakunnalla.

Kelan järjestämän kuntoutuksen tarkastelussa on otettu huomioon myös vuosi 2016, sillä vaativan lääkinällisen kuntoutuksen myöntämisedellytykset muuttuivat 1.1.2016 alkaen. Vuosina 2011–2015 kuntoutuksen nimi oli vaikeavammaisten lääkinällinen kuntoutus. Myöntämisperuste oli yhteydessä siihen, että lapsi sai vähintään korotettua vammaistukea. Tämä kytkös poistui lakimuutoksen myötä ja selittää osaltaan kuntoutujamäärän kasvua vuosien 2015 ja 2016 välillä.

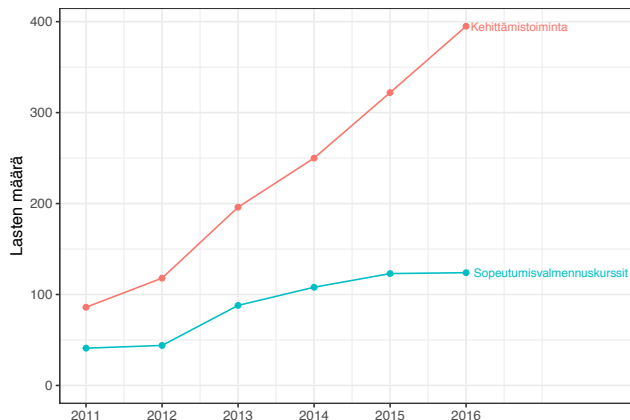
### 7.1.2 Lääkinällinen ja harkinnanvarainen kuntoutus – ADHD

Kuvassa 23 on havainnollistettu, mitä Kelan järjestämää vaativaa lääkinällistä kuntoutusta vuosina 2011–2016 saivat lapset, joiden päädiagnoosiksi oli asetettu ADHD (F90 ja F98). Toimintaterapia oli yleisin terapiamuoto tässä diagnoosiryhmässä, sitä sai vuonna 2016 yhteensä 377 lasta. Puheterapia oli toiseksi yleisin terapiamuoto, ja sitä järjestettiin vuonna 2016 yhteensä 85 lapselle. Kolmanneksi yleisin oli psykoterapia, jota sai vuonna 2016 yhteensä 54 lasta. Yksilöpsykoterapia (40 lasta) oli yleisempi lapsen ADHD:n hoitomuoto kuin perheterapia ja ryhmäpsykoterapia.



**Kuva 23. Kelan järjestämää lääkinällistä kuntoutusta saaneet 5–12-vuotiaat lapset vuosina 2011–2016 (ADHD).**

Lasten ADHD:n hoidon ja kuntoutuksen osalta oli havaittavissa, että yhä useampi lapsi ja perhe oli ohjattu 2010-luvulla myös Kelan järjestämään harkinnanvaraiseen kuntoutukseen (kuva 24). Kelan tilastotietojen perusteella sopeutumisvalmennuskursseille osallistui vuonna 2016 yhteensä 124 perhettä. Kehittämistoiminnan piirissä oli vuonna 2016 puolestaan jo 395 lasta ja perhettä. Nämä luvut selittyvät suurilta osin monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjattujen perheiden määrällä. Perhekuntoutukseen ohjattujen lasten ja perheiden määrän kasvua selittää myös se, että perhekuntoutusta oli mahdollisuus jatkaa lisäkäynnillä. Tällöin perhekuntoutuksen kestoksi muodostui noin kaksi vuotta.

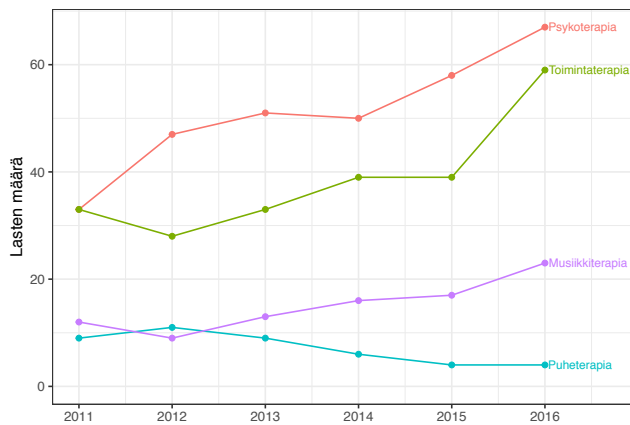


**Kuva 24. Kelan järjestämää harkinnanvaraista kuntoutusta saaneet 5–12-vuotiaat lapset vuosina 2011–2016 (ADHD).**



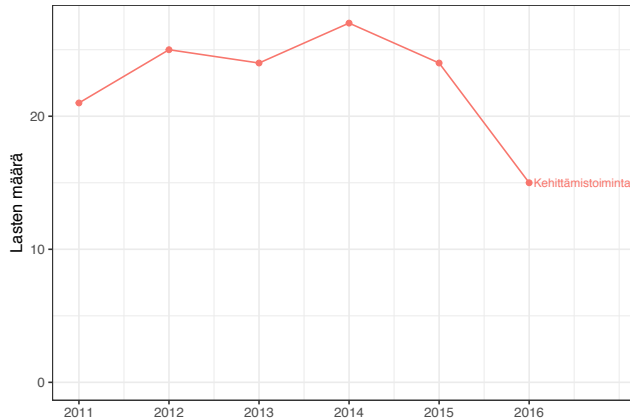
### 7.1.3 Lääkinnällinen ja harkinnanvarainen kuntoutus – käytöshäiriöt

Kuvassa 25 on havainnollistettu, mitä Kelan järjestämää vaativaa lääkinällistä kuntoutusta vuosina 2011–2016 saivat lapset, joiden päädiagnoosiksi oli asetettu uhmakkuus- tai käytöshäiriö (F91 ja F92). Vaativa lääkinällinen kuntoutus näille lapsille oli suhteellisen vähäistä, mutta terapiaa saaneiden lasten määrä oli tilastotietojen perusteella kasvussa psykoterapian, toimintaterapian ja musiikkiterapian osalta tässä diagnoosiryhmässä. Vuonna 2016 yhteensä 67 lasta (5–12-vuotiaat) sai Kelan järjestämää psykoterapiaa uhmakkuus- tai käytöshäiriön aiheuttaman toimintakyvyn haitan perusteella. Yksilöterapia (53 lasta) oli jälleen yleisempi terapiamuoto kuin perheterapia (8 lasta) tai ryhmäterapia (6 lasta). Toimintaterapiaa sai vuonna 2016 yhteensä 59 lasta.



**Kuva 25.** Kelan järjestämää lääkinällistä kuntoutusta saaneet 5–12-vuotiaat lapset vuosina 2011–2016 (Uhmakkuus- tai käytöshäiriö).

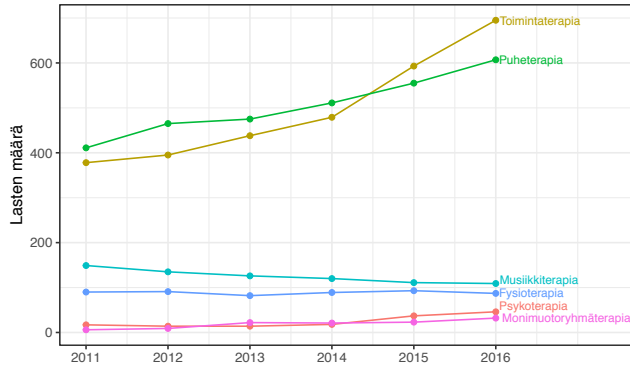
Sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneita perheitä, joissa lapselle oli asetettu uhmakkuus- tai käytöshäiriö diagnoosi, oli hyvin vähän, joten näitä perheitä ei ole havainnollistettu. Kelan kehittämistoiminnan myötä (esim. monimuotoinen perhekuntoutus) harkinnanvaraista kuntoutusta sai tarkasteltuna ajanjaksona noin 15–25 lasta ja perhettä vuodessa lapsen uhmakkuus- tai käytöshäiriöstä johtuen (kuva 26).



**Kuva 26. Kelan järjestämää harkinnanvaraista kuntoutusta saaneet 5–12-vuotiaat lapset vuosina 2011–2016 (Uhmakkuus- tai käytöshäiriö).**

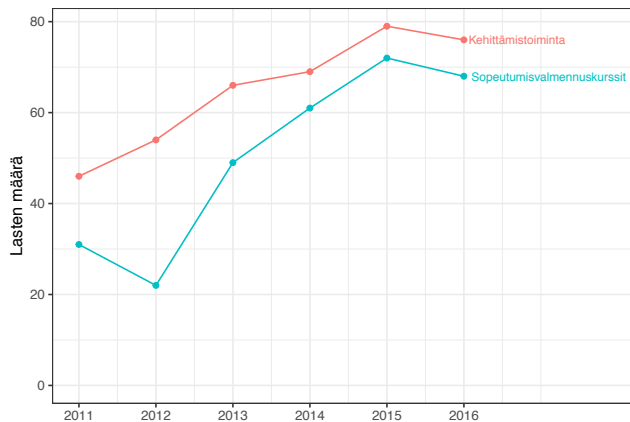
#### 7.1.4 Lääkinnällinen ja harkinnanvarainen kuntoutus – autismikirjon häiriöt

Lähes 700 lasta (695) sai Kelan järjestämää toimintaterapiaa autismikirjon häiriön aiheuttaman toimintakyvyn haitan perusteella vuonna 2016 (F84). Lasten puheterapia oli toiseksi yleisin terapiamuoto, ja puheterapiaa saaneita lapsia oli tässä diagnoosiryhmässä vuonna 2016 yhteensä 607 (kuva 27). Musiikkiterapia osoittautui vielä vuonna 2016 hieman yleisemmäksi kuin fysioterapia, vaikka musiikkiterapiaa saaneiden lasten määrä oli laskenut 2010-luvulla melko tasaisesti. Psykoterapiaa saaneiden lasten määrä osoittautui pieneksi autismikirjon häiriöiden diagnoosiryhmässä, mutta määrä oli Kelan tilastojen perusteella kasvussa. Vuonna 2016 yhteensä 46 lasta sai Kelan järjestämää psykoterapiaa autismikirjon häiriön aiheuttamien toimintakyvyn haittojen johdosta. Kelan tilastotietojen perusteella lapsen yksilöterapia oli jälleen yleisin psykoterapiamuoto (n = 40).



**Kuva 27. Kelan järjestämää lääkinnällistä kuntoutusta saaneet 5–12-vuotiaat lapset vuosina 2011–2016 (Autismikirjon häiriöt).**

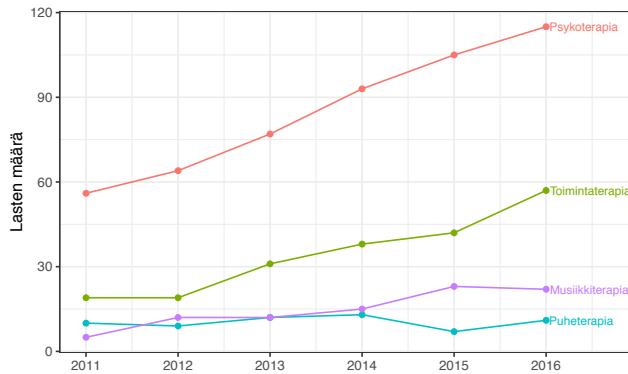
Kelan tilastotietojen perusteella sopeutumisvalmennuskursseille osallistui vuonna 2016 yhteensä 68 perhettä, joiden lapsella oli esimerkiksi Aspergerin oireyhtymä (kuva 28). Kehittämistoiminnan piirissä oli vuonna 2016 yhteensä 76 lasta ja perhettä. Tässäkin tapauksessa, kuten lasten ADHD:n kohdalla, kehittämistoimintaa koskevat luvut selittyvät suurilta osin monimuotoiseen perhekuntoutukseen ohjattujen perheiden määrällä.



**Kuva 28. Kelan järjestämää harkinnanvaraista kuntoutusta saaneet 5–12-vuotiaat lapset vuosina 2011–2016 (Autismikirjon häiriöt).**

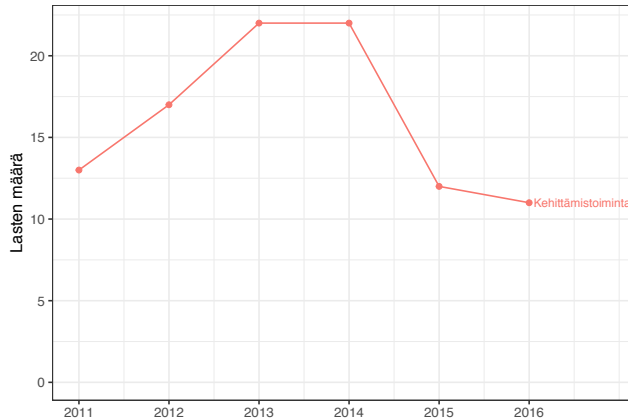
## 7.1.5 Lääkinnällinen ja harkinnanvarainen kuntoutus – masennus ja ahdistuneisuushäiriöt

Kuvassa 29 on havainnollistettu, mitä Kelan järjestämää vaativaa lääkitäntä kuntoutusta saivat lapset, joiden päädiagnoosiksi oli asetettu masennus, ahdistuneisuushäiriö tai lapsuudessa alkava tunne-elämän häiriö (F32, F40, F41 ja F93). Tässä diagnoosiryhmässä psykoterapia osoittautui yleisimmäksi terapiamuodoksi. Vuonna 2016 yhteensä 115 lasta sai psykoterapiaa, heistä yksilöpsykoterapiaa sai 99 ja perheterapiaa 13 lasta. Toimintaterapiaa sai vuonna 2016 yhteensä 57 lasta.



**Kuva 29. Kelan järjestämää lääkitäntä kuntoutusta saaneet 5–12-vuotiaat lapset vuosina 2011–2016 (Masennus ja ahdistuneisuushäiriö).**

Lapsen masennuksen tai ahdistuneisuushäiriön perusteella saatu harkinnanvarainen kuntoutus oli hyvin vähäistä (kuva 30). Sopeutumisvalmennuskursseille osallistuneita ei ole havainnollistettu kuviossa lainkaan, jotta henkilöitä ei voida tunnistaa. Kehittämistoimintaan osallistuneita lapsia oli tarkasteltuna ajanjaksona noin 10–20 lasta kunakin vuotena. Nämä lapset ja perheet osallistuivat pääsääntöisesti Kelan kehittämään monimuotoiseen perhekuntoutukseen.



**Kuva 30. Kelan järjestämää harkinnanvaraista kuntoutusta saaneet 5–12-vuotiaat lapset vuosina 2011–2016 (Masennus ja ahdistuneisuushäiriöt).**

## 7.2 Ylilääkäreiden arvio Kelan järjestämästä kuntoutuksesta

Usean ylilääkärin kokemus oli, että Kelan ratkaisua kuntoutushakemukseen on vaikea ennakoida. Yli puolet haastateltavista mainitsi kuitenkin, että neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivät lapset saavat helpoimmin Kelan kustantamaa kuntoutusta. Muina myönteisen kuntoutuspäätöksen todennäköisimmin saavina ryhminä mainittiin moniongelmaiset tai vaikeasti oireilevat lapset, joilla on myös jotain ruumiillista ongelmaa. Erään ylilääkärin havainto oli, että mikäli lapsella on helposti selitettävissä olevat oireet, kuten esimerkiksi traumaperäinen stressihäiriö, kuntoutusta saatetaan myöntää.

Usea erikoissairaanhoidon ylilääkäri totesi, että lastenpsykiatristen potilaiden hoidon ja kuntoutuksen välinen raja on vaikea määritellä. Joidenkin haastateltavien mielestä rajaa ei tulisi määritelläkään, vaan tulisi harkita vain lapsen yksilöllisen tarpeen mukaisesti hänen tarvitsemansa apu, ja sitä toivottiin ainakin yhdessä haastattelussa myös Kelan toiminnalta. Haastattelussa tuotiin kuitenkin esille useita käytännön näkökohtia kuntoutukseen siirtymisen ajankohdan tunnistamiseksi.

Lapsen tilanteeseen liittyviä kuntoutusvaiheen alkamisen kriteereitä, joita tuotiin esille yhdessä tai useammassa haastattelussa olivat:

1. Lapsi on riittävästi tutkittu ja diagnosoitu, jolloin tiedetään mistä kuntoutuksesta hän todennäköisesti hyötyy.

2. Lapsen toimintakyky on aiempaa parempi esimerkiksi siten, ettei hän tarvitse jatkuvaa valvontaa, vaan tuettuna toimii melko lähellä ikätasoaan ja pystyy esimerkiksi käymään koulua.

Perheen tilanteeseen liittyviä kriteereitä olivat perhetilanteen rauhoittuminen siten, ettei akuuttia tuen tai verkostotyön tarvetta ole ja perhe on asettunut yhteistyösuhteen hoitavan tahon kanssa ja pystyy huolehtimaan itse lapsen kuntoutuskäyntien toteu-

---

tumisesta. Jotkut vastaajat kuitenkin muistuttivat, että perheen kriisit voivat nopeasti taas huonontaa lapsen tilanteen.

*”Se on veteen piirretty viiva kun se ei aina riipu lapsestakaan, vaan se riippuu kokonaiselämäntilanteesta ja kontekstista. Voi olla, että kontekstissa tapahtuvat muutokset syöksee jo kuntoutusvaiheessa olevan lapsen yhtäkkiä taas hoidontarpeeseen ja päinvastoin.”*

(ylilääkäri 13)

Kuntoutus miellettiin hoitoa suunnitelmallisemmaksi ja pitkäkestoisemmaksi vaiheeksi. Jotkut ylilääkärit totesivat lapsen saaman – minkä tahansa – terapian olevan aina kuntoutusta.

Jotkut pohtivat myös käyntimääräkohtaisen (lapsella on ollut 20–30 käyntiä erikoissairaanhoidossa) tai aika- ja hoitoperusteisen (lapsi on saanut 1–2 vuoden ajan näyttöön perustuvaa hoitoa) rajan asettamista kuntoutusvaiheen alkamiselle.

### 7.3 Riittämättömät hoidot ja kuntoutukset

Useimpien erikoissairaanhoidon haastateltavien mukaan lapsen erilaisten yksilöhoito- ja kuntoutusmuotojen saatavuus oli riittämätöntä. Mitään yksilöhoito- tai kuntoutusmuotoa ei voitu järjestää kaikissa sairaanhoitopiireissä. Kahdesta sairaanhoitopiiristä puuttui kognitiivisen psykoterapian kaikki muodot ja kahdesta muusta psykodynaaminen psykoterapia. Kolmessa sairaanhoitopiirissä ei voitu järjestää traumaterapiaa. Noin puolet ylilääkäreistä kertoi, että psykoterapioita oli sairaanhoitopiirissä yleensä riittämättömästi saatavilla. Erään haastateltavan mukaan vakavimmat häiriöt hoidetaan erikoissairaanhoidon omana toimintana, ja joidenkin työntekijöiden lähiaikoina tapahtuva siirtyminen eläkkeelle vaikeuttaa tilannetta entisestään. Neuropsykologista kuntoutusta ei ollut lainkaan saatavilla kahdessa sairaanhoitopiirissä. Toimintaterapian ja perheterapian saatavuus oli liian vähäistä viidessä sairaanhoitopiirissä. Niin ikään viidessä sairaanhoitopiirissä pystyttiin järjestämään tarpeeseen nähden liian niukasti neuropsykologista kuntoutusta. Lasten ryhmähoitoja oli riittämättömästi parissa sairaanhoitopiirissä. Ongelmana saattoi myös olla se, että eri psykoterapiatyyppeiden saatavuus sairaanhoitopiirin sisällä oli epätasaista, jolloin tarpeenmukaisen hoidon järjestäminen saattoi tulla siitä syystä mahdottomaksi.

*”On joitakin alueita joilla ei pysty valitsemaan minkä tyyppisiä terapioita tarvitaan, vaan täytyy miettiä hyötyisikö lapsi kuitenkin tämäntyyppisestä psykoterapiasta, vaikka toinen olisi parempi, koska on mahdotonta että lapsi kulkee psykoterapiassa 100 km yhteen suuntaan 1 tai 2 kertaa viikossa.”*

(ylilääkäri 10)

---

Niissä sairaanhoitopiireissä, joissa oli riittämätön psykoterapiatarjonta, usean haastateltavan mukaan yksilöterapia valittiin diagnoosin ja oireen mukaan, mutta käytännössä myös sen mukaan missä oli vapaa psykoterapiapaikka ja kuka terapeutti tuntusi sopivan lapselle. Eräs ylilääkäri huomauttikin, että

*”Aina ei ole hirvittävästi valinnanvaraa, käytännössä eri terapeutekniikoita joutuu yhdistämään ja soveltamaan”*

(ylilääkäri 3)

Eräässä kaksikielisessä sairaanhoitopiirissä ruotsinkielisiä terapeutteja oli liian vähän ja ruotsinkielisten lasten palveluvalikko jäi kapeammaksi, esimerkiksi ryhmiä voi olla vaikeampaa järjestää kuin suomenkielisille. Kela-terapeutteja oli liian vähän ainakin kahdessa sairaanhoitopiirissä, joista toisessa Kela-terapiaa ei voitu järjestää lainkaan. Vanhempien tukea perhekohtaisesti tai vanhempien ryhmissä/vertaistukena oli riittämättömästi kolmessa sairaanhoitopiirissä. Kaksi ylilääkärinä nosti esille maahanmuuttajien palveluiden järjestämisen vaikeuden. Palvelu, joihin maahanmuuttajien olisi helppo hakeutua, puuttuu, ei ole yhteistä sanastoa eikä käsitteitä, eikä oikeanlaista osaamista. Vaikeasti järjestettävistä hoidoista eräs ylilääkäri mainitsi vaikeasti oireilevien lasten monimutkaiset hoidot, joissa tarvittaisiin sosiaalitoimen ja lastenpsykiatrian yhteistoimintaa. Liikkuvaa avohoitoa on vaikea järjestää harvaan asutuilla, pitkien välimatkojen sairaanhoitopiireissä.

Tarpeenmukaisen hoidon saatavuutta sitä tarvitsevilta lapsilta saattoi estää toisen palvelun ja alueellisen koordinaation puute. Eräs ylilääkäri arvioi, että sairaanhoitopiirissä toimintaterapeuttipalvelut tukkeutuivat osin senkin vuoksi, että neuropsykiatrista valmennusta ei ollut kylliksi tarjolla. Sen seurauksena sellaiset lapset, jotka hyötyisivät jo neuropsykiatrisesta valmennuksesta, ohjautuvatkin toimintaterapiaan. Sairaanhoitopiiriin kuntiin oli kyllä koulutettu neuropsykiatrisia valmentajia, mutta he eivät tehneet valmennusta, vaan jatkoivat aiemman toimenkuvansa mukaista työtä.

Perheneuvola-aastattelussa tuotiin esille, että joillakin alueilla oli riittämättömästi palveluita neuropsykologista kuntoutusta ja sensorisen integraation terapiaa (SI-terapia) tarvitseville lapsille. Kelan kuntoutusterapiaa ei saanut joillakin alueilla, koska Kela-terapeutteja ei siellä ollut. Perheneuvolan resurssit eivät aina riittäneet tarvittavan tiiviiseen tukityöskentelyyn. Perhetyötä tai kotipalvelua ei myöskään aina pystytty järjestämään niin tiiviisti kuin perhe olisi tarvinnut. Laitossijoituksessa oleville lapsille saattoi olla haastavaa järjestää palveluita, mikäli sijoituspaikka oli jostain erityisyydestä, esimerkiksi ruotsinkielisyyden vuoksi, kaukana lastenpsykiatrian yksiköstä tai perheneuvolasta.

## 8 Perusterveydenhuolto lasten mielenterveyspalvelujen tuottajana

### 8.1 Hoito perusterveydenhuollossa

Suurin osa terveyskeskuslääkäreistä kertoi tekevänsä neuvola- tai koululääkärin työtä päivän tai kaksi viikossa, kokopäiväisiä lääkäreitä näissä tehtävissä oli lähinnä suurimmissa kaupungeissa. Erityisesti niissä kunnissa, joissa lääkäri työskenteli täysipäiväisesti koulussa tai neulossa, lääkäri oli aktiivisesti mukana mielenterveystyössä, kun taas muutamassa paikassa lääkäri osallistui harvemmin lastenpsykiatriseen arviointiin tai hoitoon.

*”Mun mielestä aika tärkeä alue lasten ja nuorten hyvinvointi. Se tulee siinä sivussa, muun kiireen ohessa. Ehkä olis hyvä, et olis ainakin yks henkilö ellei jopa kaksi tän kokoses kaupungissa, ketä vois vähä siihen perehtyy enemmän ja tosiaan jopa kehittää sitä.”*

(keski-suuri kunta 10, tk)

Useat lääkärit toivat esille, että paikkakunnalla toimii moniammatillisia tiimejä, jotka keskittyvät tavallisimmin neuvolaikäisiin tai neuropsykiatrisiin häiriöihin. Kouluikäisille järjestettiin oppilashuoltoryhmiä, missä tapauksia pohdittiin moniammatillisesti. Osa lääkäreistä ei maininnut moniammatillisia tiimejä, mutta silti paikkakunnalla voi sellaisia toimia.

*”Viime syksystä alkoi pienten lasten kuntoutustyöryhmä, jossa käsitellään alle kouluikäisten lasten pulmia. Koululaisilla on oppilashuoltoryhmät, elikkä siellä on moniammatillinen osaaminen. – – Tarkoitus oli, että lapset, joiden kehityksessä on viiveisyyttä tai saattaa näkyä alkuun levottomuutena tai aistiherkkyytenä tai vastaavana. Työryhmässä on minun lisäksi toimintaterapeutti, fysioterapeutti, puheterapeutti ja perheneuvolapsykologi, jotka on aina mukana. Tarvittaessa oma terveydenhoitaja voidaan pyytää mukaan. Siinä käsitellään aina useampia lapsia kerrallaan. Meillä on 1,5 tuntia aikaa, joten ei voida perheitä ja lapsia pyytää tilanteeseen... Me voidaan tehdä kuntoutussuunnitelmat ja kun kuntoutus on lähtenyt käyntiin niin tarvittaessa erikoissairaanhoidoa hyödyntää. Tarkoitus oli, että kaikkia ei lähetetä erikoissairaanhoidon.”*

(suuri kunta 2, tk)



---

Muutamalla paikkakunnalla toimi kunnallinen lasten mielenterveyshoitoon erikoistunut yksikkö, mutta niiden mainittiin profiloituneen samoin kuin erikoissairaanhoidon, eikä toiminta välttämättä ollut vakiintunutta. Lisäksi esimerkiksi Helsingissä oli perusterveydenhuoltoon perustettu yksikkö, jonka tarkoitus oli ottaa vastaan lastenpsykiatrisesta erikoissairaanhoidosta tulevia perheitä.

*”On perustettu pieni lastenpsykiatrinen tiimi, jossa on lastenpsykiatreja, psykologi, muistaakseni sosiaalityöntekijä, ja kaksi sairaanhoitajaa. He ottaa lastenpsykiatrialta perheitä, joissa ei enää oo erikoissairaanhoidon diagnosoitavaa, mut jotka tarvitsee osaavaa tukea. Ja ADHD, meitähän hirveesti houkuttais – miks me ei lähetetäs suoraan yksikköön niitä? Mutta yksi lastenpsykiatri 630 tuhannen asukkaan mammutissa, nii ei se pysty siihen.”*

Haastateltavien kertoman perusteella lasten mielenterveysongelmien hoito perustasolla perustui koulukuraattorin ja koulu- tai neuvolapsykologin sekä usein myös terveydenhoitajan työpanokseen. Muita haastatteluissa mainittuja ammattikuntia olivat puheterapeutti, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, erityislastentarhanopettaja, erityisopettaja sekä lastensuojelun perhetyöntekijä. Muutamassa kunnassa oli psykiatrisia sairaanhoitajia alakoululaisten tukena, mutta suurimmassa osassa kuntia ei ollut. Haastateltavat kuvailivat, että hoito järjestettiin yleensä yksilöllisesti lapsen tarpeiden mukaisesti, eikä niinkään diagnoosipohjaisesti, joten perustasolla hoidot olivat pääosin samoja eri diagnoosiryhmissä. Suurissa kaupungeissa oli kuitenkin mahdollista olla tiettyihin diagnoosiryhmiin erikoistuneita palveluita.

ADHD:n ja muiden neuropsykiatristen häiriöiden hoito vaihteli kunnittain. Osassa kunnista neuropsykiatristen häiriöiden tutkimuksia tai hoitoa ei tehty perustasolla, vaan lapset lähetettiin eteenpäin. Toisilla paikkakunnilla taas erityisesti komplisoitumattoman ADHD:n hoito tapahtui pääosin perusterveydenhuollossa. Yhdessä kunnassa mainittiin, että oppilashuolto järjestää Malttiryhmiä.

