

OBJEKTI VAI SUBJEKTI

Lapsi ammattilaisten kuvaamana lastenpsykiatrian asiakirjoissa

Päivi Latvala

Tampereen yliopisto

Sosiaalitutkimuksen laitos

Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma

Maaliskuu 2009

Tampereen yliopisto
Sosiaalitutkimuksen laitos

LATVALA PÄIVI: Objekti vai subjekti. Lapsi ammattilaisten kuvaamana lastenpsykiatrian asiakirjoissa.

Pro gradu -tutkielma, 80 s.

Sosiaalipolitiikka

Maaliskuu 2009

Tutkielmassa tarkastellaan asiakirja-aineiston valossa minkälaisia representaatioita ammattilaiset rakentavat lastenpsykiatrista tukea tarvitsevasta lapsesta. Tutkielman punaisena lankana on etsiä asiakirjoista lapsen ääntä ja subjektiutta. Tutkimuksen analyysin painopiste on aineiston ilmissä, mutta analyysia on pyritty kohdentamaan osaltaan myös niihin taustarakenteisiin, jotka ovat vaikuttaneet ilmissä muodostamisprosessin taustalla.

Tutkielman aineistona on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Lasten ja nuorten sairaalan, lastenpsykiatrisia asiakirjoja. Aineisto on kerätty neljältä lastenpsykiatriselta hoito-osastolta ja koskee 12 eri lasta, joista poikia on 8 ja tyttöjä 4. Asiakirjat ovat vuonna 2006 hoidossa olleiden, ja pääosin myös samana vuonna hoitonsa päättäneiden, lasten asiakirjoja, mutta joukossa on myös muutaman lapsen asiakirjoja, joiden hoito on jatkunut vuoden 2007 puolelle. Aineisto sisältää psykologin lausuntoja, hoitotyön yhteenvetoja sekä lääkärin yhteenvetoja, joita aineistossani on yhteensä 36 kappaletta.

Tutkielman viitekehystenä on sosiaalinen konstruktionismi ja tutkimusmetodina on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Ammattilaiset kuvasivat asiakirjoissaan lastenpsykiatrista apua tarvitsevaa lasta käyttäen kolmea pääteemaa: oireilu, voimavarat sekä lapsen tarvitsema tuki. Eri ammattiryhmät painottivat teksteissään eri asioita. Kaikkien ammattiryhmien asiakirjoissa pääpaino oli oireilun kuvauksella, mutta hoitajien teksteissä lapsen voimavaroja kuvailtiin eniten ja lääkäreiden teksteissä oli eniten mainintoja tukitoimista. Lapsen subjektiuden kuvaamisen näkökulmasta tutkimusaineistosta oli löydettävissä kolme erilaista tapaa millä ammattilaiset kirjoittivat lapsesta: oirekeskeisyys, kehityksen ja kuntoutuksen korostaminen sekä lapsilähtöisyys. Ammattilaisten tekstejä leimasi oirelähtöinen puhetapa. Oirelähtöisessä puhe- tavassa keskeinen tapa hahmottaa psykiatrista apua tarvitsevan lapsen tilannetta oli hänen tavallisesta poikkeavat oireensa, jotka lääkäri sitten loppuarviossaan oli nimennyt johonkin diagnostiseen luokkaan sopiviksi. Tähän puhetapaan liittyivät myös lapsen diagnoosin, psykologin tutkimusten sekä ammattilaisten havaintojen perusteella nousevat tarpeet. Toinen vahvasti esiin noussut tapa kirjoittaa lapsista oli kehityksen ja kuntoutuksen korostaminen. Kehitystä ja kuntoutumista korostavassa kirjoittamisessa painottuivat normatiiviset, ikäsidonnot kehityksen kriteerit, joita vastaan lasten kuntoutumista peilattiin ammattilaisten teksteissä. Ikätasoisuus ilmeni teksteissä niin arvioinnin kohteena, toteutuneina ja toteutumattomina tavoitteina, kuin tarvittavan tuen ja tarpeiden määrittäjänäkin.

Lapsilähtöisyys jäi teksteissä väistyväksi kirjoitustavaksi. Lapsen ääni tuli esiin koko aineistossa, mutta peittyi oirekeskeisyyden ja kehitystä sekä kuntoutusta korostavan kirjoittamisen alle. Lapsen subjektiviteettia ilmentävää kielenkäyttöä ilmensivät viittaukset lapseen tuntevana ja itsenäisenä toimijana. Lapsen persoonallinen näkökulma näkyi teksteissä sijoitettaessa lapsi kertojan paikalle, jolloin hänen äänensä tuli esiin joko lapsen puheen suorana lainaamisena tai ammattilaisen välittämänä. Lapsen subjektiivutta teksteissä tuotiin esiin kirjoittamalla myös ympäristötekijöistä ja ottamalla holistinen näkökulma lapsen tilanteeseen.

Avainsanat: asiakirja, asiantuntijuus, lastenpsykiatria, subjektiivus

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	LAPSEN ASEMAN KÄSITEELLISTÄMINEN.....	3
2.1	Lapsen asema tutkimuskirjallisuudessa.....	3
2.2	Lasten kokemusten kuuleminen ja jakaminen.....	6
2.3	Asiakastyö ja eettiset perusteet.....	8
3	ASIAKKAAN JA TYÖNTEKIJÄN VUOROVAIKUTUS.....	9
3.1	Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutus.....	9
3.2	Asiakaskeskeinen vuorovaikutus.....	10
3.3	Dialoginen vuorovaikutus.....	12
3.4	Asiakassuhteista.....	13
3.5	Lapsen ääni asiakirjoissa.....	15
4	TUTKIELMAN LÄHTÖKOHDAT JA METODISET VALINNAT.....	16
4.1	Tutkimusaineisto ja tutkimustehtävä.....	16
4.2.	Sosiaalinen konstruktionismi.....	19
4.3	Laadullinen sisällön analyysi tutkimusmetodina.....	20
5.	LAPSI AMMATTILAISTEN ASIAKIRJOISSA.....	25
5.1	Psykologin lausunnot tutkimusaineistona.....	25
5.1.1	Kyky kontaktiin ja vuorovaikutukseen.....	28
5.1.2	Poikkeavuus vs. normaalius.....	30
5.1.3	Päätelmien epävarmuus.....	32
5.1.4	Oireilu ja negatiot.....	33
5.1.5	Avun tarve sekä suositellut tukitoimet.....	36
5.1.6	Lapsi psykologin lausunnoissa.....	38

5.2	Hoitotyön yhteenvedot tutkimusaineistona.....	40
5.2.1	Havaitut ongelmat.....	42
5.2.2	Voimavarat ja vahvuudet.....	43
5.2.3	Hoidon tavoitteet.....	44
5.2.4	Kuntoutuminen ja ikätasoisuuden tavoite.....	45
5.2.5	Lapsen ääni.....	48
5.2.6	Ympäristötekijät hoidon hidastajana.....	49
5.2.7	Yhteistyö ja kumppanuus lapsen hoidossa.....	50
5.2.8	Lapsen tarpeet ja suositellut tukitoimet.....	51
5.2.9	Lapsi hoitotyön yhteenvedoissa.....	53
5.3	Lääkärin yhteenvedot tutkimusaineistona.....	55
5.3.1	Diagnoosi ja oireilu.....	57
5.3.2	Lapsi hoidon kohteena vs. kuntoutujana.....	58
5.3.3	Patologia vs. ympäristötekijät.....	60
5.3.4	Lapsen tarpeet sekä suositellut tukitoimet.....	62
5.3.5	Lapsi lääkärin lausunnoissa.....	64
6	LAPSI AMMATTILAISTEN TEKSTEISSÄ.....	66
6.1	Lapsesta luodut representaatiot.....	67
6.2	Ammattikäytäntöjen arviointia.....	74
	LÄHTEET.....	77

1. JOHDANTO

Lasten ja perheiden kanssa tehtävässä asiakaspalvelutyössä korostetaan usein asiakaslähtöisyyden ja tasavertaisen kohtaamisen tärkeyttä. Puhutaan asiakaslähtöisyydestä, perhekeskeisyydestä ja lapsikeskeisyydestä. Puheella asiakaslähtöisyydestä halutaan korostaa sitä, että asiakas otetaan mukaan muutostyön suunnitteluun ja että työskentely räätälöidään yhdessä perheen kanssa perheen tarpeiden mukaiseksi. Useasti auttamisinstituutioiden asiakkaana on lapsi.

Auttamistyön instituutiot rakentuvat paljolti työntekijän ja asiakkaan keskustelujen sekä vuorovaikutuksen kautta. Asiakkaan ja työntekijän kasvokkaisen kohtaamisen lisäksi instituutioita tuotetaan myös asiakkaasta kirjoitetuissa asiakirjoissa. Asiakirjoja voidaan pitää vuorovaikutuksellisin paitsi siinä mielessä, että ne ovat syntyneet vuorovaikutustilanteiden seurauksena, myös siinä mielessä, että ne kirjoitetaan aina jollekin yleisölle. Ne ohjeistavat instituutioiden työtä ja määrittävät asiakkuutta sekä kategorisoivat asiakkaan kuulumista joidenkin tiettyjen auttamisinstituutioiden asiakkaaksi. Lapsen subjektiivisuus, todellistuminen ja hänen kokemustensa välittäminen vanhemmille ja työntekijäverkostolle koetaan lasten kanssa työskentelevien parissa yhä tärkeämmäksi. Lapsen äänen kuuluminen ja kokemusten välittyminen myös asiakirjoissa on nähty lapsen edun mukaiseksi ja tärkeäksi lapsen oikeudeksi.

Erityisesti lastenpsykiatrista tukea tarvitsevien lasten subjektiivisuus ja kokemusten välittyminen vaikutti mielestäni mielenkiintoiselta tutkimusaiheelta. Lastenpsykiatrista tukea tarvitsevaa lasta ei liene ongelmattonta huomioida subjektina asiakassuhteessa. Jo pelkästään lapsena olemisen positio tuo haasteensa lapsen mielipiteiden huomioonottamiselle, mutta jos lisärasitteena on vielä vajavaisuuden tai vammaisuuden positio, haaste lienee vieläkin suurempi.

Lastenpsykiatrisessa osastohoidossa olevista lapsista kirjoitetaan lukuisia asiakirjoja. Asiakirjat muodostavat lapsesta eräänlaisen klinisen elämäkerran, narratiivisen tapahtumien rekisteröinnin. Asiakirjojen päähenkilöä, lasta, ei aina kohdella teksteissä subjektina, vaan toimenpiteiden kohteena eikä hänen mielipiteensä tai kokemuksensa aina tule esiin muuten kuin välillisesti ammattilaisten tulkitsemana. Lisäksi asiakirjoihin pääsevät vain ne havainnot, joita ammattilaiset pitävät merkityksellisinä, eikä lukija saa välttämättä tietää

lainkaan niistä havainnoista tai lapsen kokemuksista, joita ammattilainen on pitänyt merkityksettöminä.

Tutkimukseni lähtökohtana on ajatus siitä, että instituutioiden vuorovaikutuskäytännöt sekä institutionaalisten käytäntöjen asettamat ehdot laajentavat tai kaventavat eri toimijoiden osallisuutta. Oman erityistehtävänsä luonteen mukaisesti eri asiantuntijat noudattavat erilaisia vuorovaikutusmalleja, jotka puolestaan eri tavoin mahdollistavat lapsen oman äänen kuulumisen työskentelyssä ja siten myös siirtymisessä asiakirjoihin. Tässä tutkimuksessa analysoin asiakirja-aineiston valossa millaisia kuvia ammattilaiset rakentavat lastenpsykiatriasta tukea tarvitsevasta lapsesta. Käsittelen ammattilaisten kielenkäytöstä löytyviä diskursiivisia piirteitä sekä lapselle asiakirjoissa rakentuvia identiteettejä, ja pyrin selvittämään minkälainen, erityyppisissä vuorovaikutustilanteissa syntynyt tieto lapsesta siirtyy asiakirjoihin. Mielenkiintoni kohteena ovat olleet seuraavanlaiset kysymykset: Kuvataanko lasta oireilunsa ja pulmiensa kautta, toimenpiteiden kohteena vai onko asiakirjoissa kuvattu lasta voimavarojensa kautta? Sisältävätkö asiakirjat lapsen omia kokemuksia ja mielipiteitä tilanteestaan? Onko lasta kuvattu asiakirjoissa kohteena vai aktiivisena toimijana?

Tutkimuksessani nojaudun sosiaaliseen konstruktionismiin laajempaan viitekehykseenä. Käsittelen ensin tutkimuskirjallisuuden valossa lapsen asemaa yleensä, minkä jälkeen siirryn käsittelemään erilaisia vuorovaikutus- ja asiakassuhteita. Luvussa 4 esittelen tutkimusaineistoni ja -kysymykset sekä metodiset valinnat ja aineiston analysointiprosessin. Luvussa 5 olen analysoinut kolmen eri ammattiryhmän tuottamaa aineistoani. Lopuksi kokoan tutkielmani tulokset ja pohdin ammattikäytäntöjen vaikutusta kirjaamiskäytäntöihin sekä niitä seurauksia, joita asiakirjoissa rakentuvat identiteetit lapselle mahdollisesti aiheuttavat.

2. LAPSEN ASEMAN KÄSITTEELLISTÄMINEN

Tässä luvussa tarkastelen lyhyesti lapsen asemaa tutkimuskirjallisuudessa yleensä sekä avaan lapsen asemaa kuvaavia käsitteitä. Luvussa 2.2. paneudun siihen, miten erityisesti lapsen subjektiutta on aikaisemmin tutkittu. Luvussa 2.3. tarkastelen asiakkaan subjektiutta eettisten periaatteiden valossa.

2.1. LAPSEN ASEMA TUTKIMUSKIRJALLISUUDESSA

Lapsen asemaa on tutkimuskirjallisuudessa tarkasteltu usean eri tieteen alalla. Kasvatustieteen näkökulmasta tutkimusta on tehnyt mm. Annu Brotherus (2004), joka on väitöskirjassaan tutkinut esiopetuksen toimintakulttuuria lapsen näkökulmasta. Mirja Määttä (2007) on tutkinut väitöskirjassaan sosiologian tieteenalan näkökulmasta yhteisen poikkiallisen verkoston muodostumisen mahdollisuuksia ehkäistä lasten ja nuorten syrjäytymistä. Lasten suhdetta mediaan on tarkastellut Raisa Koivusalo-Kuusivaara (2007) väitöskirjassaan ”Lapset, media ja symbolinen vuorovaikutus: Suomalaisten, englantilaisten ja saksalaisten lasten mediasuhteen tarkastelua”. Myös yhdyskuntasuunnittelussa ollaan kiinnostuneita lapsen näkökulmasta. EkoSuKaT -tutkimushankkeen väliraportissa (2006) Heli Villanen käsittelee lasten kokemuksia muuttamisesta Limingan Tupokseen.

Lastensuojelun tutkimuskirjallisuudessa lapsen asemaa on lähestytty kahdesta eri suunnasta. Yhtäältä kiinnostus on kohdistunut konkreettiseen paikkaan. Tutkimuksissa on seurattu sijoitettujen lasten elämää (Andersson 1988; 1995; Bullock 1993; Laurila 1999), huostaan otettujen lasten kokemuksia (Laakso 1998; Laurila 1999), lapsen arkea institutionaalisessa ympäristössä (Törrönen 1999) tai eri sijoitusmuotojen etuja ja haittoja (Ahto 1999; Mikkola 1999). Toisaalta kiinnostus on voinut kohdistua abstraktimmin ymmärrettävään lasten paikkaan eli asemaan työprosessissa (Andersson 1991; Valkonen 1994; Törrönen & Mäenpää 1995; Forsberg 1998). Tällöin on pohdittu työssä toteutuvia lapsen kuulemisen ja yksilöllisen huomioimisen ulottuvuuksia. Käsitteinä ovat vaihdelleet lapsen oikeus, etu, subjektiivisuus tai lapsen näkökulma. (Hurtig 2003, 33.)

Käsitteitä yhdistää ajatus lapsesta itsenäisenä osapuolena yksilöllisine oikeuksineen. Lapsen oikeus -käsitettä käytetään lähinnä juridisissa yhteyksissä. Perustuslaki takaa lapsille tasa-arvoisen kohtelun yksilöinä ja antaa heille oikeuden vaikuttaa kehitystasonsa mukaan itseään koskeviin asioihin. Lapsen oikeuksia koskee myös YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista. Sopimus turvaa laajasti ja yksityiskohtaisesti lapsen sosiaaliset, taloudelliset, kulttuuriset ja yhteiskunnalliset oikeudet. Se suojaa syrjinnältä ja hyväksikäytöltä. Se edellyttää, että lapsen etu otetaan huomioon ja asetetaan etusijalle kaikissa viranomaisten ratkaisuissa, jotka koskevat lapsia yksilöinä tai yhteisesti.

Lapsen etu on juridisesta kielenkäytöstä erityisesti lastensuojelun käytäntöihin juurtunut käsite. Käsitettä on pidetty hyvin tulkinnanvaraisena ja siksi myös epämääräisenä. Tulkinnanvaraisuutta on yritetty poistaa uudessa lastensuojelulaissa (2007), joka määrittelee lapsen etua.

”Lapsen etua arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota siihen, miten eri toimenpidevaihtoehdot ja ratkaisut turvaavat lapselle:

- 1) tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin sekä läheiset ja jatkuvat ihmissuhteet;
- 2) mahdollisuuden saada ymmärtämystä ja hellyyttä sekä iän ja kehitystason mukaisen valvonnan ja huolenpidon;
- 3) taipumuksia ja toivomuksia vastaavan koulutuksen;
- 4) turvallisen kasvuympäristön ja ruumiillisen sekä henkisen koskemattomuuden;
- 5) itsenäistymisen ja kasvamisen vastuullisuuteen;
- 6) mahdollisuuden osallistumiseen ja vaikuttamiseen omilla asioissaan; sekä
- 7) kielellisen, kulttuurisen ja uskonnollisen taustan huomioimisen.”

(LSL 417/2007 4 §.)

Lapsen näkökulma -käsitettä käytetään erityisesti lapsilähtöisyyttä tai -keskeisyyttä peräviivässä keskustelussa. Näkökulma -käsitteen ongelmana on sen epämääräisyys ja epätarkkuus. Näkökulma -käsite kertoo kuitenkin siitä, että puhuja tunnistaa lapsen huomioimisen tärkeyden työskentelyssään.

Lapsen subjektius lienee käsitteistä laajin ja abstraktein. Yhteiskuntatieteissä puhutaan subjektiudesta silloin, kun ihminen nähdään kykenevänä itse ohjaamaan toimintaansa sen sijaan, että selitystä hänen toiminnalleen haettaisiin ulkopuolelta. Subjektiuteen liittyy myös mahdollisuus tehdä valintoja ja käyttää itsemääräämisoikeuttaan. Auttamisinstituutiot normistoinen asettavat kuitenkin rajoituksia itsemääräämisoikeudelle. Tämä on usein asiakkaan turvallisuuteen liittyvä kysymys mutta liittyy monesti myös työntekijöiden asenteisiin.

Riitta Hyytinen (2006) tarkastelee lisensiaattityössään ”Lapsi, huumeperhe ja toivo” yhden huumeperheen kuntoutusprosessia ja erityisesti lapsen kokemusten ja tarpeiden saamia mahdollisuuksia perheen kanssa toteutettavassa toiminnassa. Hyytisen tutkimuksen keskiössä on lapsen subjektius ja sen tukeminen kuntoutumisprosessissa. Se tarkoittaa lapsen kokemusten kuulemistä ja jakamista sekä niiden todellistumista lapselle itselleen sekä vanhemmille. Hyytisen mukaan työskentelyn tavoitteena on tukea lapsen subjektiutta ja omaehtoista kehittymistä irrallaan vanhempien päihdeongelmasta. Lapsi voi kokea olevansa subjekti, kun hänen elämänsä ja tulevaisuutensa eivät ole riippuvaisia siitä, selviävätkö vanhemmat päihdeongelmastaan vai eivät. Hyytinen toteaa, että lapselle on synnyttävä kuntoutuksessa tunne siitä, että kävi vanhempien päihdeongelmalle miten tahansa, lapsi sinällään on arvokas, ja hän tulee selviytymään. Hyytisen mukaan tällaista subjektiuden kehittymistä voidaan kutsua myös lapsen voimaantumiseksi. (Hyytinen 2006, 15 - 24.)

Juha Siitonen (1999) määrittelee väitöskirjassaan voimaantumisen ihmisestä itsestään lähteväksi prosessiksi, joka on yhteydessä ihmisen omaan haluun, omien päämäärien asettamiseen, samoin luottamukseen omiin mahdollisuuksiinsa sekä näkemykseen itsestään ja omasta tehokkuudestaan. Voimaantumisteoriassa ihmistä pidetään aktiivisena, luovana ja vapaana toimijana, joka asettaa jatkuvasti itselleen päämääriä (pyrkimyksiä, toiveita, intentioita, haluja) omassa elämänprosessissaan. Itseä ja omia mahdollisuuksia koskevat uskomukset rakentuvat keskeisiltä osin sosiaalisessa kanssakäymisessä. (Siitonen 1999, 118.)

Kaarina Mönkkösen (2007) mukaan myös hoitotieteessä on puhuttu jo vuosia asiakkaan itsemääräämisoikeuden merkityksestä hoitotoimenpiteitä suunniteltaessa. Suomessa käynnistyi 1990-luvulla useita terveydenedistämisen hankkeita, joissa korostettiin ihmisen hallinnantunteen lisäämistä. Tätä näkökulmaa ei kuitenkaan ole haluttu irrottaa koko yhtei-

sön ja sosiaalisten suhteiden vaikutusten huomioimisesta, ja onkin alettu puhua yhä enemmän osallistamisesta. Ihmisen muutoshalukkuus edellyttää tunnetta siitä, että elämässä on jatkuvuutta, ennustettavuutta ja tunne siitä, että omaan elämänkulkuun voi vaikuttaa. (Mönkkönen 2007, 143 - 144.) Erityisesti työskenneltäessä perheiden kanssa, joiden vanhemmat kärsivät päihde-, mielenterveys-, tms. ongelmista, lapsen voimaannuttaminen ja osallistaminen lienee erityisen tärkeää.

2.2 LASTEN KOKEMUSTEN KUULEMINEN JA JAKAMINEN

Usein työskentelyä vain vanhempien kanssa ilman lapsen läsnäoloa perustellaan sillä, että lapsi ei kestä vaikeiden asioiden käsittelyä. Todellisuudessa monet lapset ovat kokeneet asioita ja eläneet tilanteissa, joita työntekijän on vaikea edes kuvitella. Lapsen subjektiivisuuden tukemisen ja todellistamisen puute työskentelyssä lieneekin usein kiinni työntekijöiden asenteista tai halusta suojella itseään pahan kuulemiselta ja jakamiselta. Työskentely lapsen kanssa voidaan kokea liian haastavana ja pelottavanakin. Lisäksi voidaan ajatella, että lapsen kokemusten jakamiseen tarvittaisiin jokin erityinen koulutus. Hyytinen (2006) toteaa, että lapsen kanssa työskentelyssä pääasia on, että henkilöllä on kyky ymmärtää lasta. Työntekijän on kyettävä eläytymään lapsen tilanteeseen ja kommunikoimaan lapsen kanssa tavalla, jota lapsi ymmärtää. (Hyytinen 2006, 115.)

Lapsen subjektiivisuuden tukeminen kuntoutuksessa on lapsen eheytyksen ja voimaantumisen tukemista, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa. Työntekijä voi muodostua lapselle hyvinkin tärkeäksi tueksi kuulemalla lasta ja jakamalla hänen kokemuksiaan. Maritta Itäpuisto (2005) toteaa väitöskirjassaan, että lapsen subjektiivutta ja kyvykkyyttä rajoittavat kokemukset ovat erityisesti kyvyttömyys keskustella ja saada omaa ääntään kuuluviin. Itäpuiston mukaan näiden voimattomuutta aiheuttavien asioiden muuttaminen on oleellista lapsen subjektiivisuuden ja voimaantumisen tukemisessa. (Itäpuisto 2005, 108 - 112.)

Johanna Hurtigin (2006) mukaan työntekijän tulee turvata ja varmistaa lapsen monitasoinen läsnäolo työskentelyprosessissa. Sen lisäksi, että lapset ovat fyysisesti paikalla, heillä tulee olla myös mahdollisuus faktiseen läsnäoloon, eli olla tärkeä osa tiedossa, jota perheestä kerätään. Tiedon tulee sisältää myös lapsen omia näkemyksiä ja kokemuksia. Hurtigin mukaan kootun tiedon käsittely muodostaa työhön lasten läsnäolon diskursiivisen ta-

son. Se merkitsee avointa keskustelua lasten kokemista pulmakohdista sekä muutoksista, joita lasten hyvinvointi edellyttää. (Hurtig 2006, 194 - 195.)

Lapsen näkyväksi tekemistä asiakassuhteessa on tarkastellut Mikko Oranen (2001) kirjassaan ”Perheväkivallan varjossa”. Teos on raportti Ensi- ja turvakotiliiton Lapsen aika -projektista, jonka tavoitteena oli kehittää perheväkivallan todistajana ja kohteena olleiden lasten kanssa tehtävää työtä. Ideologisenä tavoitteena oli nostaa lapset tasavertaisiksi toimijoiksi aikuisten rinnalle. Oranen kuvaa kirjassaan lapsen näkökulman huomioimista turvakotityön arjen rutiineissa.

”Turvakotiin tullessa vastaanottohaastattelussa tavoitteena on se, että kaikki kertovat oman kokemuksensa siitä, mitä kotona ennen turvakotiin tuloa tapahtui. Näitä asioita kysytään myös lapsilta... On tärkeää, että äiti kuulee itse lasten puhuvan tapahtumista, sillä tämä tekee lasten osallisuuden hyvin konkreettiseksi. Vastaavasti lapsille on tärkeää kuulla, että äiti puhuu kodin tapahtumista työntekijän kanssa. Tämä havainnollistaa lapsille, että väkivallasta voi ja saa puhua.” (Oranen 2001, 71 - 72.)

Oranen (2001) toteaa, että lapsen kanssa on mahdollista puhua vaikeista ja ahdistavista asioista. Orasen mukaan lapset ovat usein myös valmiita puhumaan ja kertomaan väkivaltaan liittyvistä ajatuksistaan ja kokemuksistaan ja hämärsi siten ammattikirjallisuuden peruskäsitettä ”lasten lojaliteetista vanhempiaan kohtaan”. (Oranen 2001, 81.)

”Yhtenä selittäväenä tekijänä käsityksemme mukaan on lapsen tulkinta tilanteen turvallisuudesta. Turvallisuuden varassa lapsi voi puhua... Kokemus työntekijän turvallisuudesta syntyy, kun lapsi huomaa, että tämä kestää riittävästi lapsen kertomuksen herättämää tuskaa ja ahdistusta.” (Oranen 2001, 81 - 82.)

Lasten osallisuutta on tutkinut myös Merja Anis (2008) tutkimuksessaan ”Sosiaalityö ja maahanmuuttajat”. Anis toteaa, että lapsen osallisuus riippuu pitkälti siitä, miten aikuiset luovat mahdollisuuksia osallisuudelle ja ottavat vakavasti lasten kertomat kokemukset. Aniksen mukaan lasten kanssa työskennellessä tulee huomioida, että lapsilla on erilainen tapa ilmaista itseään kuin aikuisilla. Heille tulisi antaa aikaa sekä mahdollisuuksia kokeilla erilaisia tapoja kommunikoida. Esimerkiksi lelujen käyttö ja ajatusten ilmaisu mielikuvitusta käyttäen on lapsiominaista kommunikointia, jolle aikuiset voisivat luoda edellytyksiä. (Anis 2008, 95 - 96.)

2.3 ASIAKASTYÖ JA EETTISET PERIAATTEET

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset toimivat pitkälti samojen eettisten periaatteiden mukaisesti, jotka painottavat asiakkaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Mönkkönen (2006) toteaa, että vaikka eettisissä periaatteissa korostetaan asiakkaan vahvaa roolia olla määrittämässä ja päättämässä häntä koskevia asioita, saatetaan asiakkaan kuuleminen tai yhteistyö ymmärtää hyvin monella tavalla. Joskus kuuleminen sekoittuu tiedottamiseen eikä välttämättä sisällä asiakkaan huolellista kuuntelemista tai asian yhteistä puntarointia. Mönkkönen toteaa myös, että sosiaali- tai terveyspalvelujen asiakas ei aina ole edes siinä tilassa, että hän kykenisi ottamaan kantaa avuntarpeeseensa. (Mönkkönen 2006, 32.)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000) säättää, että mikäli täysi-ikäinen asiakas ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty osallistumaan ja vaikuttamaan palvelujensa tai sosiaalihuoltoonsa liittyvien muiden toimenpiteiden suunnitteluun ja toteuttamiseen taikka ymmärtämään ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja tai päätösten vaikutuksia, on asiakkaan tahtoa selvitettävä yhteistyössä hänen laillisen edustajansa taikka omaisensa tai muun läheisen henkilön kanssa. (Asiakaslaki 9 §.) Tämä koskee myös alaikäisiä lapsiasiakkaita (Asiakaslaki 10§). Eettisesti perusteltua ei myöskään liene syrjäyttää lapsia omissa asioissaan esimerkiksi sen vuoksi, että he ovat hankalia ja käyttäytyvät huonosti.

