

ADHD- ja ADD-diagnoosin saaneet asiakkaat lastensuojelun avo- huollossa – Työntekijöiden käsityksiä palveluiden järjestämisestä

Ida Kilpeläinen

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteellinen tiede-
kunta

Sosiaalityön pro gradu -tut-
kielma

Huhtikuu 2018

Sisällys

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Johdanto..... | 1 |
| 2 | Tarkkaavaisuushäiriöt ADHD ja ADD..... | 6 |
| 2.1 | Diagnosointi..... | 9 |
| 2.2 | Ikäkaudet..... | 11 |
| 2.3 | Tarkkaavaisuushäiriöiden (ADHD ja ADD) hoito..... | 13 |
| 2.4 | Kuntoutuminen..... | 14 |
| 2.5 | Neuropsykiatrinen valmennus..... | 16 |
| 3 | Lapsiperheiden sosiaalityö..... | 22 |
| 3.1 | Lastensuojelun avohuollon sosiaalityö..... | 25 |
| 3.2 | Lastensuojelun avohuolto ja tarkkaavaisuushäiriöt ADHD ja ADD..... | 30 |
| 4 | Tutkimuksen metodologia..... | 35 |
| 4.1 | Tutkimusaineisto ja sen hankinta..... | 36 |
| 4.2 | Aineiston analyysi..... | 37 |
| 4.3 | Tutkimusetiikka..... | 38 |
| 5 | Sosiaalityöntekijöiden käsityksiä palveluista..... | 40 |
| 5.1 | ADHD ja ADD-asiakkaat lastensuojelussa..... | 40 |
| 5.2 | Tehostettua perhetyötä ja tukea arkeen..... | 42 |
| 5.3 | Yhteistyötä terveydenhuollon kanssa..... | 44 |
| 5.4 | Kiireelliset sijoituksen turvaamassa lasten ja nuorten tilannetta..... | 47 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.5 | Millaiset palvelut tukevat ADHD -ja ADD-asiakkaita? | 49 |
| 6 | Johtopäätökset | 55 |
| 6.1.1 | <i>Tuen tarve tulee tunnistaa varhaisemmassa vaiheessa – johtopäätökset kirjallisuuden valossa</i> | 58 |
| 6.1.2 | <i>Kahden vuoden oppimiskokemus – tutkimusprosessin reflektointi</i> | 60 |
| 7 | Lähteet | 62 |
| 8 | Liite 1..... | 68 |
| 9 | Liite 2..... | 70 |

Tampereen yliopisto

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

KILPELÄINEN IDA: ADHD- ja ADD-diagnoosin saaneet asiakkaat lastensuojelun avoahuollossa
– Työntekijöiden käsityksiä palveluiden järjestämisestä

Pro gradu -tutkielma, 67 s., 3 liites.

Sosiaalityö

Ohjaaja: Timo Harrikari

Huhtikuu 2018

Pro Gradu-tutkielma tutkii sosiaalityöntekijöiden käsityksiä palveluiden järjestämisestä ADHD- ja ADD-diagnoosin saaneille lapsille. Tutkimustehtävinä ovat Millaista tukea ADHD -ja ADD-diagnoosin saaneille asiakkaille tarjotaan avoahuollon tukitoimina? Millaista tuen tulisi olla, jotta se palvelisi asiakasryhmää paremmin? Gradu käsittelee tarkkaavaisuushäiriöitä ADHD:n ja ADD:n diagnosointia, hoitoa ja kuntoutusta ja lastensuojelun avoahuollon sosiaalityötä sekä sitä miten tarkkaavaisuushäiriöt näkyvät lastensuojelun avoahuollon sosiaalityössä.

Gradu on laadullinen tutkimus ja sen aineisto koostuu Tampereen kaupungin lastensuojelun avoahuollon sosiaalityöntekijöiden ja neuropsykiatrisen-valmentajan haastatteluista. Aineisto on analysoitu fenomenografisella analyysimenetelmällä, teemoittelua hyödyntäen. Haastateltavien mukaan lapset, joilla on tarkkaavaisuushäiriö ovat lastensuojelun avoahuollon asiakkaita, koska vanhemmat eivät ole saaneet riittävää tukea vanhemmuuteen erityislapsen kasvattamiseksi. Perheille tarjotaan lastensuojelun avoahuollon tukitoimina perhetyötä, tukihenkilöä -tai perhettä. Lastensuojelun sosiaalityöntekijät tekevät yhteistyötä terveydenhuollon toimijoiden kanssa, erityisesti psykiatrian yksiköiden kanssa. Haastateltavien mukaan asiakkaat hyötyisivät peruspalveluista saatavasta yksilöllisestä tuesta, jota tehtäisiin yhteistyössä terveydenhuollon kanssa. Tarkkaavaisuushäiriöiset lapset eivät tarvitsisi lastensuojelun avoahuollon palveluita, vaan ensisijaisesti tuki tulisi tarjota perustason, varhaisen tuen palveluista.

Avainsanat: lastensuojelun avoahoito, tarkkaavaisuushäiriöt, ADHD, ADD, neuropsykiatrisen valmennus

University of Tampere

Faculty of Social Sciences

KILPELÄINEN IDA: Customers with ADHD and ADD Diagnosis in Child Care in Open Care - Employees' Perceptions of Providing Services

Master's Thesis, 67 pages, 3 appendix pages

Social Work

Supervisor: Timo Harrikari

April 2018

This thesis examines the views of social workers about the provision of services for children with ADHD and ADD. Research activities include: What kind of support are ADHD and ADD-diagnosed clients being offered as support services for open care? What kind of support should be offered in order to treat the customer group better? Disorders of attention, diagnosis, treatment and rehabilitation of ADHD and ADD are introduced. Furthermore, the impact of these disorders in social welfare service is discussed.

This is a qualitative research and its material consists of interviews with the social welfare workers and a neuropsychiatric coach of the child welfare service of the City of Tampere. The material was phenomenographically analyzed, utilizing a thematical analysis method. According to the interviewees, children with obstetric disorders are often clients of child welfare care due to parents not having received sufficient support for parenting such disorders. As support services of child welfare assistance, families are currently offered family work, support staff or family. Child welfare social workers cooperate with health care providers, especially with psychiatric units. According to interviewees, customers benefit from individual support from basic services, which is made in cooperation with healthcare. Based on the findings, children with disorderly disabilities should not be provided with the services of child welfare open care, but rather with a standard level proactive support services.

Keywords: Child Welfare, Obesity Disorders, ADHD, ADD, Neuropsychiatric Coaching

1 JOHDANTO

Perheiden ja lasten monimutkaisista, kasvavista ongelmista ollaan oltu huolissaan jo 1990-luvulta (Kuronen & Lahtinen 2010, 65). Edelleen yhteiskunnallista keskustelua käydään lasten ja lapsiperheiden tuen tarpeen tunnistamisesta ja heidän pahoinvoinnistaan suomalaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa. Tukea on tarjolla, jos perheiden tarpeet tunnistettaisiin ja ymmärrettäisiin oikein. Erilaisia tuen muotoja on kehitetty ja eri toimijoiden tietous tulisi ottaa paremmin huomioon kokonaisvaltaista tukea suunniteltaessa. (Sandberg 2016, 17–18.) Suomalaisista lapsista ollaan oltu huolissaan henkisen pahoinvoinnin vuoksi, minkä seurauksena on tapahtunut kouluampumisia ja pahoinpitelyitä. (Forsberg 2010, 47, 51.) Salla Siparin (2008) tutkimuksen mukaan usean eri tietealan asiantuntemusta ja palveluita tarvitaan silloin, kun perhe tarvitsee tukea. Perheen kanssa tulee tehdä monialaista yhteistyötä, jotta perhe saa mahdollisimman kattavaa tukea. (Sipari 2008, 23.) Sosiaali- ja terveysministeriö on erilaisissa selvityksissään ja ohjelmissaan edistänyt syrjäytymisriskissä olevien perheiden tukemista ja terveyserojen kaventamista. STM pyrkii ehkäisemään sosiaalisia ongelmia ja korostaa huono-osaisten ja tukea tarvitsevien voimavarojen vahvistamista. (STM 2015.)

Sosiaalityöllä on eettinen velvollisuus: sen tehtävänä on tunnistaa ja tuoda näkyväksi ajankohtaisia yhteiskunnassa yksilön, perheiden ja yhteisön hyvinvointia uhkaavia tekijöitä. Sosiaalityö tarvitsee monipuolisia tutkimustietoja hyvinvointityön toiminnan vahvistamiseksi ja kohdentamiseksi. (Pehkonen & Väänänen-Formin 2011, 7, 163.) Forsbergin ja Krögerin (2008) mukaan Pohjoismaissa pyritään panostamaan ennaltaehkäisevään lastensuojeluun ja perheiden hyvinvointiin. (Forsberg & Kröger 2008, 43, 68.)

Pro Gradu-tutkimukseni käsittelee lastensuojelun avohuollossa tehtävää lastensuojelutyötä neuropsykiatrisen ADHD- ja ADD-diagnoosin saaneen asiakkaan kanssa. Tutkimuksessani selvitän asiakkuuden syitä, asiakkaille tarjottavia avohuollon tukitoimia ja palveluita sekä pohdin millaisesta tuesta asiakkaat hyötyisivät.

Sosiaalityön maailmanjärjestö, IFSW asetti tavoitteekseen vuonna 2000 kansalaisten hyvinvoinnin lisäämisen. Sosiaalityö perustuu yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin ja normeihin lakien muodossa. Sosiaalityö on kansalaisten sosiaalisiin oikeuksiin kuuluvan oikeusturvan toteutumisen varmistaja. Valtiot asettavat lainsäädännön ja politiikan kautta reunaehdot hyvinvointipalveluille. Jokaisessa kunnassa pyritään toimeenpanna nämä lainsäädännön velvoittama hyvinvointipalvelut ja tehdä hyvinvointityötä. (Niemelä 2011, 13.) Lastensuojelu on hyvinvointityötä ja työssä pyritään turvaamaan lasten etu ja turvallisuus. Lastensuojelussa tulisi pystyä tarjoamaan asiakkaille varhaisemmassa vaiheessa kohdennetumpaa tukea hyvinvoinnin lisäämisen näkökulmasta.

Niemelän (2011) mukaan valtion tehtävänä on poliittinen ohjaus, jota kunnat toteuttavat palveluita organisoidessaan. Työtä tehdään hyvinvointityönä sosiaalityössä. (Niemelä 2011, 18) Forsbergin ja Krögerin (2010) mukaan lapsiperheiden pahoinvointiin vaikuttaa rajoitetut universaalipalvelut. (Forsberg & Kröger 2010, 71.)

Pro Gradu- tutkimukseni on laadullinen. Aineistoni koostuu seitsemästä sosiaalialan asiantuntijan haastatteluista. Olen haastatellut sosiaalityöntekijöitä (YTM) ja neuropsykiatrista valmentajaa. Aineistoni antoi minulle kattavan kuvan siitä millaista tukea asiakasryhmälle tulisi antaa ja miten palveluita tulisi kehittää. Rajasin neuropsykiatrisista häiriöistä ADHD:n ja ADD:n, koska ne ovat suurin asiakasryhmä neuropsykiatristen häiriöiden näkökulmasta lastensuojelun avohuollon sosiaalityössä. Tutkin haastateltavien käsityksiä palveluista ja niiden järjestämisestä.

Millaista tukea ADHD -ja ADD-diagnoosin saaneille asiakkaille tarjotaan avohuollon tukitoimina?

Millaista tuen tulisi olla, jotta se palvelisi asiakasryhmää paremmin?

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) on lievä aivotoiminnan häiriö, johon kuuluvat tarkkaavaisuushäiriö, ylivilkkaus ja impulssien kontrollin puuttuminen. ADHD:n voi liittyä muita häiriöitä esimerkiksi hahmotus- tai oppimishäiriöitä (Michelsson, Saresma, Valkama & Virtanen 2004, 11.) ADHD:ta ja ADD:ta esiintyy lapsilla ja nuorilla. Sitä esiintyy myös aikuisilla. Tarkkaavuuden ongelmat ilmenevät jatkuvana vaikeutena keskittyä leikkeihin ja tehtäviin, vaikeutena kuunnella toisen puhetta, seurata ohjeita ja saada koulu- tai työtehtäviä suoritetuiksi. Lisäksi voi

ilmetä toistuvaa vaikeutta tehtävien ja toimien järjestämisessä, pitkäkestoista keskittymistä vaativien tehtävien välttelyä, päivittäisten asioiden jatkuvaa unohtelua, yksityiskohtien huomiotta jättämistä ja häiriintymistä pienistäkin ulkopuolisista ärsykkeistä (Käypähoito-suositus 2017.)

ADD(Attention Deficit Disorder) on ADHD:n kaltainen tarkkaavaisuuden häiriö, ilman ylivilkasta käyttämistä (Terveyskirjasto, 2015). ADD jää helpommin piiloon kuin ADHD, koska siinä ei esiinny ylivilkkautta. ADD:ssa tarkkaavaisuus suuntautuu väärin asioihin ja tiedonkäsittelyn prosessointi on hidasta. Lapsen on vaikeaa suunnitella omaa toimintaansa ja toteuttaa sitä. Käyttäytyminen voi olla sen myötä arkaa, vetäytyvää, jopa masentunutta. Pelkotilat ja ahdistuneisuus ovat yleisiä. (Myllykoski 2004, 13–14.)

ADHD vaikuttaa lapsen ja nuoren elämään monin eri tavoin, ja se herätti minut pohtimaan, miksi ADHD-diagnoosin saaneet tai muuten ylivilkkaasti käyttäytyvät lapset tulevat lastensuojelun asiakkaiksi ja miten sosiaalityön keinoin voidaan lapsia auttaa. Tarkkaamattomuus ja ylivilkkaus voi aiheuttaa kahnauksia koulussa ja kotona, minkä vuoksi lapselle tai nuorelle halutaan apua. ADHD-lapset ovat sosiaalisesti, terveydellisesti ja taloudellisesti useimmin heikommassa asemassa valtaväestöön nähden, joten heidän tulisi saada mahdollisimman varhaisessa vaiheessa monialaista tukea ja ymmärrystä oireisiinsa. (Karjalainen & Sarvimäki 2005; Webb 2013.)

Hain opiskelemaan sosiaalityötä, sillä minua kiinnosti lasten ja nuorten auttaminen ja tukeminen. Opintojen aikana olen työskennellyt jo useamman vuoden lastensuojelussa. Lastensuojelun avo- huolto on lakisäateistä sosiaalityötä lapsiperheille, joissa lapsi tarvitsee tukea normaaliin kasvuun ja kehitykseen. Lastensuojelun asiakkaat ovat asiakkaina joko itsestä tai vanhemmista johtuvista syistä. Syventävän vaiheen harjoittelussa ollessani huomasin, että harjoittelupaikkani sosiaalityöntekijöillä jokaisella oli asiakkaina ADHD-lapsia ja- nuoria. Tämä havainto herätti mielenkiintoni ja aloin pohtia, mitkä syyt asiakkuuksille on ja millaista tukea näille asiakkaille voidaan tarjota.

Pro Gradu aiheittani on tutkittu yhteiskuntatieteellisestä ja sosiaalityön oppiaineen näkökulmasta vähän. Tutkimukseni tarjoaa tärkeää tietoa myös lastensuojelun kehittämisen näkökulmasta. Lastensuojelu on erityistason palvelua kunnallista palvelua, jossa työmäärät ovat suuria. Viimeaikainen keskustelu lastensuojelun tilasta on osoittanut sen, että asiakasmääriä tulisi säädellä lailla. Sosiaalityöntekijöiden kannanotto #1000nimeä otti kantaa siihen, että lastensuojeluun tarvitaan lailla

säädelyt asiakasmäärä. Gradussani tutkin sitä, voisiko lastensuojelun asiakaskuntaa ADHD-asiakkaiden osalta miettiä toisin.