*”Meillä on keskittymistiimi, joka on kouluikäisille eka luokasta yläasteen viimeiseen luokkaan. Siellä voidaan pohtia moniammatillisesti keskittymisen ongelmia ja tehdä ADHD-diagnostiikkaa tai oppimisvaikeusasioita selvittää jos tarvitsee jatkotutkimuksia tai muuta. – – Meillä on keskittymistiimissä psykiatrinen sairaanhoitaja ja toimintaterapeutti, ja heillä on molemmilla vielä neuropsykiatrisen valmentajan koulutus. – – He on ohjannut ympäristöä, perhettä ja opettajia – – Yksilövalmennusta on mennyt ihan yksittäisinä tapauksina. Ja tietenkin meillä kuraattorit tukee ja koulupsykologit, jos on muuta tuen tarvetta näillä ADHD-lapsilla tai -nuorilla. Ja jotkut on hyötynyt, että on ostettu toimintaterapiaa.”*

(keski-suuri kunta 3, tk)

---

*”Lääkehoitoja alotan minä, sitte meillä on kuntoutusohjaaja, NEPSY-ohjaaja erikseen kuntayhtymässä, joka tekee kotikäyntejä, ohjauskäyntejä, ja neuropsykiatrista valmennusta ollaan neuropsykologilla tarjottu osalle – sitä on ollu vähän huonosti saatavilla. Ja vertaistukiryhmä vanhemmille on toiminu tällä hetkellä, mikä on ollu hirveen suosittu ja tärkeä. Ja sopeutumisvalmennuskursseille on ihmisiä ohjattu.”*

(pieni kunta 2, tk)

Tavallisimmat käytöshäiriöiden hoitomuodot olivat tukikeskustelut terveydenhoitajan, psykologin tai kuraattorin luona, jos oireet olivat lieviä. Rovaniemellä oppilashuolto järjesti lisäksi ART-ryhmiä. Muissa haastatteluissa ei tullut esille ryhmämuotoisia interventioita muuten kuin perheneuvoloiden järjestäminä. Ryhmämuotoisten interventioiden toteuttamista pienillä paikkakunnilla ei pidetty mahdollisena.

*”Ei taida tällä hetkellä olla mitään ryhmiä. Meillä on pikkaisen ongelma, että ku me ollaan niin pieni paikkakunta, että meidän on vaikea välillä saada järkevän kokoista ryhmää, että meillä ongelmat on enemmän yksittäisiä.”*

(pieni kunta 1, tk)

Käytöshäiriöiden kohdalla mainittiin useammassa haastattelussa yhteistyö sosiaalitoimen kanssa. Vakavasti oireileva lapsi lähetettiin yleensä perheneuvolaan tai erikoissairaanhoidon.

*”Jos ei meidän normaalit neuvolan tukitoimet riitä, niin se on perheneuvola, johon me käytännössä ohjataan. Sitten on tietysti sosiaalipuolen perhetyö, jos perheen arkeen tarvitaan apua ja tukea ja ohjausta, se jalkautuu välillä käytöshäiriöisten lastenkin koteihin tilannetta jäsentämään ja selvittämään.”*

(pienehkö kunta 2, tk)

Toimivana työtapana mainittiin muutamassa kunnassa Voimaperheet-ohjelma, joka on käytöshäiriöitä ehkäisemään pyrkivä etähoito-ohjelma. Ohjelma on kohdistettu 4-vuotiaille eikä näin ollen kata tämän tutkimuksen kohderyhmää, mutta koulutusta oli joka tapauksessa hyödynnetty työssä myös laajemmin.

*”Mulla on tuntuma, että Voimaperhe-projektin myötä, koska siihen on liittynyt koulutuksia, niin meillä on henkilökuntakin saanu toimintatapoja ja oppineet, mitä neuvoa näille perheille, jotka ei ole projektissa mukana, mutta jää neuvolan kannateltavaksi esimerkiksi.”*

(suuri kunta 4, tk)

---

Masennuksen ja ahdistuneisuuden tavallisimmat hoitomuodot olivat tukitapaamiset psykologin, kuraattorin tai terveydenhoitajan luona. Useampikin haastateltava epäili, että masennusta tai ahdistuneisuutta ei tunnisteta perusterveydenhuollossa yhtä hyvin kuin muita mielenterveyden ongelmia.

*”Mulla on tuntuma, että lastenneuvolapuolella, jos ajatellaan 5–6-vuotiaita, niin tää saattaa olla aliarvioitu. Mutta jos ja kun näitä löytyy, on tapauskohtaista, että mihin ohjataan niitä, et kasvatus- ja perheneuvola, lastenpsykiatria ja neuvolapsykologit. – – Koululaisia aika vähän lähetetään kasvatus- ja perheneuvolaan, et se on vähän ainakin meillä profiloitunut pienempien lasten paikkana. – – Koulupsykologia ja kuraattoria tietenkin voidaan käyttää – – koulupsykologit hoitaa näitä jonkun verran, mutta ne on muutamana kerran tukikäyntejä, mutta joskus semmoinen saattaa auttaa lievässä koulutyöhön liittyvässä jutussa. Ja lastenpsykiatria sitten.”*

(suuri kunta 4, tk)

Vaikka terveyskeskuslääkäreiden haastatteluissa ei perustasolla järjestettäviä ryhmiä tullut juuri esille, niin useimmissa kunnissa, joissa tehtiin perheneuvoloiden johtajien haastattelut, järjestettiin koulun opiskeluhuollon palveluna ART-ryhmiä ja joissakin kunnissa Friends-ryhmiä.

Muutamassa kunnassa järjestettiin joko omana palveluna tai ostettuna psykoterapiaa tai neuropsykologista kuntoutusta. Yhdessä kunnassa mainittiin, että perheterapia oli toimiva työmuoto. Usealla paikkakunnalla haastateltavat kertoivat, että oireilevat lapset ohjataan herkästi perheneuvolaan tai vastaavaan paikkaan.

*”Oon kokenut että se [perheterapia] on aika vaikuttavaa kun me päästään aika kevyesti nopeasti ja varhaisessa vaiheessa, hyviä tuloksia on kyllä saatu”.*

(pieni kunta 1, tk)

*”Meil ei kauheesti ollu resurssia tukikäynteihin mutta joillakin kouluilla on. Kuraattorit tietysti on mutta aika nopeesti pitäisi päästä lähettämään pois. Kouluterveydenhuoltoki on laskettu aika minimiin, että pystytään tekemään laajat terveystarkastukset ja määräämällä tarkastukset, ei ihan hirveesti ole mahdollisuuksia sen kummempiin käynteihin. Joitaki käyntejä tietysti – – kuraattorilla esimerkiksi tai terveydenhoitajalla, ehkä psykologilla, mutta aika herkästi perheneuvolaan on ohjattu.”*

(suuri kunta 1, tk)

## 8.2 Erikoissairaanhoidon antama konsultaatio

Yli puolet haastateltavista kertoi, että he voivat tarvittaessa konsultoida erikoissairaanhoidoa. Tavallisimmat tavat olivat puhelin- tai paperikonsultaatio. Toisaalta osa koki konsultoinnin olevan vaikeaa, koska he eivät tieneet miten konsultointi toimii, konsultaationumerosta oli vaikea saada ihmisiä kiinni tai he kokivat, että käytetty konsultaatiotapa ei ollut riittävä. Jos kunnan perusterveydenhuoltoon tehtiin jalkautuvaa konsultointia, siihen oltiin yleensä tyytyväisiä.

*”Saa soittaa ja laittaa paperikonsultaatiota tai muuta, jos on kysyttävää. Että kyllä niihin vastataan.”*

(pieni kunta 4, tk)

*”Melkein sanoisin et huonosti [toimii konsultointi], ei ole sovittua tapaa. Pääasiassa on niin, että lapset menevät ensin perheneuvolaan, ja sieltä lastenpsykiatrialle, jos on tarve. Harvemmin laitetaan lähetettä suoraan lastenpsykiatrialle – – koska perheneurolas ei oo lastenpsykiatreja, jos mä haluisin kysyy lastenpsykiatrilta, niin se menis perinteisesti, et mä yrittäisin soitella ja sit me soiteltais edes takas ja menis X verran aikaa, et mä ehkä saisin jonkun puhelimen päähän. Voihan konsultaation ehkä niinkin tehdä että paperille laittaa, ja laittaa sähkösen lähetteen, ihan paperikonsultaatio. Varmasti siihenki tulis vastaus jossaki ajassa sitte.”*

(keski-suuri kunta 10, tk)

*”Lastenpsykiatrian sairaanhoitaja ja välillä myös lääkäri, on sovitut päivät, he tulee säännöllisesti [paikkakunnalle] ja hoitaa omia asiakkaitaan, [paikkakuntalaisia] lapsia. Mut aina siihe myöski on varattu konsultaatioaika. – – Jo ennen tätä meillä on ollu videokonsultaatioaika ja mahdollisuus, että on suunnilleen kerran kuukaudessa ollut videokonsultaatiotunti sekä lastenpsykiatrialle että nuorisopsykiatrialle, mut siitäki tilanne parantunu.”*

(pieni kunta 1, tk)

Suurissa kunnissa oli hyvin toimiva lastenpsykiatrinen päivystys, kun taas pienemmät paikkakunnat käyttivät yleensä suurempien kuntien palveluita. Monelle terveyskeskuslääkärille ei ollut täysin selvää, miten oman alueen lastenpsykiatrinen päivystys on järjestetty ilt- ja viikonloppuaikaan.

*”Täällähän esimerkiks osastohoitoja ei oo, niin luultavasti ei oo päivystysaikanaan lasten mielenterveyspuolen palveluja, että – – [kaupunki] on missä on lähin, missä laitosjaksoja lapset ja osastojaksoja käy. Mä katoin et se on tuo – –*

---

*sairaala, aikuisten mielenterveyspuoli, joka, jos tulee päivystystilanne, niin pitää sinne soittaa päivystävälle – – mielenterveysairaanhoidajalle. – – Joo, se on ihan aikuispsykiatriapuolen, mä vähän itteki yllätyin ku mä kattoin. ”*

(pienehkö kunta 3, tk)

*”Rupesin itekin miettimään kun tää kysymys oli tässä, että mitenhän mahtaa olla. Sinnehän ne lapset yhteispäivystykseen päätyy mutta miten se siellä hoituu, niin en osaa vastata, kun me tosiaan toimitaan vaan päiväsaikaan.”*

(pienehkö kunta 2, tk)

### 8.3 Sijoitettavien lasten terveystarkastukset

Sijoitettavien lasten terveystarkastusten järjestäminen vaihteli kunnittain. Suuri osa haastateltavista sanoi näkevänsä sijoitettuja lapsia lähinnä määräaikaistarkastuksissa, ja osa satunnaisesti varsinaisessa sijoitustilanteessa. Toisaalta osassa kunnista sijoitettavien lasten terveystarkastukset oli keskitetty yhdelle lääkärille esimerkiksi neuvolaan, kouluterveydenhuoltoon tai kaupungin lastenlääkärille.

*”Meillä oli tapa, että ei-kiireellisetkin meni terveysaseman kautta, mutta me huomattiin, että lausunnot tehtiin vähän vasemman käden kintaalla, eikä välttämättä lääkäri perehtynyt, et mitä on taustalla eikä tiennyt ja tuntenut, eli se syntyy tosi hyvin neuvolassa esimerkiksi kun terveydenhoitaja yleensä tuntee pienet lapset tosi hyvin ja lääkärikin kohtuullisesti ja siellä on kokonaisvaltainen tieto paremmin.”*

Parilla paikkakunnalla löytyi ohje, mihin kiinnittää huomiota sijoitettavien lasten terveystarkastuksissa. Ohjeistukset oli koettu erittäin hyväksi. Muutama tarkastuksia tehnyt haastateltava kertoi, että tarkastukset eivät olleet strukturoituja, vaan tarkastus perustui haastatteluun ja esitietoihin. Muutama haastateltava mainitsi, että esitietojen saaminen esimerkiksi sijoituksen syistä saattoi olla haastavaa, ja että joskus tarkastus saattoi jäädä tekemättä.

# 9 Perheneuvolat lasten mielenterveyspalvelujen tuottajana

## 9.1 Yleistä

Yhteistä eri perheneuvoloissa tehdylle työlle oli perhekeskeinen ja tarvittaessa verkostomainen työtapa, mutta painotukset eri perheneuvoloissa olivat hiukan erilaiset.

*”Meille tullaan asiakkaaksi tilanteessa jossa lapsi on ahdistunut tai masentunut, mut me lähdetään käsittelemään asiaa yleensä perhenäkökulman kautta. Hoito ja tuki mitä tarjotaan aika paljon kohdistuu koko perhesysteemiin, et on ehkä vaikee irrottaa, et siitä jotain tiettyä annettais juuri lapselle.”*

(suuri kunta 7, pn)

*”Se on samalla jo tukea, kun selvitetään ja tutkitaan asiaa perheen, vanhempien, lapsen kanssa, sitten verkostojen kanssa, että on sit päivähoitoikänen tai kouluikänen, niin otetaan näitä vahvasti mukaan. Lähetään tutkimaan, et mist on kyse, ja sen mukaan sitten painottuuko tuki ja hoito enemmän lapsen kans toimimiseen vaiko vanhemmuuden tukeen vaiko sekä että, ja samalla myöskin päivähoitopuolelle ja kouluun, et mitä siellä voidaan tehdä.”*

(suuri kunta 3, pn)

Kaikki haastateltavat totesivat, että perheneuvolakontaktin kesto räätälöidään aina asiakasperheen tarpeen mukaan, ja yksittäisen perheen hoidollinen kontakti voi vaihdella yhden kerran neuvovasta puhelinkeskustelusta useiden vuosien työskentelyyn. Yksi haastateltava arvioi, että noin neljäsosa perheistä tulee autetuksi muutamalla käyntikerralla. Kahden suuren kunnan perheneuvolassa oli kehitetty lyhythoitomallia, jota pyrittiin tarjoamaan oikea-aikaisesti joillekin perheille, mutta muiden perheiden kanssa työskenneltiin alle kymmenestä kerrasta useisiin vuosiin. Pitkäkestoisen tuen tarpeessa olevien perheiden tilannetta eräs haastateltava kuvasi seuraavasti:

*”On paljon näitä, jotka käy muutaman kerran ja sit on tämmöisiä, joita pitää enemmän ja vähemmän aktiivisesti tukea, jotta se vanhemmuus kantaa. – Se on vähän niin kuin ilmapallon laittaa ilmaan, niin se pysyy siel tietyn aikaa. Sit se laskeutuu taas ja taas pomppaa, muuten putoo ja käy huonosti. Ei se nousis sieltä itestään se pallo, niin vanhemmat tarvii semmoista. Vanhemmuutta vähän niin kuin ilmapallon lailla pistetään taas ylöspäin.”*

(suuri kunta 4, pn)

---

Haastattelujen mukaan osa perheneuvolaan yhteyttä ottavista perheistä tulee ajan-kohtaisen kriisin tai muutoksen, esimerkiksi vanhempien eron vuoksi. Osa perheistä tulee lapsen oireilun takia, mutta työskentelyn aikana voi ilmetä oireilun taustalla moninaisia elämäntilanteita. Haastattelussa mukana olleista suurista perheneuvoista osa kohdensi työskentelynsä erityisesti perheiden kriisi- ja muutostilanteisiin tehden sosiaalihuoltolain 26 §:n mukaista kasvatus- ja perheneuvontaa. Lapsen oireillessa siinä määrin, että tarvittiin lastenpsykiatrista avohoitoa tai esimerkiksi psykoterapiaa, perhe ohjattiin pääsääntöisesti erikoissairaanhoidon. Yhden suuren perheneuvolan palvelut muistuttivat erikoissairaanhoidon poliklinikkatoimintaa. Haastattelussa mukana olleet pienet perheneuvolat tekivät itse myös lasten pidempikestoista supporttiivista tai terapeuttista työtä tai hankkivat psykoterapiaa ostopalveluna.

## 9.2 Perheille ja vanhemmille annettu tuki

Kaikissa haastatteluissa tuli esiin, että perheitä tuetaan perheneuvoissa perheterapeuttisin keinoin. Varsinainen perheterapia mainittiin muutamassa haastattelussa. MIM-menetelmä (Marschak interaction method), jossa käytetään apuna videointia, mainittiin kahdessa haastattelussa. Toisessa painotettiin erityisesti perheelle annettavaa hoidollista palautetta.

*”MIM-arvio on arviointimenetelmä vuorovaikutuksen arvioimiseksi, mutta me ollaan paljon panostettu MIM-arvioiden palautteen antamiseen eli mitäpä me sillä tiedolla. Oleellistahan on miten tieto, voisko sanoa sitten tarjoillaan ja jal-kautetaan vanhemman osaamis pääomaksi ja itsey mmärryksen lisäämiseksi ja vanhemmuuden taidon vahvistukseksi, sehän on oleellisin osa menetelmää.”*

(suuri kunta 7, pn)

Theraplay-vuorovaikutushoitoa tehtiin useammassa perheneuvolassa ja kahdessa myös vuorovaikutteista kehityspsykoterapiaa (DDP). Yhdessä haastattelussa mainittiin videoavusteinen vuorovaikutuksen ohjaus (VIG), josta kokemuksena oli, että vanhempia ei ollut helppo saada mukaan työtapaan. Yhdessä perheneuvolassa oli saatavilla kuntoutusohjausta käytöshäiriöisen lapsen perheelle ja verkostolle.

Haastateltavat kuvasivat, että vanhemmuutta ja vanhemman jaksamista tuetaan perhekohtaisesti yksittäisissä tai useamman kerran keskusteluissa, joihin voi sisältyä esimerkiksi psykoedukaatiota, neuvontaa sekä ratkaisukeskeisiä, kognitiivisia ja vanhempien mentalisaatiokykyä lisääviä työtapoja. Kulloinkin käytettävä lähestymistapa liittyi sekä perheen tilanteeseen että työntekijän koulutuksiin. Jos työntekijä oli ollut esimerkiksi Ihmeelliset vuodet -ryhmänohjaajakoulutuksessa, hän saattoi käyttää sen näkökulmia työskennellessään vanhempien kanssa. Erilaista kirjallista materiaalia oli myös tarjolla.

---

*Ite oon nähny hyvin tärkeenä sekä semmosen tunnepuolen kohtaamisen vanhempien kanssa että myös keinojen miettimisen, miten lasta voi tukee. Ja me pidetään hyvin tärkeenä myös sitä, että etsitään materiaalia, mikä ois ”kättä pidempää”. Joillekin voi suositella kirjoja luettavaks, mutta aika monelle mieluummin tiiviitä ohjeita, mistä on hyötyä.*

(suuri kunta 3, pn)

*”Ainahan siinä on mukana ohjausta ja neuvontaa, mut se mikä on meidän ehkä keskeinen lisäarvo on mentalisaatiotason työskentely eli vanhemman mielenmaiseman puolelle kääntyminen. Siinä tarkastellaan perheterapeuttisessa hengessä kolmen sukupolven ketjussa hahmottuvaa vanhemmuuden mallia ja vanhemmuuden kokemusta mitä vanhemmalla itsellä on.”*

(suuri kunta 7, pn)

Yhdessä kunnassa oli mahdollista ohjata vanhempia lastenneuvolan kautta suoraan nettipohjaiseen Voimaperheet-ohjelmaan, kun pienillä lapsilla oli käytöshäiriö tai levottomuutta. Toisessa kunnassa tämä mahdollisuus oli tulossa.

Yhdessä perheneuvolassa kohdennettiin vanhemmille annettavaa apua parisuhde-työhön ja eroperheisiin, jotta ehkäistäisiin lasten pulmia. Toisessa perheneuvolassa oli varattu puolet yhden työntekijän työajasta päivittäin puhelimitse annettavaan neuvontaan ja tukeen. Haastattelussa tuli myös esille, että perheneuvolan työntekijät voivat tehdä vanhemmuutta tukevaa työtä esimerkiksi osallistamalla vanhempainiltoihin tai järjestämällä yleisötilaisuuksia.

Yhdessä haastattelussa tuli esille vanhempien tukeminen kotiin menevän työn avulla. Tässä työmuodossa perhetyöntekijä tai neuropsykiatrinen valmentaja työskenteli kotona perheen kanssa, mutta osallistui myös vanhemmuutta tukeviin keskusteluihin perheneuvolassa.

Suurissa kunnissa vanhemmille järjestettiin monenlaista ryhmämuotoista tukea. Ryhmätarjontaa oli monipuolisemmin silloin kuin sitä tehtiin yhteistyössä muiden toimijoiden, kuten järjestöjen, yliopiston tai aikuispsykiatrian kanssa. Työpariksi saatiin saada yhteistyökumppanin työntekijä. Kunta tarjosi usein tilat ryhmien käyttöön. Jotkut haastateltavat pienistä kunnista ja harvaan asutuilla alueilla kertoivat ryhmien kokoamisen vaikeudesta. Pienissä kunnissa vanhempien ryhmiä ei järjestetty tai tarjolla oli vain yhden tyyppinen ryhmä.

*”Ryhmän kasaaminen näin pienessä kunnassa on aina haasteellista, siinä on sattumanvaraisuuttakin, että saadaan kokoon ja minkälainen, onko se toimiva kokoonpano. Osa vanhemmista kokee, että jos on liian tuttuja siinä, ei pysty puhumaan tarpeeksi avoimesti, että senkin takia se useamman kunnan yhteistyönä olis tosi järkevää.”*

(pieni kunta 5, pn)



---

Osaan ryhmistä oli mahdollista osallistua ilman perheneuvolan asiakkuutta. Ryhmien sisällöt liittyivät vanhempien eroon (Vanhemman neuvo, Vanhempien eroseminaari), parisuhteeseen (Tahdolla ja taidolla) tai vanhempana toimimiseen (Vahvemaksi vanhempana, Perhekoulu, Ihmeelliset vuodet), tai jäivät haastattelussa nimeämättä. Mikään ryhmätyötapa ei ollut käytössä useimmissa tai kaikissa haastatteluun osallistuneissa perheneuvoloissa. Ihmeelliset vuodet –ryhmiä järjestettiin kolmella ja muita enintään kahdella paikkakunnalla. Psykoedukatiivinen vertaistukea tarjoava ryhmä oli tarjolla yhdessä perheneuvolassa. Eräässä isossa kunnassa järjestettiin vakauttava ryhmä traumatisoiduille vanhemmille. Ihmeelliset vuodet -ryhmiä ja eroryhmiä oli yhdessä suuressa kunnassa tarjolla myös ruotsinkielisille.

*”Ryhmätoimintaa ei niin aktiivisesti tehdä, niitä on vaikea koota, mutta näihin Ihmeelliset vuodet ryhmiin meillä on aina ollu hakijoita enemmän kuin mahtuu. – – Nyt ollaan yritetty laajentaa sitä verkostoa niin, että meillä on yhteistyökumppaneita, jotka alkaa meidän kanssa näitä ryhmiä vetämään.”*

(suuri kunta 4, pn)

### 9.3 Lapselle annettu tuki

Perhekeskeisen työn ohessa perheneuvolat arvioivat ja tutkivat lasta. Eräässä kunnassa perheneuvolaan oli keskitetty kunnan kaikki alle kouluikäisten lasten psykologiset tutkimukset. Toisessa haastattelussa ilmeni, että perheneuvolassa tehtiin käytöshäiriöiselle lapselle hyvin perusteelliset tutkimukset. Useissa haastatteluissa tuli esille, että perheen hoitokokonaisuuden sisällä lapselle järjestettiin tarvittaessa tukikeskusteluja. Terapeuttinen tukikäyntijakso voi kestää puolisen vuotta. Haastattelussa mukana olleista perheneuvoloista kolme neljästä järjesti lapselle tarpeen mukaan jotain kuntoutusta (psykoterapia, toimintaterapia, musiikkiterapia, kuvataideterapia) joko omana toimintana tai ostopalveluna. Eräässä perheneuvolassa oli tarjolla ahdistuneille ja masentuneille lapsille 20 kerran fokuoitu kognitiivinen psykoterapia. Yhdessä perheneuvolassa oli mahdollisuus antaa kriisi- ja traumaterapiaa, narratiivista altistusterapiaa ja silmänliikehoitoa (EMDR). Neuropsykiatrista valmennusta ja neuropsykologista kuntoutusta tehtiin omana toimintana tai järjestettiin ostopalveluna muutamassa perheneuvolassa. Easel-tunnetaitojen valmennus oli käytössä yhdessä perheneuvolassa.

Kahdessa suuren kunnan perheneuvolassa oli samanaikaisesti tarjolla useita ryhmiä lapsille ja kahdessa perheneuvolassa ei ollut yhtään ryhmää. Haastatteluissa tuli esille, että ryhmien järjestäjillä oli mahdollisuus tehdä yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Lasten ryhmien kokoaminen oli haasteellista erityisesti harvaan asutuilla alueilla pienissä kunnissa.

---

*”Meidän alueella tosiaan iso ongelma on ollu monesti, että kun saattaa olla, et saman tyyppisestä avusta hyötyvät lapset on ripoteltuna tänne monen kymmenen kilometrin päähän toisistaan, nii ryhmän kokoaminen ja ihmisten motivoiminen siihen, että ne kulettas lapsia on ollu välillä vähän hankalaa.”*

(pieni kunta 2, pn)

*”Ihmeelliset vuodet on meidän säännöllistä tuotantoa ja näitä muita tilanteiden mukaan. Paljon ryhmätoimintaa pyritään yhteistyössä järjestökentän kanssa tuottamaan, joko niin että me ohjataan ryhmiin, kun me tiedämme ja kuulemme niistä, tai sitten jollain lailla pyritään yhteistyörakennelmiin.”*

(suuri kunta 7, pn)

Kaikki esille tulleet lasten ryhmissä tapahtuvat tuki- tai hoitomuodot olivat käytössä vain yhdessä perheneuvolassa. Ryhmän sisältö saattoi liittyä perhetilanteeseen (lasten eroryhmä, sisarusten ryhmäkeskustelu perheasiain sovitteluun liittyen), lapsen oireisiin (ahdistuneet ja masentuneet tytöt) tai ilmaistiin työtapana (esim. toiminnanohjausryhmä, toiminnallinen ryhmä, neuropsykologinen kuntoutus). Eräässä perheneuvolassa oli Ihmeelliset vuodet -kokonaisuuteen kuuluva lasten Dinosaurius-ryhmä. Erään ison kunnan perheneuvolaan oli järjestetty ostopalveluna pitkäkestoinen 1,5–2 vuotta kestävä musiikkiterapiaryhmä.

# 10 Lastensuojelun asiakkaiden mielenterveyspalvelut

## 10.1 Mielenterveyspalvelutarpeen tunnistaminen

Lastensuojelun edustajien haastatteluissa tuli esille, että lapsen mielenterveyttä koskeva huoli voi tulla lastensuojelun sosiaalityöntekijän tietoon ennen lapsen asiakkuutta lastensuojelussa, esimerkiksi jos sosiaalityöntekijältä pyydetään konsultaatiota tai hänet kutsutaan mukaan verkostoneuvotteluun lapsen asioissa. Useasti tieto psyykkisestä oireilusta tulee lastensuojeluilmoituksessa. Lastensuojeluilmoituksia tulee varhaiskasvatuksesta tai koulusta, neuvolasta tai muualta perusterveydenhuollosta, tai vanhemmilta. Joskus yhteydenotto lastensuojeluun tulee lasta ja perhettä hoitavasta perheneuvolasta tai lastenpsykiatrisesta erikoissairaanhoidosta.

Lapsen mielenterveyttä koskeva huoli voi nousta myös lastensuojelussa tehtävän työn eri vaiheissa. Jo palvelutarpeen selvittelyn aikana sosiaalityöntekijän omat havainnot ja muilta toimijoilta saatu tieto voi viitata lapsen psyykkisen tilanteen tarkemman selvittämisen tarpeeseen. Sen lisäksi lapsen oireilu voi tulla enemmän näkyville hänen elämäntilanteensa muuttuessa lastensuojelun työskentelyn aikana, esimerkiksi perheyön tai sijoituksen aikana.

*”Jos aatellaan pieniä lapsia, monestihan vasta sijaishuollossa tulee esille mielenterveyden tilanne. Kun lapsi on traumatisoitunut, vaurioitunut, on otettu huomioon ja sitten tilanteet tasaantuu, siinä kohtaa alkaa oireilu.”*

(suuri kunta 3, ls)

Lastensuojelun sosiaalityöntekijöillä ei ollut haastateltujen lastensuojelun edustajien mukaan käytössään strukturoituja lomakkeita lapsen mielenterveyden arviointiin. Palvelutarpeen arvioinnin kokonaisuudessa oli kuitenkin mielenterveyttä sivuavia osioita, ja siinä kartoitettiin lapsen perustoiminnot kuten syöminen, nukkuminen ja kaverisuhteet. Yhdessä haastattelussa tuli esille, että kyseisen kunnan palvelutarpeen arviointilomakkeessa oli kysymyksiä lapsen tunne-elämästä, käyttäytymisestä ja identiteetistä. Toisessa haastattelussa mainittiin, että lapsen mielialan kuvaamisen käytettiin apuna esimerkiksi nallekortteja ja muita Pesäpuu ry:n tuottamia välineitä.