Lähtökohtaisesti asiakkaalla on ensisijainen oikeus tehdä omaa elämäänsä koskevat päätökset ja saada hänen asiaansa koskevat tiedot ja vaihtoehdot käyttöönsä päätöksenteon tueksi. Asiakkaan kanssa työskenneltäessä itsenäisyyden kunnioittaminen ei merkitse sitä, että pyritään tekemään asiakkaan mielen mukaan vaan sitä, että kunnioitetaan asiakkaan eriäviäkin näkemyksiä ja mielipiteitä ja otetaan ne yhteisen työskentelyn materiaaliksi.

3. ASIAKKAAN JA TYÖNTEKIJÄN VUOROVAIKUTUS

Tässä luvussa kuvailen erilaisia asiakastyön vuorovaikutustapoja, joissa asiakkaan subjektiivisuus joko mahdollistuu tai jää asiantuntijan tietämyksen varjoon. Luvussa 3.4 kuvailen erilaisten asiakassuhteiden vaikutusta asiakkaan osallistumisen mahdollisuuteen, ja luvussa 3.5 tuon esiin asiakirjojen merkityksen lapsiasiakkaan subjektiivisuuden kannalta.

3.1 ASiantuntijakeskeinen vuorovaikutus

Asiakastyön vuorovaikutustilanteita on viime vuosina tutkittu mm. sosiaali- ja hoitotieteissä. Tutkimuksissa on mm. asiakastilanteiden nauhoituksia tarkastelemalla tutkittu, miten osapuolet asemoivat itsensä vuorovaikutustilanteissa eli millaista roolia työntekijä asiakkaalle tarjoaa ja minkälaisen roolin asiakas ottaa. Tutkimuksissa on ollut keskeistä nähdä tilanteen vastavuoroisuus niin, että molemmat osapuolet luovat tilannetta tietyntilanteeksi. Toisen osapuolen position muutos vaikuttaa myös toiseen. Työntekijä saattaa pyrkiä osoittamaan pätevyyttään selittämällä asiakkaalle asioita ja antamaan ratkaisuja, ja sitä asiakaskin häneltä usein odottaa. Asiakkaan odotus siitä, että työntekijä ratkaisee hänen ongelmansa, saa monesti työntekijän vastaamaan asiakkaan odotukseen. Tällöin asiakkaan oma vastuu saattaa jäädä syrjään. Työntekijä ottaa vallan määrittellä asiakkaan tilanne ja ongelma sekä päättää tarvittavista toimenpiteistä.

Asiantuntijakeskeiseksi vuorovaikutukseksi voidaan sanoa toimintaa, jota ohjaavat vahvasti asiantuntijoiden tai järjestelmän määrittämät tavoitteet ja tulokset. Asiantuntija ikään kuin näkee ilmiöiden todellisen luonteen, ja hänen tehtävänsä on saada asiakas tietoiseksi ilmiöiden välisistä suhteista, syistä ja seurauksista. (Mönkkönen 2007, 38.)

Asiantuntijakeskeisyys ei välttämättä aina tule näkyvästi esiin, vaan voi olla kätkeytyneenä tapaan, jolla vuorovaikutusta jäsennetään. Asiantuntijakeskeisyys voi olla kätkeytynyt sisään asioihin, joista asiakkaalle puhutaan tai siihen, kuinka häntä kuvataan asiakirjoissa. Määrittelemällä asioita tietyntilanteiksi suljemme pois toisia määritelmiä. Asiakkaista kerätään paljon tietoa asiakirjoihin, jotka seuraavat asiakkaan mukana eri auttamisjärjestelmiin. Asiakirjoissa oleva tieto toimii pohjana sille, minkälaisena asiakas uudessa instituutiossa nähdään ja minkälaisiin muutoksiin hänen uskotaan kykenevän sekä kuinka paljon häneen ollaan valmiita panostamaan. Ammatilliset saattavat puhua erityislapsista tai moniongelmaisista perheistä, mutta hyvästä tarkoituksestaan huolimatta puhe saattaa ylläpitää asiakkaan marginaalista asemaa.

Asiantuntijakeskeiselle työskentelylle on oma paikkansa. Ihmiset kohtaavat tilanteita, joissa he todella tarvitsevat ulkopuolisen asiantuntemusta, esim. lääkäri-potilas -tilanne, jossa asiakas odottaa saavansa apua akuuttiin tilanteeseensa lääkäriltä. Sen sijaan tilanne, jossa kuntoutuminen edellyttää elämäntapamuutoksia vaatinee laajempaa näkökulmaa ja asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä syntynyttä kuntoutumissuunnitelmaa. Erityisesti silloin, kun lapsi on asiakkaana, on tärkeää ymmärtää lapsen itsensä, vanhempien ja asiantuntijoiden toisiaan täydentävä asiantuntemus. Vanhemmat tuntevat lapsensa yksilönä ja perheensä jäsenenä, kun taas ammattilainen näkee lapsen lasta vaivaavan pulman näkökulmasta. Asiantuntijatieto tulisi yhdistää perheen ja asiakkaan arkielämän asiantuntijuuteen, jolloin yhteinen ymmärrys syntyy dialogissa.

3.2 ASIAKASKESKEINEN VUOROVAIKUTUS

Puhe asiakas- ja perhekeskeisyydestä sosiaali-, terveys- ja kasvatusaloiilla ei ole uutta. Mönkkönen (2007) toteaa, että Suomessa 1970-luku oli vielä aikuiskeskeisyyden kulta-aikaa, mutta jo 1980-luvulla syntyi vahvaa kritiikkiä päivähoidon laitospäivähoitoa ja näkymättömyyttä kuria kohtaan. Kasvatusta haluttiin tarkastella lapsen omana kasvuprosessina ja oivaltamisena. Asiantuntijakeskeisen työskentelytavan rinnalle alkoi 1980-luvun jälkipuoliskolla nousta asiakkaan kokemusta korostava näkökulma. Asiakaskeskeinen näkökulma korostaa asiakkaan tarpeista lähtevää ja asiakkaan omaan tilanteeseen määrittelyyn perustuvaa työskentelyä. (Mönkkönen 2007, 63 - 67.)

Asiakaslähtöinen työskentelytapa ei kuitenkaan ole ongelmaton. Mönkkönen (2007) puhuu mukaan menemisen -problematiikasta, joka voi tarkoittaa sitä, että työntekijä myötäelää liiaksi asiakkaan tunnelmissa eikä kykene tuomaan omaa aktiivista osuuttaan vuorovaikutukseen (mt., 64). Jos vuorovaikutukseen mennään täysin toisen ehdoilla, vuorovaikutus ei tuo uutta ymmärrystä kummallekaan osapuolelle. Asiakaslähtöisyyden korostaminen erityisesti lapsiasiakkaiden kanssa tuo mukanaan myös pulmia, kun valtasuhteet aikuisten ja lasten vuorovaikutuksessa hämärtyvät ja lapset ottavat tilanteista yliotteen. Aikuisen turvallisuus lapsen näkökulmasta vähenee, mikäli aikuinen ei kykene toimimaan riittävän vahvassa roolissa auktoriteettina, mutta lapsen mielipiteitä kunnioittaen. Lapsikeskeisen lähestymistavan ongelmat eivät ilmene ainoastaan kasvatuksen alueella vaan myös ammattiauttamisen vuorovaikutuksessa. Ammattiauttamiseen on syntynyt käytäntöjä, joissa pyritään välttämään vallankäyttöä ja puuttumista, koska sen koetaan uhkaavan lapsen itsemääräämisoikeutta. Liian pitkälle vietyä lapsilähtöisyyttä johtaa liialliseen varovaisuuteen ja vastuullisen vallan puuttumiseen sekä ammatillisen vastuun hämärtymiseen.

Asiakaskeskeisen työskentelyn lieveilmionä on, että sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ovat alkaneet varoa tuomasta esiin omia näkökantojaan, ikään kuin se uhkasi asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Myös kasvatusalan ammattilaiset ovat jopa vieroksuneet kasvatamisen käsitettä ja puhuvat mieluummin oppimisen ohjaamisesta tai kasvun tukemisesta. Näkökulman muutos on ollut vuorovaikutussuhteen kannalta hyvin tärkeä, mutta se on saanut myös sellaisia muotoja, joissa ammattilaisen vastuu on hämärtynyt ja valta on nähty liian negatiivisena asiana. (mt., 80 - 81.)

Ammattilaisten toiminnan takana on uskomuksia ja jopa normeja, joiden mukaan suora vastaaminen tai vaikuttaminen estää asiakkaita tuomasta omia näkemyksiään esille. Neuvomisen välttämällä on pyritty korostamaan asiakkaan omien valintojen merkitystä. Peräkylä ja Vehviläinen (1999, 332.) kuitenkin toteavat keskusteluanalyttisessä tutkimuksessaan, että tällaiset uskomukset ovat usein vääriä, sillä keskustelutilanteessa vuorovaiikutuksen kulkuun vaikuttavat monet erilaiset tulkintaresurssit. Asiakaslähtöisyyteen liittyy usein myös erityisen positiivinen tapa suhtautua asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa. Asiakkaasta pyritään tällöin uskomaan vain pelkkää hyvää ja suhtaudutaan positiivisesti hänen kaikkiin aikeisiinsa. Tällöin vaarana on, että pahat ja vaikeat asiat sivuutetaan eikä asiakas pääse työstämään mieltään vaivaavia hankalia asioita.

Asiakassuhteessa asiantuntijan ei ole syytä ottaa neuvojan ja tietäjän roolia, mutta ei ole myöskään syytä lähteä liian varovaiselle ja neutraalille tielle. Tällöin työntekijä ei uskalla ottaa omaa rooliaan vastuullisena ammattilaisena eikä rohkene laittaa itseään peliin. Asiakassuhteessa lieneekin tärkeintä yrittää löytää vuorovaikutuksessa yhteinen ymmärrys asiakkaan kanssa ja edetä molempien osapuolien ehdoilla.

3.3 DIALOGINEN VUOROVAIKUTUS

Dialogisuuden peruselementti on vastavuoroisuus. Asiakassuhteessa tämä tarkoittaa, että suhde nähdään molemminpuolisen ymmärryksen rakentamisena, jossa edetään sekä työntekijän että asiakkaan ehdoilla.

Dialogisuuden yhteydessä viitataan usein antiikin Kreikasta tulleeseen sokraattisen dialogin käsitteeseen. Sen perimmäinen ajatus on, että erilaiset totuudet on saatava toistensa yhteyteen, jolloin totuutta myös koetellaan yhdessä. (Mönkkönen 2007, 88.) Onnistuneessa dialogisessa vuorovaikutuksessa molemmat osapuolet voivat oppia ja muuttaa mielipiteitään sekä asenteitaan.

Dialogissa ymmärtämisprosessin lähtökohtana toimii tieto siitä, että toisen ajattelun ymmärtäminen ei yleensä edellytä keskustelijoiden olevan samaa mieltä asiasta. Keskustelun tehtävänä on virittää tila, jossa voidaan avoimesti tuoda yhteiseen tarkasteluun monia eri näkemyksiä aiheesta. Dialogissa tulee olla avoimesti nykyhetkessä. Omat ja muiden ajatukset tarjotaan vapaasti tutkittaviksi ilman kritiikkiä. Yhdessä voidaan ihmetellä sekä oman että muiden käyttäytymisen vaikuttimia. Tämä edellyttää ihmiseltä kykyä reflektoida ja tulkita kokemaansa tapahtumahetkellä. Dialogissa kehittyy yhteisen merkityksen etsiminen yhteistoiminnallisesti. Sitä voidaan kuvata yhdessä luomiseksi. Tämä taito on tärkeä useimmissa ihmissuhteita käsittelevissä ammateissa. (Heikkilä & Heikkilä 2001, 66 -146.)

Dialogisessa vuorovaikutuksessa pyritään etsimään uutta ymmärrystä, jota kumpikaan osapuoli ei voi saavuttaa yksin. Vuorovaikutus tapahtuu molempien ehdoilla ja monesti puhutaankin yhteisasantuntijuudesta. Dialogisuudessa ei kuitenkaan ole kyse yhteisymmärryksestä vaan argumentoivasta keskustelusta, jonka tarkoituksena on löytää uusi alue osapuolien välille. Mönkkönen (2007) toteaa, että dialogisen suhteen kannalta keskeistä on, syntykö vuorovaikutussuhteessa yhteisen hämmästyksen hetkiä, joissa työntekijä rohkenee astua alueelle, jossa hänelläkään ei ole riittävästi tietoa ja jossa tieto voidaan yhdessä rakentaa (Mönkkönen 2007, 95). Terapiatyön alueella tällaista työskentelytapaa on kutsuttu tietämättömyyden näkökulmaksi. Tässä mielessä tietämättömyyttä voidaan pitää osana työntekijän ammattitaitoa.

3.4 ASIAKASSUHTEISTA

Kirsi Juhila (2006) on tutkinut kirjassaan ”Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina” eri tyyppisiä asiakas- ja työntekijäsuhteita. Juhila jakaa asiakassuhteet neljään ryhmään: liittämisen- ja kontrollisuhteeseen sekä kumppanuus- ja huolenpitosuhteeseen (Juhila 2006, 49 - 200).

Liittämisen- ja kontrollisuhteella Juhila tarkoittaa työntekijän ja asiakkaan välistä asetelmaa, jossa työntekijälle lankeaa liittäjän tai kontrolloijan ja asiakkaalle liitettävän tai kontrolloitavan rooli. Suhde on osapuolten hierarkkista eroa korostava. Juhila toteaa, että tällaisessa suhteessa työntekijä on tietävä osapuoli, joka tietojensa perusteella määrittää asiakkaan muutoksen tarpeet ja tavoitteet sekä muutokseen tarvittavat menetelmät. (mt., 99.)

Huolenpitosuhteella Juhila tarkoittaa sellaista auttamistyön tulkintaa, jossa jokaisella kansalaisella on tietyt sosiaaliset oikeudet, joiden toteutumiseksi ei voida asettaa ehtoja (mt., 151). Huolenpitosuhteeseen liittyy keskeisesti hoivan käsite, jota Jorma Sipilä (2003, 23 - 24) kuvaa kokonaisvaltaiseksi huolenpidoksi lapsesta, vanhuksesta, sairaasta tai vammaisesta. Huolenpito työntekijöiden ja asiakkaan suhteessa on työntekijän kannalta huolenpidon antamista ja asiakkaan kannalta sen tarvitsemista. Huolenpitokäytäntöjen turvaamiseksi tarvitaan lainsäädäntöä, joka takaa asiakkaille oikeuden tulla kohdelluksi asianmukaisesti ja tasapuolisesti. Esimerkiksi lasten tarvitsemaa hoivaa on turvattu lastensuojelulla, jonka tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun (LSL 417/2007 1§).

Huolenpitosuhteeseen liittyy myös valta. Asiakas nähdään kykenemättömänä, avuttomana ja tarvitsevana. Vaarana on, että asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja asiantuntijuutta oman elämänsä suhteen loukataan, kun työntekijä ”tietää” mikä on asiakkaalle hyväksi. Lasten kanssa työskennellessä tarvitaan aina huolenpitoa. Lasta ei silti tule nähdä pelkkänä huolenpidon kohteena, vaan myös subjektina, jolla on oikeus saada äänensä kuuluviin.

Erityisen mielenkiintoinen lapsen näkökulman huomioimisen kannalta on Juhilan määrittelemä kumppanuussuhde. Kumppanuussuhteella Juhila tarkoittaa sitä, että asiakas ja työntekijä toimivat rinnakkain. Asiakkaan elämää, problematiikkaa ja mahdollisia muutos-

tarpeita jäsennetään yhdessä. (Juhila 2006,103.) Juhila toteaa, että ihmisiä ei tule nähdä ainoastaan yhden ominaisuuden kautta.

”Ihminen ei ole vain pakolainen, hakattu vaimo, pahoinpitelevä mies, päihdeongelmainen, pitkäaikaistyötön, avuton vanhus tai asunoton. Myöskään suhteessa elämäntilanteeseensa häntä ei luokitella yksioikoisesti esimerkiksi vain uhriksi tai syylliseksi, vain aktiiviseksi tai passiiviseksi, vaan pyritään olemaan avoinna ihmisen monenlaisille puolille. Sosiaalityössä tällainen avoimuus ei aina ole helppoa. Sosiaalityötä tehdään instituutioissa, jotka ovat usein erikoistuneet tiettyjen ongelmien käsitteilyyn ja hoitoon. Tällöin asiakas tulee helposti nähdyksi vain tuon ongelman läpi.” (mt., 111.)

Juhila näkee kumppanuussuhteeseen perustuvan asiakassuhteen osallistavana.

”Asiakkaan osallisuuden omaan elämäänsä voi ajatella toteutuvan sitä kautta, että sosiaalityön lähtökohtana on asiakkaan omista lähtökohdistaan nostama tieto. Pelkkä toisen tiedon kuunteleminen kuitenkin harvoin riittää, vaikka myös kuulluksi tuleminen, se että tulee otetuksi vakavasti, voi olla merkittävä osallisuuden kokemus. Kun asiakkaiden tiedot tulevat asiakkaiden ja sosiaalityöntekijöiden dialogin keskeisiksi elementeiksi, niitä arvioidaan ja myös muutetaan yhdessä.” (mt., 119.)

Osallistavaan työskentelytapaan liittyvät interventiot samaan tapaan kuin muuhunkin auttamistyöhön. Voimaannuttaminen lienee tunnetuin osallistavan asiakastyön interventio. Kuulluksi tuleminen omissa asioissaan sekä sitä kautta vahvistuva tunne oman elämänsä hallinnasta voi olla merkittävä tekijä asiakkaan muutosprosessissa. Tasavertaisena kohteleminen saattaa monelle asiakkaalle olla jo sinänsä vahvistava tekijä. Juhilan mukaan kumppanuussuhteen tasavertaisuus ei kuitenkaan tarkoita samanlaisuutta vaan sitä, että keskinäinen työskentely perustuu yhtäläiseen oikeuteen saada äänensä kuuluviin. Asiantuntijuutta on molemmilla osapuolilla, eivätkä nämä asiantuntijuudet asetu hierarkkiseen suhteeseen. (mt., 148.)

3.5 LAPSEN ÄÄNI ASIAKIRJOISSA

Auttamistyön instituutiot rakentuvat paljolti työntekijän ja asiakkaan keskustelujen ja vuorovaikutuksen kautta. Instituutioita tuotetaan asiakkaan ja työntekijän kasvokkaiseen kohtaamisen lisäksi myös muilla areenoilla. Yksi tällainen arena on asiakkaasta kirjoitetut asiakirjat. Asiakirjoja voidaan pitää vuorovaikutuksellisia paitsi siinä mielessä että ne ovat syntyneet vuorovaikutustilanteiden seurauksena, myös siinä mielessä, että ne kirjoitetaan aina jollekin yleisölle. Ne ohjeistavat instituutioiden työtä ja määrittävät asiakkuutta sekä kategorisoivat asiakkaan kuulumista joidenkin tiettyjen auttamisinstituutioiden asiakkaaksi. Lapsen subjektiisuus, todellistuminen ja hänen kokemustensa välittäminen vanhemmille ja työntekijäverkostolle koetaan lasten kanssa työskentelevien parissa yhä tärkeämmäksi. Lapsen äänen kuuluminen ja kokemusten välittyminen myös asiakirjoissa on nähty lapsen edun mukaiseksi ja tärkeäksi lapsen oikeudeksi.

Lapsen äänen kuulumista asiakirjoissa on tutkittu erityisesti lastensuojelutyössä. Päivi Kähkönen (1994) on tutkinut lapsen huostaanottoa sosiaalitoimen asiakirja-aineiston valossa. Aino Kääriäinen (2003) on väitöskirjassaan ”Lastensuojelun asiakastyö asiakirjoina” tutkinut mikä on asiakirjojen merkitys lastensuojelun sosiaalityön tiedonmuodostuksessa ja ammattikäytännöissä. Johanna Mäenpää ja Maritta Törrönen (1996) tutkivat ”Dokumentoitu lapsi” -teoksessa Turun kaupungin lastensuojelun palvelujärjestelmää asiakirjojen pohjalta. Lisäksi mm. Sini Salokanta (1999) on tutkinut Hämeenlinnan lastensuojelun huolto-suunnitelmia pro gradu -tutkielmassaan ”Miten lapsi näkyy lastensuojelussa?”.

Dokumentoinnissa on tärkeää huomioida lapsi tiedontuottajana. Lapsen omat toiveet ja tarpeet tulisi näkyä asiakirjoissa, jotta lapsi itse todellistuisi työntekijäverkostolle. Usein lasta koskeva dokumentointi keskittyy kuvaamaan vanhempien vaikeuksia ja vanhempien kokemuksia lapsesta ja lapsen itsensä kokemat ongelmat jäävät varjoon. Asiakirjoihin tallennettu teksti luo lapselle ja hänen kanssaan tehtävälle työskentelylle mahdollisuuksia, mutta rajaa myös pois toisia mahdollisuuksia. Ei siis ole yhdentekevää mitä ja miten asiakirjoihin lapsen tilanteesta kirjoitetaan.

4. TUTKIELMAN LÄHTÖKOHDAT JA METODISET VALINNAT

Lastenpsykiatrisessa osastohoidossa olevista lapsista kirjoitetaan lukuisia asiakirjoja. Asiakirjat muodostavat lapsesta eräänlaisen kliinisen elämänkerran, narratiivisen tapahtumien rekisteröinnin. Asiakirjojen päähenkilöä, lasta, ei aina kohdella teksteissä subjektina, vaan toimenpiteiden kohteena eikä hänen mielipiteensä tai kokemuksensa aina tule esiin muuten kuin välillisesti ammattilaisten tulkitsemana.

Asiakirjat ovat erityisesti hallintoa varten kerättyjä muistiinpanoja, joilla on useita eri tarkoituksia. Virallisten tehtäviensä lisäksi asiakirjat kertovat instituutioiden kirjaamiskäytännöistä ja toiminnasta sekä vuorovaikutustilanteista, joissa asiakirjoihin kerätty informaatio on saatu.

Tässä luvussa esittelen tutkimusaineistoni ja tutkimuskysymykset. Lisäksi perustelen tutkimusmetodini valintaa ja käyn läpi tutkimusprosessiani sisällön analyysin keinoin.

4.1 TUTKIMUSAINIESTO JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämän tutkimuksen aineistona on Helsingin yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatristen hoito-osastojen asiakirjoja. Asiakirjat on tuotettu lasten tutkimus- ja hoitoprosessin aikana, joka saattaa olla vuosienkin mittainen. Lasten hoitoprosessi alkaa yleensä avohoidosta, eli lähinnä perheneuvolassa tehdystä työskentelystä, minkä jälkeen lapset ohjataan yleensä sairaalaan osastotutkimukseen ja sen jälkeen osastohoitoon avohoidon keinojen osoittaututtua riittämättömäksi. Tutkimus- ja hoitoprosessin aikana lasten tutkimukseen ja hoitoon osallistuu useita ammattiryhmiä lapsen tarpeiden ja oireilun mukaisesti. Tyypillisiä oireita ovat vaikeat käytöshäiriöt, masentuneisuus ja itsetuhoisuus, syömishäiriöt, pakko-oireet sekä omaan maailmaan vetäytyminen. Kaikkien lasten hoitoprosessiin kuuluu vähintään psykologin, vastuuhoitajien ja lääkärin arvio lapsen psyykkisestä tilanteesta sekä vanhempien kanssa tehtävä työ perheen voimavaraistamiseksi.

Tutkimusaineistoni laajuuden kartoittamiseksi pyysin aluksi Lasten ja nuorten sairaalan ATK-apu -osastolta listausta lapsista, jotka ovat olleet lastenpsykiatrisessa hoidossa Helsingin yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2006, mutta joiden hoito ei enää jatku. Tällä pyrin varmistamaan sen, että kaikki lapsia koskevat asiakirjat olivat saatavilla. Lista oli 25-sivuinen (A4) käsittäen lapsen nimen, syntymäajan, uloskirjauspäivän, hoitovuorokaudet sekä osaston, jolla hän oli ollut hoidettavana. Lapsista oli kirjoitettu monenlaisia lausuntoja ja kirjoittajina oli monenkirjava joukko ammattilaisia. Ensimmäinen tehtäväni oli valita minkä ammattiryhmien kirjoittamat asiakirjat otan tutkimukseni aineistoksi. Pohdinnan jälkeen päätin valita tutkimukseni aineistoksi lääkärin lausuntoja, hoitotyön yhteenvetoja sekä psykologin lausuntoja, koska nämä ammattiryhmät tutkivat ja hoitavat kaikkia lastenpsykiatrisessa osastohoidossa olevia lapsia. Muiden ammattiryhmien, kuten toiminta-, ja puheterapeuttien tutkimuksiin osallistuu vain osa lastenpsykiatrisessa hoidossa olevista lapsista, joten vaikka heidän laatimansa asiakirjat olisivatkin olleet mielenkiintoista materiaalia, päätin karsia ne pois. Koska aineisto oli niin laaja, jouduin seuraavaksi miettimään kriteerejä, millä karsia aineistoa pro gradu -tutkielmaani sopivaksi. Seuraavaksi kriteereiksi aineistoni valinnassa asetin hoitojakson yhtäjaksoiseksi pituudeksi vähintään 150 vuorokautta, koska halusin keskittyä tutkimaan asiakirjoja, jotka on tuotettu pidemmässä hoitoprosessissa, eikä kriisijaksoilla, jolloin lasten oireilu on yleensä erittäin voimakasta. Kolmas kriteeri aineistolleni oli lasten ikä. Aineiston laajuuden vuoksi rajasin oman tutkimukseni aineiston kouluikäisten, 7-12 -vuotiaiden lasten asiakirjoihin. Nämä kriteerit täyttyivät 12 eri lapsen asiakirjojen kohdalla.

Aineistoni koostuu neljältä Lasten ja nuorten sairaalan eri lastenpsykiatrisilta osastoilta ja koskevat 12 eri lasta, joista poikia on 8 ja tyttöjä 4. Muutaman lastenpsykiatrisen osaston asiakirjoja en voinut tutkimukseeni käyttää, koska joidenkin osastoiden käytäntöihin ei kuulunut kirjoittaa lainkaan hoitotyön yhteenvetoja tai osastolla hoidetut lapset olivat nuorempia kuin 7 vuoden ikäisiä tai eivät muuten vastanneet aineistoni kriteerejä. Aineiston rajaamiseksi otin tutkimusaineistokseni yhden vuoden aikana osastohoidossa olleiden lasten asiakirjat. Asiakirjat ovat vuonna 2006 hoidossa olleiden ja pääosin myös saman vuonna hoitonsa päättäneiden lasten asiakirjoja, mutta joukossa on myös muutaman lapsen asiakirjoja, joiden hoito on jatkunut vuoden 2007 puolelle. Aineistoni koostuu siis yhteensä 36 lastenpsykiatrisesta asiakirjasta ja käsittää kaikkien niiden lasten asiakirjat, jotka täyttivät asettamani kriteerit.

Taulukko 1. Tutkimuksessa käytetty asiakirja-aineisto (n= 36)

	osasto A0	osasto A1	osasto B0	osasto B1
lääkärien, vastuuhoitajien ja psykologien laatimat asiakirjat	9 kpl	3 kpl	6 kpl	18 kpl

Asiakirjoja lukiessani huomasin eri ammattiryhmien painottavan erilaisia asioita kirjauksissaan. Kaikissa asiakirjoissa kuvattiin kuitenkin lasta oireiden ja osin myös voimavarojensa kautta, mutta erilaisin painotuksin. Myös lasten jatkohoidon ja tuen tarve esiintyi kaikkien ammattiryhmien kirjauksissa. Havaintojeni perusteella tutkimuskysymykseni alkoi tarkentua. Tutkimuksessani pyrin vastaamaan siihen, tuottavatko eri ammattiryhmät toisistaan poikkeavia tulkintoja lapsen identiteetistä? Sisältävätkö asiakirjat lapsen omia kokemuksia ja mielipiteitä tilanteestaan? Onko lasta kuvattu asiakirjoissa kohteena vai aktiivisena toimijana?