Aktiivisuuden -ja tarkkaavaisuuden häiriön taustaa on tutkittu lääketieteessä, yhteiskuntatieteissä ja kasvatustieteissäkin. Häiriöllä on ylisukupolvisia sidoksia, joihin vaikuttavat perimä, raskaudenaikaiset tekijät, lapsuudenaikainen vuorovaikutussuhde sekä ympäristötekijät lapsuudesta aikuisuuteen saakka. Myös perheen sosiaaliset taustatekijät vaikuttavat oirehdintaan. ADHD-kombinaatiot ovat moninaisia liitännäisvaikeuksineen, on esitetty tarve koko perheeseen kohdistuville monialaisille tukitoimille mahdollisimman hyvän vaikutuksen saamiseksi.(Sandberg 2016, 19.)

Pro Gradun rakenne on seuraava: Johdanto-luku käsittelee yhteiskuntamme sosiaalihuollon tilaa ja johdattelee lukijan lastensuojelun ja tarkkaavaisuushäiriöiden ADHD ja ADD:n maailmaan. Johdanto-luvussa esittelen myös tutkimuskysymykseni ja henkilökohtaisen kiinnostuneisuuteni aiheita kohtaan. Tutkimustehtävät ovat syntyneet käytännön työssä, lastensuojelun avohuollossa. Jokaisella sosiaalityöntekijällä on asiakkaina ADHD- ja ADD-diagnoosin saaneita lapsia ja nuoria ja usein kentällä pohditaan miten asiakkaita voisi auttaa.

Toinen luku esittelee tarkkaavaisuuden häiriöt: ADHD: ja ADD:n ja niihin liittyvät liitännäissairaudet sekä yleisimmät hoitomuodot: lääkinnällistä hoidosta sosiaaliseen kuntoutukseen. Tampereen kaupungilla on tarjolla peruspalveluissa neuropsykiatrista valmennusta, jonka esittelen yleisluontoisesti. Kolmas luku käsittelee lapsiperheiden sosiaalityötä lastensuojelutarpeesta lastensuojelun avohuollon asiakkuuteen. Lisäksi luvussa kuvataan, sitä miten ADHD- ja ADD- problematiikka näkyy lastensuojelussa. Neljäs luku käsittelee tutkimuksen metodologiaa, aineistoa ja analyysiä. Tutkimukseni aineisto koostuu seitsemästä haastattelusta ja analyysi on tehty fenomenografisella analyysimenetelmällä, nostaten esiin haastateltavien käsityksiä palveluista.

Viides luku käsittelee haastateltavien käsityksiä palveluista tarkkaavaisuushäiriöisille asiakkaille. Viidennessä luvussa olen tuonut paljon tekstinäytteitä haastatteluista, sillä koen niiden kuvaavan käsityksiä parhaiten. Olen jakanut luvun viiteen eri teemaan: ADHD- ja ADD-asiakkaat lastensuojelussa, Tehostettua perhetyötä ja tukea arkeen, Yhteistyötä terveydenhuollon kanssa, Kiireellinen sijoitus turvaamassa lasten ja nuorten tilanteita ja Millaiset palvelut tukevat ADHD -ja ADD-

asiakkaita. Kuudes luku koostuu tutkielmani johtopäätöksistä, niiden peilaamisesta tutkimuskirjallisuuteen ja omasta pohdinnastani tutkimusprosessia kohtaan.

2 TARKKAAVAISUUSHÄIRIÖT ADHD JA ADD

Tarkkaavaisuushäiriöt ADHD ja ADD on yleisin kehityshäiriö lapsilla ja nuorilla. Se on myös tutkituin lasten ja nuorten häiriö. Suomessa arvioidaan väestössä olevan 5 % ADHD- ja ADD-sairastuneita. Se johtuu aivojen välittäjäaineiden toiminnan erilaisuudesta. (Michelsson ym. 2004 11–12, 23–25.) Suurin osa tutkimuksista on tehty erottelematta tarkkaavaisuushäiriön alatyyppejä, joita ovat ADHD ja ADD. Yleisterminä käytetään AD-termiä. (Lyytinen 2005, 47.) Lapsilla, joilla on ADHD- tai ADD voi olla vaikeaa saada päätökseen aloittamiaan tehtäviä, eivätkä he pysty keskittymään eikä kiinnittämään huomiotaan tiettyyn pisteeseen. Lapset eivät kykene seuraamaan ohjeita ongelmitta ja he ovat tarkkaamattomia ja helposti häiriintyviä ärsykkeistä. Lapsi, jolla on ADD voi olla hämmentyneen ja apaattisen oloinen sekä vaikuttaa ei-motivoituneelta. Lapsi, jolla on ADHD, on levoton, hänen käytös on vastuutonta ja hän häiritsee muita. (Lyytinen 2005, 48.)

Keskeisinä oireina pidetään keskittymiskyvyn ja tarkkaavaisuuden heikkoutta. Liiallinen impulsiivisuus ja ylivilkkaus ovat sekundaarisia ongelmia. Tarkkaavaisuudessa ja aktiivisuudessa esiintyy vaihtelua. Sairaudesta voidaan puhua, kun oireet aiheuttavat huomattavaa haittaa toimintakyvyssä kotona ja koulussa. Almqvistin mukaan ADHD on yleisintä kasvavilla asuinalueilla, alhaisessa sosiaaliluokassa sekä vanhempien eron kokeneilla. (Moilanen & Almqvist 2004, 241–242.)

Tarkkaavaisuushäiriö voidaan jakaa kahteen päämuotoon. Ensimmäisessä pääpiirteensä on vaikeus hallita omaa toimintaa ja suunnitella sitä ja impulsiivinen ja motorinen levoton käytös. Pienetkin ärsykkeet häiritsevät lapsen keskittymistä, jolloin heidän on vaikeaa toimia suunnitelmallisesti ja tekeminen saattaa jäädä kesken. Lasten on vaikeaa pakottaa itseä keskittymään asioihin, jotka eivät ole heidän mielestään kiinnostavia. Tarkkaavaisuus on suhteellista ja sidoksissa moniin eri asioihin. Käyttäytyminen saattaa johtaa riitoihin muiden ihmisten kanssa. Tarkkaavaisuushäiriön omaavilla on usein vaikeuksia käyttäytymisessä ja aggressiivisuuden hillitsemisessä (Myllykoski, Melamies & Kangas 2004, 13.)

Toinen päämuoto on tarkkaavaisuuden suuntaaminen väärin asioihin, tiedonkäsittelyn prosessoinnin hitaus ja oman toiminnan suunnittelun ja toteuttamisen vaikeus. Käyttäytyminen voi olla arkaa, vetäytyvää ja masentuneen oloista. Lapsi voi istua omissa oloissa ja työskentelyn aloittaminen on

vaikeaa. Ahdistuneisuuden ja pelon tunteet ovat tavallisia. (Myllykoski ym. 2004, 14.) Jokisen ym. mukaan tarkkaavaisuus tarkoittaa keskittymiskykyä: kykyä ohjata omia havaintoja tilanteen tai tehtävän kannalta olennaisiin asioihin, valita toimintatavat tilanteisiin ja oman itsen kontrolloimista ympäristössä. Tarkkaavaisuutta tarvitaan oppimiseen. Lapsen perustarpeiden tyydyttyneisyys vaikuttaa keskittymiskykyyn eli tarkkaavaisuuteen. (Jokinen 2004, 7–8.)

ADHD on ollut ennen lievä aivotoiminnan häiriö, MBD. Oireiden on katsottu johtuvan motivaation puutteesta, huonosta kasvatuksesta ja tottelemattomuudesta, aivovauriosta tai aivotoiminnan häiriöstä. Nykyään ADHD:ta korostetaan neuropsykiatrisia, biologisia ja perinnöllisiä syitä. (Michelsson ym. 2004, 12–13.)

Määritelmä ja käsitys ADHD:n hoitolinjoista on vakiintunut lääketieteessä 2000-luvulla. Häiriö tuli tutuksi 1970-luvulla. Oireet on kuvattu kuitenkin lääketieteessä yli 100 vuotta sitten. ADHD luokitellaan hyperaktiivisiin häiriöihin ICD 10-luokituksessa. Vuotilaisen ja Puustjärven mukaan esiintyvyys on 6-18 vuotiailla noin 5 %. ADHD on pojilla 1-3 kertaa yleisempi, mikä johtuu osittain siitä, että poikien oireet ovat helpommin tunnistettavissa. Aikuisilla esiintyvyys on 2-5 %. (Voutilainen & Puustjärvi 2014, 71.) Lyytisen (2005) mukaan tarkkaavaisuuden häiriöt ovat lukiongelmiä ohella usein kouluvaikeuksien aiheuttaja. Tarkkaavaisuuden häiriöistä kärsii 6 % pojista ja 4% tytöistä. Oireet ilmenevät ennen kouluikää. (Lyytinen 2005, 43–44.)

Tarkkaavaisuushäiriöissä välittäjäaineiden aktivaatio on matalampaa verrattuna muihin. Välittäjäaineet ovat kemiallisia yhdisteitä, jotka edesauttavat hermoimpulssin siirtymistä toisesta solusta toiseen. Dopamiinin-, Noradrenaliinin- ja Serotoniini-välittäjäaineiden puutteiden tiedetään vaikuttavan piirteisiin joiltain osin. Lapsi, jolla on ADHD, käyttäytyy tarkkaamattomasti ja ylivilkkaasti matalan aktivaation vuoksi. Oireet voivat lisääntyä, mikäli lapsi sairastuu stressiin, masennukseen tai aivosairauteen. Lapsella saattaa ilmetä aivotoiminnan häiriöistä johtuvia muita oireita hienomotoriikassa, hahmottamisessa, kielellisessä kommunikaatiossa, oppimisessa ja psykososiaalisessa käyttäytymisessä uhmakkuutena ja käytöspulmina. (Michelsson ym. 2004,23–25 ; Myllykoski ym. 2004, 11.)

Aivoalueet säätelevät osin ihmisten välittäjäaineiden aktivaatiotasoa, toiminnan suunnittelua ja ennakoitua, muistia, liikkeen hienosäätöä ja itsekontrollia. Näissä tarkkaamattomilla on usein

myös problematiikkaa. Henkilöt yrittävät nostaa aktiivatasoa liikehtimällä tai unelmoimalla. (Jokinen 2004, 12.) AD-häiriöihin liittyy perinnöllistä alttiutta. Se on monimuotoista ja useita eri geenejä on liitetty lisääntyneeseen riskiin saada ADHD tai ADD. Oireet voivat johtua stressistä, traumaattisesta kokemuksesta, arjen hallinnan ongelmista tai perhetilanteesta. (Puustjärvi & Vuotilainen 2014, 76.)

ADHD:n kehittymiseen vaikuttavat perimän lisäksi ympäristötekijät, joita ovat biologiset ja psykososiaaliset tekijät sekä niiden keskinäinen vuorovaikutus. Nämä tekijät voivat johtaa myös muihin neuropsykiatriisiin häiriöihin. Jos lapsi altistuu kohdussa nikotiinille tai alkoholille, mahdollisesti äidin stressihormoneille se lisää ADHD:n riskiä alttiusgeenin kanssa. Mahdollisia ADHD-riskitekijöitä ovat myös pieni syntymäpaino, ennenaikaisuus, keskushermostoinfektiot, aivovammat ja erittäin vakava kaltoinkohtelu. Perheen psykososiaalisen vuorovaikutuksen riskitekijät voivat lisätä yliaktiivisuutta ja uhmakasta käytöstä. Riskitekijät heikentävät toimintakykyä, mutta ne eivät itsessään aiheuta ADHD:tä. Oireet ilmenevät eri tavoin eri ikävaiheissa. Epäily ADHD:stä herää leikki-ikäisenä lapsen ylivilkkauden ja lyhytjänteisyyden vuoksi. Oireisiin vaikuttavia ympäristötekijöitä päiväkodissa ovat melutaso ja ärsykkeiden määrä. (Vuotilainen & Puustjärvi 2014, 71–72.)

Tärkein lapsen kehitykseen vaikuttavista tekijöistä on vanhempien antama hoito ja kasvatusta. Geneettinen perimä ja sosiaalinen, fyysinen ja psyykinen ympäristö ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja yhteydessä lapsen ja vanhempien kehitysprosesseihin. Lapsi, joka käyttäytyy huonosti, saa yleensä muita lapsia enemmän negatiivista huomiota ja joutuu tappeluihin osittain periytyvän temperamentin vuoksi, mikä edesauttaa häiriön pahentumista. Osiin siis elämäntapahtumatkin määräytyvät geeneistä eli perimä ja ympäristö vaikuttavat yhdessä lapsen psyykkiseen hyvinvointiin. (Moilanen & Amqvist 2004, 24.)

Lyytisen mukaan "Tarkkaavaisuushäiriö on merkittävä alttius vyyhdedä mukaansa rinnakkaisongelmia". Tarkkaavaisuushäiriössä huomio tulee keskittää kielellisten ongelmien päällekkäistymiseen. Motivaatio on tärkeää toiminnan suuntaamisessa, suunnittelussa ja huomion ylläpitämisessä. Tarkkaavaisuus käsittää vireystilan ja suuntautumisen aspektin. Vireys on tarkkaavuuushäiriön ydin, jota voidaan mitata erilaisilla mittauksilla. (Lyytinen 2005, 49–51.)

Toiminnanohjaus on keskeinen neuropsykologisen tarkkaavaisuusongelmat määrittelykohde. (Lyytinen 2005, 77.) Tarkkaavaisuushäiriössä on määriteltävä ongelman luonne, tulee erotella oppimishäiriöt ja muut psykologiset ongelmat, kuten käytöshäiriöt, aggressiivisuus, ahdistuneisuus-häiriö ja aggressiivisuushäiriö tulee selvittää. (Lyytinen 2005,79–80.)

Ylivilkkaus ja tarkkaamattomuus vaikeuttavat henkilön arjen- ja elämänhallintaa, jos ympäristön vaatimukset ja henkilön vahvuudet eivät ole sopu soinnissa. ADHD-piirteisillä saattaa ilmetä toiminnanohjauksen vaikeuksia. Sairaus voi vaikuttaa kouluttautumiseen (Huotari & Niiranen-Linkama & Siltanen & Tamski. 2008 21–23.) Oireet voivat vaihdella eri ikäkausien mukaan, liitännäisoireet voivat olla aikuisena ongelmallisimpia. Oireet voivat haitata päivittäistä elämää ja vaikeuttaa arkiaskareista selviytymistä. (Voutilainen & Puustjärvi 2014, 71.)

2.1 Diagnosointi

Tarkkaavaisuuden häiriöt voivat näkyä viivästyneinä puheen tai liikunnan kehityksenä. Lasten kehitystä seurataan neuvolassa, jossa näihin viivästyksiin voidaan puuttua. Kun lapsi käyttäytyy poikkeavasti esimerkiksi päiväkodissa tai esikoulussa, pyritään hänet ohjaamaan mahdollisimman pian tarkempiin tutkimuksiin, jotta mahdolliset hoito -ja kuntoutustoimenpiteet voidaan aloittaa hyvissä ajoin ennen koulun aloittamista (Michelsson ym. 2004, 15.)