Lastensuojelun edustajien haastatteluissa nimettiin useita vahvuuksia liittyen siihen, miten tunnistetaan lapsen psyykkisen tilanteen tarkemman selvittelyn tarve lastensuojelun asiakkailla. Useimmiten vahvuutena nähtiin monialaisen verkostoyhteistyön sujuvuus, erityisesti pienissä ja pienehköissä kunnissa, joissa työntekijät tuntevat usein toisensa ja työtilat saattavat sijaita lähekkäin ja vastavuoroiselle konsultaatiolle oli matala kynnyks. Eräissä kunnissa oli sovittu tietty ajallinen rakenne, joka mahdollisti monia-

---

laisten verkostokokousten järjestämisen lyhyelläkin varoitusajalla. Vahvuuksina mainittiin myös henkilöstön perusosaaminen, aktiivinen tiedonkeruu lapsen lähiympäristön aikuisilta sekä kokemus.

*”Lastensuojelun työntekijöillä on kohtuullisen hyvä käsitys lapsen normaalista kasvusta ja kehityksestä. – – Siitä lapsen vuorovaikutuksen tulemisesta pystyy aika paljon päästelemään. Se ei oo mitään tieteellistä tutkimusta eikä diagnoosin tekoa, mutta ei sen tarvi ollakaan. – – Se antaa viitteitä turvallisuuden kokemuksista. Sitä välillä liian vähäisessä määrin arvostetaan, – – et kuin tärkeä on havainto siitä, kuinka lapsi tulee vuorovaikutukseen.”*

(pienehkö kunta 4, ls)

*”Kun pitkäaikaiset työntekijät on vuosia tehny sitä työtä, kyllähän heillä karttuu se silmä siitä.”*

(pienehkö kunta 2, ls)

Yksi haastateltava toi esille oman yksikkönsä vahvuutena sen, että perheen palvelutarpeen arviointi tehdään erilaisten ammatillisten osaamistaustan omaavien työntekijöiden yhteistyönä. Eräässä kunnassa aktiivinen kehittämissyhteistyö lastenpsykiatrian kanssa oli vahvistanut osaamista. Yhdessä haastattelussa tuli esille, että kunnassa oli käytössä yhteinen arviointilomake, johon lapsen tilannetta arvioivat paitsi viranomaiset, myös perhe ja siihen kykenevä lapsi itse. Samassa lomakkeessa kysytään vanhempien suostumus viranomaisten väliseen yhteistyöhön, ja sen saaminen nopeuttaa ja monipuolistaa palvelutarpeen arviointia sekä auttamistoimenpiteiden kohdentamista.

*”Suostumus on sen laatunen, että sekä sosiaali- että terveydenhuollon viranomaiset voi olennaiset tiedot yhteiseen työskentelyyn antaa. Siit on erittäin hyviä kokemuksia, et nähdään et tässä varmaan tarvitaan kehityksellistäkin arviointia, mutta sen lisäksi perhe vois tarvita kotipalvelun tukea, tai jotain muuta, joka voittas alottaa heti, että se tilanne helpottus.”*

(pienehkö kunta 4, ls)

Haastatteluissa tuli esille myös useita haasteita liittyen lapsen psyykkisen tilanteen tarkemman arvion tarpeen tunnistamiseen. Yksi esiin noussut haaste oli puutteellinen tiedonkulku esimerkiksi silloin, kun vanhemmat tai lastenpsykiatrin erikoissairaanhoido ei välitä lastensuojelun sosiaalityöntekijälle tarpeellista tietoa. Yhteistyö vanhempien kanssa voi joskus olla haasteellista.

---

*”Haasteena tietysti se, että välillä vanhemmat ei oo yhteistyökkyksiä, ja niissä tilanteissa, missä vanhemman rooli ois tosi tärkeä, ja jos ei saaha vanhempia mukaan työskentelyyn, niin ne on aikamoisia tilanteita.”*

(pienehkö kunta 5, ls)

Sosiaalityöntekijän omassa työskentelyssä oli haasteellista puntaroida, mikä lapsen oireilussa liittyy elämäntilanteeseen, ja mikä on siitä riippumatonta psyykkistä pahoinvointia. Joidenkin haastateltavien mukaan lastensuojelun asiakkuudessa oleville lapsille asetetaan ehkä liian pikaisesti diagnooseja.

*”Kun lapsi oireilee, niin se on lapsi joka lähetetään tutkimuksiin, ja vaikka ehkä nähdään että olishan kotiloissa paljon parannettavaa, tai että vanhemmat tarttisi hirveesti tukea, että ne uskaltaa pitää rajoja ja uskaltaa sitä ja tätä. Katse on kohdistunut aika paljon lapseen, joka oireilee. Tietenkin lapsen pitää saada apua, mutta pitäis nähdä se kokonaisuus.”*

(pienehkö kunta 1, ls)

*”Tietysti mielenterveysongelmat on haastavia asioita ja erottelun tekeminen, että mikä johtuu mielenterveysongelmasta lapsen kohdalta ja mikä johtuu esimerkiksi sosiaalisista olosuhteista. Sehän on lipunut siihen suuntaan, että hyvin herkästi tehdään diagnoosi ja aloitetaan lääkitys ja monta kertaa saattais olla kuitenkin syy ehkä jossain muualla.”*

(pieni kunta 3. ls)

Kokonaiskuvan muodostaminen lapsesta voi olla haasteellista, jos lapsella on oppimisen erityisvaikeuksia tai neuropsykiatrinen häiriö, esimerkiksi ADHD. Toisaalta lapsen psyykkiset oireet voivat olla laadultaan sellaisia, että ne jäävät huomaamatta. Yhden haastateltavan mukaan riittävää suoraa työskentelyä lapsen kanssa kyllä korostetaan, mutta lapsen henkilökohtainen tapaaminen voi olla vain 30–45 minuutin mittainen, eikä sen perusteella pysty vetämään johtopäätöksiä.

*”Kun on masennus ja sisäänpäin vetäytyvää käytöstä, kenties viiltely, niin ne voi olla pitkään piilossa, ennen kuin niitä huomataan, ennen kuin vanhemmat huomaa. Sitä ei välttämättä lapselta kyselläkään systemaattisesti. Moni voi ajatella: kiltti ja ujo lapsi. Ei tule ehkä siinä kohtaa mieleen, et kysymys on siitä, että lapsi voi olla masentunut tai huonosti voiva.”*

(pieni kunta 5, ls)

---

## 10.2 Hoitoon ohjaaminen, sen haasteet ja vahvuudet

Haastattelujen mukaan lastensuojelun sosiaalityöntekijät ohjasivat psyykkisesti oireilevan lapsen perheen pääsääntöisesti alueen perheneuvolaan tai vastaavaan kuntatason toimipisteeseen. Joskus ohjausta edelsi perheneuvolan konsultointi. Parissa isossa kunnassa oli käytettävissä erityisryhmä, joka arvioi lapsen avun tarvetta lastensuojelutyöntekijän pyynnöstä. Muutamassa kunnassa oli monialaisesti perheitä palveleva keskus, johon lastensuojelu ohjasi lapsen ja perheen tarvittaessa arvioon.

Perheneuvolan palvelut olivat perheille saatavilla joissakin kunnissa nopeasti, mutta erityisesti sijoitettujen lasten vaikeissa tilanteissa niiden käynnistyminen saattoi olla kuitenkin liian hidasta. Yhdessä haastattelussa tuli esille, että sijoitettujen lasten vaikeissa tilanteissa yhteistyötahona oli lastenpsykiatrian yksikkö.

Haastattelujen mukaan erikoissairaanhoidon ohjautuminen tapahtui perheneuvolassa tehdyn arvion jälkeen. Kiireettömissä tilanteissa esimerkiksi koulu- tai neuvolalääkäri ja kiireellisissä tilanteissa terveyskeskuslääkäri voivat tehdä lähetteen erikoissairaanhoidon lastensuojelutyöntekijän aloitteesta. Yhdessä sairaanhoitopiirissä lähetteen voi kirjoittaa myös koulupsykologi. Yhden pienen kunnan hyväksi koettua toimintaa lastensuojelutyöntekijä kuvasi seuraavasti:

*”Sitten tutkimusten kautta ohjautuu vasta erikoissairaanhoidon. Ja meil on lastenneuvoloitten lääkärit siinä mukana. Et väitän, että meil on aika vahvaa osaamista ollu lastenneuvolassa lääkäreillä. Osaamista on jaettu täällä. Tääl on aika pitkälle hoijettu ite noi perustutkimukset ja kaikki”*

(pieni kunta 2, ls)

Usea haastateltava nimesi haasteeksi, että myös lastensuojelun asiakkaana olevista lapsista on tehtävä lääkärin lähete erikoissairaanhoidon pääsemiseksi. Lähetekäytännön koettiin viivästyttävän lapsen pääsyä hoidon piiriin, kun ensin odoteltiin lääkäriin pääsyä ja sen jälkeen vielä erikoissairaanhoidon pääsyä. Epäkohtana nähtiin myös se, että lähettävä lääkäri ei aina ollut oikeasti perehtynyt lapsen tilanteeseen ja lähetekäytännöllä sivuutettiin lastensuojelussa tehty perusteellinenkin työ.

*”Liian byrokraattinen ja tiukkaan kontrolloitu tapa saada lasta eteenpäin asiantuntijoiden piiriin, jotka sitten oikeesti voi arvioida sitä mielenterveyden tilaa. Minusta se ei ole järkevää. – Lapsen pitäis saada mahdollisimman nopeesti se apu. Viikkoja kestää, et ekaks tulee vastaus, että voidaan ottaa jonoon, ja jono voi kestää kuukausikaupalla.*

(pienehkö kunta 2, ls)

---

Lastensuojelun piirissä olevien perheiden vanhempien jaksamattomuus voi johtaa lisäviiveeseen lastenpsykiatriseen palveluun pääsemisessä. Lapsesta tunnettu huoli voidaan sivuttaa lääkärin vastaanotolla, jos vanhemmalla on puutteellinen motivaatio ja tilanteen hahmotus tai vaikeus ilmaista tärkeitä huolenaiheet

*”Tietenkin on myös perheitä, jotka saattaa unohtaa varata sen tai unohtaa mennä sinne.”*

(suuri kunta 4, ls)

Hoitoon ohjauksen vahvuudeksi useat haastateltavat nimesivät sen, että hoitoon ohjaus toimi hyvin ja tarvittaessa nopeastikin. Vahvuuksina mainittiin myös erikoissairaanhoidon palveluun pääseminen puhelinoiton perusteella, selkeä toimintamalli, hyvä yhteistyö (mm. mahdollisuus konsultoida viiveettömästi perheneuvolan työntekijöitä) ja työntekijöiden korkea ammattitaito. Perheneuvolassa tehdyt lapsen tutkimukset nimettiin myös vahvuutena erikoissairaanhoidon lähettämisessä.

### 10.3 Lastensuojelun asiantuntijaryhmä ja yhteistyö lastensuojelun asiakassuunnitelman laatimisessa

Lastensuojelulain 14§ mukaan kunnan tai useamman kunnan yhdessä tulee asettaa sosiaali- ja terveydenhuollon edustajista, lapsen kasvun ja kehityksen asiantuntijoista sekä muista lastensuojelutyössä tarvittavista asiantuntijoista koostuva lastensuojelun asiantuntijaryhmä. Ylilääkäreiden haastatteluiden mukaan 14 sairaanhoitopiirissä asiantuntijaryhmissä oli erikoissairaanhoidon tai perheneuvolan edustus. Yksi ylilääkäri sanoi, että erikoissairaanhoidon osallistui vain alueen isojen kuntien työryhmiin. Yhden ylilääkärin mukaan lastensuojelun päällikkö ilmoitti parisen vuotta sitten, ettei asioita enää ole. Erään ylilääkärin tiedossa ei ollut, että sairaanhoitopiirissä olisi toiminnut asiantuntijatyöryhmä.

Lastensuojelun edustajilta kysyttiin haastatteluissa, kuinka usein lapsen mielenterveyttä hoitava taho osallistuu lastensuojelun asiakassuunnitelman tekemiseen. Useimmat haastateltavat arvioivat, että hoitavat henkilöt osallistuivat tarvittaessa. Eräissä kunnassa kutsu lähetettiin tapauskohtaisesti ja toisessa aina, kun tiedettiin lapsen olevan perheneuvolan tai lastenpsykiatrian hoidossa. Yhden haastateltavan mukaan erikoissairaanhoidon tulo lastensuojelun kutsumaan neuvotteluun harvoin ja toisen haastateltavan kunnassa ei koskaan. Kahdessa kunnassa erikoissairaanhoidon tai perheneuvola osallistui kuitenkin usein lastensuojelun asiakassuunnitelman neuvotteluun. Tavallisin yhteistyömuoto oli se, että lastensuojelun edustaja osallistui erikoissairaanhoidon järjestämään lapsen hoitoneuvotteluun, jossa käsiteltyjä asioita koottiin myös osaksi lastensuojelun asiakassuunnitelmaa. Yhdessä kunnassa yhteisten suunnitelmien tekeminen oli sovittua ja toteutui säännöllisesti yhteisten perheiden asioissa.

---

*”Me osallistutaan lastenpsykiatrian arviointiin yhtenä osana sillon, ku on kysymys meidän asiakkaista. Pyrkimys on se, et me tehdään yksi suunnitelma sillä tavalla, että se on yhteistyössä tehty, et siin osa on lastenpsykiatriaa, osa on lastensuojelun asiakassuunnitelmaa. Se on yhteinen asiakas- ja hoitosuunnitelma.”*

(suuri kunta 7, ls)

## 10.4 Kunnan palvelut äkillisissä kriiseissä

Äkillisiä kriisitilanteita varten useissa kunnissa oli oma kriisiryhmä, jonka hoitoon sosiaalipäivystys tai terveyskeskus ohjasi äkillisen traumaattisen tapahtuman kokeneen perheen. Kolmessa suuressa tai keskisuuressa kunnassa sosiaali- ja kriisipäivystyksen työntekijöillä oli kriisikoulutus. Suomen mielenterveysseuran kriisipalvelu hoiti äkilliset kriisit kokonaan yhdessä kunnassa ja täydentävänä palveluna suurten kriisitapahtumien sattuessa parissa kunnassa. Kriisien hoito oli osana aikuisten mielenterveyspalveluita yhdessä kunnassa ja toisessa sairaalan kriisipäivystys tuotti tarvittavat palvelut. Lasten kohdalla mainittiin muutaman kerran täydentävinä perheneuvolaan tai lastenpsykiatriseen erikoissairaanhoidon järjestetty pikainen aika. Erään haastattelun mukaan lapsiin erikoistunutta kriisityötä ei alueella ollut.



## 11 Yhteistyö aikuispsykiatrian kanssa

Lapsi voi jäädä vaille riittävää vanhemman tukea ja huolenpitoa silloin, kun vanhemmalla on mielenterveys- tai päihdeongelma. Sen seurauksena lapsen terve psyykinen kehitys voi vaarantua. Tästä syystä sekä terveydenhuoltolaki että sosiaalihuoltolaki edellyttävät lapsen tilanteen arviointia muun muassa edellä mainituissa tilanteissa.

Toimiva lapsi ja perhe – menetelmiä on suositeltu käytettäväksi lasten mielenterveyden edistämiseksi ja ongelmien ehkäisemiseksi silloin, kun perheen aikuisella on mielenterveys- tai päihdeongelma. Toimiva lapsi ja perhe -kokonaisuus tai siihen kuuluva Lapset puheeksi –menetelmä mainittiin viidessä ylilääkärin haastattelussa ja kolmessa perheneuvolan johtajan haastattelussa. Muissa perheneuvoloissa osa perheneuvoloiden työntekijöistä saattoi käyttää menetelmää, tai menetelmä ei ollut käytössä. Yhdessä suuressa kunnassa menetelmä oli aktiivisessa käytössä joissakin aikuispsykiatrian ja päihdehuollon toimipisteissä, mutta ei kaikissa. Vaikka alueella saattoi olla Toimiva lapsi ja perhe –menetelmä käytössä, erään lastensuojelun edustajan mukaan lapsi ei välttämättä saanut aikuispsykiatrian antamana riittävää tietoa vanhemman mielenterveysongelmasta. Yhden ylilääkärin mukaan Beardsleen perheinterventiota tehtiin sairaanhoitopiirissä lasten- ja aikuispsykiatrian työntekijöiden työparityönä kummallakin poliklinikalla.

Haastatteluissa useimmiten mainitut lasten palveluiden ja aikuispsykiatrian yhteistyömuodot olivat vanhemman mielenterveyden ja samalla osaltaan vanhemmuuden arviointi joko päivystyksellisesti tai kiireettömästi sekä vanhemman ohjaaminen aikuispsykiatriseen hoitoon. Yhteistyö saattoi toimia aikuispsykiatrian akuuttityöryhmän tai ensiapupsykiatrian kanssa, vaikka muiden aikuispsykiatrian palvelujen kanssa yhteistyö olisi ollut vähäisempää tai vaikeaa.

*”Tiivein yhteistyö on ensiapupsykiatrian poliklinikan kanssa, heillä on liikkuva työpari, jotka jalkautuu tänne kuntiin tarvittaessa, et varsinkin jos on itsetuho-riskiä tai psykoottisesta käytöksestä kyse, tai jos on tilanne, että tuore äiti sairastuu, niin ensiapupsykiatria on käytettävissä. Hän on psykiatri, johon ehkä täältä helpoiten otetaan yhteyttä, jos on aikuispsykiatrian asioissa kysyttävää.”*

(pieni kunta 2, pn)

Joissakin sairaanhoitopiireissä oli helpotettu vanhemman pääsyä aikuispsykiatrian palveluihin. Esimerkiksi lastenpsykiatri saattoi tehdä vanhemmasta lähetteen, jolloin tämän ei tarvinnut mennä muualle lääkäriin sitä varten. Yhdessä kunnassa lastensuojelun piirissä olevien lasten vanhemmat pääsivät nopeutetusti mielenterveyspalvelujen

---

piiriin, ja yhdessä sairaanhoitopiirissä lastenpsykiatrian hoidossa olevien lasten vanhemmille sovellettiin madallettua kynnystä päästä aikuispsykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluihin.

*”Meillä on hyvä ja toimiva sopimus tietyissä asioissa, jos esimerkiksi [on] lastensuojelutarpeen arviointi tai jos lapsi on sijoitettu vanhempien psyykkisten häiriöiden takii, tai meil nousee epäily, että täst saattas olla kysymys, niin me saadaan välittömästi lääkärin aika ja arviointi. Tätä me ollaan useamman vuoden työskennelty, mut nyt se toimii, päästään jonon ohi niissä tilanteissa.”*

(suuri kunta 7, ls)

Lastensuojelun, perheneuvoloiden ja lastenpsykiatrian tavallisimpia yhteisiä työmuotoja aikuispsykiatrian kanssa olivat yhteiset asiakas-, potilas- tai verkostoneuvottelut tai yhteisvastaanotot, kun vanhempi oli aikuispsykiatrian potilas tai vanhemman hoitosuhteen toivottiin käynnistyvän. Muutamassa perheneuvolassa ja kolmessa sairaanhoitopiirissä oli tehty lisäksi lasten- ja aikuispsykiatrian yhteistä hoidollista työtä. Näitä työmuotoja olivat muun muassa molemminpuolinen työparityö: lastenpsykiatria sai aikuispsykiatrialta työparin tilanteessa, jossa lapsen vanhempi oli psyykkisesti sairas, mutta ei aikuispsykiatrisessa hoidossa, ja vastaavasti, jos aikuispsykiatrian potilaalla oli lapsia, voitiin tarvittaessa lastenpsykiatrialta pyytää työntekijä työpariksi. Yhteistyönä oli tehty lisäksi kotiin vietävää akuutti- ja traumahoitoa ja pikkulapsiperheiden perheinterventiota. Perheneuvolan työntekijä hoiti yhdessä suuressa kunnassa aikuispsykiatrian tuella Kelan psykoterapiakuntoutukseen pääsyä odottavaa vanhempaa. Yhdessä pienehkössä kunnassa aikuispsykiatrian toimipiste pyysi perheneuvolan työntekijää työpariksi perhetilannetta ja vanhempien jaksamista arvioitaessa, ja yksiköt toteuttivat työparityönä äiti-lapsiryhmää masentuneille äideille. Aikuispsykiatrian puolelta yhteistyö vaikutti haastattelavista sitä aktiivisemmalla, mitä pienemmästä lapsesta oli kyse. Vauvaperheitä, joiden vanhempi saattoi olla osastohoidossakin, ohjattiin lastenpsykiatriisiin palveluihin joissakin sairaanhoitopiireissä.

Eräässä sairaanhoitopiirissä toimi aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelujen perheteimi, jonka tehtävänä oli huomioida koko perheen tilanne. Samalla alueella oli pienten kuntien hyvinvointiasemilla psykiatrisia sairaanhoitajia, jotka olivat hyvin lastensuojelun tavoitettavissa.

Useista haastatteluista tuli esille, että yhteistyö lasten palveluiden ja aikuispsykiatrian kanssa toimi hyvin.

*”Sillon, kun on lastensuojeluasiakkuus lapsella nimenomaan vanhemman päihdeongelman takia, niin kyllä sillon tehdään tiivistä yhteistyötä päihdepuolen kanssa. Ja me olemme sitä myös työstäneet vuosien saatossa. Yhteistyötä on.*

(pienehkö kunta 3, ls)

---

*”Täällä on tehostettu avohoidon yksikkö aikuistenpsykiatrialla, heidän kans toimii erittäin hyvin ja ovat paljon yhteydessä, tehdään yhteisiä kotikäyntejä ja vaihdetaan kuulumisia. Sitten täällä on aikuispsykiatrian puolelta psykologi meillä käytössä. Se tulee tänne lastensuojelun toimistoon, ottaa täällä asiakkaita vastaan. Toimii tosi hyvin.”*

(keskisuuri kunta 10, ls)

Toisaalta useissa sekä lastenpsykiatrian että lastensuojelun edustajien haastatteluissa ja yhdessä perheneuvolan haastattelussa kuvattiin yhteistyötä aikuispsykiatrian kanssa niukaksi tai puuttuvaksi. Yhteisiä käytäntöjä, yhteistyörakenteita tai yhteistyötä koskevaa suunnittelua ei ollut. Kaikkien kolmen näkökulmasta tilanne saattoi näyttäytyä samankaltaisena.

*”Yhteistyö aikuispsykiatrian kanssa on sellane iäisyyskysymys. Monialaisessa työnohjauksessa me saatiin yks innostunu aikuispsykiatri mukaan, mut ei hän nyt sitte ehdikkää. Ja lastensuojelunkin moniammatillinen asiantuntijaryhmä joutuu ostaan aikuispsykiatrin usein. Aikuispsykiatreilla ei oo oikein aikaa meille lapsille.”*

(ylilääkäri 16)

*”Me ollaan ihmetelty, että mikähän siellä [perheessä] on pulmana, niin sitten saattaa kauan, kauan sen jälkeen tulla selville, että on ollu pitkä aikuispsykiatrian asiakkuus. Perheessä on ollu monia lapsia, jotka on oireillu, mutta meillä ei oo tietoo, että mikä siellä on taustalla.”*

(suuri kunta 3, ls, sama sairaanhoitopiiri)

*”Ku heidän kans jonku sopii, niin ei tule ketään, tai sit tulee joku marginaalinen henkilö, joka on suurin piirtein hetken aikaa ollu töissä. – – [Paikkakunnalla] on aikuisten psykiatrian kans aika vaikee tehdä yhteistyötä”*

(suuri kunta 3, pn, sama sairaanhoitopiiri)

Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun kokemus saman sairaanhoitopiirin alueella saattoi toisaalta olla hyvinkin erilainen.

---

*”Me ollaan samassa talossa – – Viikottain useamman kerran mennään hakemaan sieltä vaikka heiän tehotyöntekijää mukaan tai saatetaan vanhempaa sinne. Tai sitten neuvottelussa on [aikuispsykiatrian edustaja] mukana. – – Suuri osa aikuispsykiatriasta on mielenterveys- ja päihdepalveluja, joka on perustasolla. Heidän kanssaan myöskin yhteistyötä tehdään.”*

(ylilääkäri 8)

Saman sairaanhoitopiirin yhden kunnan lastensuojelun edustajan näkökulmasta yhteistyö oli vähäistä:

*”Hyvin vähäinen yhteistyö, et se on selkee aukko. Päihdepalveluiden kanssa oli hyvin tukeva yhteistyö, mut mielenterveysyksikön kanssa ollaan oltu hyvin erillään. Toki sieltä nyt satunnaisia lastensuojeluilmoituksia voi tulla”*

(pieni kunta 5, ls)

Erään ylilääkärin mukaan yhteistyön kehittämisessä on kummallakin osapuolella hyvä tahto, mutta ei löydy helposti yhteistyönäkemyksiä. Sekä lastenpsykiatrian että lastensuojelun haastatteluissa ilmeni huolta siitä, että aikuispsykiatria hoitaa vanhempia liian aikuiskeskisest.

*”Lapsia ei aina muisteta aikuispsykiatrian puolella tai kysytään vain esim. meneekö hyvin koulussa ja luotetaan vanhemman vastaukseen.*

(ylilääkäri 1)

*”Miten aikuispsykiatria ottaa pienet lapset huomioon, kun aikuisella on psykoosi-sairaus? – – Ei ole käytännössä sitä, että lastenpsykiatrialta mentäisiin aikuispsykiatrian puolelle arvioimaan sitä miten lapset voivat ja mitä lapset erityisesti tarvitsisivat.”*

(ylilääkäri 6)

*”Liian aikuiskeskisest hoidetaan, ja se johtaa pahimmillaan lapsien sijoittamiseen, kun hoito ei tue vanhemmuutta.”*

(pienehkö kunta 5, ls)

*”Aika helposti ajatellaan, että eihän sitä lasta voi sijoittaa, kun sitten vanhemman tilanne huononee ja niin päinhän ei voi eikä saa ajatella.”*

(pieni kunta 3, ls)

---

Usealla lastensuojelun edustajalla oli kokemusta siitä, että psykiatrissa apua tarvitsevan lastensuojelun asiakkaana olevan perheen vanhemman hoitokontakti saattoi päättyä nopeasti. Yhteistyössä kaikkiaan tarvittiin lastensuojelutyöntekijän omaa aktiivisuutta, mutta siitä huolimatta tieto ei aina kulkenut riittävän hyvin vanhempaa hoitavasta aikuispsykiatrian yksiköstä lastensuojeluun.

*”Perhe, mil on vaikee saada palveluita, ehkä itse ei nää sitä, tulee pullautetuks aina hoidosta ulos, ehkä toisaalta vastustaa sitä hoitoa. Heil [aikuispsykiatrialla] Jon se, et ”Me tarjottiin tätä, ei ottanu, aikuinen ihminen. Tule, kun kiinnostaa.”*

(suuri kunta 4, ls)

*”Ollaan myöskin hoitoneuvotteluissa aikuisten osalta, jos me ollaan itte siinä aktiivisia. Et se jäis pelkästään mielenterveyspalveluiden varaan ne tapaamiset ja yhteistyö, nii sitä ei varmaan koskaan tuu tapahtumaan. Se koskee myöski päihdepalveluja, tai kaikkien aikuisten palvelua.”*

(suuri kunta 7, ls)

*”Saattaa tulla tieto meille perheeltä itseltään tai vaikka ex-puolisolta, että ooteko tietoisia, että siellä on äippä osastohoidossa tai isukki ja se on nyt kotiututussa viikonloppuna, et mitä palveluita meinasitte järjestää viikonlopuksi. Sitten aikuispsykiatria saattaa ilmoittaa perjantai-iltana, että aikuinen kotiutuu, että mitä palveluita.”*

(suuri kunta 3, ls)

Monessa haastattelussa välittyi, että toimivan yhteistyön rakentaminen oli edellyttänyt pitkäjänteistä, usein vuosien kestoista kehittämistä. Erästä haastattelusta välittyi, että myös paikallisen aikuispsykiatrian yksikön toimintakulttuuri edisti yhteistyötä:

*”He on semmosii jalkautuvia siellä, he käy kotikäynneillä, on joustavia. Sinne on sattunut tämmönen yksikkö.”*

(keskisuuri kunta 10, ls)

Samaan organisaatioon kuuluminen ei välttämättä edistänyt lastenpsykiatrian ja aikuispsykiatrian yhteistyötä, ja joissakin sairaanhoitopiireissä yhteistyötä tehtiin siitä huolimatta, että hallinnollisesti sijaistiin eri yksiköissä. Kun lastenpsykiatria ja aikuispsykiatria kuuluivat samaan yksikköön, esimerkkejä yhteistyöstä olivat sairaanhoitajan työpanoksen saanti tarvittaessa ”tiukoissa tilanteissa” lastenpsykiatrian osastolle sekä aikuispsykiatrian ja lastenpsykiatrian sairaanhoitajien sijaisuuksien tekeminen yksiköstä toiseen. Myös lääkäripäivystyksen järjestämisessä tehtiin yhteistyötä.