Tutkimukseni yleistettävyyden kannalta haluan korostaa aineistoni erityisyyttä. Kyseessä on erityissairaanhoidon piiriin kuuluvien erittäin vaikeasti oireilevien ja vaikeasti psyykkisesti häiriintyneiden lasten asiakirjat eikä saamiani tuloksia voida yleistää lasten psykiatrisessa avohoidossa tuotettuihin asiakirjoihin. Pidän kuitenkin tutkimukseni aihetta tärkeänä, koska näitä vaikeimmin psyykkisesti häiriintyneitä lapsia ei liene ongelmatonta huomioida subjekteina asiakassuhteessa. Jo pelkästään lapsena olemisen positio tuo haasteensa lapsen mielipiteiden huomioonottamiselle, mutta jos lisärasitteena on vielä vajavaisuuden tai vammaisuuden positio, haaste lienee vieläkin suurempi. Aiheen tärkeyttä lisää vielä se, että asiakirjoihin kirjattu tieto luo lapselle ja hänen kanssaan tehtävälle työskentelylle mahdollisuuksia, mutta rajaa myös pois toisia mahdollisuuksia. Ammattilaisten asiakirjoihinsa tallentamalla representaatiolla on siis suuri merkitys lapsen tarvitseman ja saaman avun sekä hänen oman identiteettinsä luomisen kannalta.

Tutkimukseni kattavuuteen vaikuttaa tutkimusaineistoni luonne valmiina materiaalina, jota ei ole tuotettu erikseen tutkimusta varten. Tällainen aineisto antaa usein mahdollisuuden

vangita laajimman mahdollisen määrän kirjoitustapoja, sillä esimerkiksi tutkimushaastattelussa ihmiset saattavat tarjota rajoittuneemman version maailmasta kuin tuottamissaan teksteissä (Potter & Wetherell 1987, 162).

4.2 SOSIAALINEN KONSTRUKTIONISMI

Tutkielmani viitekehukseksi olen valinnut sosiaalisen konstruktionismin. Karkeasti tiivistäen sosiaalinen konstruktionismi on tutkimuksellinen viitekehys, jonka mukaan sosiaalinen todellisuutemme rakentuu (rakentaa = *construct*) sosiaalisessa, kielellisessä vuorovaikutuksessa. Sosiaalinen konstruktionismi liittyy keskeisesti 1960-70 -luvulla tapahtuneeseen niin kutsuttuun kielelliseen käännteeseen. Kielellinen käänne tarkoittaa käytännössä tutkimuksellisen painopisteen muutosta: koska kielen ajateltiin/ajatellaan rakentavan keskeisesti sosiaalista todellisuutta, osa tutkijoista alkoi suunnata tutkimuksellisen mielenkiintonsa kieleen. (KvantiMOTV -Menetelmäopetuksen tietovaranto, verkkojulkaisu viitattu 02.10.2008.)

Vivien Burr (2003) on koonnut sosiaalisen konstruktionismin perusoletukset seuraavasti:

1. Kriittinen suhtautuminen itsestään selvänä pidettyyn tietoon. Havaintomme eivät vain yksinkertaisesti kerro maailmasta, vaan maailmamme on sosiaalisesti luotu. Siksi myös nyt selviöltä näyttävät asiat voisivat olla toisin.
2. Käsitteemme ovat historiamme ja kulttuurimme tuotteita, ja siksi relatiivisia, eli suhteellisia. Ei ole syytä olettaa omia käsityksiämme ilman muuta paremmiksi tai "totuudenmukaisemmiksi" kuin muiden kulttuurien ja aikojen käsitykset, eikä tutkimus voi tuottaa yliajallista, kulttuurin ylittävää tietoa.
3. Tieto syntyy sosiaalisissa prosesseissa. "Totuus" on se, mikä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa sellaiseksi tunnustetaan ja tunnustetaan, ei se mikä oletetusti parhaiten vastaa ulkoista todellisuutta (ns. totuuden korrespondenssi-teoria).
4. Tieto ja sosiaalinen toiminta kuuluvat yhteen. Sillä, mikä kulloinkin hyväksytään totuudeksi, on monenlaisia seurauksia toiminnalle. Esimerkiksi miten "poikkeavuuteen" suhtaudutaan liittyy siihen, miten poikkeavuus ymmärretään ja määritellään, ja minkä ajatellaan olevan sen syynä. Täten tieto on aina myös poliittinen kysymys, eli siihen sisältyy valtaa. (Burr 2003, 2-5.)

Omassa tutkimuksessani sosiaalinen konstruktioismi puolustaa paikkaansa laajempaan viitekehykseen erityisesti siksi, että halusin tutkia minkälaisia konstruktioita ammattilaiset rakentavat asiakirjoissaan lastenpsykiatrista apua tarvitsevista lapsista sekä tuoda esiin asiakirjoissa esiintyvän kielenkäytön seurauksia. Ammattilaiset voivat merkittävästi säädellä psykiatrista apua tarvitsevan lapsen elämää käsitteellistämällä psyykkistä sairautta eri tavoin, muovaamalla sen rajoja ja ohjaamalla huomion psyykkisesti sairaiksi luokiteltujen lasten tiettyihin puoliin sekä jäsentämällä heille luettavia ominaisuuksia, oikeuksia ja velvollisuuksia (Vehkakoski 2006, 10). Lienee todennäköistä, että oireita ja ongelmia painottavasta lapsen luonnehdinnasta tulee hallitseva ja leimaava identiteetti institutionaalisissa ympäristöissä, ja se vaikuttaa niin koulusijoitukseen kuin erilaisten kuntouttavien tukitoimien saamiseenkin. Sen sijaan lapsen yksilöllisyyden, ympäristön ja omien mielipiteiden kuvaaminen korostaa lapsen asemaa itsenäisenä toimijana ja oman elämänsä subjektina. Tutkimukseni lähtökohtana on ajatus siitä, että instituutioiden vuorovaikutus- sekä kirjaamiskäytännöt laajentavat tai kaventavat eri toimijoiden osallisuutta ja vahvistavat asiakas- tai asiantuntijakeskeisyyden toteutumista. Oman erityistehtävänsä luonteen mukaisesti eri asiantuntijat noudattavat erilaisia vuorovaikutusmalleja, jotka puolestaan eri tavoin mahdollistavat lapsen oman äänen kuulumisen työskentelyssä ja siten myös siirtymisessä asiakirjoihin.

4.3 LAADULLINEN SISÄLLÖN ANALYYSI TUTKIMUSMETODINA

Aineistooni tutustuessani hahmotin jo parin lukukerran jälkeen asiakirjoista nousevan erilaisia teemoja. Kaikkien ammattiryhmien laatimissa asiakirjoissa nousi esiin lapsen oireilu, voimavarat sekä hänelle tarpeellisiksi arvioidut jatkokuntoutusmuodot.

Koska käytössäni oli siis asiakirjamateriaali, jonka kategorisointi tuntui mielekkäältä, päädyin käyttämään tutkimukseni metodina aineistolähtöistä laadullista sisällön analyysia.

Lyhyesti ja ytimekkäästi määriteltynä sisällön analyysi on ihmisen minkä tahansa tuotteen - oli se sitten puhuttua, kirjoitettua, piirrettyä, kuvattua tai vaikka esitettyä - sisällön tieteellistä tutkimusta (Pietilä 1969, 1). Menetelmää voidaan käyttää päiväkirjojen, kirjojen, puheiden, dialogien, raporttien, kirjojen, artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiiv-

visesti. Sisällön analyysi on keino järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt eli mitä kategorioilla tarkoitetaan. Aineiston suorilla lainauksilla voidaan lisätä raportin luotettavuutta ja osoittaa lukijalle luokittelun alkuperä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3 - 10.)

Sisällön analyysissa tarkastelun painopiste voi olla Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan sekä aineiston ilmisällöissä että latenteissa merkityksissä. Tutkija on viime kädessä se, joka päättää, pitäytyykö hän analyysiprosessissaan pelkästään aineistonsa ilmisältöihin (manifest content) vai pyrkiikö hän nostamaan esiin myös aineistoonsa tallentuneita piilomerkityksiä ja taustarakenteita (latent content). (mt., 4.) Omassa tutkimuksessani analyysin painopiste on aineiston ilmisällöissä, mutta pyrin kohdentamaan analyysia osaltaan myös niihin taustarakenteisiin, jotka ovat vaikuttaneet ilmisällön muodostamisprosessin taustalla.

Sisällön analyysissa voidaan lähteä etenemään kahdella eri tavalla, joko aineistolähtöisesti induktiivisella otteella tai deduktiivisesti käyttäen aineiston luokittelussa hyväksi jotain aikaisempaa käsitejärjestelmää (mt., 1999,5). Omassa tutkimuksessani tuntui mielekkäältä edetä induktiivisesti, koska jo ensimmäisillä lukukerroilla aineistosta nousi esiin ajatuskokonaisuuksia, teemoja, joita ajattelin voivani käyttää analyysiyksiköinä. Analyysini analyysiyksiköksi valitsin ajatuskokonaisuuden, joka saattoi olla lyhyt toteamus, mutta se saattoi sisältää myös useampia lauseita.

Aineistolähtöinen sisällön analyysi etenee aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn kautta abstrahointiin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26). Aloitin oman aineistoni analysoinnin psykologin lausunnoista, ja etenin hoitotyön yhteenvetoihin sekä lopuksi lääkärin yhteenvetoihin. Pelkistin aineistoni poimimalla lausunnoista kaikki näytteet, joissa luonnehdittiin lasta päähuomioni ollessa oirekuvauksessa, voimavaroissa ja keinoissa, joilla lasta voidaan tukea. Merkitsin ajatuskokonaisuuksia eri väreillä ja merkeillä. Laskemalla eri kirjoitustapojen esiintymistiheyksiä pyrin varmistamaan, että otin aineistostani esiin siinä selvästi toistuvat teemat.

Taulukko 2. Esimerkkejä aineiston pelkistämisestä luvuissa 5.1. Psykologin lausunnot tutkimusaineistona, 5.2. Hoitotyön lausunnot tutkimusaineistona ja 5.3. Lääkärin lausunnot tutkimusaineistona

alkuperäisilmaus	pelkistetty ilmaus
N siirtää rajattomasti omia tunnetilojaan ja ajatuksiaan toisen ajatuksiksi	oireet
A kykeni leikkimään lapsiryhmässä	voimavarat
Hän tulee tarvitsemaan tiivistä psykoterapiaa vielä vuosien ajan	tukitoimet

Aineiston pelkistämisen jälkeen etsin näytteistäni samankaltaisuuksia, ja keskityin myös asiakirjojen kielenkäytön tarkasteluun. Pysin kiinnittämän huomioni siihen, mitä asiakirjoissa kirjoitetaan sekä myös siihen miten asioista kirjoitetaan. Aineistoani lukiessani huomasin, että eri teemoista saatettiin kirjoittaa eri tavoin, jolloin tekstin antama vaikutelma lapsesta muodostui erilaiseksi. Erityisesti etsin teksteistä tutkimuskysymykseni mukaisesti lapsen omaa ääntä ja kokemuksia. Olen tietoinen siitä, että huomion kiinnittäminen vain lapsen äänen kielellisenä keinona vähentää tutkimukseni kattavuutta. Pidän rajaamista tutkimuskysymykseni kannalta mielenkiintoisimpaan kielelliseen keinoon kuitenkin perusteltuna, koska pro gradu -tutkimuksessa on mahdotonta tarkastella useampia kielen kategoriaita.

Löydettyäni näytteistäni samankaltaisuuksia ryhmittelin näytteet alakategorioihin. Analysoidessani asiakirjoja aloitin työskentelyni pelkistämällä ja ryhmittelemällä psykologien lausunnot. Seuraavaksi siirryin hoitotyön lausuntoihin ja viimeiseksi pelkistin ja ryhmittelin lääkärin lausunnot. Eri ammattiryhmien laatimista asiakirjoista muodostui erilaisia alakategoriaita.

Psykologien lausunnoista muodostui alla olevassa taulukossa näkyvät viisi alakategoriaa

Taulukko 3. Ryhmittely alakategorioihin, psykologien lausunnot

	lapsen kyky kontaktiin ja vuorovaikutukseen
oireet	poikkeavuus vs. normaalius
voimavarat	päätelmien epävarmuus
tukitoimet	oireilu ja negatiot
	avun tarve sekä suunniteltu apu ja tukitoimet

Vastuuhoitajien teksteistä jaottelin näytteet kahdeksaan alakategoriaan, jotka näkyvät alla olevassa taulukossa

Taulukko 4. Ryhmittely alakategorioihin, hoitotyön yhteenvedot

	havaitut ongelmat
	voimavarat ja vahvuudet
oireet	hoidon tavoitteet
voimavarat	kuntoutuminen ja ikätasoisuuden tavoite
tukitoimet	lapsen ääni
	ympäristötekijät hoidon hidastajina
	yhteistyö ja kumppanuus lapsen hoidossa
	lapsen tarpeet ja suositellut tukitoimet

Lääkäreiden lausunnoista muodostin seuraavissa taulukoissa näkyvät alakategoriat

Taulukko 5. Ryhmittely alakategorioihin, lääkärin yhteenvedot

	diagnoosi ja oireilu
oireet	lapsi hoidon kohteena vs. kuntoutujana
voimavarat	patologia vs. ympäristötekijät
tukitoimet	lapsen tarpeet ja suositellut tukitoimet

Aineistoani lukeissani ja muodostamiani alakategorioita tutkiessani löysin samankaltaisen sisällön ja kirjoitustavan omaavia kategorioita. Olin muodostanut alakategoriat erikseen psykologien, vastuuhoitajien ja lääkäreiden teksteistä, mutta niiden samankaltaisten sisältöjen vuoksi pidin mielekkäänä yhdistää kaikki alakategoriat ja jatkaa abstrahointia yhdistämällä kaikki 17 alakategoriaa edelleen yläkategorioiksi. Jatkoin abstrahointia muodostaen edelleen kolme eri kategoriaa, joiden ympärille tulkinnat lapsesta ja hänen psyykkisistä ongelmistaan rakentuivat: oirekeskeisyys, kehityksen ja kuntoutumisen korostaminen sekä lapsikeskeisyys.

Taulukko 6. Abstrahointi alakategorioista yläkategorioihin

lapsen kyky kontaktiin ja vuorovaikutukseen	
poikkeavuus vs. normaalius	
päätelmien epävarmuus	
oireilu ja negatiot	
avun tarve suunniteltu apu ja tukitoimet	
havaitut ongelmat	
voimavarat ja vahvuudet	
hoidon tavoitteet	oirekeskeisyys
kuntoutuminen ja ikätasoisuuden tavoite	kehityksen ja kuntoutuksen korostaminen
lapsen ääni	lapsikeskeisyys
ympäristötekijät hoidon hidastajina	
yhteistyö ja kumppanuus lapsen hoidossa	
lapsen tarpeet ja suositellut tukitoimet	
diagnoosi ja oireilu	
lapsi hoidon kohteena vs. kuntoutujana	
patologia vs. ympäristötekijät	
lapsen tarpeet ja suositellut tukitoimet	

Yläkategorioiden nimeämisen jälkeen analyysini runko ja rakenne alkoi olla selvästi nähtävissä. Olin löytänyt aineistostani kolme erilaista tapaa, joilla ammattilaiset kuvasivat psykiatrista apua tarvitsevaa lasta. Huomasin palanneeni tutkimuskysymykseeni, jossa halusin kysyä aineistoltani kuvataanko lasta oireilunsa ja pulmiensa kautta, toimenpiteiden kohteena vai onko asiakirjoissa kuvattu lasta voimavarojensa kautta? Sisältävätkö asiakirjat lapsen omia kokemuksia ja mielipiteitä tilanteestaan? Onko lasta kuvattu asiakirjoissa kohteena vai aktiivisena toimijana? Totesin myös saaneeni kysymykseeni vastauksen.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta tärkeää on se, että aineistolähtöisyys toteutuu (Virtanen 2006, 202). Omassa tutkimuksessani olen edennyt aineiston ehdoilla ja käyttänyt runsaasti aineistoesimerkkejä. Olen pyrkinyt kuvaamaan tarkasti sekä aineistoni että koko tutkimusprosessin eri vaiheet. Aineistosta olisi voinut muodostua toisenlainenkin tutkielma, mutta olen valinnut teemat sen mukaan, mikä minusta on tuntunut mielenkiintoiselta ja nostanut esiin asioita, jotka minusta ovat tuntuneet tärkeiltä.

5. LAPSI AMMATTILAISTEN ASIAKIRJOISSA

Tässä luvussa käyn läpi tutkimusmateriaalini ja analyysisini tulokset. Luvussa 5.1 käsitteelen psykologin lausuntoja, luvussa 5.2. hoitotyön yhteenvetoja ja luvussa 5.3. lääkärin yhteenvetoja.

5.1 PSYKOLOGIN LAUSUNNOT TUTKIMUSAINEISTONA

Lastenpsykiatrisessa osastohoidossa olevien lasten hoitoon kuuluu psykologin suorittama psykologin tutkimus. Psykologin tutkimuksen avulla pyritään saamaan kuva lapsen psyykkisestä kokonaistilanteesta, sosioemotionaalisesta kehitystasosta ja kognitiivisista taidoista. Emotionaalista tilannetta tutkittaessa kiinnitetään huomiota mm. lapsen itsetuntoon ja minäkuvaan, vuorovaikutusmielikuviin, realiteettitestausten ikätasoiseen toimintaan sekä lapsen kykyyn kontaktiin ja vuorovaikutukseen. Tutkimus tapahtuu lapsen ja psykologin kahdenkeskisessä vuorovaikutustilanteessa useamman tapaamiskerran aikana. Psykologit käyttävät tutkimuksen tekemiseen psykologisia strukturoituja, puolistrukturoituja ja projek-

tiivisia testimenetelmiä sekä lapsen kontaktikyvyn ja vuorovaikutustaitojen arviointia leikin ja muun vapaan yhdessäolon tilanteissa.

Psykologi laatii tutkimuksensa perusteella kirjallisen lausunnon. Lausunnon tarkoitus voi olla hoidon suunnittelun ja arvioimisen pohjana tai psykoterapia-arviona toimiminen. Lausunto voidaan laatia myös kouluvirastoa varten lapsen erityisopetuspäätöksen tai koulu- paikkapäätöksen tekemiseksi. Lisäksi psykologin lausunto voidaan laatia lastensuojelun pyynnöstä huostaanoton tarpeen arviointia varten.

Lastenpsykiatrasta apua tarvitsevista lapsista voidaan laatia hoitoprosessin aikana useita psykologin lausuntoja eri tarpeita varten. Lastenpsykiatriselle hoito-osastolle tullessa lapsesta on yleensä laadittu psykologin lausunto joko perheneuvolassa tai osastotutkimusjaksoilla. Mikäli lausunto on lähiaikoina tehty, hoitajaksoilla ei välttämättä tehdä uutta kokonaista psykologin tutkimusta ja lausuntoa, vaan jo tehtyä tutkimusta voidaan täydentää muutamalla psykologin ja lapsen tapaamiskerralla. Näin saadaan pohja hoidon suunnittelulle. Myös hoitajakson loppuvaiheessa yleensä tehdään uusi psykologin tutkimus ja lausunto hoidon vaikuttavuuden seurantaan varten sekä osastohoidon jälkeisen kouluratkaisun ja jatkohoidon tarpeen arvioimista varten.

Aineistoni psykologin lausunnot koostuvat perheneuvolan psykologien laatimista lausunnoista 1/12, koulupsykologin lausunnoista 1/12 ja Lasten ja nuorten sairaalan psykologien laatimista lausunnoista 8/12. Perheneuvolan ja koulupsykologin tekemät lausunnot on laadittu ennen osastohoidon alkua ja Lasten ja nuorten sairaalan psykologien lausunnoista neljä 4/12 on laadittu hoitajakson alussa tai tutkimusjakson aikana ja kuusi 6/12 on laadittu hoitajakson loppupuolella. Korostan vielä, että aineistoni psykologin lausunnot on laadittu tutkimusten tulosten perusteella psykologin tavattua lasta keskimäärin kuusi kertaa eivätkä siis perustu pidempään terapia- tai hoitosuhteeseen.

Psykologin lausuntoja analysoidessani kiinnitin päähuomion kolmeen pääteemaan: lapsen oirekuvaukseen, voimavarojen kuvaukseen sekä lapsen tarvitseman tuen kuvaukseen. Olen poiminut psykologin lausunnoista kaikki ne näytteet, joissa lasta kuvataan näiden kolmen teeman kautta. Näytteitä oli aineistossani 469 kpl. Näistä näytteistä muodostin aineistolleni kolme pääkategoriaa: lapsen oireiden kuvaus 273 näytettä, voimavarojen kuvaus 146 näytettä sekä avun tarpeen kuvaus 50 näytettä. Tarkemmassa analyysissä ryhmit-

telin 469 näytettä viiteen alakategoriaan, jotka sisälsivät lapsen kuvauksia kolmen pääteeman kautta:

1. lapsen kyky kontaktiin ja vuorovaikutukseen
2. poikkeavuus vs. normaalius
3. päätelmien epävarmuus
4. oireilu ja negatiot
5. avun tarve sekä suunniteltu apu ja tukitoimet

Aineistoni 12 psykologin lausunnossa lausuntojen rakenne oli hyvin samantyyppinen. Kaikissa lausunnoissa kerrottiin aluksi tutkimusajat sekä käytetyt tutkimusmenetelmät. Seuraavaksi oli annettu lukijalle joitakin taustatietoja lapsesta. Taustatietoina oli myös kerrottu mm. psykologin tutkimuksen syy, lapsen oireilu sekä kuvaus aiemmista interventioista. Lisäksi asiakirjassa kirjoitettiin itse tutkimustilanteesta ja havainnoista sekä tutkimustuloksesta ja lausunnon loppuun oli laadittu yhteenveto tai jatkosuositus.

Tutkimuskertoja psykologin tutkimukseen oli aineistossani käytetty keskimäärin 6. Yksi lausunto oli laadittu 3 tapaamiskerran perusteella ja yhteen tutkimukseen oli käytetty 8 tapaamiskertaa. Tutkimusmenetelmiä yhden lausunnon laatimiseksi oli käytetty keskimäärin 6 kpl. Menetelmät mainittiin nimeltä, mikä auttaa lukijaa arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta ja antaa muille asiantuntijoille tarpeellista tietoa. Neljässä lausunnossa 4/12 oli menetelmänä käytetty äidin haastattelua, kahdessa 2/12 vanhempien haastattelua ja kolmessa 3/12 lapsen omaa haastattelua. Muut käytetyt menetelmät olivat lapsen suorittamia erilaisia testejä tai tehtäviä.

Tutkittavan lapsen taustatietoihin oli kirjattu psykologin tutkimuksen syy, joka vaihteli eri lausunnoissa. Syinä mainittiin lapsen tunne-elämän ja sisäisen kokemusmaailman arviointi 4/12, kognitiivisten taitojen arviointi 1/12, koulumuodon arviointi 1/12, kykyrakenteen selvittely 1/12, jatkohoidon suunnittelu 3/12, psyykkisen kokonaistilanteen selvittely 3/12 ja oppimisvaikeuksien selvittely 1/12. Suoranaisesti koulunkäyntiin liittyviä psykologin tutkimuksen syitä oli kolmessa tutkimuksessa 3/12 ja muita psyykkisen tilanteen arviointiin liittyviä syitä 14/12. Samassa tutkimuksessa voitiin siis selvittää useampaa ongelmaa.

Taustatietoihin oli kirjattu myös aiemmat interventiot 12/12, joita oli mm. lapsen psykoterapia, lastensuojelun perhetyö, perheneuvolakäynnit, lastenpsykiatrinen osastohoito, huostaanotto, erityisluokka ja lääkitys. Useimmiten taustatietoihin oli kuvattu myös lapsen oireilu 10/12. Ympäristötekijöiden (muutto, äidin psyykkinen sairaus, lapsen vaikea elämäntilanne, vanhempien avioero, äidin joutuminen sairaalaan ja kissan kuolema) mahdollinen vaikutus lapsen tilanteeseen oli kirjattu viiteen lausuntoon 5/12.

5.1.1 Kyky kontaktiin ja vuorovaikutukseen

Psykologin lausunnoissa keskityttiin seuraavaksi kuvaamaan itse tutkimustilanteita. Useimmissa lausunnoissa kuvattiin aluksi lapsen halua lähteä psykologin mukaan tutkimustilanteeseen 9/12. Yhteen lausuntoon oli kirjattu lapsen haluttomuus lähteä psykologin mukaan, mutta muuten psykologit olivat kuvanneet lapsen lähtevän tutkimustilanteeseen mielellään, *sopeutuvaisesti, innoissaan, vaivattomasti tai reippaasti*.

”Lähtemistilanteissa hän usein piiloutuu ensin tyynyn alle tai muuten tuntuu viestivän haluttomuuttaan lähteä mukaan.” (psykologi Ic.6)

”Kahdenkeskisiin tutkimustilanteisiin S lähtee sopeutuvaisesti ottaen joillakin kerroilla allekirjoittanutta kädestä kiinni.” (psykologi Ia.16)

”A lähtee reippaasti mukaan tutkimustilanteisiin osastolta.”(psykologi Nb.6)

Ensimmäisessä aineistoesimerkissä on kielteinen selostus lapsen käyttäytymisestä tutkimustilanteeseen lähtemisestä. Lapsi on ollut *haluton* aikuisen toivomaan toimintaan, mutta kirjoittaja pehmittää lapsen kielteisenä pidettyä toimintaa toteamalla että hän *ensin* on haluton, mutta lopulta suostuu kuitenkin yhteistyöhön. Kaksi jälkimmäistä esimerkkiä kuvaavat toivottavana pidettävää ominaisuutta lapsen yhteistyöhalusta.

Asiakirjoihin oli kirjattu myös lapsen yhteistyökyky- ja halu tutkimustilanteessa psykologin kanssa 8/12 sekä lapsen kyky kontaktiin ja vuorovaikutukseen.

” Sujuvan vastavuoroisen kontaktin luominen N:n kanssa on kuitenkin vaikeaa. N on kontaktissaan rajattoman oloinen ja hänen käyttäytymisensä vaihtelee intensiivisestä lähelle tulemisesta poissaolevaan omissa maailmoissa olemiseen... Kun allekirjoittanut ei ymmärrä N:n mielestä oikealla tavalla hänen ajatuksiaan tai kyselee vääränlaisia kysymyksiä N:n piirustuksista, N kiihtyy kovasti, huutaa ja kiukkuu.” (psykologi Nc.12)

”A:n on vaikea rauhoittua vastavuoroisesti juttelemaan asioistaan käynneillä, hänen käytöksensä vaihtelee regressiivisestä aikuiseen vetoamisesta asioiden leikiksi lyömiseen. A on käynneillä motorisesti erittäin levoton vaeltelee ympäri huonetta ja tutkii tavaroita. A kokeilee aikuisen rajoja ja tarvitsee erittäin vahvaa tukea tehtävityöskentelyyn asettumisessa ja keskittymisessä.” (psykologi Nb.11)

” M väsy herkästi tehtävien tekoon ja vaikeaksi kokemissaan tehtävissä M:n puhe muuttuu lapselliseksi ja kiukkuavaksi.” (psykologi AT.10)

” Tutkimustilanteessa J on myönteinen ja yhteistyöhaluinen.” (psykologi Na.6)

” M tuntuu nauttivan kahdenkeskisestä tilanteesta aikuisen kanssa ja tekee tehtäviä mukavasti yhteistyössä” (psykologi AT.8)

Kuvaillessaan lapsen kykyä vuorovaikutukseen psykologien kielenkäytöstä ilmeni yleisiä normatiivisia taustaoletuksia lapsen toivottavasta käyttäytymisestä. Vaikka lapsen oman tahdon ilmaisemista pidettiin periaatteessa toivottavana ominaisuutena, siihen liitettiin kuitenkin paljon kielteisiä piirteitä. Kolmessa ensimmäisessä aineistoesimerkissä lapsen omaehtoisuuteen ja aikuisen vastustamiseen viitattiin torjuttavina ominaisuuksina. Lapsen todettiin *kiukkuavan, kokeilevan aikuisen rajoja ja puheen muuttuvan lapselliseksi*. Sen sijaan sopeutuvuutta ja yhteistyöhalua psykologin kanssa pidettiin asiakirjoissa suotuisana ominaisuutena.

Muutamaan psykologin lausuntoon 2/10 oli myös tuotu esiin lapsen oma kokemus vaikeudestaan pysyä kontaktissa ja vuorovaikutuksessa, yhdessä lapsen omin sanoin.