Usein oireet todetaan vasta koulussa lapsen käyttäytyessä impulsiivisesti, levottomasti, tai jos lapsella on vaikeutta oppia. Teini-iässä diagnosointi on vaikeampaa, koska ADHD:n oireet: ylivilkkaus, impulsiivisuus ja motoriset ongelmat ovat voineet parantua. Etualalla ovat tällöin oppimisvaikeudet, sosiaaliset ongelmat ja käytöshäiriöt. Diagnosoinnissa käytetään kartoituslomaketta ja tarkkaillaan lapsen oireita. Edellytys on, että oireet ovat alkaneet ennen seitsemän vuoden ikää ja ovat kestäneet puoli vuotta. Oireita on esiinnyttävä koulussa ja kotona (Michelsson ym. 2004, 16–18.)

Lääketieteellisessä diagnosoinnissa käytetään kahta järjestelmää ICD(International Classification of Diseases) ja DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). ICD:ssä oireyhtymä

on tarkkaavaisuuden ja aktiivisuuden häiriö, eli henkilöllä on tarkkaavaisuuden häiriö ja ylivilkkautta sekä impulsiivisuutta. DMS:ssä henkilöllä voi olla jotain edellä mainituista piirteistä (Michelsson ym.2004 ,17–18.)

Diagnosointi perustuu oireisiin. Diagnosointi voi olla vaikeaa, koska oireiden vaikeusastetta ei ole määritelty, myös ympäristön odotukset ja vaatimukset saattavat vaikuttaa diagnoosiin. Joiltain hyväksytään tietynlainen käyttäytyminen ja joiltain ei (Michelsson ym. 2004, 21.) ICD-10 luokituksen mukaan lapset johdattavat hetken mieltäjohteita. Lääkäri diagnosoi tarkkaavaisuushäiriön. Diagnosoinnissa otetaan huomioon kotona ja koulussa esiintyneet yli kuusi kuukautta kestäneet oireet, joiden tulee hankaloittaa lapsen arkea. Diagnosointi on hankalaa, koska perheet voivat ajatella eri tavalla siitä mikä on häiritsevää käytöstä ja mikä ei. Oireiden perusteella tehtävä diagnoosi voi olla moneen eri sairauteen sopiva. Lapsella, jolla epäillään ADHD:ta, voi olla piirteitä Aspergerista tai Dysfasiasta. Osalla lapsista esiintyy tarkkaamattomuutta, eikä se kata ADHD-kriteeristöä. Ilman diagnoosia olevat tarkkaamattomat lapset tarvitsevat tukitoimia diagnoosin saaneiden tavoin (Jokinen ym. 2004, 11.)

Diagnosoinnissa tehdään oireiden haittaavuuden arviointia. ICD10-luokituksesta tulee täyttyä kuusi tarkkaamattomuuden ilmentymää yhdeksästä ja kolme yliaktiivisuuden ja kolme impulsiivisuuden oiretta 18 oireesta. Oireiden tulee kestää yli puoli vuotta ja niiden tulee haitata toimintakykyä ja esiintyä arjessa koulussa ja kotona. Oireiden tulisi alkaa ennen seitsemän vuoden ikää. Diagnoosiin tarvitaan kattava anamneesi, kliininen tutkimus sekä oireisiin vaikuttavien ympäristötekijöiden kartoittaminen. Diagnoosin teossa haastatellaan vanhempia, jotta voidaan selvittää raskauden- ja synnytyksen aikaiset riskitekijät, lapsen kehityshistoria, nykyoireet, toimintakyky ja arjen sujuminen sekä aiemmat tutkimukset ja hoidot. Diagnosoinnissa selvitetään perheen ja lapsen elämäntilanne ja sen muutokset. (Puustjärvi & Voutilainen 2014, 74–76.)

Lapsen ja vanhemmat vuorovaikutussuhdetta arvioidaan tarkastelemalla vanhemman ohjauskeinoja, tapaa kommunikoida lapsen kanssa, lapsen reagoitua siihen ja vuorovaikutuksen tunneilma-
piiriä. Lisäksi pyydetään tietoa päiväkodista tai koulusta. Kliinisessä tutkimuksessa selvitetään lapsen kokemusta ongelmista: oireista, koulumenetyksestä ja ystävyys-suhteista. Tutkimuksessa arvioidaan lapsen käyttäytymistä, oireita ja toimintakykyä tutkimustilanteessa. Lasta tutkitaan

myös neurologisesti ja somaattisesti, jotta voidaan varmistaa ettei kyseessä ole muu häiriö. Diagnoosin teossa käytetään apuna oirekyselyä, joka löytyy Käypä hoito-suosituksesta. Lisäksi voidaan käyttää laaja-alaisempia kehityksellisiä ja psyykkisiä oireita kartoittavia kyselyjä. Lapselle laaditaan kuntoutussuunnitelma moniammatillisessa työryhmässä, mikä koostuu psykologi, puheterapeutti tai toimintaterapeutti lääkärin ja hoitajan lisäksi. (Puustjärvi & Voutilainen 2014, 74–76.)

Veli-Matti Tainion mukaan (2004) yksikin koulussa esiintyvä oire voi olla riittävä syy asian puuttumiseen. Oireita ovat harha-aistimukset ja itsetuhoisuus. Kun lapsen aggressiivisuus, negatiivisuus, keskittymättömyys ja ylivilkkaus kestävät viikkoja ja haittaavat lapsen koulunkäyntiä tai ihmissuhteita on ongelman tunnistaminen ja hoito tärkeää myöhemmän kehityksen kannalta. Tainio viittaa nimeämättömiin kirjoittajien julkaisuun vuodelta 1999, jolloin suosituksena näille lapsille oli saattaa mahdollisimman pian erityissairaanhoidon tutkimuksiin ja hoitoon. (Janhukainen 2002, 204.) Tarkkaavaisuushäiriön ja hyperaktiivisuuden diagnosoimiseksi tulee olla useita havaintoja keskittymiskyvyn alenemisesta, ylivilkkaudesta ja impulsiivisuudesta. Tainion mukaan "Oireiden tulee olla riittävän laaja-alaisia, pitkäkestoisia ja ongelmallisia, jotta voidaan puhua sairaudesta tai häiriötilasta" (Janhukainen 2002, 209.)

2.2 Ikäkaudet

ADHD:n oireet vaihtelevat iän mukaan. Ne voivat lieventyä tai muuttaa luonnettaan eri ikävaiheissa. ADHD ei näy välttämättä jos henkilöllä ei ole vaatimuksia eikä rajoituksia. Kouluikäisenä saattaa alkaa ilmetä suurempia ongelmia, kun vaatimukset lisääntyvät. Leikki-iässä oireita voivat olla levottomuus ja impulsiivisuus. Lapsen on vaikeaa totella kieltoja ja rajoituksia. Lisäksi hän on uhkarohkea ilman pelon tunnetta. Lapsen on vaikeaa keskittyä tehtäviin, leikkiä rauhallisesti tai kuunnella satuja. Liitännäisoireet: kömpelyys, kompastelut ja kaatumiset alkavat esiintyä lapsen toiminnassa. Lapsen voi olla vaikea seurata puhetta tai muistamaan monimutkaisia ohjeita, myös käsitteitä voi olla vaikeaa ymmärtää. (Michelsson ym 2004, 26–27.)

Ennen koulun alkua lapsella voi olla hahmotushäiriöitä, heikkoa tuntoaistia, huonoa käyttäytymistä. Lapsi voidaan kokea röyhkeäksi ja aggressiiviseksi, koska hänellä on vaikeutta hallita voimankäyttöään. Hän voi ärsyttää toiminnallaan muita tai joutua kiusatuksi. (Michelsson ym. 2004,

27.) Päivähoidon alussa lapsen oireisto ei tule esiin, koska lapsi viihtyy yksin leikkiessä. Kun lapsi haluaa leikkiä muiden lasten kanssa, hän ei tottele leikin sääntöjä ja hakee aikuisen huomiota. Tässä vaiheessa päiväkotia ja vanhemmat miettivät miten lapsen kanssa voisi toimia. Vanhemmilla ja päiväkodin henkilökunnalla saattaa olla erilaiset käsitykset lapsesta. Lapsi voi saada osakseen paljon negatiivista palautetta: toistuvista epäonnistumisista joiden syitä lapsi ei itse ymmärrä, heikentävät lapsen itsetuntoa. Esikouluikässä tulee miettiä tulevaa koulupolkua ja mahdollista koulun aloittamisen lykkäämistä. (Michelsson ym. 2004, 28.)

Kouluikässä oireet ovat alkavat ilmetä toimintahäiriönä, eikä lasten kyvyt täytä aikuisten odotuksia ja vaatimuksia. Michelssonin (2004) mukaan nykyinen koulutusjärjestelmä ei aina sovellu tarkkaammattomille lapsille. Lapsi voi kokea päivittäin epäonnistumisia ja hän alkaa kehittää strategioita nöyryytysten välttämiseksi pelleilemällä. Koulunkäynti voi vaikuttaa tarkkaavaisuushäiriön diagnoosin saaneesta lapsesta tylsältä oppitunneilla istumisen ja hiljaisen työskentelyn vuoksi. Ryhmäkoko voi vaikuttaa keskittymiseen. Tavoitteena on, että lapsi pystyy opiskelemaan yleisopetuksen luokassa tukitoimien avulla. Jos se ei onnistu, voidaan lapsen opetusta yksilöllistää ja siirtää lapsi erityisopetukseen. (Michelsson ym. 2004, 29.)

Oppilas, jolla on ADHD, ei aina ole automaattisesti huono oppilas. Useilla on korkea älykkyysosamäärä ja he pärjäävät koulussa hyvin. He korvaavat puuttuvat taidot jo opitulla ja hallituilla taidoilla. Koulumenestyksen eteen nuori tarvitsee sisukkuutta ja motivaatiota saavuttaa tuloja. Tärkeässä roolissa on perheen tuki ja koulun mahdollistamana ongelmien käsittely, ratkaisu ja vaatimusten sopeuttaminen lapsen kykyihin. Peruskoulun suorittamisen jälkeen nuori ei välttämättä ole kiinnostunut jatkamaan enää opintojaan. Kouluarvosanat on huonoja, koska nuori ei ole kyennyt keskittymään eikä oppimaan. Huonon koulumenestyksen vuoksi nuoren on vaikea päästä jatko-opintoihin ja hänen on vaikeaa sopeutua erilaisiin vaatimuksiin ja odotuksiin. Vaikeus voi olla myös ammatin saamisessa ja pysyvän sekä mielenkiintoisen työpaikan hankkimisessa. Opiskelupaikan löytäminen voi tuottaa ongelmia, koska nuori voi olla jäljessä kehityksellisesti muista eikä kykene opiskelemaan itsenäisesti. (Michelsson ym. 2004, 31–32.)

2.3 Tarkkaavaisuushäiriöiden (ADHD ja ADD) hoito

Hoidossa kaksi toisiaan täydentävää päälinjaa ovat perheiden ja lapsen psykososiaalinen tuki ja lääkehoito. Psykososiaalinen tuki voi olla perheille tarjottavaa tukea ryhmistä. Tuki on käyttäytymisterapian erilaatuista soveltamista. Tärkeää on arkipäivän korostunut jäsentäminen, oppimislanteiden oikea mitoittaminen erityisvaikeudet huomioiden sekä perheenjäsenten välisen vuorovaikutuksen tukeminen. Lääkkeinä käytetään yleisimmin Stimulanttilääkkeitä: Ritalinia tai Concertaa (Myllykoski 2004, 15.)

Lääkitys auttaa parantamaan keskittymiskykyä ja oppimisedellytyksiä. Lasten impulssikontrolli ja lyhyt muisti paranee. Lääkitys vähentää myös yleistä häiritsevää käyttäytymistä, mutta ei muuta persoonaa. ADHD:n lääkitys ei ole ainoa hoitokeino vaan se täydentää muita tukitoimia. Koulussa lapsen tarkkaavaisuushäiriö näkyy vaikeutena toimia ohjeiden, sääntöjen, tavoitteisen ja tilanteiden mukaan, vaikeutena kohdistaa ja ylläpitää tarkkaavaisuutta tehtävän kannalta lapselle mielekkäästi, vaikeutena hillitä omia tunteita, hankaluutena itsehillinnässä ja –ilmaisussa (Jokinen & Ahlikari 2004, 19–20, 23.)

Hoitoon kuuluvat potilas- ja omaisneuvonta sekä erilaiset tuki- ja hoitomuodot. Vanhempain ohjaukseen tulee panostaa ja tarjota riittäviä tukitoimia heti hoidon alussa. Oireet vähenevät psykososiaalisilla - ja lääkehoidolla. Vanhempien jaksamista on tärkeää tukea, koska ADHD-oireet lisäävät vanhemman stressiä ja saattavat vaikuttaa kasvatuskäytäntöihin. Psykososiaalisiin hoitomuotoihin kuuluvat lääkkeettömät hoidot kotona, koulussa, päiväkodissa. Lasta ohjataan käyttäytymisessä ja vanhempia tuetaan ja ohjataan lapsen kasvatuksessa. Lisäksi tarjolla on yksilöterapiaa tai neuropsykiatrista valmennusta. Lapsen käyttäytymistä ohjaamalla ja poistamalla häiritseviä tekijöitä pyritään helpottamaan ADHD-oireita ja lisäämään onnistumisen kokemuksia. Perhe voi mennä kuntoutukseen, jossa vanhemmat saavat keinoja lapsen ohjaamisessa ja opetetaan vanhempia tunnistamaan käytökseen vaikuttavia tekijöitä. Päiväkodin ja koulun tuella pyritään edesauttamaan lapsen oppimiskykyä. Tuki voi olla pedagogista ja siinä voidaan käyttää käyttäytymisohjauksen keinoja. Lapsen ympäristöä voidaan muokata oireita helpottavaksi. (Puustjärvi & Voutilainen 2014, 76–77.)

Tainion mukaan lapsen keskeisessä asemassa olevia tahoja: koulua tai päiväkotia ei sovi unohtaa hoitoa tai kuntoutumista miettiessä. Yhteistyön tekeminen on tärkeää sosiaalitoimen, perheneuvolan, päiväkodin ja koulun välillä. Lapsen neuropsykiatrisia ja psykologisia tutkimuksia tehdään Tainion mukaan liian vähän. Tutkimuksissa tulisi keskittyä lapsen psyykeen, perheen ja ystävien pohtimiseen neuropsykiatristen tekijöiden lisäksi. (Jahnukainen 2002, 214.) Käyttäytymishäiriön käsite jaetaan käyttäytymistyyppin mukaan kahteen erilaiseen ryhmään: käyttäytymisen sosiaaliset ja emotionaaliset vaikeudet. Jaottelua käytetään varhaiskasvatuksessa ja se on myös perusopetuslain (628/1998) 17. pykälässä, jonka perusteella erityisopetusta voidaan antaa sopeutumisvaikeuksista tai tunne-elämän häiriöistä kärsiville oppilaille. Tarkkaavuusongelmat, aggressiivisuus ja hyperaktiivisuus ovat ulospäin näkyviä käyttäytymisongelmia. Lastensuojelun tehtävänä on lasten hyvinvoinnin ja suotuisten kasvuolojen turvaaminen. Sosiaalityössä pyritään vaikuttamaan perheen hyvinvointiin yleensä vanhempien kautta. (Jahnukainen 2002, 249, 251.)