## 12 Yksityiset palveluntuottajat ja järjestöt hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmän täydentäjänä

Yksityisten ja järjestöjen tarjoamia palveluita selvitettiin kysymällä sairaanhoitopiirien ylilääkäreiltä heidän tiedossaan olevia alueen palveluntuottajia. Tämän jälkeen tutustuttiin kyseisen palveluntuottajan internetsivuihin. Haastattelujen mukaan keskeisimmät yksityissektorin kuntoutuspalvelujen tuottajat olivat terapiapalveluita tarjoavat ammatinharjoittajat, mutta mitään hoito- tai kuntoutusmuotoa ei ollut ostopalveluna saatavilla kaikissa sairaanhoitopiireissä (liite 5). Eniten oli tarjontaa psykodynaamisesta psykoterapiasta, kognitiivisesta psykoterapiasta ja toimintaterapiasta, joita hankittiin ostopalveluna yli kymmenessä sairaanhoitopiirissä. Puolet sairaanhoitopiireistä osti perheterapiaa ja musiikkiterapiaa. Muut palvelut saivat haastatteluissa 1–6 mainintaa. Yksityisen ammatinharjoittajan työpanosta saatettiin ostaa myös yhteistyönä tehtävään hoitoon, kuten jonkin omana toimintana toteutetun lasten ryhmän toiseksi työntekijäksi.

Kuntoutuspalveluja tarjoavia yrityksiä toimi osassa sairaanhoitoalueista, ja joitakin kuntoutuspalveluita oli saatavilla ostopalveluina myös julkisen sektorin tuottamina (taulukko 10). Kaikkiaan tarjonta oli vähäistä, ja se keskittyi pääsääntöisesti suuriin kaupunkeihin. Turun yliopiston Lastenpsykiatrian tutkimuskeskuksen Voimaperheetnettiohjelma tavoittaa perheet asuinpaikasta riippumatta. Nykyisellään sitä on ostettu neljän sairaanhoitopiirin kuntiin ja 12 muuhun yksittäiseen kuntaan (Ristkari, henkilökohtainen tiedonanto 2017).

### Taulukko 10. Yksityiset palveluntuottajat julkisten mielenterveyspalvelujen täydentäjänä: Hoito- ja kuntoutuspalvelut

<b>Autismisäätiö</b>
Pirkanmaa, Kymenlaakso, Etelä-Pohjanmaa, pääkaupunkiseutu ja muu Uusimaa
Lapsille, joilla on tai epäillään autismikirjon tai muuta neuropsykiatrista häiriötä: Diagnostiset ja toimintakykyarviot Tukikäynnit lapselle ja vanhemmille Vanhempain- /perheohjaus Neuropsykiatrinen valmennus Toimintaterapia Kelaterapiat Neuropsykologinen seksuaalineuvonta
<b>Folkhälsan</b>
Vaasa, Helsinki ja Uusimaa, Varsinais-Suomi, Keski-Pohjanmaa
Toimintaterapiaryhmä, tavoitteena tunnesäätelytaitojen ja sosiaalisten taitojen edistäminen (sekä suomeksi että ruotsiksi) Puheterapia

## Taulukko 10. jatkuu

<b>Hippo-Terapiaklinikka Oy</b>
Helsinki, Tampere, Turku, Jyväskylä, palveluja lisäksi yli 100 pienellä/keskisuurella paikkakunnalla
Neuropsykiatrinen valmennus Toimintaterapia ART-ryhmä Sosiaalisten taitojen ryhmä
<b>Honkalampi Säätiö HSL-Fondo Oy</b>
Joensuu
Kognitiivinen käyttäytymisterapia Toimintaterapia Toimintaterapiaryhmät, joiden tavoitteena sosiaalisten taitojen edistäminen Musiikkiterapia ART-ryhmä SI-terapia Puheterapia
<b>Kuntoutuskoti Sateenkaari</b>
Keminmaa
Hoitojakso
<b>Neuropsykiatrinen kuntoutuskeskus Nepsäkki</b>
Päijät-Häme
Neuropsykiatrinen valmennus Sosiaalisten taitojen ryhmä Kuntoutusohjaus
<b>Opetushallitus Valtakunnallinen oppimis- ja ohjauskeskus Valteri</b>
Jyväskylä, Helsinki, Mikkeli, Kuopio, Oulu
Ohjausta lapselle, jolla on autismitietäminen
<b>Oulun Diakonissalaitoksen säätiö</b>
Rovaniemi
Monimuotoinen perhekuntoutus Neuropsykiatrinen valmennus lapselle ja perheelle Kuntoutusohjaus
<b>Sukupuolisensitiivisen sosiaalisen nuorisotyön verkosto (14 rekisteröityä yhdistystä*)</b>
Helsinki, Espoo, Lappeenranta, Tampere, Turku, Kuopio, Jyväskylä, Joensuu, Kemi, Vaasa, Oulu, Rovaniemi
Voimaannuttava terapeuttinen yksilötyö Seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden yksilötuki Seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden vertaisryhmät
<b>Turun yliopisto Lastenpsykiatrian tutkimuskeskus</b>
Koko maa
Voimaperheet – nettiohjelma vanhemmuuden tukemiseksi perheille, joiden alle kouluikäisellä lapsella on käytöshäiriö- tai levottomuusoireita
*Auralan/Kalliolan/Luotolan/Rovalan Nuoret; Setlementti Puijola/Tampere/Vuolle; Ahjolan/Joensuun/Jyvälän Setlementti; Vaasan Setlementtiyhdistys; HNNKY; Nicehearts; Kölvin Monikulttuurinen Nuorisotyö ry:t

Haastatteluissa esille tulleiden palveluiden lisäksi niissä mainitut palveluntuottajat tarjoavat lukuisia muita lasten ja vanhempien mielenterveyttä tukevia palveluja (taulukko 11). Yleisimpiä järjestöjen tukimuodoista olivat erilaiset vertaisryhmät jollain tavalla samankaltaisessa elämäntilanteessa olevien perheiden aikuisille sekä lasten vertaisryhmät.

Verkossa tarjottavat palvelut ja puhelinpalvelu kattoivat koko maan, mutta muuten palvelut alueellisesti kattavinakin olivat käytännössä parhaiten saatavilla kaupungeissa. Suomen Mielenterveysseuran kriisikeskusten äkillisten kriisien ensivaiheen hoidon kattavuus oli koko maassa hyvä. Tämän lisäksi joillakin alueilla oli tarjolla jonkun muun kolmannen sektorin toimijan järjestämää kriisiapua tietyille kohderyhmille.

**Taulukko 11. Yksityiset palveluntuottajat julkisten mielenterveyspalvelujen täydentäjänä: Muut lasten ja vanhempien mielenterveyttä tukevat palvelut (palvelun tuottaja, sijainti tai toiminta-alue ja palvelut)**

<b>ADHD-liitto</b>
Osassa maata
Vertaisryhmä vanhemmille, joiden lapsella on ADHD Strategia-vanhempainohjauskurssit vanhemmille, joiden 4–12-vuotiaalla lapsella on ADHD Vertaisryhmä vanhemmille, joiden lapsella on neuropsykiatrinen häiriö Lasten liikuntaryhmä Nuorisotoiminta 12-v täyttäneille Tunteella-sopeutumisvalmennuskurssit parisuhteessa eläville ADHD-oireisille henkilöille ja heidän puolisoilleen Jyvä- ja Voimaa arkeen -sopeutumisvalmennuskurssit ADHD-oireisille aikuisille
<b>Autismi- ja Aspergerliitto ry</b>
Koko maa
Kokemusasiantuntijoiden vertaistuki perheille Vertaisryhmä vanhemmille Koulutustilaisuudet vanhemmille Perheiden virkistystoiminta
<b>Autismisäätiö</b>
Pirkanmaa, Kymenlaakso, Etelä-Pohjanmaa, pääkaupunkiseutu/Helsinki
Perhetyö Psykologin tukikäynnit lapselle ja vanhemmille Psykoedukaatio vanhemmille Ammatillinen tukihenkilötoiminta Leiritoiminta Sosiaalipedagoginen hevotoiminta
<b>Ensi- ja turvakotien liitto</b>
Koko maa
Kriisiapu perhe- ja lähisuhteessa väkivaltaa tai sen uhkaa kokeneille Turvakotitoiminta Ensikotitoiminta Nettiturvakoti, jossa lapsille tietoa väkivallasta ja chat



## Taulukko 11. jatkuu

<b>Leijonaemot</b>
<b>Osassa maata</b>
Vertaistukitoiminta vanhemmille, joilla on erityislapsi Vuoroaikutuksen tukeminen erityislasten vanhempien ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kasvatuksen ammattilaisten välillä
<b>Mannerheimin lastensuojeluliitto</b>
<b>Koko maa</b>
Perhekummitoiminta (tuki eri tavoin kuormittavassa tilanteessa eläville perheille) Kaveritoiminta esim. yksinäiselle lapselle Ystäväksi maahanmuuttajaäidille -toiminta (tuki maahanmuuttajaäideille ja heidän lapsille) Kylämummit ja -vaarit perhekahiloissa, päiväkodeissa ja kouluissa Lukumummit ja -vaarit kouluissa (lasten lukutaitojen edistämiseksi) Lasten, lasten ja aikuisten yhteiset harrastekerhot Vanhempainpuhelin, chat ja kirjepalvelu (valtakunnallinen, maksuton vanhemmuuden tuen palvelu) Vanhempainneuvosto (tietoa, vertaistukea ja oma-apuvälineitä) Lasten ja nuorten puhelin, chat ja kirjepalvelu (valtakunnallinen, maksuton palvelu alle 21-vuotiaille) Perhekahvila: Vanhempien vertaistuki, lapsille seuraa, asiantuntija-tietoisuus Vertaisryhmä samassa elämäntilanteessa oleville vanhemmille Jututtamo-vertaisryhmät: vahvistavat vanhemman kykyä tunnistaa lapsen tunteita ja tarpeita Tilapäinen lastenhoitoapu
<b>Pelastakaa Lapset ry</b>
<b>Koko maa</b>
Sijaisvanhempien valmennus Adoptioneuvonta lapsen perheeseen tulon jälkeen Lastenkoti Tirlittan lapsille, joilla neuropsykiatrista oireilua Sijaiskodissa asuvien lasten vertaisryhmä Lastenkodissa asuvien lasten vertaisryhmä Perhekuntoutus lastensuojelun asiakkaina oleville perheille Tukiperhetoiminta Tukihenkilötoiminta Sporttikummitoiminta lasten liikuntaharrastuksen tukena Lapsen koulukäynnin tai harrastustoiminnan tukeminen, kun perheen sosiaalinen tilanne haastava (Eväitä elämälle -ohjelma) Ulkomailta adoptoitujen lasten vertaisryhmä Adoptioneuvonta Lomakotitoiminta ehkäisevänä lasten suojeluna ja lastensuojelun tukitoimena Lapsiystävällinen tila vastaanottokeskuksissa
<b>Pesäpuu ry</b>
<b>Helsinki ja Uusimaa, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala</b>
Sijoitettujen lasten koulunkäynnin edistäminen kodin ja koulun yhteistyönä (Sisukas- toimintamalli) 6–8 -vuotiaiden lasten kokemusasiantuntijatoiminta palveluiden kehittämiseksi (Salapoliisitoiminta)

## Taulukko 11. jatkuu

<b>Sukupuolisensitiivisen sosiaalisen nuorisotyön verkosto (14 rekisteröityä yhdistystä*)</b>
Helsinki, Espoo, Lappeenranta, Tampere, Turku, Kuopio, Jyväskylä, Joensuu, Oulu, Rovaniemi, Kemi, Vaasa
Seksuaalivoukko ja -kasvatus 12-vuotta täyttäneille Voimaannuttavat kasvuryhmät 12-vuotta täyttäneille Yhteisötoiminta Vuorovaikutteinen vertaistukiryhmätoiminta 5-6.-luokkalaisille tytöille koulussa (tunnetaidot, voimaantuminen, omat rajat) Hki Tytis- tyttöryhmät 4.–7.luokkalaisille Vsa Poikatoiminta Jsuu Aikuiskaveritoiminta 6 vuotta täyttäneille Kemi ”Tunnista rajasi, pidä puolesi” -ryhmä omiin rajoihin liittyen 12 vuotta täyttäneille tytöille Hki Yksilö-, ryhmä- ja yhteisötoimintaa 12 vuotta täyttäneille maahanmuuttajapojille Tre Isosisarustoiminta 6 vuotta täyttäneille Tre, Jsuu, Vsa, Kemi
<b>Suomen Ice Hearts ry</b>
10 paikkakuntaa
Joukkueurheilun (jäähkiekko) puitteissa pitkäkestoinen (12 v) varhainen puuttuminen ja tuki
<b>Suomen evankelisluterilainen kirkko</b>
Koko maa
Perhekahvilat Isä-lapsi -toiminta Kirkon perheasiain keskuskeskukset: parisuhdeneuvonta ja eroryhmät
<b>Suomen Mielenterveysseura</b>
Koko maa
Traumaattisten kriisien alkuvaiheen hoito (22 kriisikeskusta) Sururyhmät lapsille (ammattillisesti ohjatut) Toivon polulla -ryhmät menetyksiä kokeneille aikuisille Perhekurssi intensiiviryhmänä perheille, joiden jäsen on kuollut äkillisesti Eroryhmät Uusperheiden vertaistukiryhmät Maahanmuuttajaperheiden palvelu (Helsingin ja Uudenmaan alue)
<b>Suomen Punainen Risti</b>
Koko maa
Läskykerhotoiminta (pienet koululaiset, läksyjen teossa auttaminen, mm. maahanmuuttajat) Terhokerhot (leikki-ikäiset ja pienet koululaiset, sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen)
<b>Viola Väkivallasta vapaaksi ry</b>
Etelä-Savo
Eroa harkitsevien tai eronneiden vanhempien ryhmä (Fisherin menetelmä) Eronneiden vanhempien ryhmä Vertaisryhmä eroperheiden lapsille Vertaisryhmä väkivaltaa kokeneille lapsille Vertaisryhmä vanhemmille, joiden lapsi on otettu huostaan Kiertävä perhekeskus (ennaltaehkäisevä ryhmämuotoinen päivätoiminta, 3 kuntaa)
*Auralan/Kalliolan/Luotolan/Rovalan Nuoret; Setlementti Puijola/Tampere/Vuolle; Ahjolan/Joensuun/Jyvälän Setlementti; Vaasan Setlementtiyhdistys; HNNKY; Nicehearts; Kölvín Monikulttuurinen Nuorisotyö ry:t

# 13 Väliinpuotoajat

Haastatteluissa pyydettiin vastaajia nimeämään ryhmiä, jotka voivat jäädä helposti palvelujen ulkopuolelle. Yksi väliinpuotoajaryhmä tuli esille kaikkien eri tahojen haastatteluissa, ja muita mainittiin enitään kolmen ryhmän haastatteluissa. (Taulukko 12.) Kaikissa haastatteluissa mainittu palveluista putoava ryhmä olivat lapset, joiden vanhemmat eivät, usein omien psyykkisten tai muiden vaikeuksiensa vuoksi, näe lapsen hoidon tarvetta, pysty hakeutumaan avun piiriin tai pysty tukemaan lapsen hoitoa. Useissa perheneuvolan johtajien haastatteluissa nostettiin samankaltaisena tilanteena myös vanhempien pitkittyneet huoltajuus- tai tapaamisriidat, joissa lapsen kärsimys ja oikeus saada apua näyttää unohtuvan.

*”Todella hankalat huoltajuusriidat, niiden määrä on jatkuvasti lisääntymässä ja näitä lapsia revitään joka suuntaan ja yritetään saada lapsia tutkittaviksi tänne. Lapsen auttaminen ei ole se idea, vaan se, et yritetään kerätä materiaalia oikeudenkäyntejä varten. Lapset jäävät sitä kautta väliinpuotoajiksi. Ei voida kauheesti auttaa, kun kaikki se, mitä lapset täällä puhuis, menisi oikeudenkäyntiä varten. Se on haaste, on aika mahdoton tilanne auttaa jos lapsi ei oikeestaan voi puhua.”*

(suuri kunta 4, pn)

**Taulukko 12. Terveyskeskuslääkäreiden, perheneuvolan johtajien, johtavien lastensuojelun asiantuntijoiden ja lastenpsykiatriylilääkäreiden haastatteluissa mainitut väliinpuotoajaryhmät (pth=perusterveydenhuolto, pn=perheneuvola, ls=lastensuojelu, esh=lastenpsykiatrinen erikoissairaanhoito)**

<b>Kaikkien haastattelu ryhmien haastatteluissa mainitut väliinpuotoajat</b>
Lapset, joiden vanhemmat eivät näe lapsen hoidon tarvetta tai pysty tukemaan lapsen hoitoa
<b>Kolmen haastattelu ryhmän haastatteluissa mainitut väliinpuotoajat</b>
Lapset, joilla on kehitysvamma (pth, pn, esh)
Lapset, joilla on mahdollisesti laaja-alaisiakin kehityksellisiä vaikeuksia (pn, ls, esh)
Lapset, joilla on jokin neuropsykiatrinen häiriö (pn, ls, esh)
Maahanmuuttajaperheiden lapset (pn, ls, esh)
Epävakaissa elinolosuhteissa elävä, psykiatrissa hoitoa tarvitseva lapsi (pn, ls, esh)
<b>Kahden haastattelu ryhmän haastatteluissa mainitut väliinpuotoajat</b>
Lapset, joilla on vakava kielellinen erityisvaikeus (pth, pn)
Lapset, joilla on oppimishäiriö (pn, esh)
Lapset, joilla on jokin somaattinen sairaus (pn, esh)
Lastenpsykiatriseen hoitoon tuleva, lähikuukausina nuorisopsykiatrisen hoidon ikärajan saavuttava potilas (ls, esh)

---

Kolmen eri haastateltavan tahon haastatteluissa mainittiin väliinpuotoajina lapset, joilla on kehitysvamma. Erikoissairaanhoidon haastatteluissa mainittiin, että lapset, joilla on kehitysvamma, voivat pudota lääketieteen erikoisalojen välille, mutta myös vammais- palveluiden ja sosiaalipalveluiden välille.

*”Mul on tunne, että kehitysvammaiset ei taho kuulua minnekään, se on ryhmänä vaikea. Kun näitä mielenterveysjuttujaki toisaalta kehitysvammasillakin on, pitäis lähteä hakemaan osaamista kehitysvammaisten isommista laitoksista. Mutta toivois aina, että ois omallaki paikkakunnalla, ettei tarttis lähteä kauemmas.”*

(pienehkö kunta 3, tk)

Väliinpuotoajiksi nimettiin myös lapset, joilla on eriaisteisia, mahdollisesti laaja-alaisia kehityksellisiä vaikeuksia tai jokin neuropsykiatrinen häiriö. Lapsi, jolla on kehitysviiveeseen yhdistyneenä käyttäytymisen ja tunnesäätelyn ongelmia tai ylivirittynyttä seksuaalisuutta, nähtiin lastensuojelun edustajien haastatteluissa väliinpuotoajiryhmänä lääketieteen erikoisalojen välillä, päävastuun ottavaa tahoja ei helposti löydy. Samantyyppinen tilanne mainittiin osassa terveyskeskuslääkäreiden haastatteluja myös lasten neuropsykiatristen häiriöiden kohdalla. Haastateltavien mukaan ei ollut selvää, mihin pitäisi lähettää, ja lapsia saatettiin ohjata toistuvasti toiseen palveluun.

*”Diagnoosivaiheessa neuropsykiatriset on hankalia, mihinkä lähetetään, näiden kohdalla tulee pompottelua. Kasvatus- ja perheneuvola, lastenpsykiatri ja lastenneurologi, näiden kolmen välillä tulee pompottelua. Auta armias, jos on eskariikäinen, niin on vielä vaikeampi, että kuka ottaa kopin, kun se on koulun ja päiväkodin ja kouluterveydenhuollon ja neuvolan välimaastossa oleva lapsi.”*

(suuri kunta 4, tk)

Osa lastensuojelun edustajien haastateltavista näki että lapsille, joilla on jokin neuropsykiatrinen häiriö, oli vaikea saada riittäviä palveluita.

*”Ne [neuropsykiatriset pulmat] vaikuttaa niin moneen kohtaan lapsen elämää. Psykiatrian puolelta saadaan psykiatrinen ja neuron puolelta neurologinen, mut niitten yhteensovittaminen ja siihen vielä lisänä lapsen arkielämä. Niitten yhteys just on haasteellista. Jos on polikliinistä hoitoa, miten saahaan vaikuttamaan sinne arkeen – – Meillähän lastenpsykiatrian puolella jalkautuu työntekijöitä kouluun, päivähoitoon, kotiin. Mutta se ei oo aina välttämättä riittävää, koska nää lapset tarviis tukea enempi kuin kerran tai pari kertaa viikossa. Myös vanhemmat tarvii hirmu paljon tukea lapsen elämään.”*

(keskisuuri kunta 9, ls)

---

Neuropsykiatrisista häiriöistä kärsivien lapsien ruotsinkielisyys vaikeutti vielä palvelujen saamista.

Maahanmuuttajaperheiden lapset nimettiin eräänä väliinpuotoajaryhmänä. Vakituista asuinpaikkaa vasta odottavat maahanmuuttaja- tai pakolaisperheiden lapset voivat jäädä sen vuoksi ilman perustason tai erikoissairaanhoidon palveluita. Osa haastateltavista mainitsi myös, että suomen kieltä osaamattomat maahanmuuttajaperheet eivät pysty vieraskielisinä tai joskus kulttuurinsakin vuoksi käyttämään tarvitsemiaan palveluita. Sekä aikuisten että lasten kokemat usein hyvin traumaattiset kokemukset edellyttävät lisäksi hoidolta erityisosaamista.

Eri palvelusektoreiden väliin putoavista lapsista sekä lastenpsykiatriyliläkärit että lastensuojelun johtavat lastensuojelutyöntekijät mainitsivat useimmin lastenpsykiatrian ja lastensuojelun välille putoavat lapset. Sama ryhmä nimettiin myös perheneuvolan johtajien haastatteluissa. Tyypillinen väliinpuotoaja oli lapsi, joka tarvitsee psykiatrista hoitoa, mutta jonka elinolosuhteet olivat tavalla tai toisella epävakaa, jolloin lastenpsykiatrian arvioiman tarpeen mukaisen hoidon aloittaminen voi siirtyä. Näitä tilanteita olivat esimerkiksi meneillään oleva vanhempien avioeroprosoessi tai meneillään oleva lastensuojeluprosessi, jotka voivat kuitenkin olla pitkäkestoisia.

Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun haastateltavien näkökulmat näihin tilanteisiin olivat haastatteluissakin erilaiset. Erikoissairaanhoidon haastatteluissa pohdittiin erilaisia edellä mainittuihin hoitolinjauksiin liittyviä tekijöitä. Perheissä voi olla monenlaista kuormitusta kuten elämänmuutoksia, vanhempien sairautta, alkoholinkäyttöä ja lapsen oireilua ja sairautta. Epävakautta eroperheen lapsen elämään voi tuoda myös vierailut liiallisesti alkoholia käyttävän tai muuten turvattomuuden kokemuksia tuottavan etävanhemman luona. Lapsen kokemaa kaltoin kohtelu voi näyttäytyä vain vuorovaikutuksessa tai syrjäytymisriski on nähtävissä, mutta lapsen huostaanoton kriteerit eivät täyty. Lastensuojelun piirissä olevan lapsen, joka ei tarvitse huostaanottoa, hoidon aloittamiseen vaikuttaa erityisesti perheen kyky sitoutua hoitokäynteihin. Sijoitusta odottavat lapset ja sijoitetut lapset, joiden sijoituksesta on meneillään oikeusprosoessi, olivat myös väliinpuotoajaryhmä, jolle ei voi tarpeen mukaista hoitoa aloittaa. Perhekodeissa asuvat lapset saattavat oireilla vakavasti, mutta riittävän hoidon esteeksi tulee se, ettei lapsi ole pysyvästi sijoitettu, jolloin lapsen tarvitsemää intensiivistä hoitoa ei voi aloittaa. Yli puolet ylilääkäreistä arvioi, että lapset eivät palvelujen väliin pudotessaankaan jää kokonaan ilman hoitoa, mutta voivat saada sitä viivästeisesti tai riittämättömästi tai saada jotain muuta hoitoa kuin oikeastaan tarvitsisivat. Lastensuojelun edustajien haastatteluissa pohdittiin puolestaan ovatko erikoissairaanhoidon odotukset lapsen elämäntilanteen vakiintumisesta realistisia ja miksi olemassa olevaan tilanteeseen sopivia hoitomuotoja ei käytetä tai ole kehitetty.

*”Vedotaan siihen ikivanhaan juttuun aina ku tilanne ei oo niin vakaa, ei hoideta, eli ensin nakki napsahtaa tänne suuntaan, et täytyy saada jotenkin vanhemmat kuosiin ja arki kuosiin, ennen kuin lasta voidaan niin sanotusti hoitaa.”*

(suuri kunta 4, ls)

---

*”Mun mielestä tilanne on tasaantunut, lastenpsykiatrian mielestä tilanne ei oo tasaantunut ja he ei pysty aloittamaan sitä lasten auttamista. Nää on meidän hirveen vaikea ymmärtää. Aikuisetkin saa apua kriisitilanteessa ja muutostilanteessa, mutta lapsen kohdalla ajatellaan, että ensin pitää tilanteen ja arjen tasaantua, että voidaan auttaa. Jos ajattelee lapsen sijoittamista ja huostaanottoa, niin se on tasaantunut muutaman vuoden päästä, että tarviiks he sillon sitä enää, ja onks siinä sillon enää järkeä. Se on iso pulma.*

(keskisuuri kunta 10, ls)

*”Mutta jos ei kykene vastaanottamaan psykiatrissa apua, niin mikä on se apu, sitä ollaan pohdittu. Mikä on se apu, mikä on se paikka, jossa lapsi saa tuntojansa ker-  
too?”*

(keskisuuri kunta 9, ls)

*”Ei oo semmosia käytäntöjä, et miten semmoses tilantees tuetaan lasta sairaan-  
hoidon puolella.”*

(pienehkö kunta 2, ls)

Lastenpsykiatrian ja lastentautien erikoisalojen tarjoamien palvelujen väliin saattavat jäädä somaattisesti sairastavat lapset sekä erikoisesta somaattisesta oireyhtymästä kärsivä lapsi, jos vahvistusta oireyhtymän psyykkisestä etiologiasta ei ole löydettävissä. Pitkäaikaissairaiden tai vammaisten lasten vanhempien tukeminen ei ole selkeästi min-  
kään toimijan tehtävä, jolloin perhe voi jäädä ilma tukea. Lapset, joilla on kielellisiä eriy-  
tyisvaikeuksia tai dysfasiaa jäivät lastenneurologian tekemien rajausten jälkeen eräässä  
kunnassa ilman riittävän asiantuntevaa kuntoutussuunnittelua. Vakavista kielellisistä  
ongelmista kärsivät lapset, joilla oli lisäksi tunne-elämän tai käyttäytymisen häiriöitä,  
mainittiin myös väliinpuotoajaryhmänä, samoin lapset, joilla on oppimishäiriö.

*”Jos on vaikeita kielellisiä häiriöitä, ne on kans ryhmä, mille joskus tuntuu, että  
kukaan ei ota. Mihin ne kuuluu, mikä on pääongelma, et onks se kielellinen vai-  
keus vai käyttäytymishäiriö, mikä on muna ja mikä kana tyyppisesti, et mistä se  
alko. ”*

(suuri kunta 5, tk)

Terveyskeskuslääkäreiden vastauksissa toistuvasti mainittu ryhmä, joka jäi ilman riit-  
tävää hoitoa hoitojärjestelmästä johtuvista syistä, olivat lapset, joiden oireilu ei sel-  
vinnyt muutamalla käynnillä, mutta joiden oireilu ei täyttänyt erikoissairaanhoidon  
kriteereitä. Syynä mainittiin joko osaamisen tai vastaanottoaikojen puute.

---

*”Ei meilläkään ole perustasolla osaamista, eikä resursseja ja sitte pallotellaan lähetettä eestaas [erikoissairaanhoidon kanssa]. Se on suurimpia haasteita, että perhe jää ilman apua, ku erikoissairaanhoito kuvittelee, että meillä pitää olla resursseja. Meillä ei oo. Ei meillä vaan oo.”*

(suuri kunta 1, tk)

*”Mä aattelin, että semmoiset lievät hoituu oppilashuoltotyön puitteissa ja oikein vaikeat hoituu, koska ne saadaan erikoissairaanhoidon. Se välimaasto, se on meidän ongelma, että siinä saatais riittävä tuki. Ne on hetken päästä siellä vaikeamassa, ainakin osa niistä.”*

(suuri kunta 4, tk)

Erikoissairaanhoidon näkökulmasta toisaalta peruspalvelujen tekemien palvelurajauksen (esim. tarjotaan 3 kk tiettyä palvelua) jälkeen enemmän tarvitsevat lapset voivat jäädä ilman hoitoa. Muita yksittäisiä mainintoja haastatteluissa saivat lapset, joilla on oppimishäiriö, kriisiosaamista tai trauma- tai lyhytterapioita tarvitsevat lapset sekä alakoululikäiset vilkkaat pojat, joilla on ADHD-oireita sekä koulussa uhmaa ja tottelemattomuutta. Eräs haastateltava mainitsi vielä tavallisesti huomaamattomaksi jäävät hiljaiset, liian sopeutuvat lapset.