”J ajoittain putoaa kontaktista ja tuntuu vaipuvan omiin ajatuksiinsa. Näistä tilanteista J herää itsekänsä hätkähtäen: ”Missä mä olinkaan?” ”(psykologi Na.14)

”Toisinaan väsy ja haluaa luovuttaa tai sanoo, että on omissa ajatuksissaan.” (psykologi Kb.5)

Näissä esimerkeissä lapsen persoonallinen näkökulma tilanteeseensa tuotiin teksteissä esiin sijoittamalla lapsi kertojan paikalle. Lapsen omien ajatusten esiin tuominen lieventää tekstin antamaa kuvaa lapsen hankaluudesta ja välittää tunnetta siitä, että lapsi ei ole hankala tahallaan.

Psykologit viittasivat teksteissään myös lapsen tunnetiloihin tärkeänä elementtinä. Lapsen tunnetila tai se, mistä lapsi pitää kuvattiin joissakin yhteenvedoissa jopa toiminnan onnistumisen edellytyksenä.

”Piirtämistehtävät ovat A:lle mieluisia, niiden ääreen hän rauhoittuu ja silloin keskustelu A:n asioista on luontevasti mahdollista.” (psykologi Nb.14)

”Kiinnostavista asioista keskusteltaessa katsekontakti ja vuorovaikutus oli parempaa, halusi jakaa kiinnostuksiaan ja kertoi ajatuksistaan mukavasti.” (psykologi KA.4)

”Mielialan vaihtelu kuvastuu myös suorituksissa.” (psykologi Kb.5)

Ensimmäisessä ja toisessa aineistoesimerkissä kirjoittajat toteavat keskustelun lapsen kanssa olevan mahdollista ja luontevaa, kunhan lapsella on *mieleistä* tekemistä tai kun keskustellaan *kiinnostavista* asioista. Toisessa esimerkissä psykologi tuo ilmi, että lapsen suoritukset eivät ole kiinni pelkästään taidoista vaan mielialalla on suuri merkitys. Tunnetilaan viittaamalla vältetään liiallista yleistämistä ja luodaan vaihtelevaa kuvaa lapsen taidoista ja ominaisuuksista (Vehkakoski 2000, 61).

5.1.2 Poikkeavuus vs. normaalius

Varsinaiset tutkimuksiin perustuvat havainnot luokiteltiin psykologin lausunnoissa joko poikkeaviksi tai normaaleiksi. Normaalin normatiivisena arvona pidettiin aineistossani yleisesti lapsen kykyjen vertaamista ikätovereiden kykyihin. Lausunnot sisälsivät kuvauksia lapsen osaamista asioista sekä siitä, mitä hän ei osaa. Kehityksen vertailu suhteessa ikäsidonnaisiin normeihin on tyypillistä kehityopsykologisessa ajattelussa, jossa normaalius määritetään tilastollisesti sen mukaan, mikä on tyypillistä enemmistölle (Mercer 1973, 4 - 5). Poikkeavuuden määrällisiin kriteereihin vetoaminen kertoo, että poikkeavuudessa ja normaalisuudessa on aste-eroja (Vehkakoski 2000, 34). Aineistossani löydösten kuvauksissa käytettiin usein ammattislangia.

”N suoriutuu kielellisen päättelyn tehtävistä omaan ikätasoonsa yltäen, paitsi laskutaitoja mittaavasta tehtävästä, jossa suoriutuminen jää huomattavasti alle N:n ikätason.” (psykologi Nc.26)

”Spatiaalista hahmottamista ja visuumotorista koordinaatiokykyä mittaavissa kuutio-rakentelutehtävässä A:n suoriutuminen jää kuitenkin alle ikätason.” (psykologi Nb.21)

”Projektiivisen materiaalin valossa nousee esiin turvattomuutta kokeva, suojaa etsivä ja tarvitseva poika, joka pyrkii vetäytymällä ja omaehtoisella käyttäytymisellään suojelemaan omaa, vielä haurasta minuuttaan.” (psykologi Ic.21)

”J:n realiteettitestausta ei aina toimi ikätasoisesti ja hän saattaa juuttua ajatuksissaan joihinkin mielikuvuihinsa tai kokemuksiinsa niin, että ympäristöön orientoituminen ja ikätasoinen toiminta häiriintyy. (psykologi Na.26)

”Sisäisissä mielikuvissa tulee esiin varhaisia oraalisia tarpeita ja myös masentuneisuuden peittämistä haluamiseen.” (psykologi Ia.34)

”Eryteisesti kielellisten taitojen osalta tulokset ovat parempia kuin hänen ikäisillään keskimäärin (keskitasoa älykkäämpi).” (psykologi Ka.9)

Ammattislangin käyttäminen heikentää muiden kuin lastenpsykiatriaan perehtyneiden ammattilaisten mahdollisuutta arvioida tekstiä kriittisesti. Edellä esitetyissä aineistoesimerkeissä esiintyy paljon päivittäiseen arkikieleen kuulumattomia käsitteitä ja ilmaisuja. Ammattislangin käyttö luo vaikutelmaa professionalismista ja kollegoiden yhteisestä ymmärryksestä. Ammattislangin avulla ammattilaiset voivat vahvistaa omaa asemaansa ja identiteettiään muodollisessa ammatillisessa hierarkiassa sekä tehdä erotteluja sisä- ja ulkoryhmän sekä instituutioiden jäsenten ja ammattikieltä hallitsemattomien asiakkaiden välille (Wodak 1996, 2, 36). Ammatillista kielenkäyttöä ei voida kuitenkaan tarkastella yksinomaan vallankäytön näkökulmasta, vaan kieli perustuu myös erilaisten professionaalisten käytäntöjen ja institutionaalisten kontekstien tarkoitukseen (Drew & Sorjonen 1997, 100 – 101). Psykologin lausuntojen tehtävänä onkin monesti toimia hoidon suunnittelun pohjana, jolloin muiden ammattilaisten ja erityisesti lääkärin, on hoitoa suunnitellessaan tiedettävä tarkkaan millaisesta oireilusta on kysymys.

Lausuntojen tuottamia kuvauksia lapsen puutteellisuuksista tarkasteltaessa on huomioitava, että joissakin lausunnoissa kirjoittajat ilmaisevat normeista poikkeavuuden pikemminkin olevan hetkittäistä, *realiteettitestausta ei aina toimi ikätasoisesti* (psykologi Na.26), tai kehityksen viivästyminen rajataan vain jollekin kehityksen alueelle, kuten kahdessa ensimmäisessä aineistoesimerkissä on nähtävissä. Esimerkeissä 6 (psykologi Ic.21) ja 8 (psyko-

logi Ia.34) viitataan lapsen puutteiden johtuvan hänen kasvuympäristössään olleista seikoista ja tyydyttämättömistä tarpeistaan, jolloin luodaan myös mielikuva siitä, että lapsen tarpeisiin vastaamalla lapsen on mahdollista saavuttaa ikätovereitaan vastaavat taidot tulevaisuudessa. Viimeisessä esimerkissä kirjoittaja puutteiden sijaan tuo esiin lapsen normaalia parempaa suoriutumista ja toteaa vielä selkokielellä lapsen olevan *keskitasoa älykkäämpi*. Ikätovereiden kehitystasoon vertaaminen ei siis aineistossani aina ollut pelkästään negatiivinen asia.

5.1.3 Päätelmien epävarmuus

Psykologien lausuntojen kieli, varsinkin tutkimustuloksia esiteltäessä, oli pääasiassa varman yksiselitteistä eikä juurikaan antanut mahdollisuutta toisenlaisiin tulkintoihin. Toisaalta lausunnoissa oli käytetty myös epävarmoja sanavalintoja sen sijaan, että olisi korostettu havaintojen ja todellisuuden aukotonta suhdetta.

”Tulee vaikutelma, että pelottavat mielikuvat saattavat muuttua herkästi M:n mielessä konkretiaksi, jolloin uhka on hänelle todellista ja kauhun tunteita herättävää.” (psykologi Ib.37)

”Objektipsyvyuden puutteellisuuden vuoksi J:n vaikuttaa olevan vaikea kokea olevansa sama eri mielentiloissa ja monet tilanteet saattavat olla J:lle uusia hänen omasta sisäisestä tilanteestaan katsottuna” (psykologi Ic.22)

”J vaikuttaa olevan realiteeteissa, kylläkin kapea-alaisesti.” (psykologi Ic.26)

”Vaikuttaa siltä, että M:lle ei ole selkeästi rakentunut sellaista mielenmaailmaa, jossa toisen maailma on hänen omastaan erillinen.” (psykologi Ib.34)

”Tutkimuksessa tulee esille myös viitteitä tunnepuolen kypsymättömyyteen.” (psykologi AT.26)

”Hämmennystä tuloksissa herättää se, että yksinkertaisemman visuaalisen hahmottamisen tehtävässä tulos on paljon heikompi kuin monimutkaisemmissa visuaalisen hahmottamisen ja päättelyn tehtävissä.” (psykologi Ka.14)

Aineistoesimerkeissä kirjoittajat ovat käyttäneet verbiä *vaikuttaa* kuvaamaan tutkimustulosten pohjalta tehtyjen tulkintojen kiistanalaisuutta. Esimerkissä 6 (psykologi Ka.14) kirjoittaja toteaa tutkimuksissa tulleen esiin *viitteitä* lapsen tunnepuolen kypsymättömyydessä. Viimeisessä esimerkissä psykologi tuo selkeästi esiin oman hämmennyksensä tutkimustulos-

ten johdosta. Käyttäessään hypoteettista tekstirakennetta kirjoittajat ottavat kantaa omien väitteidensä totuudellisuuteen sekä vahvistavat hypoteettisempaa ajattelutapaa sen sijaan, että korostaisivat havaintojen ja todellisuuden aukotonta suhdetta (Tardos 1994, 77).

Monessa lausunnossa psykologit toivat asiakirjoissa esiin myös epäröintinsä omien tutkimustulostensa luotettavuudesta hankalan tutkimustilanteen johdosta.

” M:n todellisia taitoja on vaikea arvioida keskittymisen vaihtelun ja luovuttavan työkentelytavan vuoksi” (psykologi AT.9)

”Osaltaan keskittymisen vaikeus (tarvitsee kysymyksen toistamista ja pidemmän vastausajan) heikentää numeerisen päättelysuoriutumisen tulosta.” (psykologi Ib.27)

Edellä olevissa aineistoesimerkeissä psykologit tuovat esiin tutkimustulosten epävarmuutta, koska lapsen on ollut vaikea *keskittyä* hänelle annettuihin tehtäviin. Kielenkäytön epävarmuus tuo esiin päätelmien ehdollisuuden ja mahdollisuuden myös toisenlaiseen tulkintaan. Kahdessa lausunnossa 2/10 kuvattiin myös lapsen omaa selitystä tai kokemusta heikolle suoritukselleen.

” Mulla on aina vaikeaa kun on paljon muita juttuja mielessä.” (psykologi Na.22)

” Kun N:n piirtäminen ei suju hänen haluamallaan tavalla, N hermostuu allekirjoittaneelle: ” Kato nyt, mitä sä teit, sä pilasit tän.” ” (psykologi Nc.31)

Edellä olevissa aineistoesimerkeissä kirjoittajat luovat teksteissään lapsen subjektiutta tuomalla häntä esiin ajattelevana ja tuntevana toimijana. Samalla lukijalle välittyy käsitys lapsen ongelmista lapsen omasta näkökulmasta.

5.1.4 Oireilu ja negatiot

Aineistossani psykologit kuvasivat runsaasti lapsen oireilua. Oireilua oli kuvattu lapsen aggressiiviseksi käyttäytymiseksi 6/12, kaverisuhdeongelmiksi 3/12, kielellisiksi ongelmiksi 2/12, omaan maailmaan vetäytymiseksi 2/12, tarkkaavuuden vaikeuksiksi 3/12, univaikeuksiksi 2/12 ja psykoottisiksi oireiksi 1/12. Oireilua oli useimmiten kuvattu muiden ammattilaisten esiin tuomana, mutta myös vanhempien, erityisesti äitien kokemina ongelmina 5/12.

”Äiti kokee S:n menneen huonompaan suuntaan, mikä näkyy voimakkaampana äidin vastustelemisena ja äitiin käsiksi käymisenä.” (psykologi Ia.5)

Isän kuvailemia oireita ei ollut kirjattu lainkaan, sen sijaan kolmessa asiakirjassa 3/12 oli kirjattu vanhempien yhteinen kuvaus lapsen tilanteesta.

”Vanhemmat kuvaavat M:aa huumorintajuiseksi ja eläinrakkaaksi tytöksi, jonka vointi vaihtelee ja toiset taidot karttavat, toiset taantuvat.” (psykologi Ib.7)

Koulun esiin tuoma oireilu oli tuotu esiin kahdessa lausunnossa 2/12 ja päiväkodin huoli yhdessä lausunnossa 1/12.

” Monimuotoluokan opettajan mukaan M:lla esiintyy edelleen omaan maailmaan vajoamista ja vireystilan vaihtelua.” (psykologi Ib.9)

Lapsen oma kokemus tilanteestaan oli kirjattu seitsemään psykologin lausuntoon 7/12 ammattilaisen välittämänä.

”S:lla on paljon toiveita, joiden avulla hän pyrkii unohtamaan, lohkomaan ja kieltämään sietämättömät pettymyksen, kiukun ja avuttomuuden tunteet...Aggressioita on peräisin myös oraaliselta ja anaaliselta kehitysvaiheelta ja toisaalta hänellä on vahvoja pelkoja.” (psykologi Kb.14)

”J:n ajattelussa on pienemmälle lapselle ominaista konkreettisuutta ja toisaalta maagisuutta, erikoisia ajatuksen kulkuja, jotka avautuvat vaikeasti kuulijalle. Sisäisessä kokemusmaailmassaan J on suojattoman oloinen tyttö, jolla on vähän keinoja käytössään erikoisten ja ajoittain uhkaavien ajatusten noustessa mieleen. J:n realiteettitestausta ei aina toimi ikätasoisesti ja hän saattaa juuttua ajatuksissaan joihinkin mielikuviansa tai kokemuksiinsa niin, että ympäristöön orientoituminen ja ikätasoinen toiminta häiriintyy.” (psykologi Na.25)

”Perheneuvolassa tehdyssä psykologin tutkimuksessa todettiin, että S:n oli vaikea olla aidosti oma itsensä ja ilmaista tunteitaan. S koki maailman vaarallisena ja uhkaavana sekä toi esiin regressiivistä vetoa pienempänä olemiseen. Lisäksi S vaikutti olevan huolissaan äidin jaksamisesta hoitaa häntä.” (psykologi Ia.9)

”A:n kokemusmaailmasta välittyi tunne ikäistään pienemmästä, emotionaalisesti tarvitsevasta pojasta.” (psykologi Nb.3)

”J:n kokemuksista nousi esiin pelokkuus ja ahdistuneisuus.” (psykologi Na.3)

Edellä olevissa aineistoesimerkeissä kirjoittajat ovat tuoneet esiin lapsen kokemuksia, mutta lapsen subjektiivisuus on häivytetty asiantuntijan tulkinnan taakse. Kahdessa seuraavassa aineistoesimerkissä (psykologi H.8, psykologi Ka.23) psykologit ovat sen sijaan otta-

neet lapsen subjektiutta korostavan tavan puhua lapsen oireilusta kertomalla konkreettisesti lapsen tuntemista peloista.

”K kertoo vuolaasti erilaisista peloistaan ja siitä miten näkee asioita, joita ei ole, esim. simpansseja, joita ilmestyy milloin mistäkin ja käsiä ja silmiä, joita näkee jumppatunnilta peliverkossa.” (psykologi H.8)

”Omat aggressiot herättävät syyllisyydentunteita, kokemusta itsestä ”rosvona” ja pyrkimyksenä korjata tuhoavuuttaan taikavoimin (”supermies saa palkinnon sillan pelastamisesta”).” (psykologi Ka.23)

Lapsen oireita ja ongelmia kuvattiin aineistossani useimmiten lapsen kautta, mutta joskus myös subjektitonta ilmaisutapaa käyttäen.

”Tunnepuolen kehitystä arvioivissa piirustustehtävissä tulee esille tunnepuolen kypsymättömyyttä.” (psykologi AT.21)

”Lukitaidot ovat heikosti kehittyneet. Arkitilanteisiin sijoitetut pienet laskutehtävät ovat varsin vaikeita, ei osaa käyttää sormia systemaattisesti apuna.” (psykologi KA.23)

Subjektitonta kirjoitustapa vahvistaa osaltaan myös teknologista rationaalisuutta ja loogistieteellistä ajattelua. Näin ollen tapaa voidaan perustella esimerkiksi taloudellisilla seikoilla. Rajallisen kirjoitustilan säästämiseksi olennainen asia on kirjoitettava mahdollisimman tiivistä ja lyhyesti. Tällöin voidaan pyrkiä välittämään ainoastaan uudet tutkimuksista saadut löydökset toisille kollegoille ja jättää heidän vastuulleen irrallisten kuvausten yhdistäminen lasta kunnioittavaksi kokonaisuudeksi. (Vehkakoski 2000, 34.)

Aineistoni perusteella psykologit kuvasivat lasta pääasiassa oireilun ja negaatioiden kautta. Negaatioihin pohjautuva kirjoitustapa on tyypillistä lääketieteelliselle kirjoittamiselle, jossa kiinnitetään huomiota yksilön heikkouksiin ja häiriöihin, eikä juurikaan huomiota anneta vahvuuksille (mt., 51). Oireiden korostamisen hyvänä tarkoituksena asiakirjoissa lienee oikeuttaa lapseen kohdistuvia interventioita ja auttaa häntä saamaan tarvitsemaansa apua. Lausunnoissa kiinnitettiin huomiota kuitenkin myös jonkin verran lapsen positiivisiin puoliin ja tuotiin esiin negaatioiden lisäksi lapsen ikätasoista suoriutumista muutamalla lauseella. Ikään kuin lieventävänä tekijänä oireiden korostamiselle useimmissa lausunnoissa tuotiin esiin lapsen hankalan käyttäytymisen olevan paitsi oire myös lapsen käyttämä keino selvitä arjessa. Keinojen normaalisuutta arvioitiin myös usein vertaamalla lapsen keinoja omaan ikätasoon.

”J on ikäisiään pienemmän oloinen poika, jonka on vaikea saada selvää vuorovaikutuksesta ja käsitellä inhimillisiin tunteisiin ja kokemuksiin liittyvää tietoa. ... J:n passiivis-aggressiivinen ”vastarintaliike” vaikuttaa olevan hänen keinonsa varjella minäkokemustaan, jossa jo toisen mielen mukaan toimiminen on riittävän uhkaavaa omalle minuudelle.” (psykologi Ic.18)

”Tunne-elämältään M on ikäistään pienempi, sisäisesti turvattoman ja suojattoman oloinen tyttö, joka paljolti ympäristöään kontrolloimalla (määräilee tai vetäytyy) pyrkii ylläpitämään psyykkistä tasapainoaan.” (psykologi Ib.32)

”E ei vielä ole omaan pojan ruumiiseensa vahvasti ankkuroitunut poika, vaan yksilöityminen ja identiteetin muotoutuminen on tältäkin osin keskeneräistä. Esille tulee rajatilapiirteitä ja suojautumiskeinot ovat sen mukaisesti varhaisia, esim. kieltämistä ja narsistista idealisointia ja mitätöintiä.” (psykologi Ka.26)

”Tunne-elämältään S on ikäistään pienempi tyttö, joka osin pärjäävän ja kontrolloivan käytöksen takana kokee sisäisessä maailmassaan turvattomuutta ja suojattomuutta. Selviytymiskeinot ovat ikäistä pienemmän lapsen strategioita (kuten kaikkivoipaisuutta, kieltämistä) jonka avulla S pystyy kestämään pienuuden ja haavoittuvuuden kokemustaan.” (psykologi Ia.26)

Edellä olevissa esimerkeissä kirjoittajat korostavat lapsen kykyä selviytyä, vaikka keinot ovatkin ikätasoa pienemmän lapsen keinoja. Oireilun tuominen esiin arjesta selviytymisen valossa lievittää lukijalle välittyvää kuvaa hankalasta lapsesta ja tuottavat lapsesta kuvan itsenäisenä, mutta apua tarvitsevana toimijana.

5.1.5 Avun tarve sekä suositellut tukitoimet

Psykologit toivat sanavalinnoillaan lausunnoissaan lasta esiin myös apua tarvitsevana yksilönä. Lapsen omaa persoonaa korostavilla ilmauksilla viitattiin lapseen tuntevana, tahtovana, toivovana ja ajattelevana ihmisenä, jonka ongelmien vakavuuteen lukija saa kosketuksen asiakirjan tekstin kautta.

”Tunne-elämän alueella nousee esiin J:n yksinäisyys, kaipuu kontaktiin ja asioidensa jakamiseen häntä ymmärtävän toisen kautta.” (psykologi Na.24)

”Ajoittain A kuitenkin ilmaisee voimakasta huomion tarvettaan ja aikuisen kaipuutaan regressiivisen vetoavalla käytöksellä. Tällä hetkellä A tuntuu kokevan turvattomuutta ja epävarmuutta tietäessään osastojakson olevan päättymässä.” (psykologi Nb.32)

”Mielikuviansa kautta S viestittää kokemuksellista yksinäisyyttä ja surullisuutta sekä orpoa oloa. Vanhemman kaipuu on suuri.” (psykologi Ia.33)

Kirjoittajat tuovat esiin lapsen tarvitsevan *kontaktia häntä ymmärtävän toisen ihmisen kanssa, huomiota ja turvaa sekä vanhemman läsnäoloa*. Edellä mainituissa esimerkeissä

lukijalle välittyä rivien välistä psykologin epäily lapsen kasvu ympäristön osuudesta hänen psyykkisten ongelmiansa takana. Muutamissa lausunnoissa tuotiin esiin selvemmin lapsen kasvu ympäristön osuus vaikeuksien aiheuttajana.

”Jää pohtimaan missä määrin S on joutunut käsittelemään itselleen ylivoimaisia asioita, jotka ovat heikentäneet hänen kykyään muodostaa käsitystä turvallisesta ja ennakoitavasta maailmasta” (psykologi Ia.40)

”A:n äiti on psyykkisesti sairas ja perheen voimavaroja selvitetään. On huostaan otettu vuosi sitten.” (psykologi KA.2)

Lapsen yksilöllisten tarpeiden ja ympäristötekijöiden kuvausta oli käytetty pohjustamaan psykologin laatimaa yhteenvetoa, jossa psykologit ottivat kantaa lapsen tarvitsemiin jatkotutkimuksiin, hoitoihin, koulumuotoon tai muihin tukitoimiin. Lapsen tarpeisiin vetoaminen on voimakas retorinen keino luoda mielikuvia lapsuudesta ja päättää lapsen kasvatuksesta. Tuomalla esiin lapsen tarpeita kirjoittajat tekivät päätelmiä siitä, mikä on lapselle hyväksi sekä siitä, mitä voi seurata ellei lapsen tarpeita täydetä. Seurauksia ei kuitenkaan mainittu suoraan, vaan tekstit olettavat jaettua ymmärrystä seurauksista kirjoittajan ja lukijan välillä.

”Lastenpsykiatrinen osasto sen tarjoaminen mahdollisuuksineen tiiviiseen omahoitajatyöskentelyyn lienee J:n kohdalla suositeltavin hoidon vaihtoehto. Toisena vaihtoehtona on ammatillinen pienryhmäkoti.” (psykologi Ic.36)

”Ennen kaikkea S tarvitsee turvallista, ymmärtävää ja kestävästä aikuisuutta arkeensa.” (psykologi Ia.43)

”Hänen psyykkiset ongelmansa ovat kuitenkin niin vaikeita ja varhaisia, että suosituksena on psykoanalyytikon (tai VET-psykoterapeutin) antama hoito riittävän ”kaikupohjan” turvaamiseksi” (psykologi Ka.31)

”Koulunkäyntinsä tueksi N tarvitsee jatkossakin pienen opetusryhmän erityisluokalla. ...Koulumatkoille N tarvitsee ehdottomasti taksi kuljetuksen.” (psykologi Nc.44)

”Hän on tiiviin psykoterapeuttisen avun tarpeessa tunteidensa jäsentämiseksi ja neutraloimiseksi.” (psykologi Kb.35)

”Suotuisan sosioemotionaalisen kehityksensä turvaamiseksi A tarvitsee osastohoidon jälkeinkin myös lastenpsykiatrasta tukea.” (psykologi Nb.34)

Lapsen kehityksen edistyminen ja aiemmista hoidoista ja tukitoimista hyötyminen oli myös voimakas argumentti perusteltaessa hänen tarvitsemiaan tukitoimia.

”A:n realiteettitestausta toimii ikätasoisesti ja hänen minäkuvansa on vahvistunut.” (psykologi Nb.27)

”Huomattavan selkeä muutos J:n tavassa olla kontaktissa sekä kielellisesti että ei-kielellisesti tapahtuu kahdenkeskisissä pelitilanteissa; J on aktiivinen, puhelias ja pelaa hienosti sääntöjen mukaan.” (psykologi Ic.15)

”S:lla on kykyä terapeuttiseen työskentelyyn.” (psykologi Kb.35)

”Kaksi vuotta jatkunut osastohoito tiiviin omahoitajatyöskentelyn kautta on vahvistanut J:n kykyä olla kontaktissa sekä tuonut J:lle itsetuntoa vahvistavia hyviä kokemuksia itsestään ja omista taidoistaan,” (psykologi Na.28)

Psykologit viittaavat edellä mainituissa aineistoesimerkeissä lapsen yksilöllisyyteen ja yksilöllisiin tarpeisiin, ottaen huomioon hänen oman kehittymisensä hoidon aikana. Lapsen saavuttaman kehityksen todettiin toimivan pohjana ja edellytyksenä seuraavalle kuntoutusvaiheelle. Kehitykseen vetoaminen oli lausunnoissa voimakas retorinen keino, joka ei tarvinnut tuekseen välttämättä muita perusteluja.

5.1.6 Lapsi psykologien lausunnoissa

Psykologin tutkimusten tarkoituksena on tutkia ja arvioida lapsen psyykkistä tilannetta ja tuoda esiin ilmenneitä ongelmia lapsen tilanteen parantamiseksi. Lausuntoihin päätyvät asiat, joita psykologit pitävät merkityksellisinä. Aineistoni perusteella psykologit olivat pitäneet kirjaamisen arvoisina ennen kaikkea lapsen oireilua. Muita merkityksellisiä asioita olivat olleet lapsen yhteistyökyky- ja halu, aiemmat interventiot sekä lapsen kyky hyötyä niistä. Lapsen tarpeita oli myös painotettu lausunnoissa usein hyvinkin voimakkaasti.

Sairaalan ammattikäytännöt kiinnittävät perinteisesti huomiota sairauksiin, häiriöihin ja ongelmiin. Lapsia kuvataan pääasiassa oireilunsa kautta, ja lausuntojen teksteissä kerrotaan mihin ikätovereidensa osaamiin asioihin lapsi ei vielä kykene. Negaatioihin pohjautuva kirjoitustapa on tyypillistä lääketieteellisessä mallissa, jossa huomio kiinnitetään yksilön heikkouksiin ja häiriöihin, eikä juurikaan anneta huomiota vahvuuksille (Vehkakoski 2000, 51). Patologian esiin tuomista voidaan pitää arvokkaana välineenä, jonka kautta on mahdollista perustella lapsen kuntoutuksen tarvetta, erilaisten tukitoimien ja sosiaalisten etuuksien saamista. Toisaalta oireisiin keskittyminen jättää huomioimatta lapsen positiiviset puolet,

voimavarat ja kokonaistilanteen ja luo kuvaa vain hankalasta, oireilevasta lapsesta, joka on kykenemätön yhteistyöhön ja kontaktiin aikuisen toivomalla tavalla.

Psykologin lausuntoihin kirjatut tiedot on saatu pääasiassa kahdenkeskisissä vuorovaikutustilanteissa lapsen kanssa. Aineistoni perusteella vuorovaikutustilanteet vaikuttavat olleen pitkälti asiantuntijakeskeisiä sekä kontrolli- ja liittämissuhteeseen perustuvia, mutta niistä oli luettavissa myös dialogisuuteen ja kumppanuussuhteeseen perustuvaa työskentelyotetta.