2.4 Kuntoutuminen

Kuntoutuksella pyritään auttamaan henkilöä, jonka elämä on toiminnaltaan ja mahdollisuuksiltaan rajoittunutta. Kuntoutus voidaan jakaa neljään eri alueeseen: lääketieteelliseen, ammatilliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen. Kuntoutuminen on kokonaisvaltaista, terveydentilaan vaikuttaa sosiaaliset seikat: sosiaalinen tuki, ihmissuhteet ja kulttuuriset seikat. Kuntoutumisessa on tärkeää ottaa huomioon nuoren oma panos ja osallistuminen prosessiin, sen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Kuntoutuminen on ratkaisukeskeinen ohjaus- ja oppimisprosessi. Kuntoutuksessa harjoitellaan toimintamalleja ja haetaan ratkaisuvaihtoehtoja eri tilanteiden varalle ja näin nuoren selviytymiskeinot paranevat ja elämänhallinta kasvaa. Kuntoutujan tulee ottaa vastuu omasta kuntoutumisestaan valmentajan avulla. ADHD-liitolla kuntoutuminen on mm. Coaching-kuntoutusmalliin pohjautuvaa. Kuntouttavia tekijöitä ovat ne tukitoimet, jotka antavat keinoja arjessa selviytymiseen itsenäistymisessä ja jatko-opinnoissa. Kontrollottomuutta ja vaikeutta hallita impulsseja voidaan hoitaa psykoterapiassa. Myös puhe- ja toimintaterapioissa voidaan antaa apukeinoja arkeen kuntoutujalle (Myllykoski ym .2004, 16–18.)

Lapsille tarjotaan myös fysio-, toiminta-, puhe- ja psykoterapiaa. Neuropsykologinen kuntoutus: taide-, ratsastus- ja toiminnallinen musiikkiterapia voivat tukea lasta. Kuntoutuksessa pyritään löytämään uusia ja toimivampia toiminta- ja käyttäytymismalleja elämän eri tilanteisiin. Sairaus voi vaikuttaa negatiivisesti lapsen itsetuntoon ja voi vääristää minä-kuvaan. Kuntoutus pyrkii tarjoamaan tukea ja keinoja näiden parantamiseksi. Kuntoutusta tarjotaan myös vanhemmille ja muulle perheelle. Perheille on tarjolla erilaisia sopeutumisvalmennuskursseja, joissa perheet saavat vertaistukea ja tietoa oireyhtymästä (Jokinen & Ahtikari 2004, 18–19.)

Lapset saavat yleensä kielteistä palautetta ja heitä tulisi kannustaa ja antaa positiivista palautetta. Lapsi on tottunut hakemaan huomiota negatiivisella käyttäytymisellä. Lasten kanssa tulisi ymmärtää ongelmien syitä ja ennaltaehkäistä ongelmien syntymistä. Lapselle tulisi antaa mahdollisuus pitää mieleistä tekemistä sisältäviä taukoja. Lasta tulisi auttaa tuntemaan oma itsensä: auttaa löytämään vahvuudet ja ymmärtää itseään. Negatiiviset luonteenpiirteet ja tarkkaavaisuushäiriön oireet on hyvä sanoittaa lapselle sopiviksi (Jokinen & Ahtikari 2004, 24–28.) Tulisi aina muistaa, että ADHD-piirteet ovat lapsen/nuoren ominaisuuksia (Myllykoski ym.2004, 44).

Lapset, joiden on vaikea keskittyä, tarvitsevat selkeät ohjeet, järjestyksen ja rutiinit (Jokinen & Ahtikari 2004, 29). Lapsilla on usein vaikeutta toiminnan, käyttäytymisen ja oppimisen ohjaamisessa. Lapsi, jolla on toiminnanohjauksen vaikeuksia toimii suunnittelemattomasti ja kontrolloimattomasti. Toiminnan ohjauksen vaikeudet näkyvät vaikeutena aloittaa työskentelyä, levottomuutena, vaikeutena suunnitella omaa toimintaa, vaikeutena hahmottaa aikaa tai ymmärtää ajan-kulua. Lasta tuetaan toiminnanohjauksen vaikeuksissa etenemällä ulkoisesta kontrollista sisäiseen kontrolliin. Ulkoisessa kontrollissa lapsen toimintaa ohjaa aikuinen ja sisäisessä lapsi tietää kuinka toimia sisäisen äänensä ja omatunnon kautta (Jokinen ym. 2004, 37–39.)

Lasten ympäristö tulee kartoittaa. Koulussa tulee ottaa huomioon lapsen yksilöllisyys opetuksessa, esimerkiksi pienryhmäopetuksessa tai yksilöllisessä tukiopetuksessa. Lääkehoito parantaa keskittymiskykyä. Sosiaalisessa ja kognitiivisessa kuntoutuksessa voidaan miettiä käyttäytymisen hal-

linnan tukitoimia. Läheisten tukeminen on myös tärkeää. Lyytisen mukaan samanaikainen, monella tasolla toimiva pitkäkestoinen kuntoutus on hyväksi. Tarkkaavaisuushäiriöt ja kehitykselliset koordinaatiohäiriöt näyttävät esiintyvän yhdessä. (Lyytinen 2005, 80–82, 279–280.)

Perheet ovat erilaisia, joissakin pärjätään lapsen kanssa hyvin ja joissain perheissä ADHD aiheuttaa stressiä niin lapsille että aikuisille. Monista asioista täytyy taistella, tiedon etsimisestä palvelujen taistelemiseen, jotta ihmisoikeudet olisivat kaikilla perheenjäsenillä samoja. Erityislapsen vanhemmuus vaikuttaa parisuhteeseen ja perheen vuorovaikutukseen. Vanhemman tulee hallita kokonaisuus ja organisoida lapsen elämää. Vanhemman jaksamiseen tulisi panostaa. Vanhemmat voivat pelätä lapsen ja itsensä leimautumista. Vanhemmat voivat kokea ja leimautua huonoiksi vanhemmiksi. Vanhemmat miettivät saako lapsi ystäviä, löytyykö hyvä hoito- ja koulupaikka. Vanhemmat saattavat pohtia miksi kysymyksiä erityislapsestaan. Lapsen hoito saattaa tuntua välillä ylivoimaiselta ja vanhempi saattaa uupua. Lähipiirin ja auttajien tulisi muistaa kysyä miten vanhemmat jaksavat. Vanhemmilla saattaa olla myös hankalan ihmisen leima erityisesti palvelun järjestäjien silmissä. Jos lapselleen ei vaadi palveluita, ei niitä yleensä saa. (Juusola 2012, 119–120.)

Lapsi, jolla on ADHD, pitää liikkumista ja pieni liike auttaa keskittymään. ADHD-liitto tarjoaa perheille sopeutumisvalmennuskursseja ja sensomotorisia kuntoutuksia. Lapsi tarvitsee aikuisen tuekseen, joka jäsentää toimintaansa hyvin. Lapsi saa apua toimintaansa lyhyillä, selkeillä ja rauhallisilla ohjeilla ja auttaa lasta säätelemään tunnetilojaan. Lapsen tulisi oppia toimimaan toisella tavoin, eikä saada vain kieltoja osakseen. Ammattilaisten tulisi omata kyvyn käsitellä omia tunteitaan, kuunnella, puhua, kyvyn nähdä taustalla vaikuttavia tekijöitä. (Juusola 2012, 143–144, 146–147, 149–151.)

2.5 Neuropsykiatrinen valmennus

Neuropsykiatrinen valmennus on kuntoutusmenetelmä, joka voidaan jakaa lääkinnälliseen, ammatilliseen ja sosiaaliseen sekä kasvatukselliseen kuntoutukseen. Valmennuksella pyritään toimintakyvyn parantamiseen ja antamaan keinoja elämässä selviytymiseen. Valmennuksessa kuntoutuja löytää itse omat voimavaransa (Huotari, Niiranen-Linkama, Siltanen, Tamski 2008, 6.)

Lääkinnällinen kuntoutus tarjoaa hoitoa, apuvälineet, lääkityksen, sopeutumisvalmennusta terveyskeskuksessa ja/tai sairaalassa. Ammatillinen kuntoutus tarjoaa keinoja työkyvyn edistämiseen, valmiuksien parantamiseen, syrjäytymisen ehkäisyyn. Kasvatuksellinen kuntoutus sisältää koulutuksen erityisjärjestelyt. Sosiaalinen kuntoutus on: sosiaalisen toimintakyvyn parantamisen miettimistä, jonka tavoitteena on arjessa selviytyminen. Tampereella tehtävä valmennus on sosiaalista kuntoutusta. Kuntoutujaa auttaa parhaiten samanaikaisesti tarjottava valmennus, terapia ja lääkehoito. Valmennus on ohjaus- ja tukimenetelmä, joka täydentää muita yhteiskunnan palveluita. Sen tarkoituksena on tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus sekä tuen tarpeisiin vastaaminen. Valmennuksella pyritään nostamaan kuntoutujan hyviä puolia esiin. Myönteisyys, voimavarat ja ratkaisut edistävät myönteisellä tavalla minä -käsitystä. Valmennus käsittelee: Elämänhallintaa, arjen sujumista, nostaa esille valmennettavan vahvuuksia ja voimavaroja, valmennettavan kanssa pohditaan ristiriitatilanteita ja mietitään niihin ratkaisuja. Tavoitteena on kuntoutujan eheä minäkuva ja identiteetti sekä tukea valmennettavaa ja tämän perhettä. Valmentaja ohjaa valmennettavaa, jotta tällä olisi mahdollisuus hyvään elämään. Valmennus antaa riittävän hyvän taitotason etsiminen (Huotari ym. 2008, 8–9.)

Valmennettavien itsetunto on usein kokenut kovia kolauksia, minkä seurauksena valmennettava ajattelee olevansa "ikuinen epäonnistuja" ja he elävät negatiivisessa kehässä. Se voi johtaa syrjäytymiseen. Valmennuksessa valmennetaan valmennettavaa ja ympäristöä: jakamalla tietoa, vaikuttamalla asenteisiin ja etsimällä konkreettisia, arkea helpottavia toimintatapoja. Valmennus on prosessi, johon luodaan tavoitteet. Valmennusta arvioidaan tasaisesti valmennuksen jokaisessa vaiheessa. Valmennuksessa jokainen valmennettava kohdataan yksilönä, eikä pelkkänä diagnoosina. (Huotari ym. 2008, 18–19.)

Valmennukseen tulevilla on usein diagnoosi, lapsille on mahdollista tarjota tukea, mutta yleensä itsenäistymisvaiheessa olevat nuoret tippuvat palvelujärjestelmästä pois, eikä heille ole tarjolla riittävästi tukea. Valmennuksella pyritään tarjoamaan tukea valmennettavan tarpeisiin ja näin ehkäistä syrjäytymistä työmarkkinoilta, opiskelusta ja yhteiskunnasta. Valmennuksella pyritään tukemaan valmennettavan itsetuntoa, koska heillä on takana paljon epäonnistumisen kokemuksia. Valmennuksessa tulee käydä läpi tavoitteet ja keskustella yhdessä tavoitteista, jotta molemmat

tulevat kuulluiksi. Tavoitteet ovat konkreettisia, arkielämään liittyviä, jotka voivat keskittyä arjenhallintaan, opiskeluun, ihmissuhteisiin. Valmennuksen aikana annetaan palautetta, Tavoitteita mietitään useita, mutta kerralla suoritetaan vain yhtä tärkeintä. Valmennuksessa pyritään nostamaan kyvykkyyttä ja onnistumiskokemuksia esille. Voimavaroja ja kyvykkyyttä etsitään haastatteleamalla valmennettavaa menneisyydestä ja tulevaisuudesta hyvin sujuneista asioista. Neuropsykiatrisen sairauteen sairastuneella on arjen hallintaan ja oman toiminnan ohjauksen vaikeutta. Arjen hallinnan ongelmat sijoittuvat itsensä huolehtimiseen, itsetuntemukseen, vuorovaikutustaitoihin, arjen hallintaan ja vapaa-aikaan. Toiminnan ohjaus käsittää aloitteellisuuden, käyttäytymisen ehkäisyyn, vaihtaminen, suunnitteluun, organisointikyvyn, itsetarkkailun ja tunteiden säätelyn (Huotari ym. 2008, 43–44, 47.)

Arjenhallinnan vaikeuksia on vaikeaa oppia ilman tukea. Ilman tukea vaikeudet lisääntyvät monilla eri elämän osa-alueilla. Arjenhallinnan konkreettista apua ei ole saatavilla toimistoista, vaan sitä tulisi saada ympäristöön, jossa ihminen elää. Arjenhallinnan pulmiin on saatava apua, jossa huomioidaan voimavarat. Kun ongelmat kasautuvat kasautumistaan, voi ihminen joutua laitoshoittoon, joka yhteiskunnalle kallista ja tehotonta (Huotari ym. 2008,74.) Neuropsykologisessa kuntoutuksessa käydään läpi vahvuuksia ja voimavaroja. Työskentelyssä harjoitellaan jäsentämistä, ajoittamista ja suunnittelua. Kuntoutusta tarjotaan mm. ADHD-liitosta (Myllykoski ym. 2004,19.)

Tarkkaavaisuushäiriöiselle lapselle ja nuorelle on tarjolla monenlaista apua ja tukea valmennuksen lisäksi. Tukea tarvitsevalle lapsella on oikeus saada perusopetuslain mukaan tukea kolmiportaisen tuen mallin mukaisesti. (Räty 2015, 43 ja Perusopetuslaki 32 mom). Koulu tarjoaa pedagogista tukea. ADHD-lapset ovat yleensä yleisopetuksen luokissa tukitoimien voimin tai opiskelevat yleisopetuksen yhteydessä toimivassa erityisluokassa yleisopetuksen opetussuunnitelman mukaisesti. Opetettavia oppiaineita voidaan yksilöllistää oppimisedellytysten mukaisesti. Jokinen ym. Mukaan yleisopetuksessa opiskelevalle riittäviä tukitoimia ovat eriyttäminen, luokanopettajan ja/tai erityisopettajan antama tuki. Monet hyötyvät koulunkäyntiavustajan tuesta erityisvaikeuksiansa vuoksi (Jokinen & Ahtikari 2004,17.)

Kouluterveydenhoitaja ja lääkäri tarjoavat tukea erilaisten tutkimusten muodossa ja heidän kautaan lapsi pääsee erikoissairaanhoidon piiriin jatkotutkimuksiin. Oppilashuoltoryhmät tarjoavat myös tukea. Koulukuraattori toimii koulun sosiaalityöntekijänä oppilaan ja perheen apuna ja –

psykologi voi tehdä psykologisen arvioinnin pedagogisesta kyvystä. Koulun tukitoimien lisäksi terveydenhuolto tarjoaa kuntoutusta. Tarkkaavuushäiriöisille tehdään kuntoutussuunnitelma, jossa määritellään tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Suunnitelma tehdään yhdessä perheen kanssa ja sen tarkoituksena on parantaa ja ylläpitää lapsen toimintakykyä. (Jokinen ym. 2004.) Itsenäistyvät nuoret ovat suurin asiakasryhmä neuropsykiatrisessa valmennuksessa, muita tahoja ovat nuorten psykiatriset poliklinikat, sosiaalitoimistosta sekä erilaisista terapioidista (Juusola 2012, 34–35).