*”Kyllä sitä aina kantaa huolta näistä vetäytyivistä, hiljasista jotenkin omaan maailmaansa jäävistä lapsista, jotka sopeutuu ja nielee paljon, et nähdäänkö heitä ennen ku on jo myöhästä.”*

(suuri kaupunki 7, pn)

Sijoitetut lapset, jotka ovat usein varsin traumatisoituneita, tulivat eräässä lastensuojelun edustajien haastattelussa esille ryhmänä, jonka on vaikea saada vaikuttavia palveluita erikoissairaanhoidosta. Joidenkin lastensuojelun haastateltavien kokemus oli myös, että sijoitetut lapset voivat joutua väliinpuotoajiksi palveluiden välillä sen vuoksi, että sijoituksen alettua lapsen psykiatrisen hoidon antamaa tukea vähennetään ja ikään kuin oletetaan, että sijoituspaikka hoitaa lapsen psyykkisen häiriön.

Psyykkisesti oireileville lapsille oli lastensuojelun edustajien mukaan vaikea löytää sijoituspaikkaa, samoin silloin jos lapsi tarvitsi ympärivuorokautista huolenpitoa, hoivaa tai kuntoutusta, mutta ei sairaalahoitoa. Erityisen haastavaa oli sijoituspaikan löytäminen silloin, jos lapsella on vakavaa aggressiivisuutta ja päihdeongelma. Lapsen häiriöistä mainittiin tässä yhteydessä useimmin käytöshäiriöiset, joille oli sekä vaikea saada erikoissairaanhoidon palveluja että löytää sijoituspaikkaa. Ylilääkäreiden haastatteluissa mainittiin sama ryhmä sellaisina lapsina, joiden vanhempana toimiminen on tavallista vaativampaa ja joille ei välttämättä löydy sijaispaikkaa. Näitä lapsia voivat

---

ylilääkäreiden mukaan olla myös jotkut autistiset tai muun neuropsykiatrisen diagnoosin omaavat lapset ja psykoottiset lapset.

Väliinputoajaryhmä oli erään lastensuojelun edustajan mukaan ne lapset, jotka olivat täyttämässä muutaman viikon tai kuukauden sisällä nuorisopsykiatrian palveluihin tarvittavan iän, joka on tavallisimmin 13 vuotta. Lastenpsykiatrian puolella ei silloin ehditty juuri toimia, mutta nuorisopsykiatria ei ottanut vastaan ennen ikärajan täyttymistä. Lapsi voi olla näissä tapauksissa jopa kuukausia riittämättömän palvelun varassa. Erikoissairaanhoidon haastatteluissa nostettiin sama asia esille. Tullessaan lastenpsykiatriseen hoitoon lähellä 13-vuotissyntymäpäiväänsä lapsi voi joutua kahteen peräkkäiseen erikoissairaanhoidon tekemään arviointivaiheeseen. Lisäksi mainittiin, että nuoruusikään tulevien neuropsykiatrisesti oireilevien lasten voi olla vaikea päästä nuorisopsykiatriisiin palveluihin, jonne hoitoon ottamisen kriteerit ovat toisenlaiset kuin lastenpsykiatriassa.

Erikoissairaanhoidosta kunnan palveluihin, perheneuvolaan tai koulupsykologille jatkokokontaktiin ohjatut lapset saattoivat myös jäädä ilman tarvitsemiaan tukitoimia. Peruspalvelujen nivelvaiheista mainittiin eräässä perheneuvolan johtajan haastattelussa esimerkkinä kouluun siirtyminen. Jos tieto lapsen erityisvaikeuksista ei siirry, lapsi voi jäädä ilman tarvitsemaansa tukea.

Lapset, joilla on psyykkisistä syistä johtuvia koulunkäyntiin liittyviä vaikeuksia, nähtiin useissa lastensuojelun edustajien haastatteluissa palvelusektoreiden väliin putoavina lapsina. Jos lapsi kieltäytyy koulunkäynnistä tai pystyy olemaan siellä vain muutaman tunnin, voi eri toimijoilla olla erilainen näkemys siitä, miten tilanteessa tulisi lasta ja perhettä auttaa.

*”Lapset, jotka oirehtii hyvin vahvasti ulospäin, ja pulmat ja ongelmat on niin syvässä, et he ei kykene käymään koulua normaalissa kouluympäristössä, vaan se on maksimissaan tunti tai kaksi päivässä, minkä he pysyvät siellä koulussa kasassa. Siinä vaiheessa me ollaan isoissa pulmissa, erityisesti, jos vanhemmat jotenkin kotiin annettavilla palveluilla pärjäilis siellä kotona, mutta koulun käyminen on se, missä kohdassa lapsi hajoaa. Kun ei ole sijoituksen syytäkään varsinaisesti, miten koulunkäynti sille lapselle järjestetään? Sit tulee eri viranomaisten välinen ristiriita. Koulumaailma aattelee, et tää pitää saada sairaalakouluun. Sellasta ei ole täällä olemassa muuta ku osastojaksojen aikana, mut ei ole muita koulunkäynnin muotoja. Palveleeko lasta, et on eristetty kotikouluun? – – Niihin toivos palveluvalikkoo lisää. Et ei tarvis eri viranomaisten pallotella ja pompotella asiakasta, et kenelle tän asian ratkaseminen kuuluu.”*

(pieni kunta 5, ls)



---

Muita haastatteluissa mainittuja ryhmiä olivat lastensuojelun asiakkuudessa olevat pienet lapset sekä lastenpsykiatriasta osastohoitoa tarvitsevat lapset silloin, kun kodin ja osaston välinen matka on pitkä. Kummassakin tilanteessa lastensuojelun asiakkuudessa olevien vanhempien voimavarat, esimerkiksi jaksaminen tai kognitiivinen taso, eivät välttämättä riitä. Esimerkkinä mainittiin pienten lasten hoito, jonka oletetaan tapahtuvan paljon vanhempien kautta ja vanhempien puolestaan tukevan lastaan hoitokontakteissa saamallaan valmiuksilla. Erään lastensuojelun edustajan mukaan hoitoa erikoissairaanhoidosta sai vaikeasti tai ei lainkaan lapsi, jolla oli itsellään monenlaisia vaikeuksia, ja jossa vanhemmat kärsivät samoista ongelmista, ja joka eli epävakaassa tilanteessa. Kun lapsella on paljon erityisen tuen tarvetta ja vanhempien elämäntilanne on muistakin syistä kuormittava, voi tulla väliinpuotoamistilanteita myös palvelukokonaisuuden monimutkaisuuden seurauksena.

*”Sellaiset lapset [ovat väliinpuotoajia], joilla on laaja tuen tarve ja pulmia vähän joka alueella; on oppimisessa, on tarkkaavaisuus-, keskittymispulmaa, aistisääntelypulmat, niissä tulee myös paljon käyttäytymisen pulmaa kouluun ja kotiin ja sosiaalisiin suhteisiin ja jos vielä vanhemmuudessa on jotain pulmia tai perheen tilanne on tosi kuormittunut. Kun siinä on ihan joka sortin asiaa, niin lapsen ongelmat vaatii jo niin ison verkoston ympärille väistämättä, että verkoston pyörittäminen on raskasta. Siinä väistämättä tapahtuu usein hukkakäyntiä ja tyhjäkäyntiä, ei olla tietoisia toisten toiminnasta, vaikka kuinka yritetään olla. On haastavaa kaikkien yrittää toimia samaan suuntaan ja löytää yhteisiä suunnittelu- ja palaveriaikoja. Vanhemmat kuormittuu siitä, että on niin paljon toimijoita, että sitten käy semmoisia väliinpuotoamistilanteita. Jos koulu vielä ei pysty järjestämään erityisopetusta tai pienryhmäpaikkoja, et joudutaan sinnittelemään yleisopetuksen ryhmässä, siinä on sitten tosi iso työmaa. Siinä tapahtuu puotoamista, lapset joutuu sinnittelemään koulumaailmassa ihan liian pitkään liian pienillä tukimuodoilla.”*

(pieni kunta 5, pn)

# 14 Lasten mielenterveyspalvelu- järjestelmän vahvuudet ja haasteet

Haastatteluissa kysyttiin mitä vahvuuksia ja mitä haasteita haastateltava näkee palveluissa. Jotkut vastaukset koskivat haastateltavan oman yksikön toimintaa ja jotkut myös yhteistyökumppaneiden tuottamien palvelujen vahvuuksia ja haasteita. Yhteisesti nähtyjä vahvuuksia ja haasteita on koottu taulukkoon 13.

**Taulukko 13. Lasten mielenterveyspalvelujen vahvuudet ja haasteet (pth: perusterveydenhuolto, pn: perheneuvola, ls: lastensuojelu, esh: lastenpsykiatrinen erikoissairaanhoito)**

Vahvuudet
Palveluun pääsy ilman lääkärin lähetettä (pn, ls)
Pysyvä henkilökunta (pn, esh)
Kokenut henkilökunta (pn, esh)
Oman alueen tuntemus (pth, esh)
Kaksikieliset palvelut (pn, esh)
Hyvä työilmapiiri (pth, esh)
Haasteet
Toisen palvelusektorin palvelurajaukset (pn, ls, esh)
Ei mielenterveysongelmien hoidon osaamista (ls, pth, kumpikin omasta puolestaan)
Perusterveydenhuollon riittämättömät resurssit mielenterveystyöhön (pth, ls)
Riittävän tiiviiden hoitojen toteuttaminen erikoissairaanhoidossa (esh, ls)
Asiakas- tai potilasperheiden määrän kasvu (esh, pn)
Lääkärityövoima: vaihtuvuus ja vaje (pth, esh, pn)
Resurssien niukkuus (ls, esh)
Tiedon kulku palvelusektoreiden välillä (pth, ls)
Pitkät etäisyydet (pn, ls, esh)
Toimitilat (pn, esh)

---

## 14.1 Vahvuudet

### 14.1.1 Yhteisesti nähtyjä vahvuuksia

Useimpien perheneuvoloiden vahvuudeksi nimettiin lasten ja perheiden pääsy palveluun ilman lähetettä. Lastensuojelun edustajat toivat vahvuutena esille, jos erikoissairaanhoidon ei tarvittu lääkärin lähetettä. Eräässä kunnassa potilaaksi pääsi lastensuojelun työntekijän puhelinsoiton perusteella ja toisessa esimerkiksi koulupsykologin läheteellä. Yhdessä sairaanhoitopiirissä asiakaskontaktin alussa perheen kanssa täytetty yhteistyölomake mahdollisti monialaisen perheen pulmien arvioinnin ja lastenpsykiatrian henkilökunnan viiveettömän mukaantulon arviointi- tai hoitotyöhön.

*”Meille päästään ilman lähetettä. – Vanhemmat voivat itse soittaa, jos on huoli. Meillä on päivystävä sairaanhoitaja, psykologi tai sosiaalityöntekijä, voi ottaa samana päivänä puheluita vastaan ja järjestetään joku eka käynti yleensä viikon sisällä.”*

(pienehkö kunta 1, pn)

Muut enemmän kuin yhden palvelusektorin haastatteluissa mainitut vahvuudet liittyivät henkilökuntaan. Noin puolessa sairaanhoitopiireistä vahvuutena oli pysyvä ja kokenut henkilöstö. Saman vahvuuden nimesivät jotkut perheneuvolan johtajat, mutta vain yksi johtava lastensuojelutyöntekijä. Muutama perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon haastateltava nosti vahvuudeksi yksikkönsä hyvän työilmapiirin. Kaksi-kieliset palvelut mainittiin vahvuutena sekä erikoissairaanhoidon että perheneuvolan haastatteluissa.

Perusterveydenhuollossa vahvuutena koettiin myös se, että perusterveydenhuollossa nähdään lähes kaikki lapset, ja ainakin osassa kunnista työntekijän oli mahdollista tuntea koko perhe. Myös joissakin erikoissairaanhoidon yksiköissä vahvuutena oli oman alueen, sen verkostojen ja eräällä alueella jopa sukujen tuntemus. Erityisesti pienen kunnan työntekoa helpottava vahvuus sekä perusterveydenhuollossa että lastensuojelussa voi olla palveluverkon ja sen työntekijöiden tunteminen.

*”Mä koen etuna ku on pieni kunta, ja pienet ympyrät ja tiivis yhteistyö eri toimijoiden välillä, ja taas toisaalta lapsetki tunnetaan aika hyvin. On aina helppo tietää mihinkä päin ohjata, ja tiedetään mitenkä lähetään selvittelemään.”*

(pieni kunta 2, tk)

---

*”Pienen paikkakunnan etuja, että on se yks toimisto tai yks perheneuvola, minne mennään, se, että työntekijät tuntee toisensa, plus se, että myös lääkärit tuntee perheneuvolan tiimin, ne tuntee myös sossut. Et ei oo semmosta, et tarttis miettiä, että mun pitäis soittaa nyt koulun lääkärille, mutta minkähänlainen lääkäri se on.”*

(pieni kunta 2, ls)

#### 14.1.2 Terveyskeskuslääkärien nimeämiä vahvuuksia

Suurten kuntien vahvuutena näyttäytyi erikoistuneiden palveluiden lisäksi työntekijöiden erityisosaaminen. Pienissä kunnissa taas koettiin vahvuutena, että kommunikaatio oli tehokasta, kun kaikki tunsivat toisensa, ja kaikkia kyettiin auttamaan.

*”Meillä on kokopäiväisiä koululääkäreitä, et meidän jengi on todella osaavaa – – Porukassa on muutamaki psykoterapiakoulutuksen saanu, ja yks ravitsemustieteen taustatutkinnolla tullu, ja erilaisia erikoislääkäreitä ja väitelleitä ihmisiä on. Melkein asiasta ku asiasta jollain on jotain osaamista. Sosiaalipediatri – – konsultoi sillon ku vaikee lastensuojelutilanne”*

(suuri kunta 7, tk)

#### 14.1.3 Ylilääkärien nimeämiä vahvuuksia

Muutamat ylilääkäreistä nostivat esille palvelujen saatavuuteen liittyviä vahvuuksia. Näitä olivat eri sairaanhoitopiireissä esimerkiksi hoitotakuussa pysyminen, lähellä olevat palvelut ja se, että lapset tulevat hoidon piiriin aikaisin ja heidät pystytään hoitamaan omassa sairaanhoitopiirissä. Kolmasosa haastatelluista nosti vahvuutena esille monipuoliset palvelut tai tietyn palvelumuodon. Vahvuudeksi mainittiin muutaman kerran prosessin kehittäminen yleisesti tai nimettiin tietyn prosessin kehittäminen, esimerkiksi potilaiden arviointivaiheen nopeuttaminen, jolloin hoitovaiheeseen päästiin sujuvammin. Potilaiden prosessien mukaan organisoidut palvelut mainittiin kerran. Palvelujen keskittäminen oli vahvuus lääkäripulasta kärsivässä sairaanhoitopiirissä.

*”Aika hyvä, aika kattava kirjo hoitovalikossa nyt erilaisia vaihtoehtoja monenlaisille häiriöille, ja ne on varsin ajanmukaisia”*

(ylilääkäri 20)

*”Akuuttipoliklinikan perustaminen, niin pystytään tarjoamaan nopeeta intensiivistä hoitoa”.*

(ylilääkäri 14)

---

*”Prosessiorganisaatio mahdollistaa sen, että hoitavat henkilöt säilyvät mahdollisimman paljon samana hoidon eri vaiheissa.”*

(ylilääkäri 18)

*”Keskittäminen tarkoittaa laatua ja tehoa, koska meil on niin vähän lääkäreitä, meistä saa silloin helpommin irti kaiken mitä on saatavissa irti.”*

(ylilääkäri 13)

Kaikki ylilääkärit nostivat esille henkilökuntaan liittyvät vahvuudet, kuten esimerkiksi innostuneisuus, kehittämismyönteisyys, aktiivisuus ja rohkeus. Muita henkilökunnan vahvuuksia olivat hyvä ja monipuolinen ammattitaito kuten erityisosaamiset ja terapiakoulutukset sekä kouluttautumismyönteisyys.

*”Halutaan kehittyä ja halutaan vastata siihen mitä meiltä yhteiskunta ja muut toimijat odottaa, mikä on se meidän siivu.”*

(ylilääkäri 17)

Yhteistyöhön liittyviä vahvuuksia mainittiin haastatteluissa useasti. Näitä olivat yhteistyökykyisyys ja palvelun joustavuus. Vahvuuksia olivat myös hyvät yhteistyösuhteet verkostoihin, esimerkiksi muihin viranomaisiin sekä yhteistyökumppaneiden luottamus lastenpsykiatriseen erikoissairaanhoidon yksikköön.

Muita esille tulleita vahvuuksia olivat parissa sairaanhoitopiirissä läheinen yhteistyö yliopiston kanssa ja yhdessä sairaanhoitopiirissä muiden lasten erikoisalojen kanssa. Sairaanhoitopiirin sopiva koko palvelujen järjestämisen näkökulmasta mainittiin haastatteluissa kerran.

#### **14.1.4 Perheneuvoloiden johtajien nimeämiä vahvuuksia**

Jotkut perheneuvolan johtajien haastattelussa mainitut vahvuudet liittyivät kyseisen perheneuvolan perustehtävään, toiset olivat yleisempiä. Eräässä kunnassa mainittiin melko viiveetön pääsy palveluun. Työtavoista perhekeskeisyys, verkostotyöskentely ja kokonaisvaltainen ote koettiin haastatteluissa vahvuuksina. Vahvuuksina nousivat esille edelleen moniammatillisuus, joko näkökulmana sinänsä tai konkreettisesti jonkin ammattikunnan, esimerkiksi psykiatristen sairaanhoitajien kuulumisena samaan yksikköön. Vahvuutena mainittiin myös kunkin perheneuvolan, keskenään erilaiseenkin, perustehtävään tarvittava ammattitaito. Palveluvalikon vahvuutena tuli esille yhdessä haastattelussa monipuolinen ryhmätarjonta. Toinen haastateltava mainitsi vahvuutena asiantuntijan puhelimesta antaman palvelun vanhemman ottaessa ensimmäistä kertaa yhteyttä perheneuvolaan.

---

*”Pieni paikkakunta ja pieni tiimi on aika ketterä vastaamaan monenlaisiin tilanteisiin ja luovasti ratkaisemaan tilanteita ja kuntoutusten ja hoitojenkin järjestämistä. Me ajatellaan, että kaikki kuuluu meille, ei ole mitään sellaista pois lähettämisen kulttuuria. Kääritään hihat ja ruvetaan hommiin ja mietitään, miten saadaan koko perheelle sopivat palvelut tuotettua, välillä omana työnä ja välillä ostopalveluina.*

(pieni kunta 5, pn)

*”Me ei tarvita muuta erikoissairaanhoidosta ku lääkärin diagnoosi, jos se on tarpeen. Täällä voidaan laaja-alaisesti tehdä kaikki tutkimukset, kehitystaso ja neuro psykologinen arvio ja tunne-elämän arvio ja selvittää se perhetilanne.”*

(pienehkö kunta 3, pn)

*”Meidän osaaminen kyl asettuu näihin. – – Kriisitilanteiden vakauttamista, traumaymmärryksen kasvattamista sekä lasten että perhetason traumojen, kiintymys-, vuorovaikutussuhteiden ymmärtämistä ja hoitamista, tukemista, perhesysteemin terapiaan panostamista. Lasten kanssa tehtävä työ, siis voisko sanoa lapsen yksilötyö, niin se nivoutuu aina näihin. – – Arvokasta on se, et me pystytään auttamaan lasta kertomaan asioistaan vanhemmalleen, eikä meille. Sillon se muodostuu pääomaks, jonka kanssa he pääsee elämässä eteenpäin. Me pystytään auttamaan siinä heidän keskinäisessä keskustelussa, ja näin syntyy se meidän mielenterveystyö.”*

(suuri kunta 7, pn)

*”Hyvin merkityksellinen on ensikontakti, meil on 16 tuntia viikossa sellasta aikaa, että on hoitotyöntekijä tavotettavissa. Siinä käydään monesti jo tärkeetä keskustelua siitä, et onko tarpeen olla huolissaan ja mitä jo odotusaikanakin voi tehdä tukeakseen, on sitten kyse peloista tai käytösongelmista tai mitä onkaan, mutta siinä saa jo alkuapua.”*

(suuri kunta 3, pn)

#### **14.1.5 Lastensuojelun johtavien asiantuntijoiden nimeämiä vahvuuksia**

Useimmat lastensuojelun edustajat nimesivät haastatteluissa vahvuudeksi toimivan yhteistyön eri toimijoiden välillä. Työntekijäverkoston sujuva yhteistyö mainittiin useammin pienten ja pienehköjen kuntien edustajien haastatteluissa kuin muissa haastatteluissa. Palvelujärjestelmän vahvuudeksi nimettiin usein myös sujuva yhteistyö perheneuvolan kanssa. Käytännössä sillä tarkoitettiin perheen tarvittaessa nopeaa pääsyä perheneuvolaan sekä yhteisiä asiakasneuvotteluja. Perheneuvolan mukaantulo

---

yhteisille kotikäynneille mainittiin lisäksi erityisen myönteisenä asiana. Muita vahvuuksia olivat perheen kanssa tehty avoin yhteistyö, jossa viranomaisneuvotteluja ei pidetty. Parhaimmillaan lastensuojelun ja mielenterveyspalvelujen yhteistyötä kuvattiin palvelun yhteisenä räätälöimisenä asiakasperheelle.

*”Me ollaan rakennettu palvelut yhdessä hoitavan tahon kanssa. Ollaan järjestetty esimerkiksi tukihenkilöä lapselle tai autettu perhettä arjessa siinä, että he saavat hoitoa toteutettua, ehkä taloudellisesti on autettu siinä, että perheellä on varaa matkustaa sairaalaan tai järjestetty jotain muuta apua, järjestetty vaikka tukiperhe lapselle, että vanhemmat saa huokasta viikonloppuna. Tämäntyyppisillä ratkaisuilla pystytään tukemaan sitä, et se ei ole pelkästään terapia ja lääkinnällinen kuntoutus tai osastohoito, mikä lasta ja perhettä auttaa, vaan siihen ympärille pitää muita tukirakenteita saada rakennettua, jotta perhe jaksaa hoitaa lasta.”*

(pieni kunta 5, ls)

Pari haastateltavaa mainitsi vahvuutena mahdollisuuden käyttää tukihenkilöitä osana psyykkisesti oireilevien lasten kuntoutuskokonaisuutta. Tukihenkilöille maksetaan korvaus, jolloin sitoutuminen on parempaa. Tukihenkilöllä saattaa joskus olla jotain lapsen tarvitsemaa erityisosaamista, kuten neuropsykiatrisen valmentajan taito.

*”Se on hyvä tuki monella tavalla myös psyykkisesti oireileville lapsille. Se on laajaa ja tehokasta.”*

(pieni kunta 3, ls)

*”Välttämättä lapsi ei saa solmujaan terapiassa yksin auki. Toiminnallinen tukihenkilö voi joskus olla suurempi apu lapselle kun mitä kuvitellaankaan. Esimerkiksi jos on yksinhuoltajaperhe ja äiti on se yksinhuoltaja ja isäsuhde on jo katki, niin voi olla, että syyt pulmaan johtuukin osittain niistä perheristiriidoista. Pitää myös muistaa, mitkä tekijät mielenterveyttä on lähteny horjuttamaan, pyrkii antamaan sitä. Joku miestukihenkilö, joka käy kalassa ja tekemässä ja touhuamassa sen pojan kanssa, voi olla yksi arvokkaimpia ihmissuhteista, mitä lapsi on osakseen ikinä saanut.”*

(pieni kunta 5, ls)

Lastensuojelun näkökulmasta vahvuutena näyttäytyi ainakin yhdessä kunnassa se, että lastenpsykiatrisen toimintayksikkö sijaitsi samalla paikkakunnalla. Lastensuojelun ja erikoissairaanhoidon sujuva yhteistyö tuli vahvuutena esille joissakin haastatteluissa.

---

*”Säännölliset yhteistyöpalaverit ja säännöllinen yhteistyö asiakasasioissa toimii, ja ollaan luotu toimintakuvioita, miten näitten yhteisten asiakkaitten asioissa toimitaan.”*

(keskisuuri kunta 9, ls)

*”Kyllä mä lastenpsykiatriallekin tunnustusta annan, kyllä siellä tarvittaessa otetaan lähetteitä kiireellisesti vastaan ja toimitaan sen mukaisesti.”*

(suuri kunta 5, ls)

## 14.2 Haasteet

### 14.2.1 Yhteisesti nähtyjä haasteita

Sekä erikoissairaanhoidon että lastensuojelun ja perheneuvolan työntekijöiden haastatteluissa mainittiin haasteena se, että jokin palvelusektori rajoittaa yksipuolisesti antamiaan palveluita (taulukko 13). Sellaisen päätöksen seurauksena palvelutarve tavallisesti vain siirtyy johonkin toiseen palveluun, joka voi kuormittaa epätarkoituksenmukaisesti ja lapsen ongelmat voivat pahentua. Esimerkiksi kunnan perheneuvolan tai perhetyön antaman tuen päättymisen aikarajan vuoksi voi johtaa siihen, että palveluita on järjestettävä erikoissairaanhoidossa. Perustason palvelut näyttäytyivät erikoissairaanhoidon näkökulmasta ainakin kahdessa sairaanhoitopiirissä niin heikkoina, että sen seurauksena palvelut painottuivat erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon tekemä palvelun rajaaminen lapsen tutkimus- ja hoitoprosessin kaikissa vaiheissa nimettiin lastensuojelun ja perheneuvolan haastatteluissa haasteeksi. Jos erikoissairaanhoidon teki rajauksia, ne vaikuttivat perheneuvolan asiakasmäärään ja -kirjoon, eikä perheneuvolalla matalan kynnyksen palveluna ollut mahdollisuutta omiin rajauksiin. Sen seurauksena perheneuvolan oman organisaation linjaukset työn sisällöstä saattoivat olla ristiriidassa palveluun tulevien asiakasperheiden tarpeiden kanssa. Eräs lastensuojelutyöntekijä koki puutteellisen lastenpsykiatrisen avun voivan johtaa vahvasti oireilevan lapsen sijaishuoltopaikan toistuvaan vaihtumiseen aikuisten uupumisen seurauksena.

*”Hoitavat tahothan voi määritellä aika vahvastikin sitä, missä kohtaa on sopiva hetki ja millon otetaan arvion piiriin tai jotain voidaan alottaa. Ymmärrän, et se perustuu ammatilliseen arvioon, en oo sitä kyseenalaistamassa. Ongelma on se, että aika hyvin luotetaan siihen, että me emme voi täällä lastensuojelussa rajata. Kaikki muut voi pitää jonoistaan kiinni, koska me emme voi rajata.”*

(suuri kunta 5, ls)



---

Perusterveydenhuollon ja lastensuojelun edustajat totesivat kumpikin oman palvelunsa osalta haasteelliseksi sen, että työntekijöillä ei ole riittävää osaamista lasten mielen-terveyshäiriöiden tarvitsemasta tuesta, esimerkiksi lääkäreiden osaamistaso oli hyvin vaihteleva. Perusterveydenhuollon voimavarat kaikkiaan nähtiin mielenterveystyöhön riittämättöminä ja priorisointi yhtenä haasteena.

*”Mitä terveydenhuolto tekee käytöshäiriöisten hyväks? Terveysasemat ei taatusti tee yhtään mitään. Siel ei oo koulutusta eikä osaamista. Terveystenhoitajat tekee terveystarkastuksia – ne neuvoo syömään D-vitamiinia ja nukkumaan riittävästi.”*

(suuri kunta 7, tk)

*”Me bongataan kaikenlaista ja nähdään paha olo, mut mitäs sitte?”*

(suuri kunta 1, tk)

*”Meillä on kokeneita koululääkäreitä, jotka pystyy aloittamaan [ADHD] lää-  
kityksen ja heillä on joitakin seurannassa. – – Meillä on erikoislääkäreitä, jotka  
on perehtynyt näihin asioihin. – – Sit on koulutettavia YEK-vaiheen lääkäreitä,  
jotka tk-harjoittelunsa ohessa tekee kouluterveydenhuoltoa vaikka kolme kuu-  
kautta tai puoli vuotta tai kuukauden, ja vaihtuu koko ajan.”*

(suuri kunta 4, tk)

Monessa erikoissairaanhoidon ylilääkärin haastattelussa yhteistyö perusterveyden-  
huollon lääkäreiden kanssa mainittiin haasteellisena. Kokemus oli, että terveyskeskus-  
lääkäreitä oli vaikea saada yhteistyöhön ja yhteistyön haasteellisuutta lisäsi lääkäreiden  
vaihtuminen. Puolet erikoissairaanhoidon haastateltavista mainitsi omassa toimin-  
nassaan haasteena erikoislääkäreiden puutteen, mikä haittasi muun muassa kehittä-  
mistyötä. Joillakin sairaanhoitoalueilla virkoja oli riittävästi, mutta niitä ei oltu saatu  
vuosiin täytettyä. Lääkäreiden siirtyminen eläkkeelle tuotti enenevästi haastetta. Vaki-  
tuisen lääkärin puuttuminen nimettiin myös eräässä perheneuvolassa haasteena, koska  
lääkehoitomahdollisuuksia ei lapsille ollut.