Lausunnot perustuvat asiantuntijan eli psykologin tekemiin tutkimuksiin, joiden kautta psykologi ”näkee tutkittavana olevan ilmiöin todellisen luonteen”. Apunaan ilmiöiden eli lapsen käyttäytymisen selvittämiseksi psykologit ovat käyttäneet erilaisia nimeltä mainittuja testejä ja menetelmiä. Tutkimustulosten kirjaamisessa he käyttivät ammattislangia asiantuntijuutensa tehostamiseksi ja vahvistivat näin kuvaa tutkimusten luotettavuudesta. Toisaalta lausunnoista on havaittavissa myös toisenlaista lähestymistapaa. Osassa aineistoni lausuntoja psykologit ovat käyttäneet menetelmänä lapsen omaa tai vanhempien haastattelua, mikä viittaisi dialogiseen lähestymistapaan ja yhdistäisi asiantuntijatiedon perheen arkielämän asiantuntijuuteen. Lapsen koko elämämaailman huomioon ottaminen lapsen ja hänen vanhempiensa kertomana tarkoittaa lapsen ympäristön huomioimista mahdollisena vaikeuksien aiheuttajana tai tuen lähteenä.

Myös vuorovaikutustilanteita ja tutkimuksen tuloksia aikana kuvailevissa teksteissä on havaittavissa dialogisuutta. Psykologit käyttivät epävarmoja sanavalintoja, *tulee vaikutelma, vaikuttaa siltä* ja näin purkavat osaltaan lausunnon varauksetonta auktoriteettia ja asiantuntijuutta. Psykologit toivat muutamassa lausunnossa myös esiin lapsen omia tulkintoja tilanteestaan vaikeuksistaan. Lapsen oma kokemusmaailma on myös luettavissa kaikissa teksteissä, mutta usein miten psykologin tulkitsemana.

Lapsen ja psykologin välistä asiakassuhdetta voitaneen kuvailla pääasiassa liittämis- ja kontrollisuhteeksi. Liittämis- ja kontrollisuhteessa psykologi on tietävä osapuoli, joka tietojensa perusteella määrittää lapsen muutoksen tarpeet sekä muutokseen tarvittavat menetelmät. Yhteenvetokappaleessa psykologi ottaa voimakkaastikin kantaa siihen mitä lapsi tarvitsee ja minkälaisia tukitoimia hänelle on järjestettävä. Kumppanuussuhteeseen viittavaa työskentelyä tulee ilmi muutamassa yhteenvetokappaleissa 3/12, missä psykologit

toteavat keskustelleensa vanhempien kanssa tutkimustuloksesta ja yhdessä päätyneet suositeltuihin tukitoimiin. Yhdessä lausunnossa 1/12 psykologi toi esiin lapsen itsensä viestittämän toiveen tarpeistaan.

Psykologin lausunnot kuvasivat lasta suurimmaksi osaksi ongelmien ja oireiden kautta. Vuorovaikutustilanne psykologin tutkimuksessa on tehtävänsä mukaisesti pääasiassa asi-
antuntijakeskeinen ja vaikuttanee siihen minkälaista tietoa asiakirjoihin lapsesta siirtyy. Asiakirjoista oli luettavissa kuitenkin myös lapsen vahvuuksia ja subjektiivista luovaa kompetenssi-
kielenkäyttöä. Kompetenssikielissä painottuu myönteisistä muutoksista puhuminen sekä asiakkaan oman vaikutusvallan ja vaikeuksista selviämisen tarkastelu (Riikonen 1992, 2.) Lapsen omaa persoonaa korostavat ilmaukset viittasivat lapseen tuntevana, tah-
tovana, toivovana ja ajattelevana ihmisenä. Lapsen kehityksen eteneminen ja hyötyminen
interventioista tuotiin esiin lähes kaikissa lausunnoissa ja lapsen vahvuuksina mainittiin ne
osa-alueet, joissa hän ylsi ikätovereidensa kehityksen tasolle. Runsaasta patologisen käyt-
tämisen kuvailusta huolimatta lausunnoista oli luettavissa toivo lapsen tilanteen kehiti-
tymisestä.

5.2 HOITOTYÖN YHTEENVEDOT TUTKIMUSAINEISTONA

Lastenpsykiatrisen osastohoidon perusta on lapsen ja vastuuhoitajan välinen vuorovaiku-
tussuhde. Vuorovaikutussuhteessa pyritään tarjoamaan lapselle huolenpitoa sekä ikä-
tasoon ja kehitykseen sopivaa hoivaa, turvallisuutta ja korvaavia hyviä kokemuksia. Hoito-
työ pyrkii lapsen itsearvostuksen ja itsetunnon kohentamiseen sekä minän tukemiseen,
lapsen omien voimavarojen löytämiseen, kannustamiseen sekä lapsen kohtaamiseen.
Toiminta osastolla on turvallisen aikuisjohteista ja struktuureita noudattavaa. Lapsen ja
hoitajan välinen suhde pyrkii mahdollistamaan lapsen kuulluksi tulemisen ja hänen asioi-
densa ajamisen. Kahdenkeskisen suhteen lisäksi lapselle tarjotaan osastohoidossa yhtei-
söllisyyttä ja lapsiryhmässä olemista sekä mahdollisuutta koulunkäyntiin, mikäli se hänen
psyykkisen kuntonsa puolesta on tarkoituksenmukaista. Lapsen vastuuhoitaja työskente-
lee yhteistyössä myös lapsen vanhempien kanssa sekä osallistuu lasta koskeviin viran-
omaisneuvotteluihin. Lapsen osastohoidon päättyessä vastuuhoitaja laatii hoitotyön yh-
teenvedon, jossa käy ilmi lapsen hoidon aikana tapahtunut kuntoutumisprosessi. Yhteen-
veto laaditaan lapsen vanhempien, jatkohoito paikan sekä pyynnöstä myös lastensuojelun
tiedonsaantia varten.

Aineistoni hoitotyön yhteenvedot koostuivat 12 hoidossa olleen lapsen vastuuhoidajien laatimista yhteenvedoista. Suurin osa yhteenvedoista oli sairaanhoitajien kirjoittamia, muutama oli mielenterveyshoitajien kirjoittamia ja osa oli tehty työparityöskentelynä. Yhteenvedot oli laadittu lapsen hoitajakson päättyessä. Yhteenvetoja analysoidessani kiinnitin jälleen päähuomioni kolmeen pääteemaan: lapsen oirekuvaukseen, voimavarojen kuvaukseen sekä lapsen tarvitseman tuen kuvaukseen. Olen poiminut hoitotyön yhteenvedoista kaikki ne näytteet, joissa lasta kuvataan näiden kolmen teeman kautta ja muodostin aineistolleni kolme pääkategoriaa. Näytteitä oli kaikkiaan 506 kpl, joista oirekuvauksia oli 262 kpl, voimavarojen kuvauksia 207 kpl ja lapsen tarvitseman avun tarpeen kuvauksia 37 kpl. Tarkemmassa analyysissä ryhmittelin näytteet kahdeksaan alakategoriaan:

1. havaitut ongelmat
2. voimavarat ja vahvuudet
3. hoidon tavoitteet
4. kuntoutuminen ja ikätasoisuuden tavoite
5. lapsen ääni
6. ympäristötekijät hoidon hidastajana
7. yhteistyö ja kumppanuus lapsen hoidossa
8. lapsen tarpeet ja suositellut tukitoimet.

Aineistoni yhteenvedot noudattivat rakenteeltaan pitkälti samaa kaavaa. Yhteenvedon alussa oli kerrottu lapsen osastonhoitoon tulon syy, minkä jälkeen oli kuvailtu hoidon alussa löytyneitä lapsen voimavaroja. Seuraavaksi oli kerrottu hoidon tavoitteet ja hoitotyön keinot tavoitteisiin pääsemiseksi. Suurimman tilan asiakirjassa sai lapsen voinnin kuvailu hoidon aikana. Lopuksi vastuuhoidajat olivat maininneet lapsen jatkohoidon tarpeen ja muodon.

5.2.1 Havaitut ongelmat

Lapsen hoitoon tulon syytä ja havaittuja ongelmia oli aineistoni yhteenvedoissa kuvailtu osastolla havaittuina oireiluna, lisäksi muutamassa lausunnossa oireilua on kuvailtu äidin 3/12, vanhempien 4/12 ja lapsen itsensä kertomina 1/12. Osastolla havaittuja ongelmia olivat mm. lapsen aggressiivisuus 6/12, pelot ja psykoottisuus 4/12, käytöshäiriö 3/12, tunte-elämän ongelmat 4/12, vuorovaikutusongelmat 1/12, levottomuus 1/12 ja yö- ja päiväkastelu 3/12. Vanhempien kuvailemia oireita olivat lapsen puheet äidin tappamisesta 1/12, aggressiivisuus 5/12, kontaktin puute vuorovaikutustilanteessa 1/12, kastelu 2/12, nirsoilu ruuan kanssa 1/12, elokuvamaailmaan uppoutuminen 1/12, kouluvaikeudet 2/12, ongelmat kaverisuhteissa 2/12, pyöräily- ja luistelutaidon puute 1/12 ja käytösongelmat 6/12. Yhteen yhteenvedon oli kirjattu lapsen oma näkemys ongelmastaan, joka liittyi koulunkäyntivaikeuksiin.

Osastolla todettuja lapsen ongelmia kuvattiin aineistoni vastuuhoitajien yhteenvedoissa pääosin passiivimuodossa, jolloin tekstissä ei paljasteta, kuka ongelman oli havainnut. Passiivin käyttö saa arvioinnin näyttämään luotettavalta ja objektiiviselta ja samalla peittää näkyvistä kirjoittajan vastuun ja viittaa todellisuuteen, joka näyttäytyy samanlaisena riippumatta yksittäisestä kirjoittajasta (Vehkakoski 2000, 36).

”Osastolla M:lla todettiin vuorovaikutusongelma” (hoitaja J.2)

”Tutkimusjaksolla huomattiin N:n käyttäytyvän ikätasoistaan pienemmän lapsen oloisesti, jolloin myös koululaisen rooli oli N:lta vielä kehittymättä.” (hoitaja SA, H.5)

”Osastolla todettiin, että E:n minuus on rakentumaton” (hoitaja KO.5)

”Hänen todettiin tarvitsevan kahdenkeskisyyttä ja apua tunteidensa tunnistamiseen sekä itsensä ilmaisuun.” (hoitaja HA, R.3)

Yhdessä hoitotyön yhteenvedossa osastolla havaitut ongelmat oli lueteltu pelkästään ranskalaisilla viivoilla. Persoonallisen toimijan puuttuminen on ominaista monille virallisille asiakirjoille (Atkinson & Coffey 1997, 59). Passiivin käyttö retorisenä keinona, yhdessä dokumentit tuottavan institutionaalisen ja professionaalisen kontekstin kanssa vahvistaa autoritaaristen, virallisten tai faktuaalisten selitysten rakentamista (Vehkakoski 2000, 36).

5.2.2 Voimavarat ja vahvuudet

Seuraavaksi aineistoni hoitotyön yhteenvedoissa oli käyty kuvailemaan lapsessa hoidon alussa esiintyneitä voimavaroja ja vahvuuksia lähinnä jälleen passiivimuodossa osaston havaintoina. Yhdessä yhteenvedossa voimavaroja oli kuvailtu opettajan kertomana 1/12, yhdessä äidin kertomana 1/12 ja kolmessa yhteenvedossa 3/12 lapsen voimavaroja ei mainittu lainkaan, vaan siirryttiin suoraan kuvailemaan hoidon tavoitteita ja auttamismenetelmiä.

Voimavaroja oli kuvailtu suhteellisen niukasti, mikä johtunee lasten erittäin vaikeasta psyykkisestä tilanteesta. Hoitajat olivat kuitenkin pitäneet merkityksellisenä kirjata pieniltäkin kuulostavia vahvuuksia, jotka antavat kuvan lapsen normaaliudesta, jotta lapsi ei peity pelkän patologian taakse.

” J pitää eläimistä ja nauttii lukemisesta ja tarinoiden kirjoittamisesta” (hoitaja HA, R.7)

”A pystyi olemaan ajoittain ilman ohjattua toimintaa ja toivoi itselleen omaa aikaa” (hoitaja RU, SA.6)

”K omaa kohteliaat käytöstavat ja on tunnollinen koululainen” (hoitaja L.6)

”Koulunkäyntiin J oli motivoitunut, hän huolehti itsenäisesti läksyistä ja kouluun lähdöstä.” (hoitaja K.2)

”N:n kyky leikkiä niin yksin kuin lapsiryhmässäkin, mahdollistivat jo jakson alussa hyvän pohjan vastavuoroisille suhteille.” (hoitaja SA, H.9)

”A:n leikki nähtiin osastolla myös voimavarana.” (hoitaja K.11)

”S:n voimavaroina toimivat jakson alusta lähtien hänen kognitiiviset lahjakkuutensa ja hyvät kädentaidot.” (hoitaja K, HA.15)

”A:lla on hyvä karkeamotoriikka” (hoitaja H, J.9)

Lapsen voimavaroja ilmaiseva kielenkäyttö asiakirjoissa esitteli lasta ajattelevana, tuntevana ja toimivana subjektina. Lapsesta välittyi lukijalle näin myös lapsen persoonallisuuden eri puolet, joka auttaa kohtaamaan lapsen yksilönä ja korostamaan lapsen kehittymisen mahdollisuuksia.

5.2.3 Hoidon tavoitteet

Lapsesta esitettyjen representaatioiden rinnalla tekstissä ilmeni taustaoletuksia lapsen tavoiteltavista ominaisuuksista. Tämä tuli esiin lapsen kuntoutumiselle asetetuissa tavoitteissa eli ammattilaisten ajatuksista siitä, mihin suuntaan lapsen kuntoutumista tulisi ohjata ja mikä lapselle on hyväksi. Teksteissä tavoiteltaviksi ominaisuuksiksi muodostuivat ennen kaikkea ikätasoisuus, kehityskykyisyys ja aikuisten asettamiin sääntöihin sopeutuminen. Tavoitteita asetettaessa lähtökohtana oli pääasiassa normatiivisten ulkoapäin asetettujen tavoitteiden täyttäminen ja ikätovereiden vastaava elämä.

Asetettuja tavoitteita ja keinoja kuvattiin jälleen passiivimuodossa, eikä tekstistä ilmene ketkä olivat olleet tavoitteita asettamassa ja keinoja päättämässä. Tämä on sikäli mielenkiintoinen havainto, että ongelmia ja oireilua oli kuvailtu äidin 3/12, vanhempien 4/12 ja lapsen itsensä kertomina 1/12. Asiakirjoihin kirjatuihin hoidon tavoitteissa vanhempien ja lapsen itsensä näkemät hyvinkin konkreettiset ongelmat oli ikään kuin sivuutettu tai ainakin peitetty professionaaliseen kielenkäyttöön kuten alla olevista taulukoiduista aineistoesimerkeistä voidaan havaita.

Taulukko 7. Hoidolle asetetut tavoitteet, hoitotyön yhteenvedot

vanhempien esiin tuomat ongelmat	osaston asettama tavoite
"Vanhempien näkemys hoitoon tulosta oli M:n kiukkukohtaukset ja kontaktin puutteet vuorovaikutustilanteissa...Huolenaiheena oli M:n ajoittainen kastelu ja nirsoilu ruuan kanssa" (hoitaja J.1)	" M:n pysähtyminen kahdenkeskiseen ja pienessä ryhmässä tapahtuvaan vuorovaikutukseen sekä sanojen löytämisen helpottuminen, jotta M saisi ilmaistuksi ajatuksiaan, tunteitaan ja tarpeitaan." (hoitaja J.3)
"Vanhemmat nimesivät ongelmiksi koulunkäynnin vaikeuden, niukan sosiaalisen toiminnan koulun ulkopuolella, ahdistusherkkyyden, heikon pettymyksensietokyvyn, ankaruuden itseään kohtaan sekä vaikeuden tunnistaa tunteita." (hoitaja KO.4)	"Kokonaishoidon tavoitteeksi asetettiin se, että E kokisi turvaa aikuisista ja pystyisi hoidon avulla erottamaan omaa sisäistä maailmaa ulkoisesta todellisuudesta ja käsittelemään omia ajatuksiaan ja tunteitaan." (hoitaja KO.17)

Vanhempien toivomat muutokset oli asetettu tavoitteiksi yhdessä asiakirjassa erillisenä kappaleena erotukseksi osaston asettamista tavoitteista, ja vain yhdessä asiakirjassa oli tavoitteiden asettelussa viitattu suoraan äidin ja osaston havaitsemiin ongelmiin. Lapsen itsensä esittämää toivetta avusta koulunkäyntiin ei oltu tavoitteiden asettelussa huomioitu lainkaan.

Vanhempien ja lapsen itsensä kokeman avuntarpeen sivuuttaminen asiakirjan tekstissä kohteellistaa lapsen helposti subjektoinnin sijaan. Lapsi ikään kuin asetetaan ylhäältä päin määrättyjen päämäärien tavoittelijaksi ilman omaa subjektiutta. Tällainen ulkoapäin lähtevä tulevaisuuteen suuntautunut ammatillinen toiminta saattaa estää lapsen osallisuutta sekä mahdollisuuksia työstää aktiivisesti omaa kuntoutumistaan (Riihelä 1996,62,175). Samalla vanhemmat ja heidän asiantuntijuutensa lapsen arjen suhteen ohitetaan.

5.2.4 Kuntoutuminen ja ikätasoisuuden tavoite

Aineistoni hoitotyön yhteenvedoissa pääpaino oli lapsen kuntoutumisen edistymisestä ja kehityksestä kirjoittamisessa. Teksteissä kuvattiin aluksi lapsen auttamiseksi suoritettuja toimenpiteitä paljastamatta kuka tai ketkä toimenpiteitä ovat suorittaneet.

”M ohjattiin ottamaan itsenäisemmin vastuuta henkilökohtaisesta hygieniastaan ja siisteydestään.” (hoitaja J.4)

”J:a on palautettu tarvittaessa realiteetteihin.”(hoitaja HA, R.7)

”S:lle annettiin hoivaa” (hoitaja S.5)

”Ristiriitatilanteet ratkaistiin keskustellen tai tarvittaessa kiinnipidolla” (hoitaja SA, H, 11)

”Äidille ja S:lle tehtiin MIM-arvio.” (hoitaja S.6)

Edellä mainituissa esimerkeissä lapsen kuntoutumisen edistymisen edellytyksenä viitataan hoitajien aktiivisuuteen ja ulkopäin tuleviin vaikutteisiin. Lasta kohdellaan kielenkäytössä ikään kuin tyhjänä kokonaisuutena ja ulkoisen vaikuttamisen kohteena, jolloin syntyy mielikuva lapsen oman aktiivisuuden vähättelystä. Aikuisen aktiivisuutta korostava kirjoitustapa

antaa lapsen kehityksestä kuvan tapahtumaketjuna, joka etenee automaattisesti ilman lapsen omaa panosta (Vehkakoski 2000, 44). Viimeisessä aineistoesimerkissä (hoitaja S.6) myös lapsen äiti on asetettu toimenpiteiden kohteeksi.

Hoitotoimenpiteiden vaikutusta lapseen, ja varsinkin hoidon aikana ilmennyttä lapsen ei-suotuisaa ilmikäyttäytymistä, kuvailtiin teksteissä oireiluna, joka johtui lapsen patologiasta ja oli ikään kuin ammattilaisten kontrolloimattomissa. Tällainen kirjoitustapa antaa mielikuvan siitä, että lapsen toimijuuteen liitetään ainoastaan kielteiset mutta ei myönteisiä tuloksia.

”S kieltäytyi puhumasta tai huusi törkeyksiä aikuisille.” (hoitaja K, HA.12)

”Suuttuessaan M haistatteli ja meni huoneeseensa ovet paukkuen.” (hoitaja HU.20)

”A:n turvattomuus ja pelot näkyivät aluksi kaoottisena juoksenteluna ja sotkemisena.” (hoitaja K.18)

Kahdessa ensimmäisessä aineistoesimerkissä kirjoittajat kuvaavat lapsen huonoa käyttäytymistä patologisena oireiluna. Lapsen huono käyttäytyminen ei kuitenkaan liene mitenkään poikkeuksellista, varsinkin kun lapsen todetaan *suuttuessaan* käyttäytyvän huonosti. Viimeisessä aineistoesimerkissä kirjoittaja toteaa lapsen *aluksi* juoksennelleen kaoottisesti ja sotkeneen paikkoja. Tämäkään käyttäytyminen ei liene lapselle uudessa ympäristössä erityisen poikkeavaa. Lintonin (1998) mukaan tällainen kaikkien lapsen elämän ilmiöiden tulkitseminen patologian kautta on tyypillistä kuntoutuksessa ja muilla interventioihin pyrkivillä aloilla (Linton 1998, 532).

Teksteissä kuvailtiin myös tavoitteiden saavuttamista suhteessa lapsen omaan kehitystasoon, mutta verrattiin myös ikätovereiden vastaavaan tasoon, lähinnä kehityksessä vielä ilmenevien puutteiden kautta, mutta myös saavutettuina tavoitteina.

”Ikätasoiset tekemiset eivät edelleenkaan A:ta juuri kiinnosta.” (hoitaja K.15)

”Koko jakson ajan N:lla oli suuri veto ja halu regressioon. Häntä piti tukea päivittäin ikätasoiseen käytökseen.” (hoitaja SA, H.26)

”Ikätasoisista kiinnostumista lemmikkieläimiin ja erityisesti koiriin heräsi hoidon loppuvaiheessa.” (hoitaja SA, H.45)

”N:n kädentaidot ovat parantuneet ja kiinnostus kehittää ikätasoisia taitoja on lisääntynyt.” (hoitaja SA, H.51)

Kehityksen vertailu suhteessa ikäsidonnoisiin normeihin on tyypillistä kehityspsykologisessa ajattelussa, jossa normaalius määritetään tilastollisesti sen mukaan, mikä on tyypillistä enemmistölle (Hester, 1998, 138). Normatiivisten kriteereiden seurauksena lapsesta tulee lausunnossa toistuvasti vaillinainen ja keskeneräinen, eivätkä hänen vahvuutensa pääse puutteisiin keskittyvän näkökulman takaa esille (Foucault 1980, 210).

Erityisinä painoalueina lapsen kuntoutumisessa hoitajat pitivät lapsen sosiaalisten taitojen kehittymistä, kykyä olla vuorovaikutuksessa ja omatoimisuutta sekä ikätasoisuuden lisääntymistä.

”Osastolla ollessaan A oli hyväntuulinen ja rauhallinen, sekä pystyi itsenäisesti ja omatoimisesti suunnittelemaan ja toteuttamaan vapaata aikaansa.” (hoitaja RU, SA.54)

”Psyykkisen voinnin kohentuessa E:n kanssa harjoiteltiin myös toisen lapsen kanssa olemista/tekemistä ja leikkimistä sekä muita sosiaalisia taitoja. Niissä E kehittyi huomattavasti,” (hoitaja KO.18)

”Loppujaksosta M suoriutui päivittäisistä toiminnoista melko itsenäisesti.” (hoitaja HU.10)

”A on löytänyt keinoja selviytyä ryhmässä ja pystyy yhteisleikkiin kahden suhteessa.” (hoitaja K.54)

”J:n joustavuus muuttuvissa tilanteissa parani selvästi ja hän kykeni ottamaan paremmin hoivaa ja tukea vastaan.” (hoitaja KR.16)

”A nautti kahdenkeskisestä ajasta vastuuhoidajan kanssa hakeutuen tämän läheisyyteen halaillen, kädestä pitäen ja nalleaan hoivailleen ottaen myös itse hoivaa vastaan.” (hoitaja H, J.19)

”S alkoi tunnistaa erilaisia tunteita itsessään” (hoitaja S.19)

Edellä mainituissa esimerkeissä tunnustetaan myös lapsen oma toimijuus ja aktiivisuus hoidon edistyessä käyttäen aktiivimuotoista kirjoitustapaa lapsen itsensä ollessa lauseen subjektina. Tällainen kehityksen virstanpylväistä ja vaiheittaisesta etenemisestä kirjoittaminen luo lapsen tulevaisuudesta toiveikkaampaa ja muutosta tukevampaa käsitystä, kuin pelkkä puutteiden arviointi. Lisäksi huomion kiinnittäminen siihen, mitä lapsi tekee jo nyt, edistää hänen omaa aktiivisuuttaan (Riikonen 1992, 159).

5.2.5 Lapsen ääni

Lasten psykiatrisen osastohoidon perusta on vastuuhoidajan ja lapsen välinen vuorovaikutus. Tiiviillä hoitosuhteella pyritään mahdollistamaan lapsen kohtaaminen ja kuuleminen ja siten myös subjektiivisuuden vahvistaminen. Lapsen kokemusten jakaminen on tärkeä osa lapsen voimaannuttamisprosessissa. Aineistoni perusteella lapsen kokemusten jakaminen ja kuuleminen siirtyi myös vastuuhoidajien laatimiin asiakirjoihin lasten omien kommenttien kirjaamisena 7/12.

"A kertoi isän läimäyttäneen häntä ja hän puhui toiveestaan olla kuollut tai ettei olisi syntynytäkään tai ainakin olisi syntynyt toiseen perheeseen." (hoitaja RU, SA.27)

"N kertoi välillä epäilevänsä itseään vampyyriksi." (hoitaja SA, H.36.)

"Lähtöön N kommentoi: "Minä en haluaisi lähteä täältä"." (hoitaja SA, H.46)

"A on miettinyt myös haluavansa kuolla tai aloittaa kaiken alusta, jolloin ei joutuisi hoitoon lainkaan." (hoitaja K.30)

"Syksyn aikana S:lla oli puheissa isä ja kiukkua ja pelkoa isää kohtaan." (hoitaja S.16)

"Ajoittain S humpsahti itseään paljon ikäistään pienemmäksi, toivoi sylissä kantamista " kanna minua niin kuin vauvaa" ja puhui pienen lapsen tavoin." (hoitaja K, HA.22)

"A:n voimakas halu olla ensimmäinen ja voittaa korostui hänen lausahduksessaan: "mä kuolisin, jos en voita". "(hoitaja H, J.16)

"Hän saattoi todeta, että aivot antavat käskyjä tai joku panee ajatuksia päähän." (hoitaja HA, R.20)

Edellä olevissa aineistoesimerkeissä lapsen kokemusmaailma välittyy lukijalle ja lapsi todellistuu asiakirjoissa niitä lukeville viranomaisille ja muulle verkostolle. Lapsen subjektiivutta tuotiin asiakirjoissa esiin myös kuvaamalla sitä mistä lapsi pitää ja mitkä asiat ovat hänelle mieluisia.

"Sairaalakoulun opettaja kertoi M:n olevan selkeästi koululainen ja nauttivan oppimisesta." (hoitaja H, J.9)

" K nautti piirtämisestä ja oli taitava siinä" (hoitaja L.9)

Lapsen oma aktiivisuus korostui myös hoitajan viitatessa lapsen edistymiseen, esimerkiksi tekemällä itse aloitteen aikuisen läheisyyteen pääsemiseksi.

”Jakson loppupuolella S haki jo aktiivisesti läheisyyttä ja turvaa jokaiselta osaston aikuiselta sitä halutessaan.” (hoitaja K, HA.30)

”A alkoi myös ottamaan enemmän kontaktia muihin aikuisiin nauttien näiden huomiosta.” (hoitaja H, J.30)

Edellä kuvattu kirjoitustapa tuottaa lapsesta kuvan ajattelevana, omia päätöksiään tekevänä, luovana ja oma-aloitteisena toimijana.

5.2.6 Ympäristötekijät hoidon hidastajana

Hoitotyön yhteenvedoissa oli nähtävissä myös kirjoitustapa, joka otti huomioon ympäristön vaikutuksen hänen kuntoutumisessaan. Hoitajat olivat kirjanneet vaikean perhetilanteen vaikutuksia lapsen kuntoutumisen hidastavina tekijöinä, mutta myös vastuuhoidajan poissaolot työstä oli huomioitu lapsen vointia huonontavana tekijänä.

”A kertoi riidoistaan veljen kanssa ja usein niiden seurauksena A oli osastolla vihainen, riehui ja rikkoi tavaroita ja häntä jouduttiin kiinnipidolla rauhoittamaan.” (hoitaja RU, SA.26)

”J:n vanhemmat erosivat alkuvuodesta ja ero näkyi J:n voinnissa joitakin kuukausia selvänä levottomuuden ja ahdistuneisuuden lisääntymisenä” (hoitaja KR.20)

”A ikävöi äitiä ja on huolissaan äidistä hänen ollessaan sairaalassa.” (hoitaja K.34)

”Jakson aikana S:n voinnissa näkyivät hyvin vahvasti kotona tapahtuvat ennakoimattomat muutokset. S tuntui kantavan huolta äidin jaksamisesta sekä molempien vanhempien alkoholin käytöstä sekä veljen pärjäämisestä kotona.” (hoitaja K, HA.24)

”Odottaessaan sijoituspaikan löytymistä A:lla oli pelkoa siitä, että paikkaa ei löydykään tai että hänestä ei siellä huolehdita.” (hoitaja K.38)

”Vastuuhoidajan poissaolot veivät A:n vointia alas” (hoitaja RU, SA.17)

”Vastuuhoidajan poissaolot osastolta näkyivätkin S:n voinnissa osastolla ja vanhempien mukaan myös kotona.” (hoitaja K, HA.25)

Ympäristöön liittyvä kirjoittaminen on vaihtoehto tavalle sijoittaa ongelmat ja niiden syyt nimenomaan yksilöön (Vehkakoski 2000, 63). Ympäristön huomioiminen lieventää myös vaikutelmaa siitä, että lapsen toimijuuteen liitetään ainoastaan kielteiset tulokset.