ADHD-auttamistyö on voimavara- ja ratkaisukeskeistä, jossa tulisi neuvomisen sijaan kysyä avoimesti, minkä avulla lapset aktivoituvat miettimään ja työstämään omia ratkaisujaan. Avointen kysymysten lisäksi tulisi tavoitella samaa aaltopituuksia autettavan kanssa. Asteikkokysymykset selkeyttävät ajatuksia ja laittavat asioita mittasuhteisiin. Kysymyksissä voidaan tutkia vuorovai-
kutussuhteita, tuoda esiin näkökulmia ja ajattelutapoja. Poikkeuskysymykset auttavat ajattelemaan tilanteita toisesta näkökulmasta. Niiden avulla oppii kun tekee jotain muuta, kokee jotain muuta. Ja oma tietoisuus kasvaa omista valinnoista. Selviytymiskysymykset tuovat voimavaroja. Ja niillä voi katkaista ongelmapuheen. Tavoite- ja tulevaisuuskysymyksillä katseen saa kohdistettua tulevaisuuteen. Onnistumisen luominen on tärkeää ja vahvistaa pysyvyyden tunnetta, ja se on ammatillaisen tärkein tehtävä. Auttajan tulisi löytää keinot ja voimavarat lapselle. (Juusola 2012, 152–155.)

Neuropsykiatrinen valmennus on elämänhallinnan ja arjen sujuvuuden vahvistamista. Keskustelujen lisäksi siellä tehdään asioita yhdessä. Nepsy-valmennuksessa voidaan miettiä muistia, sen vahvuuksia ja heikkouksia. Muistaminen ei ole yleensä vahvuus ja siinä lapsi tarvitsee tukea ja ohjausta ennakkointiin. Työmuisti aiheuttaa eniten harmia ja mielipahaa arjessa, koska ei muista mitä on juuri kuullut tai minne on jättänyt avaimet. Säiliömuisti on yleensä tarkkaavaisuushäiriöön sairastuneella lapsella todella hyvä ja tehokas, jonne tallentaa mielenkiintoista tietoa. Muisti kytkeytyy muihin tiedonkäsittelyprosesseihin, toiminnan ohjaukseen ja tarkkaavaisuuteen. Tarkkaavaisuus siihen mitä muistetaan ja toiminnanohjaus miten tehokkaasti ihminen käyttää tukenaan muistitekniikoita ja apuvälineitä: kalenteria ja kännykkää. Se on kontrolli- ja koordinoitaitoja, joiden avulla ihminen toimii päämäärätietoisesti ja tilanteen vaatimusten mukaisesti. (Juusola 2012, 159–162.)

Toiminnan ohjausta voi harjoitella tekemällä useita toistoja. Toiminnan ohjaus on impulssin hallintaa, aloitteellisuutta, kykyä siirtyä tehtävästä toiseen, suunnittelua, organisointikykyä, itsetarkkailua, tunteiden säätelyä, käyttäytymisen säätelyä ja työmuistin toimivaa käyttöä. Nepsy-valmennuksessa voidaan tehdä erilaisia strategioita elämän suunnitteluun. (Juusola 2012, 167.) Ajanhallinta, tehtäviin tarttuminen, keskittymisen helpottaminen, motivaation herättäminen ja tavoitteista kiinnipitäminen, erilaisten oppimistekniikoiden opettelu, itsetunnon ja identiteetin vahvistus, miettiä liikuntaa ja ravintoa, riippuvuuksia, miettiä millainen on riittävän hyvä elämä. (Juusola 2012, 172–201.)

Neuropsykiatrista työtä tehdään Tampereella Nepsy-tukityön tiimissä, joka tarjoaa palveluja lasten, nuorten ja perheiden neuropsykiatrisissa pulmatilanteissa. Nepsy-tukitiimi palvelee tamperealaisia alle 20-vuotiaita lapsia, nuoria ja heidän perheitään sekä heidän kanssaan työskenteleviä työntekijöitä. Nepsy-tukityön tiimi järjestää neuropsykiatrisista erityisvaikeuksista koulutuksia perheille ja työntekijöille ja he antavat konsultaatiota puhelimitse, ja konsultaatiokahvilassa. Nepsy-tukityön kautta on mahdollista saada ratkaisukeskeistä neuropsykiatrista valmennusta, joka on kuntouttavaa toimintaa. Valmennuksen avulla asiakas voi oppia uusia toimintatapoja ja elämänhallintataitoja arkeen (Tampereen kaupungin nepsy-tiimin esite 2017.)

Lapsi, jolla on tarkkaavaisuuden pulmaa, tarvitsee ohjausta ja neuvontaa sekä tukea ja apua koulusta ja sosiaali- ja terveysalalta. Käypähoito-suosituksen mukaan ADHD:n hoito on moninaista, psykoedukaatioon pohjautuvaa psykososiaalista tukea. Hoidossa tulee huomioida yksilölliset tukitoimet ja hoitomuodot. Psykoedukaatio tarjoaa tietoa oireiden hallinnasta ja arjen sujuvuudesta sekä hyvinvointia lisäävistä elämäntavoista. Käypä hoito-suosituksen mukaan tukitoimet pitää aloittaa heti, kun tarkkaavuuteen ja ylivilkkauteen liittyviä pulmia ilmenee. Tukitoimien aloittaminen ei vaadi lääkärin diagnoosia, vaan ne voidaan aloittaa tuen tarpeen ilmetessä. Tukitoimet ovat pedagogisia, lääketieteellisiä ja sosiaalisia. Lapsille voidaan tarjota tukihenkilöjä tai -perheitä tai perhetyötä sosiaalitoimen kautta. Usean hoitomuodon aloittaminen on tarpeellista ja tavallista. Eri ikävaiheissa hoito voi kohdistua Käypähoito-suosituksen mukaan eri tavoin. Yhteistyö on tärkeää, sillä lapselle laaditaan hoitoa suunniteltaessa ja toteuttaessa hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Hoito tulee kohdistaa lapsen perheenjäseniin, sillä oireet voivat lisätä koko perheen stressiä, vai-

kuttaa vanhemmuuteen ja koko perheen vuorovaikutukseen. Hoitamaton ADHD voi vaikuttaa aikuisiän työllistymistä, minkä vuoksi on tärkeää, että tarkkaavaisuushäiriö huomioidaan sosiaalihuollon palveluissa. (Käypähoito-suositus 2017)

Tarkkaavaisuushäiriöiden oireet saattavat näyttäytyä lapsen huonovointisuutena, minkä vuoksi perheet hakevat apua tai heidät ohjataan lapsiperheiden palveluiden piiriin. Perheet hakevat apua, koska eivät sitä muualta saa. Perhetyön avulla voidaan miettiä keinoja helpottaa lapsen arkea ja perheen vuorovaikutusta. (THL 2017.)

3 LAPSIPERHEIDEN SOSIAALITYÖ

Sosiaalihuolto on yhteiskunnallinen tehtävä. Sosiaalihuolto viittaa kunnan järjestämiin yksilöiden perheiden ja yhteisöjen toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta tukeviin tehtäviin ja palveluihin. Se on eroteltu yleisiin ja erityispalveluihin. Sektoreiden lainsäädännöllinen perusta, toimijat, toimintatavat ja verkostot ovat erilaisia. Lastensuojelun ja päihdehuollon yhtymäkohtana nähdään kriisiytynyt elämäntilanne, jossa tarvitaan palveluita ja aitoa yhteistyötä asiakkaan kanssa. *Tarkkaavaisuushäiriöön sairastunut tarvitsee sosiaalihuollon palveluita perus- ja erityispalveluista perheen tilanteen mukaisesti.* Sosiaalihuollon kautta perheille voidaan tarjota arkeen. (Käypä hoito-suositus 2017 ; Haverinen & Kuronen & Pösö 2014, 12–13.)

Sosiaalihuollon tarkoituksena on hyvinvoinnin ja turvallisuuden edistäminen ja ylläpitäminen. Se torjuu ja vähentää eriarvoisuutta ja syrjäytymistä sekä turvaa riittävät ja laadukkaat sekä yhdenvertaiset sosiaalipalvelut, jotka vahvistavat asiakaslähtöisyyttä. Tarkoituksen on vahvistaa toimintaedellytyksiä ja parantaa sosiaalihuollon ja kunnan muiden toimialojen sekä toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä hyvinvoinnin edistämiseksi ja väestön tuen tarpeisiin vastaamisessa. (Haverinen ym. 2014, 91–93.)

Kuntalain mukaan kunnan tehtävänä on edistää asukkaiden hyvinvointia, mitä tehdään kunnan sosiaalipalveluissa. Palvelut ovat kehittyneet hyvinvointivaltion kasvun myötä ja palvelut terveydenhuollon kanssa ovat jokaisen asukkaan peruspalveluita ja takaavat perusturvan. (Haverinen ym. 2014, 109.) Yhteiskunnallisesti tuotetut sosiaalipalvelut maksetaan verovarjoilla, joista maksetaan yleiset etuudet, kuten työttömyys- ja sairausetuudet sekä työkyvyttömyyseläkkeet (Eydal & Kröger 2010,19.)

Kunnan velvollisuuksina on perheiden tukeminen ja ennaltaehkäisy. Lastensuojelu on perhe- ja yksilökeskeistä sosiaalityötä, jonka tarkoituksena on vaikeaan elämäntilanteeseen joutuneiden perheiden ja lasten tukeminen, ongelmien selvittäminen. Lastensuojelu kattaa lapsen huoltoon ja taapamisoikeuteen, adoptioon, isyyteen ja elatukseen liittyviä kysymyksiä. Lastensuojeluun kuuluvat myös lapsen ja perheiden taloudellinen tukeminen ja asumisen tukeminen. (Lastensuojelun käsikirja 2017.) Lastensuojelulain tarkoituksena on puuttua perheen tilanteisiin mahdollisimman

varhain tukemalla perheitä heidän ongelmissaan ja ehkäistä niiden syntymistä. Lastensuojelussa vallitsee lievimmän toimenpiteen periaate, eli viranomaisen on valittava käytettävissä olevista toimintavaihtoehdoista lievin mahdollinen tapa auttaa ja lievittää ongelmassa. (Räty 2004, 85.) Lastensuojelun kannalta keskeisiä toimia ovat perheiden tukeminen taloudellisesti ja palvelujen avulla. Kasvuolojen kehittämiseen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn tulee käyttää aikaa. Ehkäisevään lastensuojeluun kuuluu perheiden tukeminen ilman lastensuojelun asiakkuutta. Kunnan tulee huolehtia siitä, että eri palvelut tukevat vanhempia, huoltajia ja muita lapsen huollosta vastaavia henkilöitä. Kunnan vastuulla on se, että ehkäisevä lastensuojelu ja lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu vastaavat tarvetta. (Taskinen 2012, 33–34.)

Painopiste on ollut perheiden tukemisessa ja ennaltaehkäisevässä työssä, johon voivat sisältyä myös muut lapsille ja perheille tarjotut julkiset palvelut. Esimerkiksi julkista päivähoitoa on käytetty paljon lasten suojeluun ja hyvinvointiin. Yhteistyö julkisten viranomaisten ja muiden palveluntarjoajien kanssa on olennainen osa suomalaista lastensuojelutyötä, ja sitä kannustetaan usein onnistuneen lastensuojelun välineenä. (Hearn & Pösö & Smith & White & Korpinen 2004 ; Millar & Warman, 1996: 21–32.)

Lapsen oikeuksien sopimus hyväksyttiin 1989 ja se velvoittaa valtiota, kuntia, vanhempia ja muita aikuisia noudattamaan sitä. Sopimus takaa jokaiselle lapselle yhdenmukaiset oikeudet. Perhe on sopimuksen mukaan ensisijainen lasten kasvuympäristönä ja perheellä on oikeus saada suojelua ja apua, jotta se voi huolehtia velvollisuutensa yhteiskunnassa. Sopimuksen mukaan "valtion on ryhdyttävä toimiin suojellakseen lasta kaikenlaiselta ruumiilliselta ja henkiseltä väkivallalta, vahingoittamisesta, pahoinpitelyltä, laiminlyönniltä tai välinpitämättömältä tai huonolta kohtelulta tai hyväksikäytöltä 19 artiklan mukaan. Ongelmia tulisi ehkäistä ja käsitellä tehokkailla menetelmillä ja sosiaalisilla ohjelmilla Lapsen oikeuksien sopimuksen mukaan. (Bardy 2009, 32–33.)

Lastensuojelu on lastensuojelulaissa (417/2007) määritelty palvelu lapsiperheille, jolla pyritään auttamaan perheitä vaikeissa tilanteissa. Lain tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen elämään (Lastensuojelulaki 417/2007, 1§.) Lapsen vanhemmilla on vastuu huolehtia ensisijaisesti lapsesta, mutta tilanteissa, joissa vanhemmat tarvitsevat apua lapsen huolehtimiseen tarjotaan palveluita lastensuojelusta. Lastensuojelun avohuollossa tehdään yhteistyötä lasten ja huoltajien

kanssa. Lastensuojelulain mukaan yhteistyötä tulee tehdä huoltajien tai lapsen kasvatuksesta vastaavan henkilön kanssa (Lastensuojelulaki 417/2007, 34§.)

Lastensuojelu pyrkii ehkäisemään lapsen ja perheen ongelmia sekä puuttumaan riittävän varhain havaittuihin ongelmiin. Lastensuojelun tarvetta arvioitaessa ja lastensuojelua toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu (Lastensuojelulaki 417/2007, 4§.) Lapsia ja perheitä pyritään auttamaan ehkäisevän lastensuojelun keinoin. Ehkäisevää lastensuojelua tehdään kouluissa, päivähoitossa, nuorisotyössä, neuvoloissa sekä muussa sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Lastensuojelulaki 417/2007, 3a§). Ehkäisevä lastensuojelu on kaikille tarjolla oleva palvelu, eikä se vaadi lastensuojelun asiakkuutta. Ehkäisevän lastensuojelun palveluissa on tarjolla myös erityistä tukea. Ehkäisevän lastensuojelun tuen avulla pyritään auttamaan perheitä ja ennaltaehkäistä lastensuojelun tarvetta. Ehkäisevä lastensuojelu tukee lasten kasvua ja kehitystä sekä vanhemmuutta. Ehkäisevässä lastensuojelussa lapsen biologisen perheen kuntouttaminen on tärkeää (Räty 2015, 4–5, 8.) Lapsen kasvuolosuhteita kehitetään jatkuvasti erilaisten palvelujen turvin. Lapsen kehityksen perusteina ovat riittävät ja jatkuvat turvalliset aikuiskontaktit, lapsen huomioon ottavat toimintatavat, sekä turvallinen, terveellinen ja virikkeellinen kasvuympäristö. (Taskinen 2012, 22–24.)

Lapsiperheiden sosiaalityöhön kuuluu lastensuojelutarpeen selvittäminen. Lastensuojelutarpeen taustalla on erilaisia ja –pituisia syitä: tavallisia elämänkriisejä, vaativia tilanteita ja koettelevia olosuhteita. Lastensuojelu toimii perheen ja yhteiskunnan rajapinnoilla. Perheen yksityisyyttä ja vanhempien vastuuta on kunnioitettava, mutta lapsen kaltoinkohteluun on puututtava. Erityispiirre lastensuojelussa on se, että lasta on suojeltava kaikenlaisissa tilanteissa, vaikka asianosaiset vastustavat sitä. Lastensuojelu tarjoaa perheille apua ja tukea käytännön arkeen perheelle sopivalla tavalla. (Bardy 2009,41–42.)