Perheneuvoloiden ja erikoissairaanhoidon yhteinen haaste oli palveluun tulevien  
lasten ja perheiden määrän kasvu. Eräässä sairaanhoitopiirissä oli keväällä 2017 kah-  
den kuukauden aikana tullut 72 prosenttia enemmän lähetteitä kuin vastaavana aikana  
edellisenä vuonna.

*”Vastaaminen valtavaan lisääntyvään kysyntään, se on ehdottomasti keskeisin  
haaste.”*

(ylilääkäri 20)

---

Kummassakin palvelussa mainittiin haasteena myös asiakaskunnan muutos. Eräessä suuren kunnan perheneuvolassa vanhempien vaativuuden lisääntyminen ja toisaalta vanhemmuustaitojen oheneminen sekä useat perherakenteet ja monikieliset perheet olivat uudentyypisiä haasteita palveluille. Perheneuvola työskentelyn jatkuvuutta oli vaikea turvata perheiden muuttaessa alueelta toiselle ja kunnasta toiseen. Kokemus oli, että erikoissairaanhoidossa potilaat olivat aiempaa vaikeammin oireilevia ja perheet moniongelmaisempia.

*”Mitä monenlaisempia perherakenteita ja lapsia, joilla on monenlaisia perheitä monissa osotteissa, monenkielisiä perheitä, siis lapsi on eri päivinä erikielisisä perheissä.”*

(suuri kunta 7, pn)

*”Osastoille tulee enenevästi hyvin vaikeasti hoidettavia lapsia, jolloin osastohoito on akuuttipainotteiseksi muuttuvaa ja lyhentynyt, eikä pitkistä hoidoista hyötyviä lapsia voida hoitaa riittävän pitkään.”*

(ylilääkäri 18)

Erikoissairaanhoidon palveluissa ei aina pystytty järjestämään lapsille ja perheille riittävän tiiviitä käyntijaksoja, mikä näyttäytyi myös lastensuojelun puolella haasteena. Perheen hoidon käynnistyttyä perheneuvolassa tai erikoissairaanhoidossa käyntitiheys voi näyttää lastensuojelulapselle liian vähäiseltä.

*”Tutkimusjakson toteuttaminen, sekin pitäis saada suunniteltua varsin intensiiviseksi, jotta siitä tulee paras mahdollinen käsitys ja kuva sen lapsen ja perheen tilanteesta.”*

(ylilääkäri 14)

*”Se ei jouhevasti kulje tämä prosessi, me ollaan aika hyvin hoitotakuussakin [palveluun pääsy ja hoidon järjestäminen] pysytty, mutta sitten toisesta päästä ei oo hoidosta poismenotakuuta olemassa.”*

(ylilääkäri 10)

*”Aina ei koeta että otetaan koppi siellä, sitten se jää meille se lapsi ja perhe, ja lapsi saa ehkä jotain tukikäyntejä, mutta sen huonovointisuus vaan jatkuu.”*

(pienehkö kunta 1, ls)

*”Se ei aina aukea, että miksi reagointi on niin mietoa.”*

(suuri kunta 5, ls)

---

Useissa erikoissairaanhoidon yksiköissä tai perheneuvoloissa haasteita tuotti pitkäaikaisen henkilökunnan siirtyminen eläkkeelle, joka ohensi osaamis pohjaa. Uudet työntekijät eivät aina pystyneet aloittamaan tarvittavia, pitkiäkin koulutuksia.

Pitkät etäisyydet olivat haasteita sekä palvelujen järjestäjän että käyttäjän näkökulmasta. Erikoissairaanhoidossa esimerkiksi liikkuvan avohoidon järjestäminen ei ollut joissakin sairaanhoitopiireissä yhdenvertaisesti mahdollista nykyresursseilla. Lapsen kotikunnasta voi olla sairaalaan hyvin pitkä matka, jolloin vanhempien mahdollisuudet osallistua lapsensa hoitoon voivat jäädä vähäisiksi. Myös joidenkin perheneuvoloiden toimipisteiden välinen kymmenien kilometrien etäisyys saattoi tuoda haasteita perustyön organisoinnille. Lisäksi perheen perheneuvolakäynti saattoi vanhemmille merkitä joka kerran koko päivän poissaoloa työstä. Yleisenä haasteena nimettiin eräässä lastensuojelun työntekijän haastattelussa erikoissairaanhoidon palvelujen epätasaisuus kuntien välillä, kun välimatkat ja siten tavoitettavuus ovat erilaiset. Psykykkisesti oireilevia lapsia joudutaan sijoittamaan joskus pitkienkin etäisyyksien päähän, sillä sijaishuoltopaikalla on oltava riittävä erityisosaaminen.

Tiedonkulun haasteellisuus mainittiin sekä perusterveydenhuollon että lastensuojelun haastatteluissa. Oppilashuollossa tieto ei aina kulje opetuspuolelta terveydenhuoltoon. Lastensuojelulle ei aina tiedoteta lapsen kotiutumisen osastojakson jälkeen, tai lapsi kotiutetaan viikonlopuksi ja kotiuttamispäivänä lastensuojelua pyydetään järjestämään kotiin tukitoimia.

*”Iso käytännön asia on, että tieto opettajalta kouluterveydenhuoltoon ei kulje oikein mitenkään. – Vain oma opettaja seuraa koulupoissaoloja, saati että kouluterveydenhuolto tietäis – vaikka meillä on lakisääteinen velvollisuus mun käsitykseni mukaan puuttua koulupoissaoloihin, tai ainaki ottaa huomioon paljonko on ollu.”*

(suuri kunta 7, tk)

Lähes kaikki ylilääkärit mainitsivat haasteena resurssit. Hoidossa olevan potilasmäärän ja resurssien epäsuhta oli haaste palvelujen järjestämiselle: miten turvata oikea-aikainen hoitoon pääsy ja tarpeenmukainen hoito, miten kohdentaa työntekijäresurssit, esimerkiksi psykologiresurssit oikealle potilasryhmälle. Liian vähäisistä resursseista johtuen lasten hoitoajat pitkittyvät. Pienten työryhmien haavoittuvuuden toi esille useampi haastateltava. Sairaus- tai muut poissaolot tai työntekijöiden vaihtuminen voivat ruuhkauttaa palvelun yleensä tai jonkin erityisosaamista edellyttävän palvelun. Resurssien puute mainittiin myös lastensuojelun ja perheneuvoloiden haastatteluissa. Pari ylilääkärää mainitsi haasteena nykyiset tilat, ja toinen myös sen, että tilaongelmia on ollut eri muodoissa vuosien varrella. Toinen pohti tulevaan, paljon jalkautuvaan toimintaan sopivien tilojen suunnittelun haastetta. Asianmukaisten työtilojen puute mainittiin haasteena yhdessä perheneuvolan johtajan haastattelussa.

---

### 14.2.2 Ylilääkärin nimeämiä haasteita

Palveluprosessien sujuvoittaminen ja ylläpitäminen mainittiin haasteena monessa haastattelussa. Johdonmukaisten prosessien kehittäminen ja palvelun tasalaatuisuuden toteuttaminen nähtiin tärkeinä haasteina. Palvelujen sisällöllisen tarjonnan ylläpitäminen oli haasteellista useammasta näkökulmasta. Eräs ylilääkäri totesikin, ettei pienessä yksikössä voi pyrkiä kovin suureen erikoistumiseen, siellä tarvitaan lastenpsykiatrisia yleisosaajia. Haaste jatkohoidolle oli se, että alueella ei ollut yksityisiä terapiapalvelujen tuottajia. Toiminnan sisällöllinen kehittäminen, esimerkiksi strukturoitujen tutkimusmenetelmien ja seurannan kehittäminen nimettiin myös haasteiksi. Koulutuksen hankkiminen oli haaste, erityisesti kun uusia hoitomenetelmiä tulee koko ajan lisää. Useassa haastattelussa mainittiin, että koulutukset olivat tarjolla kaukana ja ne ovat kalliita. Suoraan koulunpenkiltä tulleiden työntekijöiden osaamistaso tuotti haasteita palvelun toteuttamisessa:

*”Pitäisi psykiatristen sairaanhoitajien ja työntekijöiden peruskoulutustakin jo vähän kehittää pikku hiljaa. Työntekijän pitää aika itsenäisesti ottaa vastuuta ja lähteä vaikka kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmää [käyttämään] tai vaikka jotain pakko-oireita hoitamaan, että olis osaamista, tietoa ja kykyä ottaa tietoa vastaan.”*

(ylilääkäri 9)

Aiemmin mainittujen lisäksi henkilöstöön liittyvä haaste oli työntekijöiden osa-aikaisuus. Eräessä sairaanhoitopiirissä päivystysjärjestely tuotti haasteellisia tilanteita muutenkin ylikuormitetussa yksikössä:

*”Meidän päivystäjä on psykiatrian etupäivystäjä. Hän sijaitsee sairaalassa noin 30 kilometrin päässä. – – Sitten jos iltapäivästä siinä kohtaa, kun tämä firma [lastenpsykiatrian poliklinikka] on menossa kiinni, tulis ambulanssin tuoma lapsi, kyllä se tarkoittaa, että minä pidennän työpäivää.”*

(ylilääkäri 13)

Parin haastateltavan mukaan pitkään tietyllä tavalla työtä tehneet työntekijät voivat muodostaa haasteen silloin, kun tarvitaan kehittämis- ja uudistamistyötä. Isojen muutosten paineet saattavat myös väsyttää henkilökunnan. Lastenpsykiatrian juridisoituminen mainittiin yhdessä haastattelussa, sen seurauksena erilaisia todistuksia tarvitaan yhä enemmän. Pidemmän aikavälin haasteena mainittiin myös se, että lastenpsykiatriksi erikoistuvia lääkäreitä on liian vähän.

### 14.2.3 Perheneuvoloiden johtajien nimeämiä haasteita

Perheneuvoloiden haasteet eri puolella maata olivat erilaisia. Suurissa kaupungeissa joissakin perheneuvoloissa tehty tai meneillään oleva perheneuvolan perustehtävän suuntaaminen kasvatus- ja perheneuvontaan ja ehkäisevään työhön näyttäytyi sitä enemmän haasteellisena, mitä tuoreemmasta muutoksesta oli kyse. Muiden kuntien perheneuvoloiden haasteet liittyivät useammin tasapainotteluun kasvatus- ja perheneuvonnan ja pidempikestoisen terapeuttisen työn välillä. Yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa ei koettu selkeänä eräällä alueella. Useissa haastatteluissa mainittiin, haasteena tai muuten, myös tulossa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote) ja sen mahdollisesti merkitsemät muutokset toiminnassa.

Asiakastyöhön ja siinä käytettyihin menetelmiin liittyvien haasteiden kanssa painiskelu näyttäytyi erityisesti pienten perheneuvoloiden haastatteluissa. Tiettyjen ammattikuntien, kuten psykologien tai lääkäreiden puuttuminen vaikeutti palvelujen tuottamista. Uusiin hoitomenetelmiin tarvittavat koulutukset veivät aikaa asiakastyöltä. Jos paikkakunnalla oli niukasti yksityisiä palveluntuottajia, oli paine perheneuvolan tekemään hoidolliseen työhön suurempi. Tiettyjen hoitomuotojen tarjoaminen oli haasteellista pienissä perheneuvoloissa.

*”Ryhmämuotosten toimintojen alottaminen on ollu aika haasteellista ja hankalaa. On liian pieni väestöpohja siihen, et saatas joku erikoisryhmä. Me on yritetty ryhmätoimintaa eroperheiden lapsille ja väkivaltaa kokeneille perheille ja sitä vauvaperheryhmääki jo pitkään yritetty saada, mutta ei löydy riittävästi tulijoita.”*

(pienehkö kunta 3, pn)

*”On aika sattumanvaraista minkälaisia yksityisiä palveluntuottajia on tarjolla ja miten heidän palvelut vetää ja mitkä on perheen mahdollisuudet kuljettaa. Me tuotetaan omana työnä myös lasten hoitoja. Siinä on se pulma, että kun työryhmä ei ole kovin iso, niin kuinka monta terapiatyypistä hoitoa työntekijälle mahtuu kerrallaan – – Meillä tällä hetkellä ei ole psykoterapiakoulutuksia kenelläkään, me ei pystytä psykoterapiaa omana työnä tuottamaan.”*

(pieni kunta 5, pn)

Haasteita muodostivat joissakin perheneuvoloissa palveluista tiedottaminen yhteistyökumppaneille, esimerkiksi koulun oppilashuollon henkilökunnalle. Suurimmissa kunnissa eri yhteistyökumppaneiden verkosto voi olla vaikeasti hahmotettavissa ja siksi hyödynnettävissä. Lisäksi haastavaa oli laajemmalle yleisölle suunnatun psykoedukaatiotyön suunnittelu.

---

*”Pelaamisesta tai nettiroikkumisesta, sitä on niin valtavan paljon, että mitä me nyt sillä, et tavataan yks ja kaks, 10 ja 20 perhettä, mitä se auttaa, kun tätä ilmiötä on näin valtavan paljon. Ja miten meidän asiantuntijatyömme nivotaan tähän järjestelmään niin, et se koituisi isojen massojen eduksi, se on yks haaste.”*

(suuri kunta 7, pn)

#### 14.2.4 Lastensuojelun johtavien asiantuntijoiden nimeämiä haasteita

Lastensuojelun oman toiminnan haasteina haastatteluissa mainittiin työntekijöiden vaihtuminen ja lapsen vanhempien jaksamattomuus tai alentunut kyky käsittää lapsen tilanne. Useimmat lastensuojelun edustajat mainitsivat haasteena sen, että lastensuojelulla ja lastenpsykiatrialla oli eri näkemys lapsen ja perheen auttamisprosessista, jolloin työssä ei päästy sujuvasti eteenpäin. Erikoissairaanhoidon esittämä lapsen sijoitus lastenpsykiatristen kuntoutuspalveluiden saamisen edellytyksenä mainittiin haasteena useissa haastatteluissa. Erikoissairaanhoidon osastopaikkojen vähentäminen nähtiin epätarkoituksenmukaisena resurssipulan paikkaamisena, koska osa perheistä kuitenkin joutuu turvautumaan lastensuojelun laitoksiin lapsen vaikean tilanteen vuoksi. Useampi haastateltava toi myös esille sen, että erikoissairaanhoido kohdentaa lapsen sijaishuoltopaikkaan odotuksia hoidollisesta toiminnasta, jolloin sijaishuoltopaikan vastuu vaikeasti oireilevista lapsista voi olla kohtuuton.

Haasteena mainittiin lähetekäytäntö, jossa usein lapsen tilanteeseen perehtymätön terveyskeskuslääkäri kirjoittaa erikoissairaanhoidoon tarvittavan lähetteen. Se on lastensuojelun asiakkaana olevan lapsen kannalta epäedullinen erityisesti jos vanhempi vähättelee lapsesta tunnettua huolta. Lastensuojelulla oleva laaja tietämys lapsen oireilusta ja tilanteesta voi jäädä huomiotta. Lähetteitä saatetaan sitten palauttaa erikoissairaanhoidosta perustason mielenterveyspalveluihin tai siirtää edestakaisin niiden välillä. Useiden haastateltavien mukaan lastenpsykiatriset palvelut voivat käynnistyä tarpeeseen nähden liian hitaasti, jolloin lastensuojelun on järjestettävä väliajalla tarvittava tuki, vaikka sitten ostopalveluna.

Sekä perustason mielenterveyspalvelujen että erikoissairaanhoidon nähtiin ainakin eräässä kunnassa keskittyvän liiaksi tutkimuksiin, joita tehtiin peräkkäin. Jotkut haastateltavat mainitsivat haasteeksi erikoissairaanhoidon käyttämien työmenetelmien soveltuvuuden lastensuojelun asiakkaina oleville lapsille ja perheille. Eräs haastateltava näki, että nimenomaan traumojen hoitomenetelmien osaamista olisi tarpeen lisätä maahanmuuttajalapsiakin ajatellen. Parissa kunnassa lastenpsykiatria teki lastensuojelun näkökulmasta liian niukasti liikkuvaa työtä.

---

*”Aina tutkitaan, esimerkiksi niin, et laps on ensin ollu neuvolapsykologilla, joka on tutkinu muutaman kerran ja todennu, et tarvitaan lisää, sit on lähetetty perhe-neuvolaan ja siel laps on tutkittu ja todetaan, et ei riitä, tarvitaankin lähete lastenpsykiatriselle, jossa samantien aletaan taas tutkimaan. Millon se hoito tulee? Mä oon nyt yhdenkin lapsen kans täl polulla, odotan, et täl viikolla tulee palaute jo kolmannesta tutkimuksesta.”*

(suuri kunta 4, ls)

*”Mä en tiedä, kuinka kehittyneitä menetelmät on, mä en tiedä, mitä ne vois olla-kaan, mut mullei oo kauheen korkee kuva. Aika vanhakantasta ollu tää avohoito, vähän sinne toimistoon linnottautumista ja semmosta hei ja mitä kuuluu, kuu-kauden välein.”*

(suuri kunta 4, ls)

*”[Ei ole] vaikuttavia palveluita, joilla ois vaikutusta ja merkitystä, ja myös tän meidän raskaan sarjan kans, heille, jotka jo ovat traumatisoituneita”*

(suuri kunta 6, ls)

Lastenpsykiatriisiin osastojaksoihin tihtyivät monet yhteistyön epäselviin rajoihin liittyvät haasteet. Osastopaikkoja nähtiin olevan tarpeeseen nähden liian vähän ainakin joillakin alueilla. Osastojaksoa tarvitseva, vakavasti psyykkisesti oireileva lapsi voi joutua silloin odottamaan tilanteeseensa nähden kauan, jona aikana lapsi ja perhe on perheneuvolan ja lastensuojelun tai molempien tuen varassa. Jos sijoitettu lapsi on viikko-osastolla, hän on vaikeine oireineen kuitenkin lastensuojelulaitoksessa viikonloppuisin. Osastojaksojen loppupäätelmänä voi olla erikoissairaanhoidon ehdotus lapsen huostaanotosta.

*”Osastohoito on tutkimusjakso yleensä eikä pitkäaikainen hoito. Suomessa ei oo palvelujärjestelmää pitkäaikaisen hoidon puolella. Aika usein kääntyy siihen, että tutkimusjakson jälkeen lastensuojelua pyydetään sijoittamaan lapsi, kun vanhemmat ei enää oireilun kanssa selviä kotona. Se on surullista, että lapsi joudutaan ottamaan huostaan tai sijoittamaan avohuollon tukitoimena lastensuojelulaitokseen tai ammatilliseen perhekotiin oireilun vuoksi, ilman että lapsen tai perheen tilanteeseen liittyy mitään lastensuojelullista huolta.”*

(pieni kunta 5, ls)

---

Lastensuojelun asiakkuuteen tulee enenevästi psyykkisesti oireilevia, esimerkiksi autismikirjon häiriöistä kärsiviä, lapsia, joista ei ole varsinaista lastensuojelullista huolta. Tällöin lapsen oireilun kuormittavuus on peruste perheen saamalle lastensuojelun tuelle, joka joskus voi olla jopa sijoitus. Erikoissairaanhoidon ja lastensuojelun palvelujen koordinointiin liittyviä muitakin haasteita tuli esille haastatteluissa. Ainakin yhden sairaanhoitopiirin alueella lastensuojelun kokemus oli, että maksusitoumuksen saaminen lapsen psykiatrasta hoitoa varten sijoituspaikkakunnan erikoissairaanhoidon oli vaikeaa. Kotiin menevän työn yhteisen suunnittelun puute mainittiin myös haasteena, perheen kotona voi käydä silloin useampi työpari, kaikkiaan jopa kuusi työntekijää eri aikoina.



# 15 Palvelujen kehittäminen

## 15.1 Kehittämistyö lastenpsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Melkein kaikissa sairaanhoitopiireissä tehtiin parhaillaan kehittämistyötä tai sitä suunniteltiin, mutta esimerkiksi koko erityisvastuualueen käsittävää palvelujen kehittämissuunnitelmaa ei haastatteluissa ilmennyt. Palvelujen saatavuuden lisäämiseen pyrittiin koulutuksen, palveluketjun ja yhteistyön kehittämisen tai oman toiminnan kehittämisen kautta.

Lastenpsykiatrian yksiköiden oman toiminnan kehittäminen mainittiin useissa haastatteluissa. Kehitettäviksi asioiksi nimettiin muun muassa lastenpsykiatrisen kontaktin alkuvaiheen ja akuuttitoiminnan kehittäminen, ostopalveluterapeuttien kanssa käytävät neuvottelut tiettyjen palvelujen turvaamiseksi (esim. fokuoitujen hoitojen ja moniongelmaisten perheiden perheterapioiden) ja sairaalan sisällä muille erikoisaloille annettavan konsultaatiotoiminnan kehittäminen.

Ylilääkäreiden haastatteluissa nousi esille meneillään olevia tai suunnitelmissa olevia eri terapiamuotojen koulutuksia. Haastatteluissa mainittiin seuraavat terapia- muodot: kognitiivinen psykoterapia, kognitiivinen käyttäytymisterapia, perheterapia, perhe- ja pariterapia, psykodynaaminen psykoterapia, musiikkiterapia ja dialektinen käyttäytymisterapia. Yhdellä alueella edistettiin henkilökunnan hakeutumista psykoterapeuttikoulutuksiin järjestämällä alueellinen psykoterapeuttiopintojen edellyttämä lisäkoulutusohjelma. Yhdessä sairaanhoitopiirissä yksikön omalle henkilökunnalle suunniteltiin kognitiivisten menetelmien koulutusta ja toisessa traumakoulutusta. Kolmessa sairaanhoitopiirissä oli valmisteilla koulutusta yhteistyökumppaneille. Koulutuksen sisällöiksi ylilääkärit kertoivat perheiden tukemisen, yleisen lasten mielenterveystyön ja neuropsykiatrisen valmennuksen.

Sairaanhoitopiireissä pohditaan ja suunnitellaan paljon yhteistyöasioita liittyen sote-suunnitteluun. Monessa sairaanhoitopiirissä oli suunnitelmissa perustason ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön kehittäminen työn koordinaation, perustasolle annettavan konsultaation, yhteisvastaanottokäytäntöjen ja erikoissairaanhoidon perustasolla toteuttamien lyhytinterventioiden avulla. Vain yksi ylilääkäri mainitsi yhteistyön kehittämisen lastensuojelun kanssa yleisesti ja toinen lastensuojelulaitosten kanssa. Yksi ylilääkäri kertoi suunnitelmasta kehittää yhteistyötä lastentautien ja perusterveydenhuollon kanssa yhdessä.

Yhdessä sairaanhoitopiirissä oli käynnistymässä hankepohjainen toimintatapa, jossa lapsiperheet saavat yhdestä puhelinnumerosta ohjauksen kulloinkin tarvitsemaansa palveluun. Perhe voi ottaa yhteyttä myös sähköisesti. Terveystoimintakoulutuksen omaava työntekijä voi antaa perheelle saman tien myös ajan kaikkiin julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Yksityisten palvelujen osalta työntekijä antaa neuvontaa ja voi tarjoutua ottamaan palveluun yhteyttä.

---

## 15.2 Lastensuojelun ja terveydenhuollon yhteistyön kehittäminen lastensuojelun edustajien haastatteluissa

Lastensuojelun yhteistyö terveydenhuollon kanssa toimi kolmen lastensuojelua edustavan haastateltavan mukaan hyvin. Kehittämistyön tekeminen yhdessä ja yhteisten prosessien kehittäminen nousi esille useissa haastatteluissa ja eräässä myös asiakasnäkökulman mukaan ottaminen kehittämistyöhön. Parissa haastattelussa tuotiin esille, että todellinen muutos saataisiin aikaan, jos lastenpsykiatrialla ja lastensuojelulla olisi yhteinen budjetti ja johto. Yhdessä kunnassa yhteistyötä oli jo kehitetty pidemmän aikaa sekä organisaatorakenne, prosessit että yhteistyökumppanit huomioiden.

*”Meille tulee ikään kuin lasten- ja nuortentalo, missä on palvelut lapsiperheille koottu saman katon alle, ja sen myötä on perustettu yhteinen johtoryhmä lapsiperheiden palveluihin. – – Just perustettiin työryhmä, missä tehdään prosessikuvaus siitä miten toimia, jos perheessä tarvitaan tai jos joku lapsi tarvitsee enemmän, yhteistyössä mielenterveystoimiston kanssa. – – Nyt perustetaan meidän paikallinen lape-työryhmä, mihin tulee edustaja koulusta ja varhaiskasvatuksesta ja lasten- ja nuorten vastaanotolta ja lastensuojelusta, kaikki tärkeimmät järjestöt, seurakunta ja nuorten edustaja.”*

(pienehkö kunta 1, ls)

Toisessa kunnassa oltiin pitkällä perhekeskustoimintamallin kehittämisessä ja tehtiin siinä yhteistyötä päihde- ja mielenterveyspalveluiden kanssa, mutta ei vielä erikoissairaanhoidon. Asennemuutoksen, kokonaisuuksien näkemisen ja yhteistyökumppanin työn paremman tuntemisen nähtiin olevan tärkeää yhteistyön kehittämisessä.

*”Ymmärrys toisen toiminnasta ja reunaehdoista ja lainsäädännöstä, siinä aivan varmasti on molemmin puolin puutteita, myös täällä meidän puolella. – – Uskon, että tää on molemmin puolinen tunne, että ei aina ymmärrä toisen toiminnan logiikkaa.”*

(suuri kunta 5, ls)

Useassa haastattelussa nostettiin esille tiedon kulun parantamisen tarve esimerkiksi päällekkäisen työn välttämiseksi. Käytännön organisatorisena asiana tuli yksittäisten perheiden asioita hoidettaessa esille se, että kaikkien osapuolten tulisi tietää, mihin tarvittaessa ottaa yhteyttä ja kuka toisen osapuolen edustaja hoitaa perheen asioita.

*”Selkeyttä siihen, että kuka missäkin tilanteessa mitään hoitaa”*

(suuri kunta 5, ls)

---

*”Ainakin, et tietää miten ottaa yhteyttä missäkin asiassa.”*

(suuri kunta 6, ls)

Haastateltavat nimesivät useita käytännön toimintoja, joita tulisi lisätä lastensuojelun ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon yhteistyötä kehitettäessä. Useissa haastatteluisa nousi esille yhteisen asiakastyön ja hoitosuunnitelmien tekeminen. Lastenpsykiatrian antamaa asiantuntija-apua lastensuojeluprosessin eri vaiheissa ja sijoitettujen lasten tukemisessa tulisi lisätä, mutta myös lastensuojelun asiantuntija-apua erikoissairaanhoidon prosesseihin.

*”[Konsultaatiokäytännön] pitää olla vähintään kolmiportaista, että voidaan kysyä konsultatiivisesti nimettömänä ja voidaan pyytää nimellä ja voidaan pyytää konsultaatioapua niin, et asiakkaat itsekkin on paikalla, mut tänkin pitäis olla kahdensuuntaista. Mä toivoisin, että erikoissairaanhoido joskus myös kysyis meiltä konsultatiivisesti jostain perheestä tai muusta, koska meillä saattaa olla tosi paljon tietoa perheistä. On tosi paljon päällekkäisyyttä, tietämättömyyttä.”*

(pienehkö kunta 2, ls)

*”Jalkautuvia palveluita, kotiin jalkautuvia lasten ja nuorten psykiatrisia palveluja vois olla – – niiden palveluiden monipuolistaminen siellä lastenpsykiatrialla ja nuorisopsykiatrialla.”*

(suuri kunta 3)

*”Silleen kehittäsin yhteistyötä, et meillä ois yhteisiä palveluita, jotka vastaa näitten lasten tilanteisiin niin, että silloin ku on mielenterveyden pulmaa ja tarvitaan tavallista enemmän tukea arkeen, ni pystyttäs niitä järjestämään yhdessä. – – Että nyt sovitaan, et kuka tekee, mitä tekee, vaan että tehtäs ihan oikeesti yhdessä sitä työtä ja saatat sieltä terveydenhuollon puolelta eväitä, et miten kannattaa missäkin tilanteessa toimia, miten tunnistetaan asioita.”*

(keskisuuri kunta 9)

Useat haastateltavat pitivät tärkeänä kehittää palvelukokonaisuuden joustavuutta. Käytännön kehittämiskohteena yksi lastensuojelun edustaja nosti esille psykiatriseen erikoissairaanhoidon lähettämisen käytännön keventämisen. Perusterveydenhuollon päivystävien lääkäreiden osaamista lastensuojelullisten ja lastenpsykiatristen akuutti-tilanteiden hoidossa tulisi lisätä yhden haastateltavan mukaan. Yhdessä haastattelussa nimettiin kehittämiskohteeksi perustasolla tapahtuva varhaisen vuorovaikutuksen

---

arviointi. Erään haastateltavan mielestä lastenpsykiatrian palveluvalikkoon tulisi saada hoitokoteja, joissa ne lapset, jotka eivät tarvitse osastohoitoa, mutta kuitenkin paljon osaavaa psyykkistä tukea, voisivat saada tarvitsemansa tuen.