5.2.7 Yhteistyö ja kumppanuus lapsen hoidossa

Hoitajat olivat kuvanneet yhteenvedoissaan 6/12 myös vanhempien kotona näkemää oireilua tai muutoksia lapsen voinnissa. Myös opettajan kertomia huomioita lapsen voinnista oli kirjattu viiteen hoitotyön yhteenvedon 5/12.

”Äiti kertoi että A:ta pelottaa välillä mennä kouluun” (hoitaja RU, SA.60)

”Äiti ilmoitti jättävänsä yövaipat kokonaan pois N:n oltua useina aamuina kuiva.” (hoitaja SA, H.17)

”S:lla oli sex-sävytteistä ja aggressiivista käytöstä äitiä kohtaan” (hoitaja S.12)

”Äiti kertonut S:n saaneen hoitajakson aikana uusia ystäviä pihapiiristään.” (hoitaja K, HA.32)

”Opettaja toi huolta S:n hakeutumisesta asosiaaliseen seuraan.” (hoitaja S.9)

Kirjoittajat ovat edellä olevissa aineistoesimerkeissä väistyneet asiantuntijakeskeisestä roolistaan ja huomioineet vanhemmat ja opettajat tasavertaisina asiantuntijoina lapsen arjessa. Esimerkit valottavat lapsen kokonaiselämäntilannetta ja pulmia sekä myös kehitystä osaston ulkopuolella. Tietoja voitaneen pitää erittäin merkityksellisinä arvioitaessa lapsen kykyä selviytyä osaston ulkopuolella.

Ammattilaisten ja vanhempien yhteistyö sekä kumppanuussuhde osin lapsenkin kanssa ilmenee yhteenvedoissa myös kertomalla lapsen ja/tai vanhempien osallistuneen hoitoneuvotteluihin tai kertomalla vanhempien tiivistä mukanaolosta lapsen hoidossa.

”Konfliktitilanteissa vanhemmat soittivat välillä osastolle hakeakseen tukea.” (hoitaja L.27)

”K oli mukana hoitosuunnitelmien tekemisessä ja ajoittain vaikeista asioista puhuminen oli hänelle hankalaa, jolloin hän pyrki hoputtamaan tapaamisten loppumista. K toi esille omia mielipiteitään ja kuunteli aikuisten puheita sekä pystyi olemaan mukana kaikissa tapaamisissa.” (hoitaja L.28)

”Hoidon tavoitteita ja niiden saavuttamista tarkasteltiin hoidon kuluessa yhdessä vanhempien kanssa perhehoitotyön tapaamisilla osastolla ja perheen kotona. Näissä tapaamisissa olivat mukana koko perhe, äiti, isä, veli ja M, sekä vastuuhoitajat osastolta.” (hoitaja J.20)

”S osallistui myös äidin ja isän kanssa tehtyyn perhetyöhön, jossa käytettiin tunteiden ja omien mielipiteiden esille tuomisen apuna mm. Valovoima-peliä sekä Voimakortteja.” (hoitaja K, HA.19)

”Hoitosuunnitelmia tehtiin jakson aikana viidesti M:n, äidin ja omahoitajien kanssa. M vastusteli sanallisesti niille varattuja aikoja, mutta pystyi olemaan mukana kaikissa tapaamisissa. M itse ei nimennyt ongelmiaan, mutta kuunteli tarkasti ja joskus ilmaisi eriävän kannan puhutuista asioista.” (hoitaja HU, 28)

Lapsen subjektiivista ja kyvykkyyttä rajoittavat kokemukset ovat erityisesti kyvyttömyys keskustella ja saada omaa ääntään kuuluviin (Itäpuisto 2005, 108 - 112). Edellä olevissa aineistoesimerkeissä kirjoittajat tuovat esiin lapsen sekä vanhempien osallistumisen tärkeyden lapsen kuntoutumisprosessissa. Esimerkissä 4 (hoitaja K, HA.19) kirjoittaja vielä korostaa lapsen kanssa käytetyn erityisiä menetelmiä lapsen äänen kuulemisen mahdollistamiseksi ja subjektiivisuuden vahvistamiseksi.

Kahteen 2/12 yhteenvetoon oli kirjattu vanhempien arvio siitä, että lapsi on hyötynyt saastaan psykiatrisesta hoidosta, samoin kahteen 2/12 yhteenvetoon oli kirjattu lapsen itsensä arvioineen hyötynneen hoidostaan. Kirjoittamistapa viittaa dialogiseen ja kumpu-panuussuhteeseen perustuvaan työskentelyyn lapsen ja vanhempien kanssa.

5.2.8 Lapsen tarpeet ja suositellut tukitoimet

Hoitotyön yhteenvetojen loppuosassa hoitajat kuvailivat lapsen vielä osastohoidon jälkeen tarvitsemaa apua. Kuudessa yhteenvedossa 6/12 lapselle suositellut tai jo aloitetut tukitoimet todettiin lyhyesti ja sähkösanomakielen kaltaisen luettelon avulla, irrallaan subjektiivista eli lapsesta, ja lapsi asetettiin jälleen toimenpiteiden ja tukitoimien kohteeksi.

”Ratsastusterapia 1x vko, kotisairaalakäynnit 1 x vko, yksilöterapia terapeutin löydyttyä, terapiaan liittyvä vanhempain ohjaus 2 x kk, lastensuojelun tukitoimet.” (hoitaja KR.25)

”Jatkohoitona on toukokuussa -06 alkanut kuvataideterapia.” (hoitaja J.22)

”Hoitovastuu siirtyy hoidon loputtua X-perhekeskukseen. S palaa jakson päätyttyä X-kouluun normaaliluokalle.” (hoitaja K, HA.35)

”M:n jatkohoitona on psykoterapia... Lastensuojelu alkaa etsiä M:lle sopivaa sijoituspaikkaa yhteistyössä äidin kanssa.” (hoitaja HU.31)

Kuuteen yhteenvetoon 6/12 hoitajat olivat kirjoittaneet näkemyksiään lapsen yksilöllistä tarpeista.

”A tarvitsee edelleen paljon tukea ja motivointia selviytyäkseen toimista, jotka eivät ole mieleisiä tai vaativat ponnistelua... Päivittäisistä toimista selvitäkseen A tarvitsee aikuisia muistuttamaan ja osoittamaan ajan kulkua...Itsestään huolehtimiseen A tarvitsee vielä ikäistään enemmän aikuisen huomiota... A:lla on toive kaverisuhteen luomisesta, mutta tarvitsee sellaisen muodostamiseen ja ylläpitämiseen runsaasti aikuisen tukea ja apua.” (hoitaja K.47)

”E tarvitsee edelleen tukea realiteeteissa pysymiseen, omien toiveiden ja ajatusten esiin tuomiseen sekä omien puolien pitämiseen. E:lle ei ole vielä hyväksi joutua tilanteisiin, joissa paineet ja vaatimuksen kasvavat hänelle liian suuriksi. Erityisesti E:ta tulisi kannustaa ikätasoihin kaverisuhteisiin ja häntä tulisi kuulla sekä huomioida omissa toiveissa ja kiinnostuksen kohteissa.” (hoitaja KO.47)

”J on kuitenkin suojaamattoman oloinen tyttö, joka tulee tarvitsemaan apua nuoruusiän tuomien muutosten käsittelyssä...J tarvitsee ikätasoisuuteen tukemista ja aikuisen tukea selviytyäkseen erilaisista arkipäivän sosiaalisista tilanteista.” (hoitaja HA, R.38)

Hoitajat viittaavat edellä mainituissa aineistoesimerkeissä lapsen yksilöllisyyteen ja yksilöllisiin tarpeisiin, ottaen huomioon hänen oman kehitymisensä hoidon aikana. Vertaukset ikätovereidensä kehitykseen lienee tarkoitettu realisoimaan jatkohoitopaikalle sekä lapsen vanhemmille lapsen tarvitsevuutta ja vaativuutta.

Lapsen omia toiveita jatkohoitonsa suhteen hoitotyön lausuntoihin ei oltu kirjattu lainkaan. Myöskään vanhempien toiveita ei oltu pidetty merkityksellisinä kirjata kuin ainoastaan yhdessä lausunnossa 1/12, jossa todettiin *yhteistyössä* vanhempien kanssa järjestettävän lapselle sijoituspaikkaa. Sen sijaan kahdessa 2/12 lausunnossa vanhemmat asetettiin toimenpiteiden kohteeksi todeten *heille järjestetyn* vanhempain tapaamisia tai lastensuojelun tukitoimia. Kirjoitustapa vahvistaa jälleen asiantuntijakeskeisyyttä ja syrjäyttää vanhemmat lapsensa arjen asiantuntijoina puhumattakaan lapsen subjektiivisuuden vähättelystä.

5.2.9 Lapsi hoitotyön yhteenvedoissa

Lastenpsykiatrisen osastohoidon perusta on lapsen ja vastuuhoidajan välinen vuorovaikutussuhde. Vuorovaikutussuhteessa pyritään tarjoamaan lapselle huolenpitoa ja ikätasoon ja kehitykseen sopivaa hoivaa, turvallisuutta ja korvaavia hyviä kokemuksia. Lasten kanssa työskenneltäessä tarvitaan aina huolenpitoa. Aineistoni lapset, jotka psyykkisistä ongelmistaan johtuen ovat usein ikätovereitaan pienemmän lapsen kehityksellisellä tasolla, tarvitsevat erityistä huolenpitoa. Asetelma johtaa luontaisesti siihen, että hoitajan ja lapsen välinen suhde voidaan määritellä huolenpitosuhteeksi. Huolenpitosuhteeseen liittyy myös hoivan käsite, jolla tarkoitetaan kokonaisvaltaista huolenpitoa asiakkaasta. Huolenpitosuhteen sudenkuoppana on, että asiakkaan asiantuntijuutta oman elämänsä suhteen loukataan työntekijän ”tietäessä” mikä hänelle on hyväksi. Psykiatrista ongelmista kärsivien lasten kohdalla monesti lapsen kyky toimia oman elämänsä asiantuntijan onkin heikentynyt, mutta se ei silti poista lapsen oikeutta saada ääntänsä kuuluviin.

Lasten ongelmia kuvailtaessa vastuuhoidajat olivat kuvailleet pääasiassa passiivimuodossa osastolla havaittuja lapsen ongelmia. Kumppanuussuhteeseen viittaavaa työskentelyä vanhempien kanssa oli havaittavissa siinä, että vanhempien esiin tuomia ongelmia oli kirjattu seitsemään lausuntoon, vaikkakin ne oli jätetty huomiotta tai peitetty ammattislangin käyttöön hoidon tavoitteita määriteltäessä. Lapsen itsensä esiin tuomia ongelmia oli sen sijaan kirjattu vain yhteen lausuntoon. Kuulluksi tuleminen omissa asioissaan sekä sitä kautta vahvistuva tunne oman elämänsä hallinnasta voi olla merkittävä tekijä asiakkaan muutosprosessissa, sen sijaan lapsen äänen kuulematta jättäminen heikentää lapsen subjektiivutta ja voimaantumista. Vanhempien kuuleminen ja heidän asiantuntijuutensa huomiointi lapsen asioissa lienee myös hyvä keino saada vanhemmat sitoutumaan lapsen kuntoutumisprosessiin.

Lapsen voimavaroja kuvaillessaan hoitajat olivat esitelleet asiakirjoissa lasta ajattelevana, tuntevana ja toimivana subjektina. Kielenkäytössä esiintyi kuvauksia siitä, mistä lapsi *pitää*, mitä hän *osaa*, ja mitä hän *toivoo*. Vanhempien kuvailemia voimavaroja sen sijaan oli kirjattu vain yhteen lausunnoista.

Vastuuhoitajien teksteissä, jossa kuvailtiin hoidolle asetettuja tavoitteita ja keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi, korostui vahva asiantuntijakeskeisyys. Vaikutelma syntyi passiivimuodossa kirjoitetusta tekstistä, jolloin saatiin aikaan todellisuus, jossa kirjoittajan vastuu katoaa ja jonka hahmotetaan näyttäytyvän samanlaisena ammattilaisesta riippumatta (Vehkakoski 2006, 53). Asiantuntijakeskeisyys näkyi myös siinä, että vanhempien esittämiä ongelmia ei juurikaan oltu huomioitu hoidon tavoitteita asetettaessa ja lapsen esittämää toivetta ei oltu huomioitu lainkaan. Vanhempien konkreettiset arkeen liittyvät ongelmat sivuutettiin ikään kuin vähäpätöisinä ja merkityksettöminä. Myös kuntoutumista kuvaavassa tekstissä näkyi vahva asiantuntijakeskeisyys sekä liittämisen ja kontrollisuhteen perustava asiakassuhde. Tällöin työntekijä on tietävä osapuoli, joka tietojensa perusteella määrittää asiakkaan muutoksen tarpeen ja tarvittavat menetelmät (Juhila 2006, 99). Hoitajat kuvasivat hoitotoimenpiteitä passiivimuodossa, ja lasta kohdeltiin kielenkäytössä ulkoisen vaikuttamisen kohteena. Lapsen kuntoutumisen edistymisen edellytyksenä viitattiin hoitajien aktiivisuuteen ja ulkopäin tuleviin vaikutteisiin.

Hoitajien teksteissä oli luettavissa kuitenkin myös kirjoittamista, joka kumpusi dialogisuudesta ja kumppanuussuhteesta erityisesti vanhempien kanssa. Hoitajat kuvailivat vanhempien esiin tuomia muutoksia lapsen voinnissa, ja lausuntoihin oli kirjattu myös vanhempien osallistuminen lasta koskeviin neuvotteluihin ja muuhun työskentelyyn. Teksteistä välittyi vaikutelma, että työskentelyprosessissa vanhemmat ovat mukana, mutta vanhempien mielipiteet ja ajatukset eivät juurikaan välity asiakirjoihin. Lapsen jatkohoidon tarpeista kirjoitettaessa hoitajat ottivat jälleen asiantuntijan position ja asettivat lapsen toimenpiteiden ja tukitoimien kohteeksi.

Hoitotyö pyrkii lapsen itsearvostuksen ja itsetunnon kohentamiseen sekä minän tukemiseen, lapsen omien voimavarojen löytämiseen, kannustamiseen sekä lapsen kohtaamiseen. Lapsen ja hoitajan välinen suhde pyrkii mahdollistamaan lapsen kuulluksi tulemisen ja hänen asioidensa ajamisen. Lapsen persoonallinen näkökulma näkyi hoitajien teksteissä sijoitettaessa lapsi kertojan paikalle, jolloin hänen äänensä tuli esiin joko lapsen puheen suorana lainaamisena tai ammattilaisen välittämänä, samoin kuin kuvaamalla sitä mistä lapsi pitää ja mitkä asiat ovat hänelle mieluisia. Teksteissä ilmeni lapsen kokemusten kuuleminen, ja hoitajat olivat pitäneet merkityksellisenä välittää niitä myös lukijalle. Lapsen kokemusten välittyminen asiakirjoihin tuo lapselle mahdollisuuden faktiseen läsnäoloon ja

korostua asiakirjan päähenkilönä. Hoitajat toivat teksteissään esiin myös ympäristön vaikutusta lapsen kuntoutumisen estäjänä tai edistäjänä.

5.3 LÄÄKÄRIN YHTEENVEDOT TUTKIMUSAINEISTONA

Lastenpsykiatrisella hoito-osastolla osaston erikoislääkäri vastaa kokonaisuudessaan hoitoprosessin kliinisen työn osuudesta. Lääkäri tekee hoidossa olevalle lapselle tarvittavat somaattiset tutkimukset ja lastenpsykiatrisen arvion, pyytää tarvittavat konsultaatiot sekä harkintansa mukaisesti röntgen-, laboratorio- ja neurofysiologisia tutkimuksia. Lääkäri määrää myös tarvittavat lääkkeet ja huolehtii lääkeseurannasta. Lääkäri tapaa hoidossa olevan lapsen vanhempia säännöllisesti sekä osallistuu erilaisiin lasta koskeviin neuvotteluihin. Erikoislääkärin vastuulla on myös lapsen jatkohoidon järjestäminen.

Lääkäri kirjoittaa hoidon päätyttyä yhteenvedon lapsen hoitoprosessista. Yhteenvedo laaditaan lapsen vanhempien, jatkohoito paikan sekä pyynnöstä myös lastensuojelun tiedon saantia varten. Lisäksi lääkärin laatimaa lausuntoa tarvitaan erilaisten etuuksien ja tukien saamiseen.

Koska lääkärin tehtävänä on pääasiassa koordinoida lapsen hoitoa, hänen asiakirjoihinsa kirjaamansa tiedot eivät perustu päivittäiseen kanssakäymiseen hoidossa olevan lapsen kanssa vaan koostuvat useammasta tietolähteestä. Lääkäri tapaa lasta somaattisten ja lastenpsykiatristen tutkimusten yhteydessä, mutta nämä tutkimuskerrat ovat määrältään vähäisiä. Lääkärin yhteenvedoon kirjaama tieto koostuu lääkärin omien havaintojen lisäksi lasta hoitavan moniammatillisen tiimin kokouksissaan jakamasta tiedosta, konsultaatioiden ja muiden ammattilaisten tutkimusten tuloksista sekä lapsen vanhemmilta saadusta tiedosta.

Lääkärin laatima yhteenvedo on erittäin merkityksellinen asiakirja, koska se määrittää lapsen tarvitseman hoidon ja avun osastohoidon jälkeen sekä antaa tai poistaa mahdollisuuden erilaisiin hoidollisiin, taloudellisiin ja muihin tukitoimenpiteisiin.

Aineistoni lääkärin yhteenvedot koostuvat 12 lastenpsykiatrisessa osastohoidossa olleen lapsen lääkärin lausunnoista. Suurin osa yhteenvedoista 9/12 on yhden erikoislääkärin laatimia ja allekirjoittamia ja kolme 3/12 yhteenvedoa on kahden lääkärin yhdessä allekirjoittamia. Yhteenvedot on laadittu lapsen hoitajakson päättyessä. Yhteenvedoja analysoidessani kiinnitin jälleen päähuomioni kolmeen pääteemaan: lapsen oirekuvaukseen, voimavarojen kuvaukseen sekä lapsen tarvitseman tuen kuvaukseen. Olen poiminut lääkärin yhteenvedoista kaikki ne näytteet, joissa lasta kuvataan näiden kolmen teeman kautta ja muodostin aineistolleni kolme pääkategoriaa. Näytteitä oli kaikkiaan 431 kpl, joista oirekuvauksia oli 219 kpl, voimavarojen kuvauksia 140 kpl ja lapsen tarvitseman avun tarpeen kuvauksia 72 kpl. Tarkemmassa analyysissä ryhmittelin näytteet neljään alakategoriaan:

1. diagnoosi ja oireilu
2. lapsi hoidon kohteena vs. kuntoutujana
3. patologia vs. ympäristötekijät
4. lapsen tarpeet ja suositellut tukitoimet.

Yhteenvedoissaan lääkärit käyttivät kahdenlaista kirjoitustapaa. Aluksi kaikissa lausunnoissa todettiin lapsen diagnoosi. Suurimmassa osassa lausuntoja 8/12 lääkärit viittasivat lapsen taustatietoihin, jotka on kirjattu tutkimusjakson yhteenvedoon, eivätkä käyneet toistamaan niitä hoitajakson lausunnossa. Neljässä lääkärinlausunnossa sen sijaan oli kirjattu lapsen taustatiedot ja kehityksen kulku äidin raskausajan tiedoista lähtien. Muutoin lausunnot noudattivat keskenään samanlaista kaavaa. Lääkärit kuvailivat lapsen hoidon alussa esiintyneitä ongelmia, hoitotoimenpiteitä, hoitoprosessin kulkua sekä suositeltuja jatko-hoitotoimenpiteitä.

5.3.1 Diagnoosi ja oireilu

Aineistoni lääkärin lausunnot alkoivat lapsen diagnoosin kertomisella. Lasten diagnooseiksi oli kirjattu samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö 6/12, lapsuusiän laaja-alainen kehityshäiriö 2/12, psykologinen kehityshäiriö 2/12, tarkkaavaisuushäiriö 2/12, puheen ymmärtämisen häiriö 1/12, lukemisen ja kirjoittamisen erityisvaikeus 1/12, minuuden hauraus, todellisuudentajun ajoittainen pettäminen 1/12, kontaktivaikeus 1/12, ja puhemotoriikan vaikeus 1/12. Diagnooseihin oli kirjattu myös muutamia somaattisia sairauksia. Kahdessa diagnoosissa 2/12 oli huomioitu myös lapsen ympäristötekijöiden vaikutus: epätyypillinen vanhemmuus, perheenjäsenen poissaolo tai muu primaarisen tukiryhmän ongelma.

Lääkärit kuvailivat osastohoidon alussa todettuja lapsen ongelmia aineistossani pääosin passiivimuodossa, jolloin tekstissä ei paljasteta, kuka ongelman osastolla on havainnut. Lasten ongelmia oli kuvailtu ahdistuneisuudeksi 3/12, hajanaisuudeksi 1/12, minän haurauksiksi 2/12, omiin ajatuksiin vaipumiseksi 4/12, oudoiksi puheiksi 1/12, motoriseksi levottomuudeksi 5/12, kommunikaatiovaikeudeksi 2/12, kouluvaikeuksiksi 2/12, aggressiivisuudeksi 4/12, vaikeudeksi asettua rajoihin 1/12, satuiluksi 1/12, näpistelyksi, 1/12 törkeäksi kielen käytöksi 1/12, tuskaisuudeksi 1/12, pelokkuudeksi 4/12, emotionaaliseksi yksinäisyydeksi 1/12, kontaktivaikeudeksi 3/12, juuttumiseksi 1/12, ja rituaalinomaiseksi oireiluksi 1/12.

Mielenkiintoiseksi lääkäreiden kuvailemat oireet tekee se, että kyseessä on samojen lasten oireilu, mitä myös sairaanhoitajat ja psykologit kuvailivat yhteenvedoissaan. Lääkäreiden kuvailemat oireet olivat konkreettisempia, yksilöllisempiä ja pienempiin kategorioihin pilkkottuja. Vanhempien kertomia oireita lääkärit kuvailivat sitä vastoin, erityisesti vastuuhoidajien kuvailemista konkreettisista ongelmista poiketen, lähinnä sähkösanomakielen omaisesti lasten raivokohtauksina 4/12, satuiluna 1/12, toimimisena alle ikäodotusten 1/12, tunne-elämän vaikeuksina 1/12, vaikeuksina kaveripiirissä 1/12 ja itsetuhoisuutena 1/12. Kahteen 2/12 asiakirjaan lääkärit olivat kuvanneet kokonaisen kappaleen verran täydellisiä lauseina vanhempien havaitsemaa lapsen oireilua.

5.3.2 Lapsi hoidon kohteena vs. kuntoutujana

Seuraavaksi lääkärit ovat kirjanneet menetelmiä, joilla lapsen ongelmiin oli pyritty vaikuttamaan. Osassa lausuntoja menetelmät oli lueteltu listana ja lapsi asetettu tekstissä toimenpiteiden kohteeksi mainitsematta lapsen omaa aktiivisuutta kuntoutumisessaan. Lapsen oma toimijuus ohitettiin myös kokonaisina lauseina kirjoitetussa tekstissä, jossa kuvattiin lapsen auttamistoimenpiteitä.

”Osastolla M:lle tarjottiin kahdenkeskisyyttä omahoitajan kanssa, pysähtymistä vaikeidenkin asioiden äärelle, toiminnan aikuisjohtoisuutta ja selkeä päivä-, ja viikkorytmi.” (lääkäri A, H.a.3)

”J:lle ja perheelle tehtiin useita tutkimuksia ja hoitointerventioita osastohoidon aikana.” (lääkäri S, H.12)

Jälkimmäisessä aineistoesimerkissä myös lapsen perhe otetaan toimenpiteiden kohteeksi ja sivuutetaan vanhemmat aktiivisina toimijoina. Kirjoittaja kuvaa passiivimuodossa lapselle ja perheelle tehtyjä interventioita paljastamatta kuka kyseiset interventiot on suorittanut. Samalla syntyy kuva siitä, että hoidon tuloksellisuus perustuu ainoastaan menestykselliseen ulkopuoliseen väliintuloon.

Asiakirjoissa näkyi kuitenkin myös lapsen oman toimijuuden huomioivaa kirjoittamista.

”J osallistui hoidon aikana liikunta-, musiikki-, kuvaamataito- sekä isä-poikaryhmiin.” (lääkäri S, H.11)

”J aloitti hoitajakson aikana ratsastusterapian kertaviikkoisena.” (lääkäri S, H.13)

”Osastohoidon aikana S osallistui myös ryhmämuotoiseen theraplay-kuntoutukseen.” (lääkäri Wb.34)

Edellä olevissa esimerkeissä lääkärit toteavat lapsen itse aktiivisesti osallistuneen hänelle tarjottuihin hoitotoimenpiteisiin ja luovat samalla mielikuvaa lapsen omasta osuudesta hoidon tuloksellisuudessa. Ensimmäisessä aineistoesimerkissä viitataan myös lapsen isän aktiivisuuteen kirjoittajan mainitessa lapsen osallistuneen isä- ja poikaryhmään.

Lapsen kuntoutumisesta kirjoitettaessa oli tyypillistä, että lääkärit lainasivat muiden ammattilaisten lausuntojen osia omassa tekstissään. Aikaisempien lausuntojen ja niiden osien liittäminen toistuvasti uudempiin lausuntoihin vahvistaa lausuntojen muodostaman teks-

tuaalisen maailman muuttumista yhä suljetummaksi, pysyvämmäksi ja itse itseään vahvistavaksi (Atkinson & Coffey 1997, 61). Tällöin aikaisemmista tulkintatavoista saattaa tulla seuraavien lausuntojen tuottamista ohjaavia itsestäänselvyyksiä, joihin tulevat kirjoittajat nojautuvat kriitikkömästi (Vehkakoski 2000, 49). Toisaalta lääkärin laatima yhteenveto on luonteeltaan sellainen asiakirja, jossa oletetaan kaikkien lapseen hoitoon osallistuneiden ammattilaisen näkemyksen tulevan ilmi. Lääkärin laatimassa asiakirjassa lääkäriellä on siis suuri vastuu siinä, mitä muiden ammattilaisten laatimien asiakirjojen osia hän pitää merkityksellisinä liittää omaan lausuntoonsa ja mitä jättää pois.

Lapsen kuntoutumista käsittelevissä lääkäreiden teksteissä oli havaittavissa kahdenlaista kirjoittamistapaa. Lääkärit, samoin kuin hoitajatkin liittivät lapsen toimijuuteen kielteisiä tuloksia kirjoittaen lapsen oireilusta aktiivimuodossa.

”S valehteli paljon” (lääkäri Wb.19)

”A oli omaehtoinen, kokeili rajojaan ja oli väkivaltainen arvaamattomalla tavalla.” (lääkäri Ke.11)

Toisaalta lääkäreiden asiakirjoissa lapsen oireilua ikään kuin poistettiin lapsen omalta vastuulta. Tällainen kirjoitustapa luo mielikuvaa siitä, että lapsi ei juurikaan ole vastuussa omasta toiminnastaan, sillä käyttäytymisen oletetaan aiheutuvan hänen kontrollinsa ylittävistä tekijöistä ja patologiasta.

”A:lla oli kolmena peräkkäisenä päivänä itsetuhoisia puheita.” (lääkäri Ka.8)

”Hänellä esiintyi irrallista naurua ja mielikuvitusasioiden totena kertomista.” (lääkäri Wc.13)

”Hänen ajatusmaailmassaan oli edelleen epäluuloa ulkomaailmaa kohtaan.” (lääkäri Wa.41)

Tällainen ajattelutapa näyttää päältä katsottuna humanitaariselta ja edistykselliseltä, mutta synnyttää samalla passiivisuutta, ei-vastuullisuutta ja riippuvaisuutta (Conrad & Schneider 1992, 34,248,273). Lisäksi kirjoitustapa saattaa joissakin olosuhteissa johtaa pessimistisiin tulkintoihin, mikäli kirjoittamiseen liittyy näkemys tehokkaiden parannuskeinojen puuttumisesta (Conrad & Schneider 1992, 247).