Palvelutarpeen arviointi on tehtävä sosiaalihuoltolain 36§ ja lastensuojelulain 26§ mukaan kiireellisen sosiaalihuollon avun ja lastensuojelun tarpeen arvioinnin jälkeen on tehtävä sosiaalihuoltolain palvelutarpeen arviointi. (Saastamoinen 2016, 170). Palvelutarpeen arvioinnissa tehdään viranomaisyhteistyötä. Yhteistyön avulla lapselle arvioidaan riittävät palvelut ja tukitoimet. (Saastamoinen 2016, 172–173.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti Lastensuojelu 2015 mukaan 1.4.2015 voimaan tullut uusi sosiaalihuoltolaki muutti lastensuojelun asiakkuuden alkamisen määritelmää. Lastensuojelun asiakkuus ei enää ala siitä, kun lastensuojeluasian vireille tulon johdosta ryhdytään selvittämään lastensuojelun tarvetta vaan, siitä kun palvelutarpeen arvion perusteella nähdään tarve lastensuojelulle ja lastensuojelun palveluille. Vuoden 2015 tilaston mukaan lastensuojelun asiakasmäärät 73 872 lasta ja nuorta, laskivat huomattavasti vuodesta 2014 90 269 lasta ja nuorta. Asiakasmäärien laskun taustalla on ennen kaikkea lakimuutos. (THL 2016,10.)

Lastensuojelua ovat avohuollon tukitoimet, huostaanotto ja sijais- ja jälkihuolto, jossa tulee ottaa huomioon lapsen etu ja tukea vanhempien ja muita lasta hoitavien henkilöiden kasvatusmahdollisuuksia lasta tukevissa kasvuolosuhteissa. Lapselle voidaan järjestää perhe- tai laitoshoidtoa yhdessä vanhempien, huoltajan tai muun lapsessa vastuussa olevan kanssa avohuollon tukitoimena. Avohuollon tukitoimet ovat huoltajan ja yli 12-vuotiaan lapsen suostumukseen perustuvia ja ne ovat ensisijaisia tukimuotoja. (Räty 2004, 95–96.)

3.1 Lastensuojelun avohuollon sosiaalityö

Lastensuojelun käsikirjan (2017) mukaan avohuollon tukitoimia täytyy järjestää viipymättä, kun lastensuojelun tarve on todettu. Avohuollon tukitoimien tarkoituksena on edistää ja tukea lapsen myönteistä kehitystä sekä tukea ja vahvistaa vanhempien, huoltajien ja lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavien henkilöiden kasvatustaitoja ja -mahdollisuuksia. Avohuollon tukitoimet ovat siten ensisijaisia huostaanottoon ja sijaishuoltoon nähden. Avohuollon tukitoimien on kuitenkin oltava lapsen edun mukaisen huolenpidon toteuttamiseksi sopivia, mahdollisia ja riittäviä: jos avohuollon tukitoimet eivät ole lapsen kannalta tarkoituksenmukaisia, mahdollisia tai riittäviä, on lapsi otettava huostaan (Lastensuojelun käsikirja 2017.)

Lastensuojeluasiakkuus käynnistyy erilaisin tavoin, useimmiten palveluntuottajan tai viranomaisen tekemästä lastensuojeluilmoituksesta. Syinä ovat usein monimuotoiset syyt yksin tai yhdessä riittämätön vanhemmuus, vanhempien päihteiden väärinkäyttö tai perheristiriidat. Lapsilla voi olla koulunkäyntivaikeuksia tai alentunut psyykinen tila. Lapsuus voi olla kuormittunut, mikä vaikut-

taa lapsen psykososiaaliseen hyvinvointiin ja psyykkiseen oirehdintaan. Lapset tarvitsevat siis terveydenhuollon ja lasten- sekä nuorisopsykiatrian palveluja. Useimmiten lastensuojeluasiakkuus alkaa murrosiässä pitkään jatkuneiden koulukäyntivaikeuksien vuoksi. (Bardy 2009, 64–66, 70.) ADHD-piirteisestä voidaan tehdä lastensuojeluilmoitus impulsiivisuuden vuoksi. Vanhemmat saattavat kokea, etteivät pärjää enää lapsen kanssa vaikean tai haastavan käyttäytymisen vuoksi. (Michelsson ym. 2004.)

Lastensuojelun asiakkaiden arkea leimaavat erilaiset muutokset: kasvuympäristön useat muutokset, perherakenteiden muutokset ja useat katkenneet kaverisuhteet. Elämä sisältää useita pahoinvointia aiheuttavia tekijöitä. Asiakkaat asuvat usein köyhissä perheissä. Perheissä on usein myöstyöttömyyttä. Lastensuojelu tarjoaa taloudellista ja konkreettista arjen apua. Perhetyötä tarjotaan usein perheille erilaisin tavoittein. Perhetyötä tekevät monen alan ammattilaiset. Perhetyötä voidaan tehdä neuvolasta käsin lastensuojelun lisäksi. Perhetyötä voidaan tarjota intensiivisenä tai perhekuntoutuksena. (Bardy 2009, 63, 69.) ADHD-piirteisen lapsen perheissä perhetyö voi tukea vanhempien vanhemmuutta tai tarjota keinoja toimia arjessa toisin. (THL 2018.)

Avohuollon tukitoimia ovat erilaiset palvelut ja tukimuodot. Avohuollon taloudellista tukea voidaan myöntää koulunkäyntiin, harrastuksiin sekä läheisten ihmissuhteiden ylläpitämiseen. Palveluina voivat olla päivähoito, kotipalvelu, tuki lapsen ja perheen ongelmatilanteen selvittämiseen, tukihenkilö tai –perhe, lapsen hoitopalvelut ja terapia, perhetyö, koko perheen sijoitus perhe- tai laitoshuoltoon, vertaisryhmätoiminta sekä loma- ja virkistystoiminta. (Taskinen 2012, 70–72.)

Varhainen puuttuminen on lasten ja nuorten varhaista auttamista ja rajoittamista jolla ehkäistään syrjäytymisriskin kasautumista. (Pyhäjoki & Koskimies 2009, 186). Tarja Heinon mukaan lapsi tarvitsee avohuollon asiakkuuden, jos lapsen terveys ja kehitys on vaarantunut niin paljon, ettei perheitä ja lapsia voida auttaa riittävästi kunnan peruspalveluissa. Lapsen huostaanotto on viime-sijaisiin puuttumisen muoto. Huostaanotto on mahdollista tehdä vasta kun lapsen huolenpidossa on puutteita tai jos kasvuolot vakavasti vaarantavat terveyden ja kehityksen, tai jos avohuollon tukitoimet ovat riittämättömät ja sijaishuolto arvioidaan lapsen edun mukaiseksi. (Heino 2009, 198.)

Avohuollon asiakkaiden määrä on noussut. Heino viittaa artikkelissaan Bardyyn ym. (2001) joiden mukaan 2000-luvun taitteessa asiakkuudet lisääntyivät ja peruspalvelut ohentuivat. Asiakaslapsen lapset ovat yleensä myös muiden erityispalveluiden piirissä lastensuojelun lisäksi. (Heino 2009, 199.) Heinin mukaan lastensuojeluasiakkaiksi tulevat lapset ovat useimmiten alle 3-vuotiaita. Useimmin murrosikäinen lapsi huostaanotetaan. Asiakkaiden taustalla korostuu vanhemman jaksamattomuus, riittämätön vanhemmuus, vanhempien avuttomuus ja osaamattomuus. Vanhempien mielenterveys- ja päihteidenkäyttö, lapsen hoidon laiminlyönti sekä perheväkivalta ovat lasten huostaanoton syitä. Lapsen ja vanhemman ristiriidat ovat syitä lastensuojelutarpeen selvitykseen nuorilla. Koulunkäyntivaikkeudet ja väkivaltakokemukset, lapsen tai nuoren sairastelu, vammaisuus tai kehitysviivästymä ovat Heinin mukaan myös huostaanoton taustalla. (Heino 2009,208.)

Taskisen mukaan lasten ja nuorten moninaisemmat ongelmat ovat jatkuvasti kasvussa Suomessa. Taustatekijät ongelmien moninaisuudelle ovat taloudelliset, yhteiskunnallinen ilmapiiri ja palvelujen muutokset. Lastensuojelun asiakasmäärät ovat olleet jatkuvassa nousussa 1990-luvun alusta lähtien. Taskinen pohtii asiakasmäärien nousun syyksi taloudellista lamaa, jolloin lasten ja perheiden etuuksia ja palveluja leimattiin ja työttömyys nousi. Tilanteen parantaminen ei palauttanut leikkauksia täysimääräisesti. Kunnilla on ollut talousvaikeuksia myös 2000-luvun puolella, mikä on vaikuttanut palvelujen saamiseen. (Taskinen 2012, 7.) Avohuollossa olevien asiakkaiden määrä on kasvanut ja lapsia joudutaan sijoittamaan aikaisempaa enemmän kodin ulkopuolelle (Taskinen 2012, 8).

Lasten tai nuorten käytös on asosiaalista, mikä ilmenee päihteidenkäytön, huumeidenkäytön, koulunkäymättömyytenä ja sosiaalisina ongelmina, aggressiivisuutena samanaikaisesti. Lastensuojelussa tulisi tehdä moniammatillisena yhteistyönä kaikkien toimijoiden: poliisin, terveydenhuollon ja koulutoimen kanssa. Työskentelyä tehdään yhteistyössä silti vähän, erikseen toisistaan (Mahkonen 2004,19-20) Eri toimijat ajattelevat käytöksestä eri tavalla, vaikka yhteistyötä voisi tehdä. Poliisi korostaa tekoja esitutkinta ja rikoslainsäädännön kautta. Sosiaalityöntekijä painottaa tekijää kentässä ja soveltaa lastensuojelulakia. Terveystieteidenhuollossa diagnosoidaan neuroottisuus, jonka taustalla on käyttäytymis- ja tarkkaavaisuushäiriö.(Mahkonen 2010, 20.)

Lastensuojelussa olevat lapsiperheet eivät aina ole köyhiä, vaikka toimeentulotukivaikkeudet koettelevat perhettä, vanhempien parisuhdetta ja vanhemmuutta. Hyvin toimeentulevilla perheille

lastensuojeluasiakkuus voi olla nuoren vaikean teini-iän vuoksi. Lastensuojelun tarve syntyykin useista eri tekijöistä. Päihteiden väärinkäyttöä on usein lastensuojelutarpeen syynä. Taskinen kirjoittaa äitien lisääntyvästä päihteiden käytöstä sekä vanhempien ja nuorien sekakäytöstä syyksi lastensuojelutarpeelle. Sekakäyttöön yhdistynyt rikollisuus ja aggressiivisuus muodostavat turvatomman arjen lapselle. Nuorten lisääntyneet asiakkuudet johtuvat päihteidenkäytöstä, rikollisuudesta: varkauksista, tappeluista, ryöstöistä tai huumausainerikoksista sekä käytöshäiriöistä. (Taskinen 2012, 8.)

Mielenterveysongelmat ovat myös syy lastensuojelutarpeelle. Yhä useammalle asiakaslapselle on tehty psykiatrisen tutkimus- ja hoitajakso. Nuori voidaan joutua kiireellisesti sijoittaa tai huostaanottaa hoitajakson jälkeen. Vanhempien psykiatriset sairaudet näkyvät myös asiakasperheissä lastensuojelutarpeen syynä. Vanhempien avuttomuus kasvatustehtävässään on myös asiakkuuden syynä. Perheiden arki on kaaottista eikä rutiineja ole riittävästi. Vaikeudet perheen vuorovaikutuksessa tai perhe-elämän sekavuus tai perheväkivalta ovat yleisiä syitä lastensuojeluasiakkuudelle. Taskisen mukaan ydinperheen haavoittuvuus näkyy, sillä huostaanotetut lapset tulevat yleensä yksinhuoltajaperheistä. (Taskinen 2012, 8–9.)

Huostaanottojen määrät ovat lisääntyneet vuosi vuodelta. Heinon artikkelin mukaan lapsen huostaanotto on viimesijaisin interventio, ja se on mahdollista tehdä, kun kolme kriteeriä täyttyvät. Huostaanotto on vaihtoehto kun lapsen huolenpidossa on puutteita tai muut kasvuolosuhteet vakavasti vaarantavat lapsen terveyttä tai kehitystä tai mikäli lapsi itse vaarantaa ne omalla käytöksellään esimerkiksi käyttämällä päihteitä tai tekemällä rikoksia. Myös silloin kun lapselle tarjottavat avohuollon palvelut ovat riittämättömiä tai epäsoivia tai jos sijaishuollon arvioidaan olevan lapsen edun mukaista. Huostaanotto on voimassa toistaiseksi ja se on tarkoitettu väliaikaiseksi tukitoimeksi. Huostaanotossa on kysymyksenä pitkäaikaisen huolenpidon järjestäminen muualla lapselle. Lastensuojelun painopiste on siirtynyt laitossijoituksista perhehoitoon. Avohuollon tukitoimien käyttöä on lisätty: perheille tarjotaan muun muassa perhekuntoutusta ja erimuotoista perheytyötä avohuollon tukitoimena. (Bardy 2009, 55–56, 60.) Huostaanotetut lapset toimivat tutkimusten mukaan symbolina lasten hädälle ja indikoivat siitä (Forsberg & Ritala-Koskinen 2010, 55).

Lastensuojelulain tavoitteena on turvata kasvuolot, lapsen ja perheen oikeudet lisäksi työskentelyn painotusta on pyritty siirtämään ennaltaehkäisyyn, varhaiseen tukeen ja avohuoltoon. Lain tarkoituksena on viranomaisten välisen yhteistyön lisääminen. Tavoitteena on että lapsi ja perhe saisivat tarvitsemaansa palvelua jo perustasolla, kuten neuvolassa, päivähoitossa, perheneuvolassa, koulussa ja nuorisotyössä. (Taskinen 2012, 9–10,12.)

Toimivan ja saumattoman viranomaisten yhteistyön katsotaan olevan tärkeää lapsen suojelussa. Siihen viitataan perustuslaissa 731/1999 pykälässä 19, sosiaalihuoltolaissa 1301/2014 pykälässä 41 ja lastensuojelulaissa 417/2007 pykälässä 31. Myös Hallintolain 434/2003 10§ on yleissäännös yhteistyöstä. Viranomaisten välisiin yhteistyön toteuttamiseksi voidaan luovuttaa tietoja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa 812/2000. (Saastamoinen 2016, 57–58.)

Lapsen kokonaistilanteen hahmottaminen ja sen perusteella tehtävä tuen tarpeen arvioiminen on keskeistä lapsen suojelussa. Viranomaisten välinen yhteistyö on tärkeää ja yhteistyömenetelmiä on tärkeää kehittää. Yhteistyön tulisi olla aukotonta ja johdettua. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma on yhteistyön ohjaava dokumentti. (Saastamoinen 2016, 62).

Terveydenhuollolla on keskeinen rooli lapsen suojelussa itsenäisenä toimijana ja lastensuojelun yhteistyökumppanina. Yhteistyö on merkittävää tilanteessa, jossa lapsi on asiakkaana itsensä tai perheensä vuoksi mielenterveydellisistä syistä. Kun lapsen hyvinvointi vaatii sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palveluita, tulee ne tarjota yhteistyössä lapselle. Lastensuojelulain 15 pykälän mukaan lapsella on oikeus saada tarvitsemansa terveydenhuollon palvelut. (Saastamoinen 2016, 83–84.)

Jos lapsella on mielenterveysongelmia, on vastuu terveydenhuollon viranomaisilla lastensuojelu-, sosiaalihuolto sekä terveydenhuoltolain mukaisesti. Lastensuojelun ja terveydenhuollon yhteistyön käytännön ongelmana on se, ettei terveydenhuollon viranomaisilla ole välttämättä tarvittavia hoitoyksiköitä tai määrärahoja käytettävissä, mikä on vaikuttanut siihen että lapsia on jouduttu hoitamaan sairaudesta huolimatta lastensuojelun avohuollon tukitoimilla. Lapsen hoidon järjestämisessä on kiinnitettävä huomiota terveydenhuollon hoitovastuusta silloin jos kyseessä on psyykkisesti sairas lapsi. (Saastamoinen 2016, 100–101.)