### 15.3 Yhteistyön ja työnjaon kehittäminen erikoissairaanhoidon tärkeimpien yhteistyökumppaneiden kanssa

Haastatellut ylilääkärit lähestyivät yhteistyön kehittämistä jokainen hiukan eri painotuksilla. Useimmissa haastatteluissa mainittiin yhteistyö sekä lastensuojelun että peruspalvelujen kanssa. Yhteistyön kehittämisen yleisenä edellytyksenä tuotiin parissa haastattelussa esille se, että yhteistyö ja kehittäminen vaativat jatkuvaa yhteydenpitoa.

*”Se tarvii yhteydenpitoo johtaja/päätäjätasolla, ja että potilas-, asiakastason yhteistyö välittyis johdolle/päätävälle. Joskus osa esimiehistä ei tiedä kaikkee sitä, mitä saadaan aikaan. Ne helpommin saavat kuulla ongelmista. Negatiivinen, missä on vaikeuksia, haasteita yhteistyössä, menee paremmin sinne johdolle, ja se voi vääristää kuvaa siitä, minkälaista yhteistyö on. Positiivisten yhteisten kokemusten levittäminen olis tärkeä.”*

(ylilääkäri 8)

Lastensuojelun kanssa tehtävän yhteistyön kehittämisessä nostettiin esille monesti se, että lastenpsykiatrissa työtä ja lastensuojelutyötä tekevät työntekijät eivät tunne riittävästi toistensa työtä. Kehittämisehdotuksena nimettiin yhteiset tilaisuudet, joissa tutustuttaisiin toinen toisensa työhön yleisellä tasolla ja tapausten kautta.

*”Joku sosiaalityöntekijä joskus sano, et voitaisko järjestää semmoset kielikurssit. Joku puoli päivää, et kerrottais toisillemme – et ymmärrettäs toisten toimintoja paremmin ja toisten perusteita miksi ne siellä lastensuojelussa tekee pöllöjä päätöksiä, miks me tehdään pöllöjä päätöksiä täällä ja linjataan hassusti.”*

(ylilääkäri 17)

*”Käytäis läpi potilastapauksia, ja siinä olis jatkuvasti ulkopuoliset kouluttajat, joiden kanssa voitais sitä yhteistä ymmärrystä etsiä. Tämösen tapauskohtaisen työskentelyn kautta saatais sitä yhteistyötä kehittymään.”*

(ylilääkäri 3)

Eräs ylilääkäri näki tärkeäksi lastenpsykiatrian ja lastensuojelun rajapinnan häivyttämisen käytännön työskentelyssä. Toinen ylilääkäri asetti tavoitteeksi yhteisen toimintakulttuurin, jossa olisi yhteinen ymmärrys siitä, mitä tehdään ja mihin pyritään, mitkä

---

ovat päämäärät. Kolmas ylilääkäri puolestaan kehittäisi toimintaa siten, että lastenpsykiatrialla ja lastensuojelulla olisi yhteistyömuotoja, joissa kummankin näkökulma tulisi paremmin huomioitua. Työkäytäntöjen sopiminen yhdessä, niiden selkeys sekä työmuotojen kehittäminen strukturoidumpaan, selkeämpään ja tutkimuksiin perustuvaan suuntaan nostettiin myös esille kehittämiskohteina. Yhteisen työn muodoista mainittiin lastensuojelun asiakkuudessa olevien lasten yhteinen arviointi, yhteinen toimintasuunnitelma ja sen toteuttaminen yhteisesti. Läheisempi yhteistyö erityisesti sijoitusuhan alla olevien lasten tukemisessa, perhekuntoutuksessa ja lastensuojelulaitoksissa, jotta lastensuojeluprosessin rinnalla kulkisi koko ajan lapsen psyykkisen kehityksen ja lastenpsykiatrisen näkökulma, nimettiin tulevaisuudessa tarvittaviksi yhteistyömuodoiksi yhdessä haastattelussa. Yhdessä sairaanhoitopiirissä oli alustavasti ideoitu lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhteisen yksikön perustamista, johon yhdistettäisiin kummankin yhteistyökumppanin osaaminen.

Erikoissairaanhoidon konsultaatioiden lisääminen perustason palveluille, varhaiskasvatukseen, neuvoloihin ja kouluille oli useimmin mainittu kehittämissuunta. Perustason ja erikoissairaanhoidon säännöllinen yhteys kuntaan jalkautuvana palveluna tai videoyhteyden kautta mahdollistasi sen, että erikoissairaanhoidon tasoista arviota tai tukea tarvitsevat lapset tunnistettaisiin varhain. Perustason palveluiden panostus varhaisiin interventioihin, varhaiseen vanhemmuuden tukeen ja arjen kuntoutukseen tuotiin toivottavana kehittämissuuntana esille.

*”Määritettäis epidemiologisesti tärkeiden potilasryhmien kohdalla hyvin selkeet hoitopolut, joissa ois selkeet kriteerit, selkeet konsultaatiokäytännöt ja yhteistoi-  
mintakäytännöt. Sillä tavoin, että perustasolla, kouluissa ja päiväkodeissa ois jo  
hyvin selkeesti kuntouttavaa ja auttavaa oirehallintatoimintaa, jossa me voitais  
olla konsultatiivisessa roolissa, kouluttamassa ja työnohjauksellisessa roolissa.”*

(ylilääkäri 20)

Erään ylilääkärin mukaan lapsen koulu voisi olla keskus, johon kaikki tarvittava tuki organisoitaisiin, jolloin koulun tulisi saada tarvitsemansa avustava henkilökunta, jotta hyvinkin erilaiset lapset pystyisivät osallistumaan sen kuntouttavaan arkeen. Erikoissairaanhoidon ja perheneuvolan yhteisen arvioinnin kehittäminen tuli esille yhdessä haastattelussa. Lisäksi mainittiin erikoissairaanhoidon henkilökunnan osallistuminen kouluttajina alueella järjestettäviin perustason työntekijöille järjestettäviin koulutuksiin.

Yhteistyö erikoissairaanhoidon yksiköiden välillä mainittiin kehittämiskohteena yhdessä haastattelussa, esimerkiksi yliopistosairaalassa annettavien vaativimpien potilaiden hoitajaksojen kehittäminen kokonaisvaltaisemmiksi muun muassa siten, että tilanteissa, joissa lapsesta on noussut suuri lastensuojelullinen huoli, yhteissuunnitelma lastensuojelun kanssa tehtäisiin jo lapsen ollessa hoidossa yliopistosairaalassa.

---

Lisäksi eräs yllilääkäri esitti tehtäväksi valtakunnallista linjausta siitä, mitä terapia-  
muotoja suositellaan eri häiriöissä sekä toimia terapioiden yhdenvertaiseksi saatavuudeksi koko maassa.

# 16 Pohdinta

Tämän raportin tarkoitus oli selvittää 5–12-vuotiaiden lasten ohjautumista mielenterveysongelmien vuoksi erikoissairaanhoidon palveluihin eri puolilla Suomea. Lisäksi selvitimme, mitä hoito- ja kuntoutusmuotoja eri häiriöryhmissä on saatavilla perus- ja erityistasolla eri puolilla Suomea ja minkälaisia vahvuuksia ja haasteita avaintoimijat näkevät hoitoketjuissa ja vaikuttavien palveluiden saamisessa. Tarkastelemme tuloksia olemassa olevien lakien, ohjelmien ja aikaisemman kirjallisuuden valossa.

## 16.1 Ohjautuminen mielenterveysongelmien vuoksi erikoissairaanhoidon palveluihin

Viimeisen vuosikymmenen ajan kansallisissa Kaste -ohjelmissä (sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma) ja nykyisen hallituksen LAPE-kärkihankkeessa (Lasten ja perhepalveluiden muutosohjelma) on pyritty lasten terveyden edistämiseen, ongelmien ehkäisyyn ja varhaiseen tukeen. Tulostemme mukaan lasten ohjautuminen erikoissairaanhoidon palveluihin, erityisesti erikoissairaanhoidon avohoitoon, oli kuitenkin edelleen vuosina 2011–2015 lisääntynyt. Osastolla hoidettujen osuus kaikista potilaista oli sen sijaan vähentynyt ja hoitoajat osastolla olivat lyhentyneet. Erikoissairaanhoidon painopisteen siirtyminen osastohoidosta avohoitoon kuvastaa toivottua kehityssuuntaa. Kotimaisessa epidemiologisessa tutkimuksessa lasten mielenterveysongelmien määrässä ei ole havaittu lisääntymistä (Sourander ym. 2016). Lasten enenevä ohjautuminen mielenterveysongelmien vuoksi erikoissairaanhoidon hoitoon saattaa heijastella ongelmien parempaa tunnistamista ja perheiden matalampaa kynnystä hakeutua tuen piiriin. Toisaalta on mahdollista, että erikoissairaanhoidon käyntien kasvu kertoo myös palvelujärjestelmän ja perustasolla saatavilla olevien tukimuotojen puutteista.

Potilaiden määrä, myös diagnoosiryhmittäin, vaihteli alueellisesti, kuten myös aikaisemmissa selvityksissä ja tutkimuksissa on todettu (Lämsä ym. 2016; Paananen ym. 2012). Osa eroista voi liittyä diagnosointi- ja kirjaamiskäytäntöjen erilaisuuksiin ja osa maantieteellisiin tekijöihin, kuten etäisyyksiin. Vaihtelua esiintyi kuitenkin myös ERVA-alueiden sisällä. Vaikka erikoissairaanhoidon resursseista tehtyyn kyselyyn vastasi vain osa erikoissairaanhoidon yksiköistä, se antoi viitteitä siihen, että eri yksiköillä oli käytettävissään hyvin erilaiset taloudelliset- ja henkilöstöresurssit. Myös mahdollisuudet sekä hankkia koulutuksia että ylläpitää osaamista vaihtelivat suuresti. Haastatteluista välittyi kuva erilaisista hoitokäytännöistä eri alueilla ja huomioiden rekisteritiedot ja haastattelut vaikutelma on, että palvelujärjestelmä ei tuota yhdenvertaisia palveluita eri alueilla.

---

## 16.2 Saatavilla olevat hoito- ja kuntoutusmuodot

Työn sisältöjen kuvauksista välittyi työntekijöiden suuri joustavuus avun järjestämisessä. Arviota ja apua järjestettiin perinteisesti poliklinikoilla ja osastoilla, mutta sitä vietiin myös kotiin, varhaiskasvatukseen ja kouluun. Lisäksi työntekijät tekivät yhteistyötä yli ammattikuntarajojen, ja eri organisaatioissa työtä tekevät muodostivat työpareja keskenään. Apua pyrittiin antamaan mahdollisuuksien mukaan kaikissa lasten kehitysympäristöissä, mikä onkin ollut tavoitteena kansallisissa ohjelmissa.

Vakiintuneiden hoitokäytäntöjen mukaan lapsille ja perheille järjestettiin terapioita omana toimintana, ostopalveluna tai Kelan kuntoutuksena. Yksilöterapioihin ja perheterapiaan on olemassa vakiintuneet koulutuskäytännöt ja Valviran hyväksyntämenettely. Perheterapiaa oli saatavilla kattavasti koko maassa, mutta kognitiivista yksilöterapiaa ja psykodynaamista yksilöterapiaa ei ollut. Kaikissa sairaanhoitopiireissä oli kuitenkin saatavilla joko kognitiivista tai psykodynaamista yksilöterapiaa. Haastatteluisissa nousikin esille, että joskus hoitoa täytyi järjestää ensisijaisesti olemassa olevien mahdollisuuksien mukaan.

Lastenpsykiatrisessa kliinisessä työssä lapsia ja perheitä autetaan kulloinkin käytettävissä olevilla keinoilla. Uusien, hyvin kohdentuvien ja vaikuttavien tuki-, hoito- ja kuntoutusmenetelmien tarve on suuri. Kuitenkaan jo tiedossa olevia, näyttöön perustuen vaikuttavia työmuotoja ei ole saatu käyttöön yhdenvertaisesti koko maahan. Haastattelujen mukaan eri yksiköt olivat ottaneet käyttöön aktiivisesti, mutta hyvin kirjavasti, erilaisia hoitomenetelmiä varsinaisten terapioiden lisäksi. Samaa menetelmää saatettiin käyttää eri kunnissa ja alueilla eri tasoilla palvelujärjestelmää. Osa menetelmistä oli itse kehitettyjä ja osa valmiita interventioita, joista osa oli näyttöön perustuvia työmenetelmiä, kuten pääasiassa sosiaalisen oppimisen ja kognitiivisbehavioraaliseen teoriaan perustuvat vanhemmuusvalmennusohjelmat lapsen käytöshäiriöiden hoitoon. Erilaisia hoitomenetelmiä käytettiin myös usein alkuperäistä menetelmää soveltaen. Haastatteluisissa nousi esille myös nykytilanteen ja erityisesti pienten yksiköiden haavoittuvuus. Tietyn osaan jäädessä eläkkeelle jonkin tarvittavan hoitomuodon saatavuus alueella voi vaarantua. Tasalaatuisten, yhdenvertaisesti saatavilla olevien ja vaikuttavien palveluiden tarjoamiseksi olisi kansallisen koordinaation lisäksi välttämätöntä tehdä alueelliset suunnitelmat siitä, mitä menetelmiä otetaan käyttöön ja millä palvelujärjestelmän tasolla niitä on tarkoituksenmukaista järjestää.

Terveydenhuoltolain 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lain 7a §:n mukaan palveluvalikoimaan ei kuulu sellainen terveyden- ja sairaanhoidon toimenpide, tutkimus, hoito ja kuntoutus, jonka vaikuttavuus on vähäinen ja jonka aiheuttamat kustannukset ovat kohtuuttomat saavutettavissa olevaan terveyshyötyyn ja hoidolliseen arvoon nähden. Vaikka lastenpsykiatrisessa menetelmävalikossa ei vielä ole näyttöön perustuvia hoitoja kaikkien potilaiden kaikkien kliinisten pulmien hoitamiseksi, on näyttöön perustuvien menetelmien määrä kuitenkin parin viime vuosikymmenen aikana lisääntynyt. Tutkituimpia hoitomuotoja ovat lasten käytöshäiriöiden ja ADHD:n hoitoon kehityt



---

perhelähtöiset menetelmät (Menting ym. 2013; Fabiano ym. 2015). ADHD ja käytöshäiriöt ovat tulostemme mukaan selvästi yleisimmät häiriöryhmät lastenpsykiatrisen avohoidossa. Suomessa lasten mielenterveysongelmista on Käypä hoito -suositus vain ADHD:n hoidosta. Käytöshäiriöiden Käypä hoito -suositus on valmisteilla.

Kansainvälisessä kirjallisuudessa on viime vuosina kiinnitetty huomiota erityisesti siihen, että näyttöön perustuvien psykososiaalisten menetelmien toimivuuden kannalta keskeinen haaste on menetelmien levittäminen ja ylläpito systeemitasolla niin, että ne edelleen vaikuttavat. Hyödyn saaminen kaikille tarvitseville lapsille edellyttäisi systemaattista suunnittelua ja koulutusjärjestelmää kansallisella tasolla ja esi-  
miestason sitoutumista. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) raportissa (Borg 2015) onkin suositeltu, että Suomeen olisi aiheellista perustaa muiden Pohjoismaiden tavoin kansallinen taho lasten psykososiaalisten näyttöön perustuvien menetelmien käytön tukemiseksi, joka koordinoisi alan kehittämistä, arvioisi lasten psykososiaalisten menetelmien tieteellistä perustaa ja välittäisi tätä tietoa sosiaali- ja terveystalouden suunnitteluun, päätöksentekoon ja resursointiin sekä alan käytännön toimijoille. STM:n raportti suosittelee, että menetelmien yhtenäisestä ja laadukkaasta implementoinnista sekä tarpeen mukaisista päivityksistä olisi edullisinta huolehtia keskitetysti, koska vaikuttavat menetelmät vaativat korkeatasoista koulutusjärjestelmää, mentorointia, työnohjausta ja laadun valvontaa. Asia on Suomessa edennyt niin, että ITLA (Itsenäisyyden juhluvuoden lastenrahaston säätiö) ja Suomen Mielenterveysseura ovat hyvin niukalla resurssilla perustaneet sähköisen portaalin lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien tutkimuspohjasta ja käyttökelpoisuudesta. Työtä jatketaan parhaillaan osana LAPE-muutosohjelmaa niin sanotussa Työkalupakki-osiassa. Yhdenvertaisten palvelujen saatavuutta todenäköisesti edistää myös vuoden 2018 alusta voimaan tuleva valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (582/2017), joka edellyttää, että viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin on huolehdittava alueellisesti psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien suunnittelusta, arvioinnista ja niiden osaamisen ylläpidosta sekä yhteen sovittamisesta alueellisesti.

Joissakin ylläikärien haastatteluista kävi ilmi, että vaikka ostopalveluja hankittiin joillekin perheille ja lapsille, niin erikoissairaanhoidon oman yksikön hoitoon jäivät kuitenkin eniten erityistä tukea tarvitsevat perheet. Tämä on tärkeä seikka mietittäessä palveluiden järjestämistä uudessa sote-järjestelmässä. Osa erikoissairaanhoidon ohjatuista perheistä tarvitsee räätälöityä intensiivistä, monipuolista ja pitkäaikaista tukea, mitä on vaikea järjestää spesifisten hoitomuotojen ostamisella. Samat perheet tarvitsevat useimmiten tiivistä yhteistyötä sekä varhaiskasvatuksen tai koulun että sosiaalipalvelun tai lastensuojelun kanssa. Usein hoitokokonaisuudessa tarvittaisiin myös aikuispsykiatrian osaamista. Lasten palveluiden ja aikuispsykiatrian välinen yhteistyö ei toimi tasalaatuisesti ja sitä tulisi kehittää ja mallintaa. LAPE-muutosohjelman eräänä keskeisenä kehityssuuntana on monialaisen yhteistyön lisääminen ja erilaisten konsultaatiomallien hyödyntäminen. Konsultatiivisen työn koulutusta tulisikin

---

olla riittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan perus- ja täydennyskoulutuksessa. Edellä mainittu asetus edellyttää viiden yliopistosairaalan ylläpitävän lasten, nuorten ja perheiden vaativimpien palveluiden osaamiskeskuksia terveydenhuollossa, ja tämänkin potilasryhmän kohdalla sekä kansallinen että alueellinen kehittäminen ja koordinaatio ovat tarpeen.

Sairaanhoitopiireissä oli käytössä monenlaisia hoidon seurantainstrumentteja, jotka valtaosassa olivat kansainvälisiä validoituja lastenpsykiatriassa käytettyjä oiremittareita. Osa haastatelluista yllilääkäreistä toivoi yhtenäisiä kansallisia linjauksia arviointimittareiden käytöstä. Eri puolilla Suomea tehdään joustavaa ja innovatiivista työtä. Mikäli erilaisen työn tekemisen tapojen vaikutuksia ei pystytä arvioimaan, ei myöskään voida selvittää minkälainen työtapojen organisointi ja sisältö tuottavat parhaita apua lapsille ja perheille. Eri hoitotapoja vertailtaessa tulisi arvioida myös niihin käytetty aika, henkilöresurssit ja kustannukset, jotta saatua terveyshyötyä voidaan puntaroida niidenkin valossa. Sekä alueelliselle että kansalliselle mielenterveyspalvelujen kehittämiselle olisi tietysti välttämätöntä, että tietojärjestelmät mahdollistaisivat sekä perustason että erityistason palveluissa yhtenäisesti tilastoidun tiedon sujuvan tallentamisen ja käytämisen.

### **16.3 Minkälaisia vahvuuksia ja haasteita avaintoimijat näkevät hoitoketjuissa ja vaikuttavien palveluiden saamisessa.**

Tulostemme mukaan hoitoketjukuvaukset selkiyttävät eri toimijoiden yhteistyötä.

Terveyskeskuslääkäreiden haastatteluiden perusteella näytti siltä, että kun kunnassa oli lasten ja nuorten asioihin perehtynyt työryhmä, oli perusterveydenhuollossa mahdollista hoitaa aktiivisesti lasten mielenterveysongelmia. Jotta lasten mielenterveysongelmia voitaisiin hoitaa perustasolla kattavasti, tulisi lääkäreiden ja muiden ammattilaisten peruskoulutukseen sisällyttää riittävä määrä lasten mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen, tutkimiseen ja erityisesti perustason palveluissa käytettäviin hoitomenetelmiin liittyvää opetusta. Haastatteluissa ilmeni myös pienten ja suurten kuntien perheneuvoloiden erilaiseksi muotoutunut perustehtävä, ja suurtenkin kuntien perheneuvoloissa kehitystyötä on voitu tehdä eriäviin suuntiin, mistä johtuen lapsiperheiden perheneuvolapalvelut eivät ole yhdenvertaisia eri puolella maata. Viime vuosikymmenten aikana on tutkimustiedon lisääntyä ymmärretty mielenterveyshäiriöiden alkavan useimmiten lapsuus ja nuoruusiässä ja perustasolle kehitetyistä hoito-ohjelmista on saatu hyvää tutkimusnäyttöä (esim. Menting ym. 2013; Sanders ym. 2014). Kun tulevassa sote-järjestelmässä koulun oppilashuollon psykologi- ja kuraattoritoiminta jää sote-palvelukokonaisuuden ulkopuolelle, tarvitaan perustasolla entistä kipeämmin lasten mielenterveytyön poikkihallinnollisesta kokonaisuudesta ja prosesseista vastaavaa henkilöä, joka toimii suunnittelu-yhteistyössä sairaanhoitopiiriin ja ERVA-alueen kanssa. Tätä puoltaa myös haastatteluissa esille tullut jonkun mielenterveyspalvelujärjestelmän yksikön yksipuolinen omien palvelujensa rajaaminen,

---

josta seuraa jonkun muun tai muiden järjestelmän osien epätarkoituksenmukainen kuormittuminen.

Lapset, joilla on kehitysvamma sekä lastensuojelun asiakkaat ja maahanmuuttajaperheiden lapset nähtiin ryhminä, jotka jäävät helposti palveluiden ulkopuolelle tai joiden palveluiden kehittämiseen tarvitaan lisäosaamista. Tämä on todettu jo aikaisemmin lukuisissa kansainvälisissä ja suomalaisissa tutkimuksissa ja selvityksissä. Kyseessä ei siis ole erityisesti suomalainen ilmiö. Lapsuus- ja nuoruusiän välimaastossa olevien lasten palveluiden saannin ongelma lienee sen sijaan suomalaiseen järjestelmään liittyvä. Uusien yhtenäisten linjausten ja monitoimijaisien ratkaisujen tarve tuli esille myös niiden lasten kohdalla, jotka eivät kykene psyykkisten oireidensa vuoksi käymään koulua kuin pari tuntia päivässä, mutta kotona ei esiinny suurempia pulmia.

Mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn ja hoitoon niillä lapsilla, joilla on kehitysvamma, kannattaisi kansallisesti ja keskitetysti valita jo muissa maissa oleva hoitomalli ja tutkia sen soveltuvuus Suomessa ja sen jälkeen ottaa se käyttöön keskitetysti.

Pakolaistaustaisten ihmisten mielenterveyden tukemiseen ja hoitamiseen on Suomessa käynnissä kolmivuotinen PALOMA-hanke (Pakolaisten mielenterveystoimien kansallinen kehittämishanke), joka koskee kaikenikäisiä ja kaikkia sektoreita. PALOMA-hankkeessa on noussut esille erityisesti ammattilaisten tiedontarve eri kulttuureista tulevien perheiden ja suomalaiselle työntekijälle aiemmin vieraan tyyppisten traumojen kanssa työskentelystä. Ammatillaiset kohtaavat myös lasten mielenterveyttä kuormittaviin turvapaikkaprosesseihin ja oleskelulupakysymyksiin sekä niihin kytkeytyviin oikeudellisiin seikkoihin liittyviä kysymyksiä. PALOMA-hanke voi toivottavasti tukea ammattilaisia, jotka tekevät töitä lasten mielenterveyspalveluiden kanssa. Tulevina vuosina tarvitaan koulutusta maahanmuuttajalasten ja perheiden kanssa työskentelyyn sekä turvapaikanhakija-, pakolais- ja paperittomien lasten tilanteen ymmärtämiseen.

Lastenpsykiatrian ja lastensuojelun yhdyspinnan kipukohtana nousi nyt tehdyissä haastatteluissa tilanne, jossa näkemykset lapsen ja perheen hoidossa etenemisestä eivät ole samansuuntaiset ja odotukset toisen osapuolen mahdollisuudesta vaikuttaa lapsen tai perheen tilanteeseen voivat olla liian suuret. Sama ilmiö on jo aiemmin havaittu sekä kotimaisessa että kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa. Lastenpsykiatrian se haastaa hakemaan ja kehittämään hoitomuotoja, joilla lasta voidaan auttaa erilaisissa elämäntilanteissa. Tilanne on ongelmallinen ja edellyttää uusia yhtenäisiä linjauksia myös silloin, kun lapsen psyykinen häiriö tai sen edellyttämä psykiatrinen hoito asettaa vanhemmuudelle ylivoimaisia haasteita. Haastatteluissa tuli toisaalta esille, että eri puolilla maata parhaillaan työskennellään lastensuojelun ja lastenpsykiatrian yhteisten toimintatapojen kehittämiseksi. Yhdyspintojen kipukohdilla tarvittavasta työnjaosta eri toimijoiden kesken tulisi kuitenkin saada yleisiä linjauksia, joiden toimivuutta tulisi systemaattisesti tutkia. Lastensuojelun piirissä olevien lasten ja perheiden psykososiaalisen hoidon sisällöistä tulisi tehdä tutkimusta, jotta saataisiin selville, mitkä tukimuodot ovat vaikuttavia. Lastensuojelun kehittämistyössä (esim. Timonen-Kallio E, Yliruka L ja Närhi P 2017) ollaankin etenemässä tähän suuntaan.

---

Tämä selvitys perustui tilastotietoihin ja lasten mielenterveyspalvelujärjestelmän kannalta keskeisille toimijoille eli sairaanhoitopiirien lastenpsykiatrian yksikön ylläkkäreille, terveyskeskuslääkäreille, perheneuvoloiden sekä lastensuojelun edustajille tehtyihin haastatteluihin. Näiltä osin kerättyjä tietoja voidaan pitää kansallisesti suhteellisen kattavina, vaikka palveluissa onkin alueellista vaihtelua ja toisten paikkakuntien valitseminen olisi voinut tuottaa osin erilaisia tuloksia. Oppilashuollon keskeisiä työntekijöitä kuraattoreita, psykologeja ja terveydenhoitajia ei haastateltu, joten oppilashuollon näkökulma jäi tästä selvityksestä puuttumaan. Kouluterveydenhuollosta on toisaalta tänä vuonna ilmestynyt selvitys (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017), jonka tulokset ovat samansuuntaisia tämän selvityksen tulosten kanssa. Lastenpsykiatristen palvelujen tuottajat eri puolilla Suomea voivat selvityksen perusteella arvioida ja vertailla omaa toimintaansa. Kelalle tulokset täydentävät kuvaa siitä, millaisia kuntoutuspalveluita tarvitaan. Tuloksia voi käyttää kvantitatiivisen tutkimuksen pohjana tehtäessä kyselyä suurelle vastaajajoukko. Toivottavasti tulevaisuudessa voidaan tehdä tutkimus, jossa saatua hoitoa tarkastellaan kattavasti lapsen ja vanhemman näkökulmasta.

# Lähteet

- Atladottir H. O., Gyllenberg D., Langridge A., Sandin S., Hansen S. N., Leonard H., Gissler M., Reichenberg A., Schendel D. E., Bourke J., Hultman C. M., Grice D. D., Buxbaum J. D., Parner E. T. (2014). The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: A descriptive multinational comparison. *European Child and Adolescent Psychiatry* 24(2): 173–183.
- Baldwin S. A., Christian S., Berkeljon A. & Shadish W. R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy* 38(1): 281–304.
- Barker E. D., Oliver B. R. & Maughan B. (2010). Co-occurring problems of early onset persistent, childhood limited, and adolescent onset conduct problem youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51(11): 1217–1226.
- Barlow J., Smailagic N., Huband N., Roloff V. & Bennett C. (2012). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6:CD002020.
- Battagliese G., Caccetta M., Luppino O. I., Baglioni C., Cardi V., Mancini F. & Buonanno C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy* 75: 60–71.
- Bor W., Dean A. J., Najman J. & Hayatbakhsh R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 48(7): 606–616.
- Borg A-M. (2015). Lasten mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy. Näyttöön perustuvien menetelmien kartoitus. Raportteja ja muistioita 2015:42 Helsinki: STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3603-4>
- Bronsard G., Alessandrini M., Fond G., Loundou A., Auquier P., Tordjman S. & Boyer L. (2016). The prevalence of mental disorders among children and adolescents in the child welfare system. *Medicine*, 95(7), e2622. <http://doi.org/10.1097/MD.0000000000002622>
- Brännström L., Kaunitz C., Andershed A-K., South S. & Smedslund G. (2016). Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 27:30–41.
- Chorpita B. F., Becker K. D. & Daleiden E. L. (2007). Understanding the common elements of evidence-based practice: misconceptions and clinical examples. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46(5): 647–652.
- Chorpita B. F., Daleiden E. L., Ebesutani C., Young J., Becked K. D. & Starace N. (2011). Evidence-based treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology Science and Practice* 18(2): 154–172.
- Costello E. J., Copeland W. & Angold A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 52(10): 1015–1025.
- Cuffe S. P., Visser S. N., Holbrook J. R., Danielson M. L., Geryk L. L., Wolraich M. L. & McKeown, R.E. (2015). ADHD and psychiatric comorbidity: Functional outcomes in a school-based sample of children. *Journal of Attention Disorders*. <http://doi.org/10.1177/1087054715613437>
- Daley D., van der Oord S., Ferrin M., Danckaerts M., Doepfner M., Cortese, S. & Sonuga-Barke E. J. S. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 53(8): 835–847.
- Eyberg S. M., Nelson M. M. & Boggs S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 37(1): 215–237.