Pääasiassa lääkäreiden teksteistä oli luettavissa kuitenkin lapsen hyötyminen annetusta hoidosta. Lääkärit kuvasivat lapsen oireilua sekä sitä, mitä oireilun vähentämiseksi oltiin tehty ja kuinka lapsi siitä oli hyötynyt.

”Lapsiryhmässä S turvautui hyvin nopeasti sanalliseen kiusaamiseen ja tarpeen tullen myös nyrkkeihin, jos joutui uhatuksi tai joutui kokemaan huonommuuden tunnetta. Näiden tilanteiden selvittelyyn S tarvitsi aikuisen tukea, mutta pystyi vähitellen näkemään oman osuutensa tilanteiden syntymiseen.” (lääkäri Kb.12)

Aineistoesimerkissä lääkäri kuvaa lapsen oppineen aikuisen tuen avulla näkemään oman osuutensa konflikteissa lapsiryhmässä ja viittaa lapsen omaan toimijuuteen kuntoutumisen edistymisessä. Muiden ammattiryhmien kirjauksista poiketen lääkärit huomioivat myös lääkityksen vaikutusta lapsen kuntoutumisprosessissa.

”Lääkitys vaihdettiin X-lääkitykseen, joka tuntui koostavan E:n hajanaista maailmaa. Syksyn aikana E:n luottamus vastuuhoitajaan kasvoi ja vuorovaikutus parani huomattavasti. Realiteettitestauksen häiriöt poistuivat ja E alkoi osoittaa kiinnostusta muita lapsia ja heidän tekemisiään kohtaan.” (lääkäri Wa.35)

Esimerkissä kuvataan ulkopuolista interventiota, lääkityksen vaihtamista, mutta kirjoitustapa ylläpitää lapsen subjektiutta. Kirjoittaja kuvaa omaa toimintaansa passiivimuodossa, mutta luo lapsen aktiiviseksi toimijaksi kirjoittaessaan hänestä aktiivimuotoisesti.

5.3.3 Patologia vs. ympäristötekijät

Lapsen subjektiutta huomioitiin lääkäreiden teksteissä myös kirjoittamalla lapsen ympäristötekijöiden ja vaikean perhetilanteen osuudesta ongelmien aiheuttajana

”Äiti kertoi koko hoitojakson ajan kestäneestä jaksamattomuudestaan olla lasten kanssa.” (lääkäri Kb.19)

”Poliisi teki S:n asiassa lastensuojeluilmoituksen äidin laiminlyönnin ja äidin miesystävän S:an kohdistuneen väkivallan vuoksi. Tämän jälkeen S vietti viikonlopun päivystysosastolla. Loppukevään aikana S:n vointi koheni ja hän kertoi tuntevansa olonsa turvalliseksi.” (lääkäri Wb.23)

”A:lla ei tuntunut olevan käsitystä huolta pitävistä vanhemmista.” (lääkäri Wc.24)

Ympäristötekijöistä kirjoittaminen on vaihtoehto tavalle sijoittaa ongelmat ja niiden syyt yksinomaan yksilöön. Edellä olevissa esimerkeissä lapsen olosuhteista kirjoittaessaan lääkärit viittasivat lapsen heikon kasvuympäristön vaikutukseen paitsi lapsen kuntoutumisessa, myös lapsen psyykkisten ongelmien aiheuttajana. Kirjoitustapa lieventää vaikutelmaa siitä, että lapsen toimijuuteen liitetään vain kielteiset tekijät ja että positiiviset tulokset olisivat ulkopuolisten toimijoiden vaikutusta. Esimerkeissä lisätään lapsen normaaliutta ja korostetaan ympäristön epänormaaliutta kertomalla poikkeuksellisista olosuhteista, joissa lapsi on joutunut elämään. Tällöin psyykkinen oireilu on paremminkin normaali, kuin patologinen tapa reagoida epänormaaliin kasvuympäristöön.

Lääkäreiden yhteenvedoissa tuotiin esiin lapsen vanhempien kanssa tehtyä yhteistyötä ja ammattilaisten vanhemmista tekemiä havaintoja lapsen osastohoidon aikana.

”Syksyn aikana kävi selväksi, etteivät äidin voimavarat riittäneet turvaamaan S:n kehitystä jatkossa.” (lääkäri Wb.22)

”Vanhempien kanssa tehdyssä yhteistyössä on käsitelty osastohoidon sisältöä, selkeiden struktuurien ja ennakoitavuuden merkitystä A:n turvallisuuden tunteelle. ...Työntekijöille välittyi tunne siitä, että vanhempien keskusteluyhteys A:n asioissa ei aina toimi A:n edun mukaisesti. Molemmat vanhemmat kertoivat etteivät juurikaan keskustele keskenään kasvatusasioista ja monin paikoin vanhempien käsitykset esim. kotiintuloajoista, rahan käytöstä tms. poikkeavat toisistaan.” (lääkäri Ka.16)

”Jakson aikana vanhemmat osallistuivat aktiivisesti K:n hoitoon hoitosuunnitelmien teossa, lääkärin tapaamisissa sekä säännöllisillä vanhempainohjauskäynneillä, joilla työntekijöinä olivat osastonhoitaja X ja sosiaalityöntekijä X. Heidän mukaansa vanhemmat työskentelivät alun kasvatusristiriidoista huolimatta hyvässä yhteistyössä K:n suhteen ja pohtivat rehellisesti ja avoimesti omia toimintatapojaan. (lääkäri A, Hb.21)

Kahdessa ensimmäisessä aineistoesimerkissä tuodaan esiin lapsen kasvuympäristön vahingollista vaikutusta lapsen psyykkiseen kehitykseen ja poistettiin ”lapsen omaa syytä” psyykkiselle oireilulle. Lausunnoissa oli kuitenkin löydetty myös positiivisia asioita vanhempien kanssa työskentelystä. Viimeisessä näytteessä (lääkäri A, Hb.21) kirjoittaja kuvaa vanhempien positiivista toimijuutta alun hankaluuksista huolimatta. Kirjoittaja viittaa myös ammattilaisten ja vanhempien kumppanuussuhteeseen lapsen hoidossa, mikä ilmenee yhteistyötä ja vanhempien aktiivisuutta painottavissa ilmaisuihin *osallistuivat, työskentelivät ja pohtivat*.

Vanhemmat esitetään teksteissä myös lapsensa kehityksen etenemisen asiantuntijoina.

”Äidin mukaan vuorovaikutus E:n kanssa on helpompaa ja hänen sosiaaliset taitonsa ovat merkittävästi parantuneet.” (lääkäri Wa.59)

”Vanhempien mielestä M edistyi hoidon aikana, esim. hän alkoi kertoa enemmän asioistaan, toimia suunnitelmallisemmin toimittaen pieniä ikätasoisia askareita sekä vahvistui edelleen koululaisen roolissaan.” (lääkäri Kd.15)

Vanhemmat tuodaan aineistoesimerkeissä esiin tasavertaisina kumppaneina ja toimijoina, joiden mielipiteitä ammattilaiset eivät voi sivuuttaa.

5.3.4 Lapsen tarpeet sekä suositellut tukitoimet

Lasten tarpeista kirjoittaessaan lääkärit tukeutuivat jälleen muiden asiantuntijoiden lausuntoihin. Tyypillisesti lääkärit olivat lainanneet psykologien sekä vastuuhoidtajien omissa asiakirjoissaan todenneita lapsen tarpeita, mutta myös muiden asiantuntijoiden arvioimia avuntarpeita. Lääkäreiden teksteissä lapsen tarpeita ilmaistiin sekä passiivimuodossa, jolloin tekstistä ei selviä kuka lapsen tarpeen oli havainnut, että aktiivimuodossa, jolloin tarpeen havainnut ammattilainen yksilöitiin.

”N:n katsotaan edelleen tarvitsevan vankkaa tukea toimiakseen ikätasoisesti sekä apua rajanvetämisessä itsen ja muihin ihmisiin.” (lääkäri Kc.20)

”Neuropsykiatriaan perehtyneen sairaanhoitaja X:n mukaan E tarvitsee sosiaalisten toimintamallien harjoittamista aktiivisesti, koska normaaliin tapaan mallintamalla oppiminen on hänelle vaikeaa.” (lääkäri Wa.56)

Passiivimuodossa kirjatut lapsen tarpeet olivat tyypillisesti vastuuhoidtajien ja psykologien omissa lausunnoissaan esiin tuomia tarpeita, jotka lääkärit olivat esittäneet hieman toisin sanoin tai suoraan lainaten vastuuhoidtajien tai psykologien tekstiä.

Lääkärit olivat kirjanneet myös opettajien ja terapeuttien arvioimia lapsen tarpeita.

”Opettajan mukaan S hyötyy pienestä kouluryhmästä ja yksilöllistämispäätökset voivat olla jatkossa tarpeen.” (lääkäri Wb.36)

”Jatkossa terapeutti suosittelee yksilöpsykoterapiaa, johon K:lla jo olisi hänen arvionsa mukaan valmius.” (lääkäri A. Hb.20)

Jatkohoitosuosituksista kirjoitettaessa lääkärit vetivät yhteen eri ammattilaisten kuvaamista avuntarpeista muodostamansa jatkohoitosuunnitelman, joka esitettiin tyypillisesti jälleen passiivimuodossa.

”Lastenpsykiatrisena jatkohoitona osastojakson jälkeen M:lle suositellaan yksilöpsykoterapiaa.” (lääkäri A, Ha.25)

Conrad & Schneiderin (1992) mukaan lääketieteen ammattikäytännöissä yleinen tapa on nojata vain ammattilaisten asiantuntemukseen diagnoosien ja hoitosuositusten pohjana (Conrad & Schneider 1992, 249). Lääkärit olivat kuitenkin joissakin lausunnoissaan jatkohoitosuunnitelmaa kuvaillessaan todenneet, että jatkohoito on suunniteltu yhdessä lapsen verkoston kanssa ja näin viittasivat dialogiseen ja kumppanuussuhteeseen perustuvaan yhteistyöhön lapsen vanhempien ja muiden viranomaisten kanssa.

”J:n jatkohoito siirtyy X:n perheneuvolaan ja lastensuojelu on yhdessä vanhempien kanssa suunnitellut J:lle sijoitusta X:n lastenkotiin. (lääkäri D,K.27)

”M palaa entiseen kouluunsa X:n ala-asteen monimuotoluokalle. Mahdollinen useampien aineiden mukauttaminen tehdään äidin ja koulun yhteistyönä.” (lääkäri A, Ha.24)

Jatkohoitosuosituksissa annetaan myös ohjeita vanhemmille:

”Vanhempien on tärkeää jatkaa työskentelyä terapiaan liittyvien vanhempien tapoamisten muodossa.” (lääkäri Wa.62)

”A tarvitsee kuitenkin omien vanhempiensa vahvaa tukea ja läsnäoloa arjessa ikäisiään lapsia enemmän ” (lääkäri Ke.64)

Edellä olevissa aineistoesimerkeissä lääkärit korostavat vanhempien työskentelyn ja läsnäolon tärkeyttä lapsen arjessa. Hyvästä tarkoituksestaan huolimatta kirjoitustapa asettaa vanhemmat paternalistisen ohjauksen kohteiksi ja luo kuvaa kyvyttömistä ja epäpätevistä vanhemmista. Kirjoitustapa vahvistaa myös asiantuntijakeskeisyyttä.

Lääkäreiden kirjoittamat lausunnot eroavat muiden ammattilaisten lausunnoissa siinä mielessä, että niihin päätynyt tieto on peräisin pääosin muiden ammattilaisten laatimista asiakirjoista tai muuten välittämästä tiedosta. Lääkäriin ja lapsen välille ei osastohoidon aikana lääkärin hoitoa koordinoivasta tehtävästä johtuen synny samanlaista tiivistä suhdetta kuin

lapsella ja vastuuhoitajalla, eivätkä lääkärin tekemät lastenpsykiatriset tutkimukset perustu samanlaiseen tehtävä- ja testityöskentelyyn kuin psykologin tekemät tutkimukset. Lääkärinlausuntoon kerätään institutionaalisita syistäkin johtuen laajempi selvitys lapsen tilanteesta huomioiden kaikkien lapsen hoitoon osallistuneiden ammattilaisten mielipiteet.

5.3.5 Lapsi lääkärin lausunnoissa

Lääkärinlausunnoista oli luettavissa vahva asiantuntijakeskeisyys. Lausunnot alkavat lapsen diagnoosin arvovaltaisella toteamisella. Ammattilaisten tekemät päätelmät lapsen oireilusta tiivistetään muutamalla sanalla kliinispatologiseksi kokonaisuudeksi. Lisäksi ongelmalliseksi koetusta ilmiöstä luodaan kohde, määritellään patologista prosessia hallitsevat interventio-ohjelmat, arvioidaan tehtyjen ratkaisujen ja tulosten riittävyttä sekä annetaan vaikutelma yhtenäisestä tiedollisesta ammattipohjasta (Bayliss 1998, 68).

Ammattilaisten asiantuntijuutta luotiin myös häivyttämällä heitä toiminnan subjekteina passiivimuotoisten lauseiden taakse. Tällä tavoin tuotetaan mielikuvia ammattikäytäntöjen objektiivisuudesta, tarkkuudesta ja luotettavuudesta. Myös kritiikitön nojaaminen toisten ammattilaisten lausuntoihin vahvistaa asiakirjojen muodostamaa itsenäistä maailmaa ja heikentää ulkopuolisten mahdollisuutta päästä siihen sisälle. (Vehkakoski 2000, 72).

Vastakkaisia mielikuvia ehdottomasta asiantuntijuudesta synnyttivät lääkäreiden käyttämät viittaukset lapsen vanhempien mielipiteisiin samoin kuin aktiivimuodossa kirjoitetut muiden ammattilaisten mielipiteet. Lääkärit loivat näin monipuolisempaa kuvaa lapsesta ja hänen ympäristöstään. Muiden ammattilaisten tekstien siteeraaminen toi esiin myös sen, että lapsen oireilu ja ikätovereiden kehitystasoon yltämättömyys saattaa päteä vain tietyissä tilanteissa ja olosuhteissa, mutta ei muodosta lapsen koko identiteettiä. Muiden ammattilaisten huomioiden kirjaaminen välitti mielikuvaa lääkäreiden kumppanuussuhteeseen ja dialogisuuteen pyrkivästä työskentelyotteesta toisten ammattilaisten ja lapsen verkoston kanssa. Kumppanuussuhteeseen ja dialogisuuteen pyrkivä työskentelyote välittyi lääkäreiden asiakirjoissa myös vanhempien kanssa tehdyn työskentelyn korostamisella sekä lapsen olosuhteista kirjoittamalla. Lapsen oma ääni, toiveet ja kokemukset eivät sen sijaan välittyneet lääkäreiden teksteissä yhtä lausuntoa lukuun ottamatta 1/12. Lapsen kutsuminen kertojan paikalle oli lääkäreiden kirjoitustavalle vierasta, mikä vaikeuttaa lapsen todel-

listumista lukijalle. Tämä on sikäli ongelmallista, että lääkärin lausunto on erityisen tärkeä asiakirja, koska juuri se institutionaalisessa ympäristössä antaa tai poistaa mahdollisuuden erilaisiin lasta kokeviin tukitoimenpiteisiin.

Lapseen kohdistetuista hoitotoimenpiteistä tai hänen tarvitsemaan jatkohoidosta lääkärit kirjoittivat jälleen hyvin asiantuntijakeskeisesti ja teksteissä oli näkyvissä lasta kohteellista-va toimintamalli. Esimerkiksi ikätasoisiin tavoitteisiin pääsemisessä lausunnoissa oli tyypillistä arvioida miten hoitotoimenpiteet olivat lasta auttaneet, jolloin lasta kohdeltiin kielenkäytössä ikään kuin tyhjänä kokonaisuutena ja ulkoisten voimien kohteena. Kirjoitustapa antoi vaikutelman lapsen oman aktiviteetin vähättelystä.

Asiantuntijuuden korostamiseen sekä mekanistisiin ja objektoiviin käytäntöihin nojaava ja niitä vahvistava kielenkäyttö liittyy läheisesti länsimaisessa kulttuurissa vallitsevaan suuntaukseen elämän lääketieteellistymisestä eli medikalisaatiosta. Medikalisaatiolla on tarkoitettu perinteisesti yhä useampien ominaisuuksien, erilaisuuksien, poikkeavuuksien ja eiläketieteellisten ilmiöiden (esim. aggressiivisuus) selittämistä, määrittämistä ja kontrolloimista lääketieteellisesti. Elämäntapahtumien lääketieteellistämisen myötä medikalisaatio on merkinnyt myös lääketieteen institutionaalista kasvua, terveydenhuollon merkityksen korostumista yhteiskuntapolitiikassa sekä lääketieteellisen ammattikunnan toimivallan laajentumista. (Conrad & Schneider 1992,29,170.)

Medikalisaation käsitettä voidaan käyttää myös lääketieteellisen retoriikan ja ideologian kuvaajana (Rintala 1995, 5). Lääketieteelliselle retoriikalle on ominaista juuri poikkeavuuden ulkoistaminen ja loitonnuttaminen lapsen muista ominaisuuksista sekä sen asettaminen positivististen tieteen sääntöjen alle. Ajattelumallin mukaan normaalin ja poikkeavan rajat ovat periaatteessa yksiselitteisiä ja objektiivisesti määrättäviä, jolloin häiriöihin vaikuttaminen ilmenee erilaisina lääketieteellisinä, kuntoutuksellisina ja kasvatuksellisina interventioina. Medikalisaation myötä asiakkaat eivät ole juurikaan vastuussa toiminnastaan, sillä käyttäytymisen oletetaan aiheutuvan heidän ymmärryksensä ja kontrollinsa ylittävistä tekijöistä. (Conrad & Schneider 1992, 29 - 34). Medikalisaation käsitettä voidaan laajentaa koskemaan poikkeavan käyttäytymisen ja sairaan lapsen lisäksi myös lapsen vanhempia (Rintala 1995,19). Vanhempien asettaminen medikalisaation kohteeksi näkyy heille suunnatuissa ohjeissa ja heidän jaksamistaan koskevassa kirjoittamisessa. Vanhempien jaksamista koskeva kirjoittaminen korostaa lapsen perhettään taakoittavaa vaikutusta.

6. LAPSI AMMATILAISTEN TEKSTEISSÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida asiakirja-aineiston valossa minkälaisia kuvia ammattilaiset rakentavat lastenpsykiatrista tukea tarvitsevasta lapsesta. Keskityin kuvaamaan sitä, miten aineistossani lapseen viitattiin eri ammattilaisten teksteissä, millaisia representaatioita heistä luotiin ja millaisiin asemiin heidän sijoitettiin. Lisäksi tavoitteenani oli tarkastella minkälainen, erityyppisissä vuorovaikutustilanteissa syntynyt tieto lapsesta siirtyy asiakirjoihin. Tutkimukseni lähtökohtana oli ajatus siitä, että instituutioiden vuorovaikutuskäytännöt sekä institutionaalisten käytäntöjen asettamat ehdot laajentavat tai kaventavat eri toimijoiden osallisuutta. Oman erityistehtävänsä luonteen mukaisesti eri asiantuntijat noudattavat erilaisia vuorovaikutusmalleja, jotka puolestaan eri tavoin mahdollistavat lapsen oman äänen kuulumisen työskentelyssä ja siten myös siirtymisessä asiakirjoihin. Omassa tutkimuksessani analyysin painopiste on aineiston ilmisällöissä, mutta pyrin kohdentamaan analyysia osaltaan myös niihin taustarakenteisiin, jotka ovat vaikuttaneet ilmisällön muodostamisprosessin taustalla.

Analyysini aluksi löysin aineistostani kolme pääteemaa, jotka esiintyivät kaikissa lausunnoissa: oireet, voimavarat ja tarvittavat tukitoimet. Eri ammattilaiset painottivat teemoja eri tavoin, kuten seuraavasta taulukosta ilmenee.

Taulukko 8. Teemojen painotus aineistoni näytteissä

	oireet	voimavarat	tukitoimet
psykologit	273 näytettä	146 näytettä	50 näytettä
vastuuhoitajat	262 näytettä	207 näytettä	37 näytettä
lääkärit	219 näytettä	140 näytettä	72 näytettä

Taulukosta ilmenee, että aineistoni ammattilaiset kuvasivat lapsia enimmäkseen oireilun kautta. Tämä lienee luonnollista seurausta sairaalan ammattikäytännöistä, joiden tarkoitus on löytää lapsessa oleva häiriö ja keinot häiriön tai sairauden poistamiseksi. Psykologit suorittavat usein hoitotyön pohjana olevan tutkimuksen, joten lienee luonnollista, että psykologin lausunnoissa lapsen oireilua kuvataan eniten. Psykologin lausunnon tarkoitus on

myös antaa suosituksia lapsen tarvitsemista hoito- ja tukimuodoista, joten tukitoimia on myös kuvattu lausunnoissa runsaasti. Vastuuhoitajien laatiman hoitotyön yhteenvedon tarkoitus on kuvata lapsen kuntoutumisprosessia. Aineistossani vastuuhoitajat olivatkin kuvanneet ammattiryhmistä eniten lapsen voimavaroja, mutta yllättävän paljon myös oireilua. Tukitoimia oli kuvattu sen sijaan niukimmin, mikä lienee seurausta sairaalan ammattikäytännöistä, joiden mukaan vastuuhoitajan tehtäviin ei kuulu jatkohoidosta päättäminen. Sen sijaan lääkärit ovat vastuussa lapsen jatkohoidon järjestämisestä, mikä näkyi myös aineistoni lausunnoissa suurimpana näytemääränä tukitoimien kohdalla. Oireiluun ja voimavaroihin lääkärit sen sijaan olivat käyttäneet vähiten merkintöjä. Aineistoni lausuntojen näytteiden määrä teemaa kohden antanee kuvaa sairaalan psykiatrisen osaston ammattikäytännöistä ja siitä, minkälaisiin tarkoituksiin lausunnot ja asiakirjat on laadittu.

Tutkielmani tarkoitus oli kuitenkin selvittää millaisia representaatioita lapsista luotiin ja miten lapsen oma ääni tuli näkyviin asiakirjoissa. Analyysissäni löysin kolme erilaista tapaa millä ammattilaiset kirjoittivat lapsesta: oirekeskeisyys, kehityksen ja kuntoutuksen korostaminen sekä lapsilähtöisyys. Tässä luvussa käsitelen ammattilaisten lapsille rakentamia identiteettejä näiden kolmen eri tulkintakehyksen kautta. Lopuksi pohdin vielä institutionaalisten käytäntöjen asettamien ehtojen merkitystä tiedon valikoitumisessa asiakirjoihin.

6.1 LAPSISTA LUODUT REPRESENTAATIOT

Oirelähtöisessä puhetavassa keskeinen tapa hahmottaa psykiatrista apua tarvitsevan lapsen tilannetta oli hänen tavallisesta poikkeavat oireensa, jotka lääkäri sitten loppuarviossaan oli nimennyt johonkin diagnostiseen luokkaan sopiviksi. Tähän puhetapaan liittyivät myös lapsen diagnoosin, psykologin tutkimusten sekä ammattilaisten havaintojen perusteella nousevat tarpeet. Lapsen oireita kuvaava kieli erityisesti sairaanhoitajien ja lääkäreiden lausunnoissa oli varmaa ja ehdotonta sekä objektiiviseen vaikutelmaan pyrkivää. Vaikutelma syntyi runsaasta passiivimuodon käyttämisestä ammattilaisten havaintoihin ja toimenpiteisiin viitattaessa. Tällä tavoin saatiin aikaan todellisuus, jossa tutkimusprosesseista vastaavien toimijoiden vastuu katoaa ja jonka hahmotetaan näyttäytyvän samanlaisena ammattilaisesta riippumatta (Vehkakoski 2006, 53). Kirjoittaminen lapsen ongelmista saatiin näin näyttämään neutraalilta, vaikka se rakensi koko ajan eroa normaaliuuteen ja lapsen toivottaviin ominaisuuksiin. Psykologit olivat huomioineet lausunnoissaan

myös toisenlaisen totuuden mahdollisuuden ja olivat käyttäneet myös epävarmoja sanavalintoja sen sijaan, että olisi korostettu havaintojen ja todellisuuden aukotonta suhdetta. Tällä tavoin lukijalle annettiin mahdollisuus myös toisenlaiseen tulkintaan.

Erityisesti lääkäreiden tekstejä leimasi vahva intertekstuaalisuus eli muiden ammattilaisten tekstien siteeraaminen ja lainaaminen. Intertekstuaalisuuden ilmeneminen sai ammattilaisten tekstit muuttumaan yhä suljetummiksi, pysyvimmiksi ja itseään vahvistavammiksi. Siteeraamisen riskinä on myös ongelmien lääketieteellistyminen, jolloin lapsen ongelmien ajatellaan johtuvan pelkästään hänen patologiastaan. Tämän sudenkuopan lääkärit olivat pääosin kuitenkin välttäneet kirjoittamalla myös lapsen ympäristötekijöiden, ja erityisesti kotitilanteen vaikutuksesta lapsen ongelmiin ja kuntoutumiseen.

Oirelähtöisen puhettavan taustalla olevia ammattikäytäntöjä kuvaa vahva asiantuntijakeskeinen vuorovaikutus ja kontrolli- ja liitämissuhde. Asiantuntijakeskeisyyden vahvuutena on neutraali ja objektiivinen suhtautuminen lapsen ongelmiin, jolloin vikaa ei liitetä lapseen itseensä, vaan hänen patologiaansa ja lääketieteellisesti määriteltävään tapaukseen. Koliikon kääntöpuolena taas on se, että lapselle annettu diagnoosi muodostuu lapsen toiminnan selittäjäksi, vaikka itse toiminta olisi juuri käynnistänyt koko diagnosointiprosessin. Samalla lapsen oma toimijuus piiloutuu diagnostisten piirteiden kuvaaman häiriötilan taakse ja lapsi kohteellistetaan toimimaan näiden odotusten mukaisesti. Tällainen nimeämisen moraalinen merkitys korostuu erityisesti pohdittaessa sen vaikutuksia siihen, millaisena ihmiset näkevät lapsen, puhuvat hänestä tai tulkitsevat häntä koskevaa todellisuutta. (Vehkakoski 2006, 55.)

Asiakirjojen tarkoituksena on paitsi kirjata muistiin tosiasioina pidettyä tietoa, myös välittää tietoa lapsesta muille asiantuntijoille, mutta myös lapselle ja perheelle. Lausuntojen päähenkilö, hänen omaisensa tai muut instituution ulkopuolella olevat lukijat eivät välttämättä tunne tekstin taustalla olevaa ammatillista viitekehystä ja käsitteistöä, mutta kykenevät silti lukemaan tekstiä ja peilaamaan sen sisältöä arkikokemuksiinsa (Rubin 1992, 465). He tekevät lausunnoista tulkintoja, jotka vaikuttavat tapaan, jolla he hahmottavat elämäntilanteitaan ja niistä selviytymistä. Jatkuva lapsen ongelmiin vetoaminen ja korostaminen luo voimattomuutta ja antaa kuvan vaikeuksien voittamattomuudesta (Riikonen 1992, 171).

Diagnoosin sisältämien vahvojen oletusten takia diagnosoidun lapsen identiteetistä tulee siis hallitseva, läpitunkeva ja leimaava identiteetti institutionaalisissa yhteyksissä: se vaikuttaa niin koulusijoitukseen, terapia- ja kuntoutuskäytäntöjen kuin palveluidenkin saamisen pohdintaan. Näin ollen, vaikka diagnoosi merkityksellistyy ammattilaisten kielenkäytössä myönteiseksi, tilanteenhallinnan tunnetta lisääväksi ja tuen saamisen mahdollistavaksi asiaksi, se ei lapsen kannalta ajateltuna sitä kaikissa suhteissa ole. (Vehkakoski 2006, 55.) Diagnostisoidusta minuudesta muodostuu lapsen mukana kulkeva identiteetti, joka voi aktivoitua missä tahansa institutionaalisessa ympäristössä ja luoda lapselle samalla niin mahdollisuuksia kuin rajoituksiakin. Tähän liittyen erityisesti ammattilaisten kirjoittamien tekstien voidaan ajatella lyövän lapsen identiteetin lukkoon voimakkaammin kuin mikään yksittäinen vuorovaikutustilanne, sillä pysyväisluonteisesti tallennettuna tietona tekstit saattavat jäädä elämään ajasta, paikasta ja lukijakunnasta toiseen. (mt., 53 – 54.)