Rätyn (2015) mukaan lastensuojelu paikkaa ja korvaa edelleen terveydenhuollon järjestelmän puutteita, eikä uuteen lastensuojelulakiin (1/2008) tehty siihen koskevia muutoksia. Tämä puute on lasten ja perheiden kannalta ongelmallinen. (Räty 2015,ix) Lastensuojelussa tehtävien toimenpiteiden tulisi edistää lasten suotuisaa kasvua ja kehitystä. Lastensuojelulakiin on sisällytetty selkeä perheen jälleenyhdistämisen tavoite sijaishuollon toteuttamisessa. Lastensuojelulain tavoitteena on riittävän varhain perheen ongelmiin puuttuminen. "Säännös korostaa viranomaisen velvollisuutta ryhtyä riittäviin ja tarpeen mukaisiin toimiin, jos lapsen asema perheessä vaarantuu esimerkiksi kasvuolosuhteiden johdosta."(Räty 2015, 8–9)

3.2 Lastensuojelun avohuolto ja tarkkaavaisuushäiriöt ADHD ja ADD

Kuntaliiton tuoreen selvityksen mukaan lapsille tarjottavia palveluita ei ole riittävästi saatavilla. Erityisesti mielenterveyspalvelujen suuret jonot vaikuttavat lasten hoitoon pääsyyn. Selvityksessä nousi esiin, että lastensuojelun asiakkailta on vaikeus päästä mielenterveyspalveluihin. (Kuntaliitto 2018) Suuret hoitojonot näkyvät lastensuojeluun päin kasvavina asiakasmäärinä, koska lasten ja nuorten pahoinvointi johtaa heidät vaarantamaan omaa kasvuaan.

Lastensuojelun työtä tehdään ihmisten kanssa perustuen inhimillisiin kohtaamisiin ja yhteyksien rakentamiseen. Työ on kaikilla tasoilla suhdeperustaista. Lastensuojelulaki säätelee lastensuojelun järjestämisen ja kehittämisen. Palvelujen sisältöjen tulee vastata lasten tarpeisiin. Kunnan tulee lastensuojelulain mukaan järjestää tuen tarpeessa oleville tukevaa toimintaa. Palvelut on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan kunnan tarpeen mukaan. Lapsen on saatava perus- ja erityispalveluita tarpeen vaatiessa. Toiminnan tulee olla koordinoitua ja yhteistyötä yli hallintorajojen on tehtävä. Bardyn teoksessa Tarja Heinon artikkelin mukaan esimerkiksi lasten ja nuorten psykiatrinen ja muu lääketieteellinen tutkimus, terapia ja hoito kulkevat yhä useammin lastensuojeluprosessin rinnakkaisprosessina ennen, jälkeen tai asiakkuuden aikana. (Bardy 2009, 70–71.)

Yksilön hyvinvointia suojaavia tekijöitä ovat terveys, perimä, myönteiset varhaiset ihmissuhteet, oppimiskyky, vuorovaikutustaidot, ongelmanratkaisutaidot, kyky ihmissuhteiden luomiseen, ruoka, suoja, sosiaalinen tuki, työllisyys, myönteiset mahdollisuudet, turvallinen ympäristö, toimiva yhteiskuntarakente. Lapsen kehitykseen kuuluu erilaisia vaiheita, joihin on mahdollisuus

saada tukea asiantuntijoilta. Kaikilla perheillä voi olla pulmia. Taskisen mukaan vanhempien on hyvä ottaa tukea vastaan kasvatustehtävään. Pelkkä vanhemmuuden suorittaminen voi aiheuttaa lasten elämään kärsimystä ja huono-osaisuutta. Vanhemmuuteen saa tukea peruspalveluista: neuvoloista, päivähoidosta, koulusta, kotipalvelusta, mielenterveys- ja päihdepalveluista, terveydenhuollosta sekä liikuntatoimesta. Peruspalvelut ovat ehkäisevää lastensuojelua. Perheitä tulisi tukea mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Taskisen mukaan varhaisen puuttumisen malli tulisi ulottua lasten ja lapsiperheiden palveluihin. Lapsi- ja perhekohtaisen lastensuojelun tehtävänä on turvata lapsen oikeudet arvokkaaseen elämään. Lastensuojelun väliintulo voi katkaista muun muassa sukupolvia kestäneen huono-osaisuuden kierteen ja katkaista sukupolvien lastensuojeluasiakkudet. (Taskinen 2012,19–23.)

Biologiset, ympäristö ja kulttuuritekijät vaikuttavat lapsen erityisen tuen tarpeen arviointiin. Lapsen hyvinvointia haavoittavia tekijöitä ovat sairaus tai vamma, haavoittuvuus, avuttomuus, huonot ihmissuhteet, eristäytyneisyys, vieraantuneisuus, laitostuminen, nälkä ja ravinnon puute, suojaamattomuus, erot ja menetykset, väkivalta, psyykkiset häiriöt perheessä, kulttuuriset ristiriidat, työttömyys, köyhyys, haitallinen ympäristö, jotka vaikuttavat siihen miten erityisen tuen tarve ilmenee. Erityistä tukea tarvitsevilla lapsella voi ilmetä väsymystä, mielialan laskua, tarkkaavaisuuden häiriöitä tai kielellisiä erityishäiriöitä. (Huhtanen 2004, 41.)

Lapsen kokonaistilanteen hahmottaminen ja sen perusteella tehtävä tuen tarpeen arvioiminen on keskeistä lapsen suojelussa. Viranomaisten välinen yhteistyö on tärkeää ja yhteistyömenetelmiä on tärkeää kehittää. Yhteistyön tulisi olla aukotonta ja johdettua. Lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma on yhteistyötä ohjaava dokumentti. (Saastamoinen 2016, 62).

Lastensuojelussa asiakkaina olevien ADHD-lapsen ympärillä velloo yleensä ongelmakeskeinen puhe, haasteet ja aikuisen huoli. Lapsen tulisi keskittyä ongelmien kesyttämiseen. Lapsen elämän täytyessä ongelmistaan ja arvioinnin kohteena olemisesta, imee lapsi ongelmat itseensä ja sisäistää sen osaksi itseään ja identiteettiä. Paras tapa auttaa ongelmista kärsivää ihmistä on suunnata hänen huomionsa myönteisiin asioihin. Asiantuntijoita voi käyttää apuna myönteisten asioiden hahmottamisesta. (Juusola 2012, 122.)

Tarkkaavaisuuden ongelmien lisäksi henkilöillä voi esiintyä muitakin ongelmia. Neurologisia erityisvaikeuksia ja liitännäisoireita on muun muassa arviointien mukaan 90 prosentilla ADHD-lapsista. Heillä esiintyy oppimiseen liittyviä vaikeuksia suorituskyvyn vaihtelevuuden vuoksi. Muistin erityisongelmat vaikeuttavat asioiden hoitamista ja oppimista. Usein tarkkaavaisuushäiriöinen lapsi on alisuoriutuja, koska hänen on vaikeaa hahmottaa asioita, löytää itselle sopivia oppimisstrategioita. Lapsilla ja nuorilla saattaa ilmetä myös psykiatrisia liitännäisoireita, joita ovat uhmakuus- ja käytöshäiriö, masentuneisuus ja ahdistuneisuus ja pakonomaiset liikkeet ja ajatukset. Somaattisia liitännäisoireita voivat olla vatsa- ja päänsäryt sekä uniongelmat (Jokinen ym. 2004, 13.) ADHD-lapsella on halu toimia ryhmän johtajana ja komennella muita. Koulusta pitämättömät nuoret viihtyvät yhdessä ja saattavat osallistua rikolliseen toimintaan. Tarkkaavaisuuden häiriö voi korostua sosiaalisen kanssakäymisen ongelmia. Asosiaalisia käytösongelmia voi kehittyä ja ne vaikeuttavat sopeutumista kouluun. Oppilas voi suuttua ja turhautua herkästi. (Michelsson ym. 2004, 30–31.) ADHD-lapsesta tehdään usein lastensuojeluilmoitus liitännäisoireilun vuoksi, mitkä näkyvät usein päiväkodissa tai koulussa.

Lapsi joka ei noudata sääntöjä, rikkoo tavaroita ja on usein ärtynyt vaikuttaa ilkeältä ja voi haastaa vanhempia. Näissä tilanteissa perheelle tarjotaan apua sosiaalitoimesta. (Juusola 2012, 85–88.) ADHD:n yleisin liitännäisoire on masennus, koska ADHD-lapsella on usein kokemusta sosiaalisesta epäonnistumisesta. Häiriö serotoniinin erityksessä selittää myös masentuneisuus taipumusta. Myös ahdistuneisuutta saattaa ilmetä ja toisinaan ahdistus johtaa paniikkikohtauksiin. Masennusoireet jäävät usein huomaamatta ja hoitamatta. Psykiatrisessa hoidossa olevista lapsista ja nuorista 40 % on ADHD, jota ei ole hoidettu ajoissa. (Juusola 2012, 93.) Masennusoireet voivat näyttäytyä koulussa, ja oireiden vuoksi tehdään lastensuojeluilmoitus. Unipoikkeavuuksia saattaa ilmetä tarkkaavaisuushäiriöissä. Nuoret ovat yleensä iltavirkkuja, jolloin unet voivat jäädä todella lyhyiksi. Iltaisin sängyssä saattaa ilmetä levottomia jalkoja, unissa puhumista tai -kävelyä. Univaikeudet näkyvät vaikeutena herätä kouluun ja tilanteessa otetaan yhteys sosiaalitoimeen aamupoissaolojen vuoksi koulusta. (Juusola 2012, 94.)

ADHD-lapsella voi syntyä tunnelukkoja, jotka liittyvät pitkälle itsetunto-ongelmiin. Ne ovat lapsuudessa syntyneitä, mielen syvän tason uskomuksia omasta itsestä. Tunnelukot saavat alkunsa vahingoittavista kokemuksista. Muodostuminen tapahtuu lapsuudessa, mutta ne kertautuvat ja

vahvistuvat aikuisuudessa. Tunnelukosta tulee osa persoonallisuutta, kun se on usein toistuvaa. Lapset, joilla on tarkkaavaisuudenhäiriö, ovat alttiimpia saamaan syviä tunnelukkoja. (Juusola 2012, 95–100.)

ADHD on yhteydessä heikompaan suoriutumiseen opinnoissa ja työelämässä. Oireet heijastuvat ihmissuhteisiin ja tuleviin vanhemmuuden taitoihin. Hoitamaton ADHD heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua sekä lisää päihteiden käytön ja rikollisuuden riskiä. Lapset ovat erityisen tapaturma-alttiita ja ajautuvat helposti vaaratilanteisiin. ADHD-lapsen ja nuoren pitkäaikainen -ja jännteinen hoito pienentää riskejä syrjäytyä ja parantaa elämänlaatua. Tiivis tuki ja seuranta sekä tavoitteiden arviointi ja hoidon räätälöinti parantavat hoidon tuloksellisuutta. (Puustjärvi ym 2014,81–82.) Keskittymisvaikeudet vaikeuttavat lasta huolehtimaan omasta turvallisuudesta. (Moilanen ym. 2004, 228–229.)

Neuropsykiatrisista vaikeuksista tiedetään vähän ja tietoutta tulisi lisätä. Juuselan kirjaan haastatellun äidin tarinan mukaan hänen poikiensa ADHD-diagnoosia ei otettu huomioon tarpeeksi vaan poikien levottomuuden ajateltiin johtuvan huonosta kasvatuksesta. Poikia rangaistiin päiväkodissa päivittäin ja he saivat negatiivista palautetta. Äidin puuttuessa asiaan tehtiin perheestä lastensuojeluilmoitus äidin aggressiivisuuden vuoksi. Kaikkiaan päiväkodista tehtiin viisi lastensuojeluilmoitusta levottomuuden ja ylivilkkauksen vuoksi. (Juusola 2012, 110–116.)

Juusolan (2012) mukaan ADHD:n yhteydessä pelihimot ja muut riippuvuudet ovat yleisiä, koska sairastuneet ovat alttiimpia kaikille riippuvuuksille päihdelääketieteeseen erikoistuneen professori Hannu Alhon mukaan. Riippuvuutta aiheuttavan asian tilalle tulee kehittää muuta mielenkiintoista ja mielekästä tekemistä. (Juusola 2012, 85–89.)

ADHD:n sairastuneet ovat usein impulsiivisia persoonaltaan. He reagoivat ärsykkeisiin nopeasti miettimättä seurauksia. Impulssikontrollin häiriöt ja aggressiivisuus johtuvat serotoniinin matalan tasoon. Impulsiivisilla ihmisillä vapautuu muihin verrattuna dopamiinia moninkertaiset määrät. Impulsiiviset ihmiset ottavat helposti riskejä ja he voivat käyttää päihteitä liikaa. ADHD:n yhteydessä ilmenee usein impulsiivisuutta, joka on enemmän persoonallisuuden piirre kuin psyykinen

häiriö.(Juusola 2012, 85) Impulsiivisuus ja aggressiivinen käytös johtaa usein lastensuojeluilmoituksen tekemiseen ja vakavissa itsensä tai muiden vahingoittamisen tilanteissa kiireelliseen sijoitukseen. (Lastensuojelulaki 417/2007, 38§)

Lastensuojelun asiakkaana ADHD-lapselle pyritään järjestämään riittävä tuki, jotta lapsen arki sujuisi. Lastensuojelu tekee yhteistyötä terveydenhuollon ja koulujen kanssa ja pyrkii järjestämään tukea myös yksityiseltä puolelta. Yhteistyö julkisten ja yksityisten toimijoiden kesken on vaativaa jatkuvasti muuttuvassa toimijaverkostossa (Pehkonen & Väänänen-Fomin 2011, 82). Asiakkaalla voi olla asiakkuus useissa organisaatioissa (Pehkonen & Väänänen-Fomin 2011, 68).

4 TUTKIMUKSEN METODOLOGIA

Pro Graduni tutkii lastensuojelun avohuollon sosiaalityöntekijöiden käsityksiä ADHD-asiakkaille tarjottavista palveluista. Tutkimukseni nostaa esiin sosiaalityöntekijöiden käsityksiä tarjolla olevista palveluista ja mistä asiakkaat voisivat parhaiten hyötyä.

Millaista tukea ADHD -ja ADD-diagnoosin saaneille asiakkaille tarjotaan avohuollon tukitoimina?

Millaista tuen tulisi olla, jotta se palvelisi asiakasryhmää paremmin?

Analysoin aineistoni fenomenografisella analyysimenetelmällä, jolla pyritään saamaan esiin tutkittavaan ilmiöön liittyvien erilaisten käsitysten kirjo ja vaihtelu, ilmiötä määrittävät termit ja ilmaukset ja niiden hierarkkiset suhteet. Analyysi ei siten kohdistu suoraan kokemukseen, kuten fenomenologisessa analyysissä. Fenomenografiassa on erilaisia orientaatioita, joiden kautta se lähestyy menetelmänä muita laadullisen tutkimuksen menetelmiä (Metsämuuronen ym. 2008: 34–35.)