- Fabiano G. A., Schatz N. K., Aloe A. M., Chacko A. & Chronis-Tuscano A. (2015). A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review* 18(1): 77–97.
- Faraone S. V., Asherson P., Banaschewski T., Biederman J., Buitelaar J. K., Ramos-Quiroga J. A., Rohde L. A., Sonuga-Barke E. J., Tannock R. & Franke B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Natural Reviews Disease Primers* 1: 15020.
- Forehand R., Lafko N., Parent J. & Burt K. B. (2014). Is parenting the mediator of change in behavioral parent training for externalizing problems of youth? *Clinical Psychology Review* 34(8): 608–619.
- Frick P. J., Ray J. V., Thornton L. C. & Kahn R. E. (2014). Annual research review: A developmental psychopathology approach to understanding callous-unemotional traits in children and adolescents with serious conduct problems. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 55(6): 532–548.
- Furlong M., McGilloway S., Bywater T., Hutchings J., Smith S. M. & Donnelly M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2:CD008225.
- Garland A. F., Hawley K. M., Brookman-Frazee L. & Hurlburt M. S. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 47(5): 505–514.
- Geretsegger M., Elefant C., Mössler K. A. & Gold C. (2014). Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6:CD004381.
- Graeff-Martins A.S., Flament M.F., Fayyad J., Tyano S., Jensen P. & Rohde L.A. (2008) Diffusion of efficacious interventions for children and adolescents with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(3):335–352.
- Hakulinen-Viitanen T., Hietanen-Peltola M., Hastrup A., Wallin M. & Pelkonen M. (2012). Laaja terveystarkastus – Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Opas 22. Helsinki: THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-708-0>
- Hechtman L., Swanson J. M., Sibley M. H., Stehli A., Owensa E. B., Mitchell J. T., Arnold L. E., Molina B. S., Hinshaw S. P., Jensen P. S., Abikoff H. B., Perez Algorta G., Howard A. L., Hoza B., Etcovitch J., Houssais S., Lakes K. D., Nichols J. Q. & MTA Cooperative Group. (2016). Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 55(11): 945–952.
- Heiervang E., Stormark K. M., Lundervold A. J., Heimann M., Goodman R., Posserud M-B., Ullebø A. K., Plessen K. J., Bjelland I., Lie S. A. & Gillberg C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46(4): 438–447.
- Heinonen E., Melartin T. & Paunio T. (2016). Psykoterapiat. Teoksessa Autti-Rämö I., Salminen A-L., Rajavaara M. & Ylinen A. (toim.). Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim.
- Higa-McMillan C. K., Francis S. E., Rith-Najarian L. & Chorpita B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 45(2): 91–113.
- Hinshaw S. P., Arnold L. E. & MTA Cooperative Group (2015). ADHD, multimodal treatment, and longitudinal outcome: evidence, paradox, and challenge. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science* 6(1): 39–52.
- In-Albon T. & Schneider S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics* 76(1): 15–24.
- Kaminski J. W., Valle L. A., Filene J. H. & Boyle C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36(4): 567–589.
- Karjalainen P. & Santalahti P. (2016). Ohjaajien kokemus vanhemmuusohjelmasta ja sen hyödyistä. *Suomen Lääkärilehti* 10:733–738.
- Karma P. (1999). Hoitosuositukset ja hoitoketjut – parempaan laatuun kohtuuhintaan. *Käytännön Lääkäri* 3:170–173.
- Kellam S.G. & Langevin D.J. (2003) A framework for understanding 'evidence' in prevention research and programs. *Prevention Science* 4(3):137–153.

- Kessler R. C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K. R., & Walters E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry* 62(6): 593–602.
- Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T. E., Harrington H., Milne B. J. & Poulton R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. *Archives of General Psychiatry* 60(7): 709–717.
- Kumpulainen K., Aronen E., Ebeling H., Laukkanen E., Marttunen M., Puura K. & Sourander A. (toim.) (2017) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. 1.–2. painos. Helsinki: Duodecim.
- Lin Y-W. & Bratton S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development* 93(1): 45–58.
- Lindhiem O., Bennett C. B., Orimoto T. E. & Kolko D. J. (2016). A meta-analysis of personalized treatment goals in psychotherapy: A preliminary report and call for more studies. *Clinical Psychology Science and Practice* 23(2): 165–176.
- Lämsä R., Santalahti P., Haravuori H., Pentinmikko A., Tuulio-Henriksson A., Huurre T. & Marttunen M. (2015) *Neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten hoito- ja kuntoutuspolut Suomessa*. Työpäpaperi 78/2015. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. <http://hdl.handle.net/10138/156274>
- McCart M. R., Priester P. E., Davies W. H. & Azen R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology* 34(4): 527–543.
- Menting A. T. A., Orobio de Castro B. & Matthys W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 33(8): 901–913.
- Moffitt T. E., Arseneault L., Belsky D., Dickson N., Hancox R. J., Harrington H., Houts R., Poulton R., Roberts B. W., Ross S., Sears M. R., Thomson W. M. & Caspi A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 108(7): 2693–2698.
- Morina N., Koerssen R. & Pollet T. V. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical Psychology Review* 47: 41–54.
- Ng M. Y. & Weisz J. R. (2016). Annual research review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. *The Journal of Child and Psychology and Psychiatry* 57(3): 216–236.
- Novins D.K., Green A.E., Rupinder K.L., Gregory A.A. (2013). Dissemination and implementation of evidence-based practices for child and adolescent mental health: A systematic review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52 (10):1009–1025.
- Paananen R., Ristikari T., Merikukka M., Rämö A. & Gissler M. (2012). *Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimusaineiston valossa*. Raportti 52/2012. Helsinki: THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-696-0>
- Polanczyk G. V., Salum G. A., Sugaya L. S., Caye A., & Rohde L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 56(3): 345–365.
- Postorino V., Sharp W. G., McCracken C. E., Bearss K., Burrell L. T., Evans A. N. & Scahill L. (2017). A systematic review and meta-analysis of parent training for disruptive behavior in children with autism spectrum disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review* [Online first] doi:10.1007/s10567-017-0237-2.
- Price J. M., Chamberlain P, Lansverk J., Reid J., Leve L. & Laurent H. (2008). Effects of foster parent training intervention on placement changes of children in foster care. *Child Maltreatment* 13(1): 64–75.
- Puustjärvi A., Raunio H., Lecklin A. & Kumpulainen K. (2016). Lasten psykiatristen häiriöiden lääkehoito ja tavallisimmat lääkkeet. *Duodecim* 132:943–950.
- R Core Team (2017). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
- Rambo A., West C., Schooley A. & Boyd T. V. (toim.) (2012). *Family therapy review: Contrasting contemporary models*. New York: Routledge.
- Reichow B., Steiner A. M. & Volkmar F. (2012). Social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7:CD008511.
- Saarenpää-Heikkilä O., Urrila A. S. & Paavonen E. J. (2017). Melatoniinin käyttö lapsilla ja nuorilla. *Suomen Lääkärilehti* 33:1710–1714.

- Saastamoinen L. K., Autti-Rämö I., Tuulio-Henriksson A. & Sourander A. (2017). Lasten ja nuorten psykoosilääkkeiden käyttö kasvussa. *Suomen Lääkärilehti* 72(9): 575–579.
- Sanders M. R., Kirby J. N., Tellegen C. L. & Day J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review* 34(4): 337–357.
- Sentse M., Kretschmer T., de Haan A. & Prinzie P. (2017). Conduct problem trajectories between age 4 and 17 and their association with behavioral adjustment in emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence* 46(8): 1633–1642.
- Shirk S. R., Karver M. S. & Brown R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy* 48(1): 17–24.
- Solantaus T. & Santalahti P. (2013). Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut. Teoksessa Sihto M., Palosuo H., Topo P., Vuorenkoski L., Leppo K. (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt* (s 309–313). Teema 17. Helsinki: THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-814-8>
- Sourander, A., Lempinen, L. & Brunstein Klomek, A. (2016). Changes in mental health, bullying behavior, and service use among eight-year-old children over 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 55(8): 717–725.e2.
- Sourander A., McGrath P. J., Ristkari T., Cunningham C., Huttunen J., Lingley-Pottie P., Hinkka-Yli-Saunamäki S., Kinnunen M., Vuorio J., Sinokki A., Fossum S. & Unruh A. (2016). Internet-assisted parent training intervention for disruptive behavior in 4-year-old children. *JAMA Psychiatry* 73(4): 378–387.
- Sprenkle D. H. & Blow A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy* 30(2): 113–129.
- Steinhausen H. C., & Bisgaard C. (2014). Nationwide time trends in dispensed prescriptions of psychotropic medication for children and adolescents in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 129(3): 221–231.
- Storebø O. J., Skoog M., Damm D., Thomsen P. H., Simonsen E. & Glud C. (2011). Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12:CD008223.
- Tarver J., Daley D., Lockwood J., Sayal K. (2014). Are self-directed parenting interventions sufficient for externalizing behavior problems in childhood? A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry* 23(12): 1123–1137.
- THL (2014). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2014. Tilastoraportti 7/2016. Helsinki: THL. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016051612397>.
- Timonen-Kallio E., Yliruka L. & Närhi P. (2017) Lastensuojelun terapeuttisen laitospalvelun mallinnus. THL – Työpöytäraportti 23/2017. Helsinki: THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-866-1>
- Thomas R., Abell B., Webb H. J., Avdagic E. & Zimmer-Gembeck M. J. (2017). Parent-child interaction therapy: A meta-analysis. *Pediatrics* 140(3): e20170352.
- Thulin U., Svirsky L., Serlachius E., Andersson G. & Öst L-G. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy* 43(3): 185–200.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2017). Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston selvitykset 2017:3. <http://urn.fi/urn:isbn:978-952-499-384-5>
- van der Pol T. M., Hoeve M., Noom M. J., Stams G. J. J. M., Doreleijers T. A. H., van Domburgh L. & Vermeiren R. R. J. M. (2017). Research review: the effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. *The Journal of Child and Psychology and Psychiatry* 58(5): 532–545.
- Wampold B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 14(3): 270–277.
- Weisz J. R. & Kazdin A. E. (toim.) (2010). Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. 2. painos. New York: The Guildford Press.
- Weisz J. R., Kuppens S., Ng M. Y., Eckshtain D., Ugueto A. M., Vaughn-Coaxum R., Jensen-Doss A., Hawley K. M., Krumholz Marchette L. S., Chu B. C., Weising V. R. & Fordwood S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychology therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist* 72(2): 79–117.
- Wickham H (2009) ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. Springer-Verlag New York.



- 
- Wichstrøm L., Belsky J., Jozefiak T., Sourander A., & Berg-Nielsen T. S. (2014). Predicting service use for mental health problems among young children. *Pediatrics* 133(6): 1054–1060.
- Yap M. B., Pilkington P. D., Ryan S. M. & Jorm A. F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 156: 8–23.
- Zhou X., Hetrick S. E., Cuijpers P., Qin B., Whittington C. J., Cohen D., Del Giovane C., Liu Y., Michael K. D., Zhang Y., Weisz J. R. & Xie P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 14:207–222.

# Liitteet

## Liite 1. Lastenpsykiatriylääkäreiden haastattelu



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Lastenpsykiatriylääkäreiden haastattelu 1(3)

### Lastenpsykiatriylääkäreiden haastattelu

#### Haastattelun osassa 1 katetut diagnoosiryhmät:

Käytöshäiriöt

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD, ADD)

Touretten oireyhtymä ja muut tic-häiriöt

Autismikirjon häiriöt

Oppimiskyvyn kehityksen häiriöt

Ahdistuneisuushäiriöt

Mielialahäiriöt

Pakko-oireinen häiriö

Skitsofrenia ja muut psykoosit

Syömishäiriöt

Unihäiriöt

Tuhriminen

Traumaperäiset stressihäiriöt ja sosiaalisen vuorovaikutuksen häiriöt (II tyypin traumat)

#### 1. Mitä hoitoja ja kuntoutuksia yksikössäsi voidaan järjestää em. häiriöissä?

Lapselle yksilöhoitona	omana toimintana ostopalveluna/Kelan kustantamana
Lapselle lapsiryhmässä	omana toimintana ostopalveluna/Kelan kustantamana
Vanhemmille	omana toimintana ostopalveluna/Kelan kustantamana
Koko perheelle	omana toimintana ostopalveluna/Kelan kustantamana
Vanhemmille vanhempien ryhmänä	omana toimintana ostopalveluna/Kelan kustantamana

Onko hoitoja saatavilla riittävästi?

Mikä työnjako neuropsykiatrisissa häiriöissä sekä oppimiskyvyn ja kehityksen häiriöissä on lastenneurologien kanssa?

Mitä palveluja yksikkösi antaa kehitysvammaisille?

Miten maahanmuuttajat on huomioitu palvelujen järjestämisessä?

Onko digitaalisten pelien/netin käyttö potilaillanne merkittävä, kohtalainen vai harvinainen ongelma?

Mitä interventioita käytätte tilanteissa, joissa lapsi pelaa liiallisesti digitaalisia pelejä?

#### 2. Liikkuva/jalkautuva/intensiivinen avohoito

Mitä kotiin meneviä palveluita yksikössäsi on?

Mitkä ammattikunnat osallistuvat kotiin menevään avohoitoon?

Mitä menetelmiä käytätte kotiin menevässä (jalkautuva/liikkuva/intensiivinen) avohoidossa?

[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos • Institutet för hälsa och välfärd • National Institute for Health and Welfare  
Mannerheimintie 166, Helsinki, Finland PL/PB/P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki, puh/tel +358 29 524 6000



### 3. Osastohoito

Kuinka monta osastoa yksikössäsi on?  
Kuinka monta päiväosastopaikkaa lapsille on?  
Kuinka monta kokovuorokausipaikkaa lapsille on?  
Mitä potilasryhmiä osasto/kukin osasto palvelee (häiriöt, ikäjakautuma)?  
Mitä hoitoja lapsi osastolla ollessaan saa?

### 4. Verkostoyhteistyö

Millaista verkostoyhteistyötä yksikkösi tekee?

Mitä käytännön yhteistyömuotoja potilasasioissa yksikölläsi on **kuntien perustason työntekijöiden** (päivähoito, terveyskeskuslääkärit, neuvola, koulut) kanssa? Mitä asiantuntija-apua yksikkösi antaa kuntien perustason työntekijöille? Kuinka usein?

Mitä käytännön yhteistyömuotoja potilasasioissa yksikölläsi on **perheneuvoloiden** kanssa? Mikä työnjako alueellasi on perheneuvoloiden kanssa? Mitä asiantuntija-apua yksikkösi antaa kuntien perheneuvoloiden työntekijöille? Kuinka usein?

Mitä käytännön yhteistyömuotoja **lastensuojelun** kanssa on lastensuojelun asiakkaana olevien potilaiden asioissa?  
Osallistuuko lastenpsykiatri alueella toimivaan/toimiviin lastensuojelun moniammatilliseen asiantuntijaryhmään/iin?

Mitä käytännön yhteistyömuotoja yksikölläsi on **aikuispsykiatrian** kanssa?

Millaisia hoito- ja kuntoutuspalveluja on alueellasi saatavilla **yksityissektorilta ja/tai järjestöjen** tuottamina? Mitä palveluita pitäisi olla enemmän?

### 5. Hoitojen vaikuttavuuden seuranta

Miten seuraatte potilaiden hoitoprosessin etenemistä? Mitä mittareita käytätte? Kuinka usein tarkastelette tuloksia? Millaisia tuloksia olette saaneet?

### 6. Vahvuuksia ja haasteita

Mitkä ovat yksikkösi vahvuudet lastenpsykiatristen palvelujen tuottajana?  
Mitkä ovat yksikkösi keskeiset haasteet lastenpsykiatristen palvelujen tuottajana?

Jos osastoja: Mitkä vahvuudet yksikkösi osaston/kunkin osaston toiminnassa on? Mitkä ovat osastohoidon haasteet?



Millainen lapsi jää lääketieteen erikoisalojen välillä väliinpuotoajaksi, ilman tarvitsemaansa apua? Entä eri sektoreitten välillä, esim. lääketiede ja sosiaalityö/lastensuojelu? Jääkö nykyisellään joku potilasryhmä vaille tarvitsemaansa hoitoa tai kuntoutusta?

Mitkä hoidot ovat vaikeimmin saatavilla/järjestettävissä alueellasi? Miten hoitojen saatavuutta ollaan lähiainoina kehittämässä?

Mitä haasteita ja vahvuuksia alueellasi on siihen liittyen?

#### 7. Hoito/palveluketjukuvaukset

Jos tehty hoito/palveluketjukuvaus/ksia: Miten juuri tämä/nämä on haluttu tehdä?

Minkälaisia vahvuuksia hoito/palveluketjun toiminnoissa on? Mitkä osat toimivat hyvin?

Mitä haasteita hoito/palveluketjun toiminnoissa on? Mitkä osat eivät toimi riittävän hyvin?

#### 8. Kela

Mikä olisi sopiva käytännön raja lastenpsykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen välillä?

Mitkä potilasryhmät saavat helposti Kelan kuntoutusta?

Onko joku potilasryhmä, joka jää vaille riittävää kuntoutusta?

Minkälaisia kokemuksia teillä on Kelan Laku- ja/tai EtäLaku-kuntoutuksista?

Jääkö jokin potilasryhmä vaille tarvitsemaansa kuntoutusta niiden päätyttyä?

Mitä kuntoutuksia toivoisit Kelan järjestävän nykyistä enemmän?

#### 9. Yhteistyö

Miten kehittäisit työnjakoa ja yhteistyötä tärkeimpien yhteistyökumppaneiden kanssa?

## Liite 2. Perheneuvoloiden johtajien haastattelu



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Perheneuvolajohtajien haastattelurunko

### Perheneuvoloiden johtajien haastattelu

#### 1. Tuki ja hoidot

Mitä tukea/hoidoja perheneuvolasi voi järjestää ahdistuneelle/masentuneelle lapselle?

Mitä tukea/hoidoja perheneuvolasi voi järjestää käytöshäiriöiselle lapselle?

Mitä tukea/hoidoja perheneuvolasi voi järjestää neuropsykiatrisesti oireilevalle lapselle?

Millä tavoin tuette vanhempien kasvatustyötä? Onko tuki yleensä määrämittaista vai työntekijän harkinnan mukaan jatkuvaa? Jos määrämittaista, montako kertaa tavallisesti?

Miten lääkäripalvelut on järjestetty perheneuvolasi asiakkaille?

Miten maahanmuuttajat on huomioitu palvelujen järjestämisessä?

Mitä työtapoja käytätte tilanteissa, joissa lapsi pelaa liiallisesti digitaalisia pelejä?

#### 2. Verkostotyö

Mitä verkostotyömuotoja käytätte asiakkaana olevien perheiden asioissa?

Mitä käytännön yhteistyömuotoja on lastenneuvolan kanssa?

Mitä käytännön yhteistyömuotoja on koulun opiskeluhuollon kanssa?

Mitä asiantuntija-apua lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon antaa perheneuvolallesi? Kuinka usein?

Mitä käytännön yhteistyömuotoja perheneuvolallasi on asiakasasioissa lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa?

Mitä käytännön yhteistyömuotoja on aikuispsykiatrisen kanssa?

Mikä työnjako perheneuvolallasi on koulun opiskeluhuollon (koulupsykologi, koulukuraattori) kanssa?

Mikä työnjako perheneuvolallasi on lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa?

Mitkä ovat perheneuvolasi vahvuudet lasten mielenterveyspalvelujen tuottajana?

Mitkä ovat perheneuvolasi keskeiset haasteet lasten mielenterveyspalvelujen tuottajana?

Millainen lapsi jää väliinpuotoajaksi eri palvelujen välillä, esim. perheneuvola ja sosiaalityö/lastensuojelu tai perheneuvola ja erikoissairaanhoidon? Onko joku asiakasryhmä joka voi helposti jäädä vaille tarvitsemaansa hoitoa tai kuntoutusta?

[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos • Institutet för hälsa och välfärd • National Institute for Health and Welfare  
Mannerheimintie 166, Helsinki, Finland PL/PB/P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki, puh/tel +358 29 524 6000

## Liite 3. Terveyskeskuslääkäreiden haastattelurunko



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Terveyskeskuslääkäreiden haastattelurunko THL

### Taustatiedot haastateltavasta

Kuinka iso osuus työajastasi menee neuvola- tai koululääkärin työhön? Miten pitkään olet työskennellyt tässä tehtävässä? Kuinka usein lääkärintyössäsi näet 5-12-vuotiaan lapsen, joka tarvitsee lastenpsykiatrista arviota tai hoitoa? Osallistutko oppilashuollon monialaisiin kokouksiin tarvittaessa?

### 1. Arviointi, tuki ja hoidot

Teetkö sijoitettavien lasten terveystarkastuksia? Miten arvioit heidän psyykkisen terveydentilansa? Miten 5-12v lasten psyykkistä terveyttä arvioidaan perusterveydenhuollossa? Millaisia lasten psyykkisen terveydentilan arviointimenetelmiä on käytettävissä ala-asteikäisten laajoissa terveystarkastuksissa yksikössäsi? Mitä tukea/hoitoja yksikössäsi järjestetään **ahdistuneelle/masentuneelle** lapselle? Mitä tukea/hoitoja yksikössäsi järjestetään **käytöshäiriöiselle** lapselle? Mitä tukea/hoitoa yksikössäsi järjestetään **ADHD**-potilaalle? Mitä tukea/hoitoja yksikössäsi järjestetään **muille neuropsykiatrisesti oireileville** lapsille? Onko alakouluilaisten tukena psykiatrisia sairaanhoitajia? Mitä työmuotoja heillä on? Käytätkö itse tai käyttätkö joku (neuvola/koulun monialaisen asiantuntijaryhmäsi jäsen) Huoli puheeksi - / Toimiva lapsi ja perhe / Lapset puheeksi – menetelmää ja kenelle niitä käytetään? Mitkä ovat mielestäsi alueesi perusterveydenhuollon vahvuudet ja keskeiset haasteet lasten mielenterveyspalvelujen tuottajana?

### 2. Hoito/palveluketjut

Sairaanhoitopiirissäsi on tehty lastenpsykiatrisia hoito/palveluketjukuvauksia: Minkälaisia vahvuuksia hoito/palveluketjujen toiminnassa on tai mitkä osat toimivat hyvin? Mitä haasteita hoito/palveluketjujen toiminnassa on tai mitkä osiot eivät toimi riittävän hyvin?

### 3. Konsultaatiot ja lähettäminen

Millaisille lapsiryhmille on vaikein saada lastenpsykiatrisia erikoissairaanhoidon palveluja? Saatko tarvitessasi lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon konsultaatiota psyykkisesti oireilevien (5-12 v) potilaiden arvioinnin tai hoidon kysymyksissä, ja miten se on sairaanhoitopiirissäsi järjestetty? Miten lastenpsykiatristen potilaiden palvelut päivystysaikana on järjestetty?

[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos • Institutet för hälsa och välfärd • National Institute for Health and Welfare  
Mannerheimintie 166, Helsinki, Finland PL/PB/P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki, puh/tel +358 29 524 6000

## Liite 4. Lastensuojelun johtavien asiantuntijoiden haastattelu



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Lastensuojelun johtavien asiantuntijoiden  
haastattelu

### Lastensuojelun johtavien asiantuntijoiden haastattelu

Mitä aluetta organisaatiosi palvelee?

Millä lastensuojelun sektorilla toimit (LS-avohuolto, LS-sijaishuolto, LS palvelutarpeen arvio)?

#### Mielenterveyden arviointitarpeen tunnistus

1. Missä vaiheessa lastensuojeluprosessia (esim. palveluntarpeen arvio, asiakassuunnitelman teko, terveystarkastus sijoituksen yhteydessä) 5-12 vuotiaan lapsen mielenterveyden arviointitarve tavallisesti tulee lastensuojelutyöntekijän tietoon organisaatiossasi?  
Mitä kautta tieto tulee?
2. Onko organisaatiossasi käytössä jokin lapsen kokonaistilanteen strukturoitu arviointilomake, johon sisältyy mielenterveyteen liittyviä kysymyksiä?
  - a. Kyllä → Mikä?
  - b. Ei
3. Mitä vahvuuksia ja toisaalta haasteita koet olevan lastensuojelun kanssa asioivien lasten mielenterveysongelmien tunnistamisessa?

#### Hoitoonohjaus

4. Miten toimitte tilanteissa, joissa lastensuojelutyöntekijän tietoon tulee, että 5-12 – vuotiaalla lapsella on psyykkistä oireilua?
5. Mitä vahvuuksia ja haasteita on lasten hoitoon ohjaamisessa?

#### Palvelut

6. Saavatko lastensuojelun asiakkuudessa olevat 5-12-vuotiaat lapset alueellasi tarvitsemansa mielenterveyspalvelut julkisesta terveydenhuollosta?
7. Mitä vahvuuksia alueellasi on mielenterveyspalvelujen saamisessa lapsille?
8. Millaisia haasteita alueellasi on mielenterveyspalvelujen saamisessa lapsille?
9. Minkälaiselle lapselle on vaikea löytää tarvittavat lastenpsykiatriset hoito- tai kuntoutuspalvelut?
10. Miten lapsi ja perhe saa apua äkillisissä traumaattisissa kriiseissä?

[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos • Institutet för hälsa och välfärd • National Institute for Health and Welfare  
Mannerheimintie 166, Helsinki, Finland PL/PB/P.O. Box 30, FI-00271 Helsinki, puh/tel +358 29 524 6000



11. Millaisia hoito- ja kuntoutuspalveluja psyykkisesti oireileville lapsille on alueellasi saatavilla
- yksityissektorilta
  - järjestöjen tuottamina?
- Mitä palveluita pitäisi olla enemmän?

12. Miten kehittäisit lastensuojelun antamia palveluita psyykkisesti oireileville lapsille?

**Yhteistyö**

13. Mitä konkreettisia yhteistyömuotoja kunnassasi/alueellasi on lastensuojelulla ja
- lastenpsykiatrisella erikoissairaanhoidolla
  - perheneuvolalla
  - koulun opiskeluhuollolla
  - perusterveydenhuollolla
14. Kuinka usein asiakassuunnitelman laatimiseen osallistuu lapsen mielenterveyttä hoitava taho?
15. Osallistuuko alueellasi toimivaan lastensuojelun asiantuntijaryhmään mielenterveyden asiantuntija (*ammattiryhmä, organisaatio*)?
16. Miten lastensuojelun piirissä olevien lasten erityinen oikeus palveluihin tulisi näkyä käytännössä mielenterveyspalveluissa?
17. Mitä yhteistyömuotoja kunnassasi/alueellasi on lastensuojelulla lasten vanhempien mielenterveysasioissa
- perusterveydenhuollon
  - erikoissairaanhoidon (aikuispsykiatria) kanssa?
18. Millä tavalla kehittäisit yhteistyötä ja työnjakoa terveydenhuollon kanssa? Esim. millaiset konsultatiiviset rakenteet tarvittaisiin?



**Liite 5. Ylilääkäreiden haastatteluissa esille tulleet yksityisten palveluntuottajien tuottamat hoito- ja kuntoutuspalvelut**

Palvelu	Shp lkm
Psykodynaaminen psykoterapia	16
Varhain vaurioituneiden lasten ryhmäpsykoterapia	2
Kognitiivinen psykoterapia	13
Kognitiivinen käyttäytymisterapia	6
Ratkaisukeskeinen psykoterapia	2
Ratkaisukeskeinen psykoterapia, jossa neuropsykiatrista valmennusta tai ART-elementtejä	1
Ratkaisukeskeinen ryhmäpsykoterapia	1
Toimintaterapia	12
Toimintaterapiaryhmä	2
SI-terapia	1
Ratsastusterapia	3
Hevosavusteinen psykoterapia	1
Musiikkiterapia	10
Musiikkiterapiaryhmä	2
Kuvataideterapia	8
Traumaterapia	1
Silmänliikehoito (EMDR)	1
Neuropsykologinen kuntoutus	3
Neuropsykologinen ryhmäkuntoutus	1
Neuropsykiatrinen valmennus	4
Puheterapia	2
Lapsen yksilöterapiaan liittyvät vanhempien käynnit	5
Perheterapia	10
Perheterapia kotiin vietynä palveluna	1
Perheterapia, jossa neuropsykiatrisen valmennuselementtejä	1
Vuorovaikutteinen kehityspsykoterapia( DDP)	1
Perhekeskeinen hoito	1