Taulukko 9. Oirelähtöisen kirjoittamisen keskeiset piirteet

	oireet, ongelmat
	diagnoosi
oirekeskeisyys	tarpeet
	passiivimuodon käyttö
	asiantuntijakeskeisyys
	kontrolli- ja liitämissuhde

Kehitystä ja kuntoutumista korostavassa kirjoittamisessa painottuivat normatiiviset, ikäsidonnaiset kehityksen kriteerit, joita vastaan lasten kuntoutumista peilattiin ammattilaisten teksteissä. Ikätasoisuus ilmeni teksteissä niin arvioinnin kohteena, toteutuneina ja toteutumattomina tavoitteina sekä tarvittavan tuen ja tarpeiden määrittäjänäkin. Kehityksen kuvausta hallitsivat ammattilaisten ammattislangiin ja passiivimuotoihin puettu teksti, mutta toisaalta myös vanhempien havaitsema, useinkin hyvin konkreettisiin asioihin perustuva kehitys oli teksteissä huomioitu.

Lapsi itse oli kehitystä ja kuntoutumista korostavassa tekstissä paljolti passiivisessa asemassa. Ammattilaiset, erityisesti vastuuhoidajat, viittasivat teksteissään omaan aktiivisuuteensa tai muuhun ulkopäin lähtevään vaikuttamiseen kehityksen edellytyksenä. Pahimmil-

laan puhetapa palautti epäonnistumiset lapsen toimijuuteen, kun taas edistyminen liitettiin ammattilaisten aktiivisuuteen ja toimenpiteisiin. Kehitystä ja kuntoutumista korostavassa kirjoittamisessa lapsi asetettiin toimenpiteiden kohteeksi ulkopuolisten asiantuntijoiden ”tietäessä” mikä lapselle on parhaaksi. Lapselle suoritetuista toimenpiteistä kirjoitettiin passiivimuodossa eikä lapsen toimijuutta kuntoutumisen edistymisessä huomioitu. Joissakin kehitystä ja kuntoutumista korostavissa teksteissä myös lapsen vanhemmat oli asetettu toimenpiteiden kohteeksi. Vanhemmille kerrottiin esim. *tehdyn* MIM-arvioinnin, ikään kuin vanhemmat eivät olisi lainkaan olleet aktiivisena osapuolena kyseisessä toimenpiteessä. Myös jatkohoitosuosituksissa annettiin vanhemmille paternalistisesti ohjeita, jolloin syntyi kuva vanhempien ymmärtämättömyydestä ja asiantuntemuksen puutteesta lapsen arjessa. Kehitystä ja kuntoutumista korostavassa kirjoittamisessa näkyi paitsi lapsen myös vanhempien medikalisoiminen. Vanhempien medikalisointi näkyi erityisesti heidän jaksamistaan koskevissa teksteissä sekä heille suunnatuissa ohjeissa. Tällaisessa kielenkäytössä ilmenee tapa kirjoittaa vanhempien elämäntilanteesta sekä vanhempien ja lapsen suhteesta psykologisen ajatteluperinteen kehittämien käsitteiden avulla. Tavasta seuraa lapsen taakoittavan ja perheen ammatillisen tuen tarpeen korostuminen. (Vehkakoski 2000, 76.)

Lapsen kehityksen arviointikriteereinä viitattiin yleisesti ikätovereiden vastaavaan tasoon. Poikkeamat ilmaistiin negatiivien kautta ja niihin liittyi kielteinen normatiivinen näkökulma: asian tulisi olla toisin. Normatiivisten kriteereiden seurauksena lapsella on riski tulla ammattilaisten kielenkäytössä jatkuvasti vajaaksi ja riittämättömäksi. Tätä sudenkuoppaa aineistoni ammattilaiset välttelivät kirjoittamalla lapsen kehityksestä paitsi vertaamalla ikätovereihin myös lapsen aikaisempaan tilanteeseen.

Lapsen kehitykseen liittyvää tietoa käytettiin hyväksi päätettäessä olivatko lapset valmiita esimerkiksi hyödyntämään erilaisia terapiamuotoja, kouluvalinnassa ja muissa interventioidissa. Kehityksen etenemisestä muodostui tällöin suoritus ja lapsesta suorittaja, jonka tuli osoittaa kykynsä kehittyä saadakseen lisää tarvitsemaansa apua.

Lapsen kehitystä ja kuntoutumista korostavassa tekstissä oli havaittavissa vahva asiantuntijakeskeisyys erityisesti hoitotoimenpiteistä ja jatkohoidosta päätettäessä. Vanhempien esittämät ongelmat oli jätetty huomioimatta tai ainakin peitetty ammattislangin taakse. Lapsen esittämää toivetta oman hoitonsa suhteen ei oltu hoidon tavoitteissa huomioitu lainkaan. Myöskään jatkohoidosta päätettäessä ei lapsen eikä vanhempien toiveita juuri-

kaan pidetty kirjaamisen arvoisina. Sen sijaan itse kuntoutumisprosessia arvioivassa kirjoittamisessa oli nähtävissä kumppanuussuhteeseen ja dialogisuuteen viittaavaa työskentelyä. Vanhempien arvioita lapsen kehitymisestä oli kirjattu, ja yhteen asiakirjaan oli kirjat- tu myös lapsen oma arvio edistymisestään.

Taulukko 10. Kehitystä ja kuntoutusta korostavan kirjoittamisen keskeiset piirteet

	normatiiviset kriteerit
	ikätaisoisuus
kehityksen ja kuntoutuksen korostaminen	passiivimuodon käyttö
	toimenpiteiden kohde
	asiantuntijakeskeisyys
	liittämisen- ja kontrollisuhte

Yhteiskuntatieteellisen lapsuustutkimuksen korostama kuva **lapsista toimijoina** ja oman elämänsä subjekteina jäi aineistoni teksteissä lapsen oireilua ja kehitystä arvioivan puheen taakse. Lapsen subjektiisuus ja oma ääni tuli esiin koko aineistossani, mutta jäi väistyväksi puhettavaksi. Lapsen subjektiviteettia ilmentävää kielenkäyttöä ilmensivät viittaukset lapseen tuntevana ja itsenäisenä toimijana. Lapsen persoonallinen näkökulma näkyi teksteissä sijoitettaessa lapsi kertojan paikalle, jolloin hänen äänensä tuli esiin joko lapsen puheen suorana lainaamisena tai ammattilaisen välittämänä. Myös lapsen non-verbaalista vuorovaikutusta kuvailtiin aineistoni teksteissä. Näissä kuvauksissa ammattilainen otti kumppanuussuhteeseen pyrkivän roolin ja asettui dialogiin lapsen kanssa. Tällöin kuvausten keskiöön asettuivat tietyn lapsen, spesifit persoonaan ja elämäntilanteeseen liittyvät seikat eikä tietämys lapsen ikätaisoisesta kehityksestä ja taidoista yleensä.

Lapsen subjektiutta teksteissä tuotiin esiin kirjoittamalla myös ympäristötekijöistä ja otta- malla holistinen näkökulma lapsen tilanteeseen. Aineistostani oli luettavissa joko viittauk- sia tai selkeitä kommentteja koskien lapsen vaikeaa kotitilannetta. Kotitilanteen ollessa vaikea, vanhempien mielenterveysongelmien, päihdeongelmien tai muun vanhemmuutta heikentävän seikan vuoksi, lapsen psyykkinen oireilu on paremminkin normaali kuin pato-

loginen tapa reagoida epänormaaliin kasvuympäristöön. Erityisesti psykologit olivatkin korostaneet lausunnoissaan lapsen oireilun olevan keino selvittää arjessa.

Taulukko 11. lapsilähtöisen kirjoittamisen keskeiset piirteet

	lapsi toimijana
	lapsi kertojan paikalla
lapsilähtöisyys	ympäristö
	kumppanuussuhde
	dialogisuus
	holistinen näkökulma

Yhteiskuntatieteellisen lapsuuden tutkimuksen yksi keskeinen juonne on ollut ns. kompetenssi-paradigma. Sosiaalinen kompetenssi tarkoittaa yksilön kykyä selviytyä omassa sosiaalisessa ympäristössään. Se koostuu kyvystä valita saadun tiedon perusteella sopiva käyttäytyminen henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamiseksi muuttuvassa ympäristössä. Yksilön kompetenssin määrittely tapahtuu kuitenkin aikuisten kriteerien mukaisesti, sillä länsimaisessa kulttuurissa lapset nähdään epärationaalisina, kykenemättöminä toimimaan ja ymmärtämään, tai lapset ymmärretään rajoitetusti kompetenteiksi. (Baker 1998, 49; Hutchby & Moran-Ellis 1998, 8.)

Kompetenssiparadigma ei kiellä etteikö aikuisten ja lasten välillä olisi olennaisia eroja; niitä toki on, ja niihin perustuvat valtaerot aikuisten ja lasten välillä. Kompetenssiparadigma haluaa korostaa sitä, että myös lapset ovat toimijoita, jotka vaikuttavat omaan maailmaansa monimutkaisen sosiaalisen toiminnan kautta. (Itäpuisto 2005, 98.) Tätä taustaa vasten ympäristötekijöistä kirjoittaminen lapsen psyykkistä ongelmaa kuvattaessa on merkityksellistä. Ilman mainintaa vanhempien tai muun ongelmallisen ympäristötekijän osuudesta lapsen ongelmien aiheuttajana lapsi tulisi leimatuksi ja syyllistetyksi tilanteeseensa, vaikka hän itse asiassa vain on yrittänyt selviytyä parhaalla mahdollisella tavalla omassa sosiaalisessa ympäristössään. Itäpuisto (2005) toteaa, että vanhemman alkoholiongelmallalla on kohtalonomainen vaikutus lapsen omaan käytökseen ja elämään. Valinnat eivät ole omia valintoja vaan pakkoja, koska vanhemman käytös on hävittänyt muut vaihtoehdot (mt.,

110). Conrad ja Schneider esittävät, että lääketieteellinen herääminen lasten pahoinpite-lyyn tapahtui, kun röntgenlääkärit havaitsivat vanhempien harjoittaman väkivallan jättämiä vammoja lasten röntgenkuvista. Vaikka lasten kokemasta väkivallasta ja vanhempien osuudesta siihen tultiin tietoisiksi, olivat toimenpiteet, joihin ryhdyttiin, enemmänkin yhteisön kuin lasten suojelemista palvelevia. Ongelmaksi määriteltiin nimittäin pahoinpidelty lapsi, joka mahdollisena tulevaisuuden rikollisena ja pahoinpitelijänä oli yhteiskunnalle potentiaalinen taakka ja ongelma. Vanhempien osuus poikkeavan käyttäytymisen aiheuttajana jätettiin huomiotta, eivätkä sanktiointi, muutosvaatimukset tai hoito kohdistuneet heihin. (Conrad & Schneider 1992, 161–169.) Myöskin aiemmin esitelty tutkimuskirjallisuuden tarkastelu osoittaa, että ongelmaksiksi on alkoholivanhempien lapsia koskevan tutkimuksen piirissä konstruoitu pääasiassa lapset, eikä heidän alkoholia käyttäviä vanhempiaan (Itäpuisto 2005, 117).

Vaikka vanhempien osuus lasten psyykkisissä ongelmissa tiedostettaisiinkin käytännön työssä, sen siirtyminen lasta koskeviin asiakirjoihin ei aineistoni valossa ollut riittävää. Aineistossani kerrottiin paljon lasten määrittelemisestä ongelmaksiksi vanhempiensa tekojen perusteella. Lapsen joutuminen psykiatrisiin tutkimuksiin tai psykiatriseen hoitoon erilais-ten vakavien oireiden vuoksi oli monissa kirjoittajien teksteissä ikään kuin määritelty lap- sen omiksi ”sisäsyntyisiksi” ongelmiksi, jolloin vanhempien ja heidän ongelmiansa osuus oli ohitettu näiden ongelmien syntymisessä. Koska asiakirjat avaavat ja sulkevat lapsen saamia mahdollisuuksia, lapsen tulevaisuuden kannalta on merkittävää tuoda esiin kaikki tieto lapsen ongelmien mahdollisista syistä. Lapsen kuntoutumismahdollisuuksia arvioita- essa on tärkeää tietää, mikä osuus lapsen kotiolojen vakauttamisella ja lapsen tarpeisiin vastaamisella kuntoutuksessa mahdollisesti olisi, ja mikä osuus vaatii erityisesti lastenpsy-kiatrasta hoitoa.

6.2 AMMATTIKÄYTÄNTÖJEN ARVIOINTIA

Aineistoni valossa ammattilaisten kirjoitustapa näyttäisi vahvistavan lääketieteellistä ja kehityspsykologista asiantuntijuutta. Yleensä ottaen asiantuntijuutta luova kielenkäyttö vahvistaa lapsen ja vanhempiensa vastaanottavaista ja passiivista roolia vuorovaikutuksessa laajentaen samalla ammattilaisten omaa asemaa (Vehkakoski 2006, 60).

Aineistoni lausunnoissa ammattilaiset rakensivat lasten psykiatrasta apua tarvitsevasta lapsesta kuvaa pääasiassa kehityspsykologisten ja lääketieteellisten määritelmien kautta lapsen oman äänen jäädessä sivuosaan. Tällöin yksilöllinen näkökulma lapsen tilanteeseen helposti katoaa. Eri ammattiryhmien lausunnoissa painottuivat erilaiset asiat ja näkökulmat. Lausunnoissa olikin selvästi havaittavissa eri ammattiryhmien intressit kuvata lapsen eri puolia oman tehtävänsä ja toimenkuvansa mukaisesti. Ammattilaisten kielenkäytössä oli selkeitä yhteyksiä länsimaisessa kulttuurissa vallitsevaan suuntaukseen elämän medikalisoitumisesta. Lääketieteelliselle retoriikalle on ominaista poikkeavuuden ulkoistaminen, objektiivinen määriteltävyys ja loitonnuttaminen lapsen muista ominaisuuksista. Medikalisoivat käytännöt vahvistavat selitysmalleja, jotka ensisijaistavat lapsen saaman diagnoosin pohjalta oletetut tarpeet kuntoutuksellisten interventioiden lähtökohdaksi. (mt., 60.)

Kehityspsykologisten ja lääketieteellisten määritelmien käyttäminen soveltuu lääketieteellis-biologisesti suuntautuneen tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen tarpeisiin (Vehkakoski 2000, 76). Lääketieteellisten ja kuntoutuksellisten tutkimusten tarkoituksena on tutkia, mikä ihmisessä on vikana ja pyrkiä korjaamaan löydettyjä poikkeavuuksia. Näin ollen, tällaiset ammattikäytännöt kiinnittävät suurelta osin huomion sairauksiin, häiriöihin, ongelmiin sekä niiden etiologiaan. (Vehkakoski 2006, 62.) Tällöin voidaan ajatella, että ilman ongelmapuhetta ammatillinen toiminta ikään kuin menettäisi merkityksensä ja sen tarkoituksen, johon kaikki osapuolet yhdessä keskinäisessä riippuvuussuhteessaan suuntautuvat ja jonka he yhdessä tuottavat (Juhila & Pösö 2000, 35).

Psykiatrasta apua tarvitsevan lapsen elämään kuuluvat ilmiöt voitaisiin kuitenkin käsitteellistää myös toisella tavalla. Tämä tarkoittaisi sellaisten ei-objektiivisten lausuntojen laatimiskäytäntöjen kehittämistä, jotka tähtäävät asiakkaan omien voimavarojen ja vaikutusvallan ilmaisemiseen (Linton 1998, 528). Tällöin lausunnot voisivat olla holistisen ihmiskäsityksen

mukaisia ja sisältää enemmän myös lapsen ja hänen lähipiirinsä käsityksiä ja päätelmiä elämäntilanteestaan samanarvoisina ammattilaisten arvioiden kanssa. Koska lapsesta kirjoitetut asiakirjat toimivat lapsen mahdollisuuksien avaajana tai rajoittajana ja saattavat institutionaalisissa ympäristöissä aktivoitua milloin hyvänsä, ei myöskään vanhempien tai muun ympäristön osuutta lapsen psyykkisen oireilun syynä tai kuntoutumisen esteenä tulisi jättää kirjaamatta. Kirjaamatta jättämisen vaarana on, että diagnoosi ja oireilu muodostuu lapsen toiminnan selittäjäksi, vaikka lapsen toiminta, joka on selviytymiskeino epänormaalisissa kotitilanteessa, olisi juuri käynnistännyt koko diagnosointiprosessin.

Ympäristötekijöistä, ja erityisesti vanhemmista ja sisaruksista kirjoittamisen vähyys, perustuu ammattilaisten varovaisuuteen kirjoittaa muista kuin potilaasta itsestään. Lapsen hoitoa suunniteltaessa lapsen kuntoutumisen kannalta tärkeää on kuitenkin huomioida myös lapsen kasvuympäristöstä saatava tuki tai tuen puute. Erityisesti mikäli hoidettavaan lapseen liittyy lastensuojelullinen tarve, ympäristötekijöistä kirjoittaminen lienee erityisen tärkeää. Varovaisuutta kirjoittaa muista kuin lapsesta itsestään lisännee myös yhteiskunnan ja lastensuojelun juridisoituminen. Vanhemmilla on oikeus lukea ja saada haltuunsa kaikki lapsen potilasasiakirjat, jolloin vaarana on syntyä konflikti vanhempien kanssa, mikäli potilasasiakirjoissa on vanhemmille epämieluisaa tietoa heistä itsestään. Lapsen ollessa potilaana, lienee kuitenkin erittäin tärkeää lapsen edun nimissä kirjata kaikki lasta koskeva merkityksellinen tieto.

Lapsen subjektiivisuuden tukeminen psykiatrisessa kuntoutuksessa on paljolti lapsen eheytyksen ja voimaantumisen tukemista, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa. Itäpuisto (2005) toteaa väitöskirjassaan, että lapsen subjektiivutta ja kyvykkyyttä rajoittavat kokemukset ovat erityisesti kyvyttömyys keskustella ja saada omaa ääntään kuuluviin (Itäpuisto 2005, 108 - 112). Aineistoni valossa lapsen kutsuminen kertojan paikalle oli väistyvä kirjoitustapa. Tämä ei kuitenkaan merkitse välttämättä sitä, että työskentelytapa ei olisi lapsen subjektiivutta vahvistava. Vuorovaikutus lapsen ja ammattilaisen välillä sekä vanhempien ja ammattilaisten voi määräytyä hyvinkin erilailla kuin kirjaamiskäytännöt. Myös lausunnon tarkoitus määrittelee sen sisältöä. Mikäli tarkoituksena on hakea taloudellista tai muuta etuutta, etuuksien hakemisen käytännöt pakottavat painottamaan lapsen ongelmia, heikkouksia ja vanhempia taakoittavaa vaikutusta. Myös jotkut etuuksien hakemuslomakkeet on laadittu niin, että tila kirjoittaa lapsen tilanteesta on suppea. Tällöin etuuden saamiseksi kuvaus

lapsesta muodostuu helposti ongelmakeskeiseksi, lyhyeksi, persoonattomaksi ja subjektiiviseksi.

Tässä tutkimuksessa tarkastelin lasten psykiatrissa apua tarvitsevien lasten representaatioiden rakentumista ja äänen kuulumista ammattilaisten laatimissa lausunnoissa. Dokumenteista ei voi lukea sitä, miten ammattilaiset käytännössä tekevät työtään, vaan ennemminkin sitä, minkälaisia ammatti- ja kirjaamiskäytäntöjä ja työnjakoja instituutiossa valitsee. Tutkimus voisi edetä lausuntojen kirjaamiskäytäntöjen ja niiden prosessien tarkempaan erittelyyn sekä diskurssianalyttiseen tarkempaan kielenkäytön analyysiin. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia sitä, minkälaisia esteitä ammattilaiset näkevät lapsen näkökulman esiin tuomisessa asiakirjoihin, onko kyse institutionaalisista rajoituksista vai työntekijöiden asenteista?

LÄHTEET

- Ahto, Anja (1999). Perhehoito lastensuojelussa. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.
- Andersson, Gunvor (1988). En uppföljning av barn som skilts från sina föräldrar. Meddelanden från socialhögskolan. Lund: Lunds universitet.
- Andersson, Gunvor (1991). Socialt arbete med små barn. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, Gunvor (1995). Barn i samhällsvård. Lund: Studentlitteratur.
- Anis, Merja (2008). Sosiaalityö ja maahanmuuttajat. Lastensuojelun ammattilaisten ja asiakkaiden vuorovaikutus ja tulkinnat. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 47/2008. Helsinki: Väestöliitto.
- Atkinson, Paul & Coffey Amanda (1997). Analysing Documentary Realities. Teoksessa D. Silverman (toim.) Qualitative Research. Theory, Method and Practice. London: Sage, 45 - 62.
- Baker, Rachel (1998). Runaway Street Children in Nepal: Social Competence Away from Home Teoksessa Ian Hutchby & Jo Moran - Ellis (editors) Children and Social Competence Arenas of Action. London: Falmer Press, 46 - 63.
- Bayliss, Phil (1998). Models of Complexity: Theory-driven Intervention Practices. Teoksessa Clark, Cathereine, Dyson, Alan & Millward Alan (toim.) Theorising Special Education. London: Routledge, 61 - 78.
- Brotherus, Annu (2004). Esiopetuksen toimintakulttuuri lapsen näkökulmasta. Helsinki: Yliopistopaino.
- Bullock, Roger (1993). Going Home: The return Children Separated from Their Families. Dartmouth: Aldershot.
- Burr, Vivian . (2003) Social Constructionism (second edition). London: Psychology Press.
- Conrad, Peter & Schneider, Joseph W (1992). Deviance and Medicalization: from Badness to Sickness. Philadelphia: Temple University Press.
- Drew Paul & Sorjonen Marja-Leena (1997). Institutional Dialogue. Teoksessa Teun. A. Van Dijk (toim.) Discourse as Social Interaction. Discourse studies: A multidisciplinary introduction volume 2. London: Sage, 92 -118.
- Foucault, Michel (1980). Tarkkailla ja rangaista. Suomentaja Eevi Nivanka. Helsinki: Ota-va.
- Forsberg, Hannele (1998). Perheen ja lapsen tähden. Etnografia kahdesta asiantuntijakulttuurista. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.
- Heikkilä, Jorma & Heikkilä, Kristiina (2001). Dialogi - Avain innovatiivisuuteen. Juva: WSOY.

Hester, Stephen (1998). Describing 'Deviance' in School: Recognizably Educational Psychological Problems. Teoksessa Antaki, Charles & Widdicombe, Sue (toim.) Identities in Talk. London: Sage, 133 - 150.

Hurtig, Johanna (2003). Lasta suojelemassa. Etnografia lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Hurtig, Johanna (2006). Lasten tieto sosiaalityön haasteena. Teoksessa Forsberg, Hannele, Ritala- Koskinen, Aino, Törrönen, Maritta (toim.) Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleenarviointia. Juva: PS-kustannus. 167 - 193.

Hutchby, Ian Moran-Ellis, Jo (1998). Situating Children's Social Competence. Teoksessa: Ian Hutchby & Jo Moran- Ellis (editors) Children and Social Competence Arenas of Action. London: Falmer Press, 7 - 26.

Hyytinen, Riitta (2006). Lapsi, huumeperhe ja toivo, lapsen todellistuminen huumeperheen kuntoutumisprosessissa. Helsinki: Ensi - ja turvakotien liiton julkaisu 37.

Itäpuisto, Marita (2005). Kokemuksia alkoholiongelmiaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 124.

Juhila, Kirsi (2006). Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina, sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.

Juhila, Kirsi & Pösö, Tarja (2000). Auttamisen organisaatiot ja ongelmien tulkinnat. Teoksessa Jokinen, Arja & Suoninen Eero (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosi- ja terapiatyön arjesta. Tampere: Vastapaino, 35 - 64.

Koivusalo-Kuusivaara, Raisa (2007). Lapset, media ja symbolinen vuorovaikutus: Suomalaisen, englantilaisten ja saksalaisten lasten mediasuhteen tarkastelua. Tampere: Cityoffset.

Kyngäs Helvi & Vanhanen Liisa, 1999, Sisällön analyysi, Hoitotiede-lehti, Vol.!!, no 1/99. (3 - 12).

Kähkönen, Päivi (1994). Vanhemmuuden murtuminen - Lapsen huostaanotto sosiaalitoimen asiakirja-aineiston valossa. Jyväskylä: Jyväskylän opetussosiaalikeskuksen julkaisusarja 2/1994.

Kääriäinen, Aino (2003). Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina. Dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Helsinki: Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2003.

Laakso, Riitta (1998). Välittämistä ja rajoja. perhekodissa asuneiden mielipiteitä nuorten sijoituksista. Teoksessa Laakso, Riitta & Saikku, Peppi (toim.): Hyvä huostaanotto? Aiheita 28. Helsinki: Stakes.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812 (Asiakaslaki).

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417.

Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa (2001). Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällön analyysi. Teoksessa: Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Laurila, Anja (1999). Toinen mahdollisuus: Pitkäaikainen sijaiskotihoito ja aikuistuneen tytön identiteetti, minäkäsitys ja sijaisäitirepresentaatio. Tampere: Tampere University Press.

Linton, Simi (1998). Disability studies/not disability studies. *Disability & Society* 13 (4), 525 - 540.

Mercer, Jane (1973). *Labeling the Mentally Retarded. Clinical and Social System Perspectives on Mental Retardation.* Berkeley: University of California Press.

Mikkola, Pirjo (1999). Laadun elementit sijaishuollossa. Lastensuojelun Keskusliitto. Helsinki: Sijaishuollon neuvottelukunnan julkaisu 14.

Määttä, Mirja (2007). Yhteinen verkosto? Tutkimus nuorten syrjäytymistä ehkäisevistä poikkihallinnollisista ryhmistä. Kuopio: Kopijyvä.

Mäenpää, Johanna & Törrönen, Maritta (1996). Dokumentoitu lapsi. Miten lapsi näkyy lastensuojelun asiakirjoissa. Helsinki: Stakes, Aiheita 4/1996.

Mönkkönen, Kaarina (2007). Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Oranen, Mikko toim. (2001). Perheväkivallan varjossa. Raportti lapsikeskeisen työn kehittämisestä. Helsinki: Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 30.

Peräkylä, Anssi & Vehviläinen Sanna.(1999). Vuorovaikutustutkimus ja vuorovaikutusideologiat. *Psykologia* (34) 329 - 342.

Pietilä, Veikko 1969. Johdatusta sisällön erittelyyn. Osa 1. Tampere: Tampereen Yliopiston Tutkimuslaitos.

Potter, Jonathan & Wetherell, Margaret (1987). *Discourse and Social Psychology. Beyond Attitudes and Behaviour.* London: Sage.

Riikonen, Eero (1992). Auttamistyön ongelmakäsitykset ja haastattelukäytännöt. Ongelmakielestä kompetenssieleen. Helsinki: Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 32.

Rintala, Taina (1995). Medikalisaatio ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakentuminen 1946 - 1991. Helsinki: Stakes. tutkimuksia 54.

Salokanta, Sini (2003). Miten lapsi näkyy lastensuojelussa? Tutkimus Hämeenlinnan lastensuojelun huoltosuunnitelmista. Tampere: Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Pro gradu -tutkielma.

Siitonen, Juha (1999). Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulu: Oulun Yliopistopaino.

Sipilä, Jorma (2003). Hoivan organisointi. Vaivaistalosta markkinatavaraksi. *Janus* 11(3), 23 - 38.

Tardos, Angele (1994). Predictive categories in expository text. Teoksessa M Coulthard (toim.) *Advances in Written Text Analysis*. London: Routledge, 69 - 82.

Törrönen, Maritta & Mäenpää, Johanna (1995). Lapsen tie laitokseen. Helsinki: Stakes. Aiheita 5.

Törrönen, Maritta (1999). Lasten arki laitoksessa. Elämistila lastenkodissa ja sairaalassa. Helsinki: Helsinki University Press.

Valkonen, Leena (1994). Kuka on minun vanhempani? Perhehoitonoorten vanhempisuhteet. Helsinki: Tutkimuksia 52. Stakes.

Vehkakoski, Tanja (2000). Vammainen lapsi ammatti-ihmisten asiakirjoissa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, erityispedagogiikan laitos, Research reports 71.

Vehkakoski, Tanja (2006). Leimattu lapsuus? vammaisuuden rakentuminen ammatti-ihmisten puheessa ja teksteissä. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Villanen, Heli (2006). EkoSukaT-tutkimushankkeen väliraportti 4. Mönkkönen Marja & Mäntysalo Raine (toim). Oulu: Oulun Yliopistopaino.

Virtanen, Juha (2006). Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa Jari Metsämuuronen (toim.) *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Helsinki: International Met-help Ky, 149 - 211.

Wodak, Ruth (1996). *Disorders of discourse*. London: Longman.

Elektroniset lähteet

Anita Saaranen-Kauppinen & Anna Puusniekka. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. (Viitattu 02.10.2008.)