Fenomenografisen analyysin tavoitteena on nostaa esiin haastateltavien käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä. Haastateltavilla voi olla hyvin erilaisia ja toisistaan poikkeavia käsityksiä tutkittavasta asiasta. Fenomenografisessa tutkimusotteessa käytettävistä haastatteluista nostetaan esiin haastateltavien erilaiset käsitykset ja niiden laadulliset erot tutkittavasta ilmiöstä. Fenomenografisessa tutkimusotteessa on keskeistä tutkittavan ilmiön kontekstin tunnistaminen, sillä juuri konteksti eli ilmiön tausta kiinnittää erilaiset käsitykset tutkittavaan kohdeilmiöön. Tutkijan, joka soveltaa fenomenografista tutkimusotetta, tulee kohdella haastatteluaineistoa niin, että se tuo esiin kontekstin mitä asiasta sanottiin. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2006; Metsämuuronen ym. 2008, 34–35.)

Fenomenografia toi esiin sosiaalityöntekijöiden käsityksiä millaisia palveluita nepsy-diagnoosin saaneet lapset tarvitsevat ja mitä palveluita he saavat. Fenomenografisen tutkimuksen pääpainotus on aineistossa, jolloin tutkimuksen teoria rakennetaan aineisto lähtökohtana. Analysoin litteroituja tekstejä tulkiten, etsien niistä teemoja, joista muodostan merkityskategorioita. Näistä muodostuu

lopulta ylemmän tason kategorioita, jotka selittävät sosiaalityöntekijöiden käsityksiä ADHD- ja ADD-asiakkaiden palveluista yleisemmällä tasolla. Merkityskategorioista muodostui ADHD- ja ADD-asiakkaiden palvelut ja niiden kehittäminen. (Anttila 2006.)

4.1 Tutkimusaineisto ja sen hankinta

Tutkimukseni on kvalitatiivinen ja sen aineisto koostuu Tampereen kaupungin erään lastensuojelun avohuollon tiimin sosiaalityöntekijöistä ja nepsy-valmentajasta. Haastattelin kuutta sosiaalityöntekijää ja Nepsy-valmentajaa yksilöllisesti. Ennen haastattelujen toteuttamista hain kaupungilta tutkimusluvan. Tutkimuslupahakemus haettiin sähköisellä lomakkeella, johon täytettiin tutkijan tiedot, tutkimuksen ohjaajan tiedot, tutkimuslaitos ja kaupungin yhteyshenkilön tiedot. Lupahakemukseen liitettiin tutkimussuunnitelma ja kerrottiin tutkimuksen nimi, tavoitteet, tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä. Tutkimuslupaa hakiessa arvioitiin aineiston keruuseen kuluva aika. Hain ja sain tutkimusluvan keväällä 2016.

Haastattelut tehtiin keväällä 2017. Haastattelut olivat kestoltaan reilun tunnin mittaisia. Haastattelut tehtiin sosiaaliaseman neuvotteluhuoneessa. Haastattelu mahdollisti suoran kontaktin tutkittavaan ja sen avulla sain laajan ja yksityiskohtaisen aineiston. (Smith 2009, 115.) Haastattelun aluksi keskustelimme tutkimuksesta ja kysyin haastateltavilta luvan aineiston nauhoittamisesta ja käyttämisestä Pro Gradu-tutkimukseen. Nauhoitin haastattelut kahdelle nauhurille, jotta ne varmasti tallentuisivat. Haastattelun alkuun merkitsin tunnistetiedot haastateltavan ja haastattelijan sukupuolesta, koulutuksesta tai ammatista. Kunkin haastattelun alkuun merkitsin myös muut tilanteessa vaikuttaneet taustatekijät ja seikat, esimerkiksi keskeytykset. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2006.)

Haastattelukysymykset (liite 1) ovat puolistrukturoituja, joissa teemat liittyvät lastensuojelussa tehtävään työhön, jonka keskiössä on asiakasryhmä ADHD- ja ADD-diagnoosin saaneet lapset, heille tarjottavat palvelut ja millaisia palveluita asiakkaat tarvitsisivat. Eskolan ja Suorannan teoksen mukaan haastatteluissa tutkijan tulee olla mahdollisimman ulkopuolinen ja objektiivinen. Tut-

kittavan näkökulma otetaan huomioon kenttätöissä, jolloin objektiivinen näkökulma syntyy tutkittavaan aineistoon oman subjektiivisuuden tunnistamisen ja tunnustamisen jälkeen (Eskola & Suoranta 1998, 15–24.)

Hirsjärven ja Hurmeen (2006, 138–139) sekä Puurosen(2007,114–115) teoksissa ohjeistetaan tutkijaa purkamaan aineisto analysoitavaan muotoon ennen varsinaista analyysia. Tutkija voi valita kirjoittaako hän ensin aineistonsa puhtaaksi analyysin tekemistä varten vai tekeekö hän analyysin suoraan haastattelunauhoista. Päädyin litteroimaan haastattelut tekstiksi keskeisin teemoin tutkimustehtävien mukaan. Kamppisen mukaan (1995, 49) kyseessä on propositiotason litterointi, jolloin tutkija kirjoittaa auki haastattelun ajatussisällön. Haastattelua ei litteroida sanasta sanaan taukojen kanssa, kuten perinteisessä litteroinnissa tehdään. Purin haastattelut keskeisiin teemoihin teksteiksi heti haastattelujen tekemisen jälkeen. Purkaessani haastattelut heti teksteiksi ja havainnot teemojen alle sekä haastattelut että analyysin ensimmäinen osa kulkivat käsikädessä. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää analysoida aineistoa koko tutkimuksen ajan. (Goetz & LeCompte 1984,165.) Tutkimus etenee näin johdonmukaisesti ja aineistoon voi hankkia täydentävää tietoa muotoilemalla tutkimuskysymyksiä toisenlaiseksi. Propositiotason litteroinnin riskinä voi olla se, ettei tutkija pysty perustelemaan miten haastateltavien ajatukset on johdettu haastatteluista. (Kamppinen 1995,49.)

4.2 Aineiston analyysi

Aineistoni tuo esiin haastateltavien käsityksiä palveluista. Analysoin aineistoa teemoittelemalla haastattelukysymysten teemojen mukaisesti litteroidut haastattelut. Aineistosta nousivat esille teemat: 1. mikä on ADHD, ADD 2. miten näkyy arjessa 3. montako ADHD-asiakasta 4. miksi lastensuojelun asiakkuus 5. miten ohjautunut lastensuojelun piiriin 6. palvelut lastensuojelussa 7. kriteerit ja tavoitteet tukitoimille 8. perhetyön työn arviointia 9. yhteistyötahot ja niiden toimivuus 10. Sijoitukset 11.sijoituksen arviointi 12. Millaisesta tuesta perheet hyötyy 13. Nepsy-tukitiimin työskentely ja sen arviointi 14. Onko lastensuojelun tuki riittävää, mistä saisi parempaa tukea. Teemojen alle jokaisen haastateltavan käsityksen kyseisestä teemasta ja kirjasin ne paperille. Käytin teemoittelun apuna haastattelutunnuksia (H1-7). Jokaisella haastateltavalla oli oma väri, mikä

helpotti tulosten näkyviin tuloa. Teemoittelun avulla tutkija löytää aineistosta haastattelevien pääkäsityksiä tutkittavasta aiheesta. Teemoittelua tehtäessä käydään koko aineisto läpi, jotta koko aineisto käydään läpi ja kaikki käsitykset nousevat esiin. Teemoittelua tehtäessä nostin esiin tässä työssä esiintyvät sitaatit, jotta lukijalle muodostuu konkreettisempi kuva tutkittavasta ilmiöstä ja haastateltavien käsityksistä. (Moilanen & Rähä 2010,55-57; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Aluksin lähdin etsimään käsityksiä ADHD, ADD-diagnoseista, lastensuojelun avohuollosta ja asiakkuuden syistä. Käsitykset eivät juurikaan poikenneet toisistaan. Tutkimuskysymys ADHD-lasten määrästä (liite 2) toi esiin esiintyvyyden. Palvelut ja sijoitukset toivat esiin lastensuojelun avohuollon palvelukenttää ja käsityksen niiden tilasta. Palvelut ja sijoitukset nostivat esiin jo käsityksiä siitä millaista tukea ADHD- ja ADD-asiakkaille tulisi tarjota. Haastateltavat käsittävät tuen tarpeen yhtäläisesti ja he käsittävät millaiset palvelut asiakkaita tukisivat parhaiten lähes samalaisesti.

4.3 Tutkimusetiikka

Jokaisella tutkimukseen osallistuvalla oli mahdollisuus päättää itse osallistuuko tutkimukseen. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla Tuomen ja Sarajärven mukaan vapaaehtoista ja tutkittavilla tulee olla riittävästi tietoa tutkimuksen tavoitteista, menetelmistä ja riskeistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Sosiaalityön tutkimusta tehtäessä tutkitaan usein tutkittaville hyvin arkoja aiheita, joten tutkijan on otettava huomioon, että asioista kertominen saattaa aiheuttaa tutkittavalle psykologista stressiä. Tutkimukseen osallistuneet toivat esiin ,että haastatteluun osallistuminen auttoi heitä refleктоimaan asiakaskunnalle tarjottavaa työskentelyä ja tarjosi myös ideoita työn kehittämiseen. (Smith 2009, 20–21; 115–116.)

Olen pyrkinyt anonymisoimaan vastaajien antamat vastaukset tutkielmaani kirjoittaessani niin, ettei tutkittaviani ole mahdollista tunnistaa esimerkiksi lainauksista. Olen pyrkinyt huolellisuuteen aineistoni säilyttämisessä ja käsittelyssä varmistaen näin, ettei ulkopuolisilla ole mahdollisuutta tarkastella aineistoani. Olen säilyttänyt aineistoani tietokoneella, jossa on toimiva virustorjunta

eikä ulkopuolisilla ole pääsyä koneelle. Suorittaessani aineistonkeruutani kerroin haastateltavalle anonymiteetin suojasta ja pyysin luvan haastattelun käyttämiseen aineistona.

Olen tehnyt tutkielmaani tutkimusetiikan periaatteita kunnioittaen. Tutkimusetiikan periaatteiden mukaan tutkittavien itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa, vahingoittamista välttää, yksityisyyttä suojella ja säilyttää tietosuoja. (Tenk 2009, 239.)

Aineistoni koostui sosiaalialan ammattilaisista, jotka tunsin henkilökohtaisesti. Otin sen huomioon haastatteluissa. Esitin haastattelutilanteissa haastattelukysymykset ja annoin haastateltavien vastata itsenäisesti. Pyysin myös tarkentamaan minulle epäselväksi jääneitä kommentteja, sillä halusin, että aineistossa on vain haastattelussa esiin tulleita käsityksiä. En halunnut tehdä vilppiä seppitämällä tai havaintoja vääristämällä (Tenk 2011, 8). Toimin objektiivisena tutkijana aineistoa kerätessäni hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Pohdin miten pystyn olemaan tuntematon tutkija tutuille haastateltaville. Koen, että onnistuin siinä, sillä keskustelin siitä haastateltavien kanssa ennen haastattelujen aloittamista.

5 SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN KÄSITYKSIÄ PALVELUISTA

5.1 ADHD ja ADD-asiakkaat lastensuojelussa

Lastensuojelun avohuollossa haastateltavien asiakasmäärät (liite 2.) vaihtelevat 30-54 asiakkaaseen. Jokaisella haastateltavalla sosiaalityöntekijällä oli asiakkaana 6-13 ADHD- tai ADD-asiakasta. Erään haastateltavan mukaan hänellä on ollut välillä jopa 50 asiakasta, joista puolella oli jokin neuropsykiatrinen diagnoosi. Haastateltava kertoikin usein miettineensä ettei diagnoosi voi olla syy lastensuojeluasiakkuudelle vaan apua tulisi saada peruspalveluiden puolelta.

ADHD- ja ADD-asiakkaat ovat lastensuojelun avohuollon asiakkaina lapsen käyttäytymisen vuoksi, koulunkäynnin ja kaverisuhteiden vaikeuksien vuoksi. Pienemmillä lapsilla näkyy keskitymättömyys ja vaikeudessa toimia ryhmässä. Käyttäytymisestä tehdään lastensuojeluilmoituksia tai perhe voi itse hakea apua esimerkiksi, jos vanhempi kokee tarvitsevansa itse apua kotiin. Jokaisessa haastattelussa nousi esiin vanhempien jaksamattomuus ja pärjäämättömyys lapsen kanssa. Lastensuojeluasiakkaiden vanhemmilla on mielenterveyden ongelmia, mikä aiheuttaa lapsen käytöksen lisäksi epävakaita kotioloja. Päiväkoti-ikäisen käyttäytymisessä voi näkyä aggressiivisuutena.

“Päiväkoti-ikäinen puttii muita ja ryhmätilanteet ovat hankalia.” (H3)

“eräskin äiti joutui pyytämään apua, koska ei pärjännyt lapsen aggressiivisuuden ja omaehtoisuuden vuoksi” (H5)

Jokainen haastateltava käsitti lastensuojeluasiakkuuden pääsyyksi heikon vanhemmuuden. Tarkkaamattomasti käyttäytyvä lapsi ei ole ainoa syy lastensuojeluasiakkuudelle. Haastateltavat toivat esiin, ettei lastensuojelussa ole saatavilla riittävää nepsy-työskentelyä, eikä perhetyön työskentelystä ole aina apua. Tehostetussa perhetyössä ei ole myöskään riittävästi työntekijöitä vastaamaan perheiden tarpeisiin. Poikkeustilanteissa perheen työntekijällä on neuropsykiatrisen valmentajan koulutus.

“Niinkun oon sanonut, ettei näissä kenessäkään perheessä se nepsy oo se varsinaisesti se syy asiakkuudelle, mut yhdessä työssä oon hakenut niin, että tehostettu perhetyö olis nepsytyöskentelyä, mut se on sellanen erikoisjärjestely. ” (H2)

Lapsella, jolla on tarkkaavaisuushäiriö, koetaan vaikeaksi autettavaksi, koska lastensuojelun avoimuuden palvelut eivät ole varsinaisesti lapselle, jolla on neuropsykiatrista erityisyyttä, osoitettuja. Sosiaalityöntekijät käsittävät tematiikan vaikeaksi tietämättömyyden ja osaamattomuuden vuoksi.

“Tosi vaikeaa saada apua ja se, että ne on meillä täällä toissijaisia. Aina kun tulee tällainen nepsydiagnoosi, niin meillä on tarkoitus hoitaa sitä lieveilmiö, mikä siitä diagnoosista aiheutuu. Se on tosi ongelmallista, kun meillä ei sitä osaamista ole.” (H2)

Haastateltavat käsittävät ADHD:n syyksi synnytyksessä aiheutuneen vaurion, perimän ja huomattavan merkitys on ympäristötekijöillä. ADHD-oireita voi haastateltavien mukaan helpottaa kuntoutuksella ja lääkityksellä. Haastateltavat käsittävät ADHD:n levottomuutena ja vaikeutena toimia. Haastateltavat toivovat, että lapset saisivat apua lastensuojelun lisäksi muualta.

“Kun nähdään, että lapsella on levottomuutta ja sitä toiminnan ohjauksen vaikeutta ja kaikkee tämmöstä. Mut kun asiaa on tutkittu, nii on kauheen vaikeaa tietää onko se meidän lastensuojelullisin avuin hoidettavissa perhetyöllä tai muunlaisella ohjauksella tai työllä. ”(H2)

ADHD-lapset ohjautuvat lastensuojeluun lastensuojeluilmoituksen tai vanhemman yhteydenoton kautta. Lapsilla vaikeudet näkyvät päiväkodissa ja koulussa, mistä tehdään lastensuojeluilmoitus, jota selvitetään Tampereella sosiaalihuoltolain mukaisessa Perhepalveluissa. Jos perhepalvelut toteaa, että perhe tarvitsee tehostettua perhetyötä, asiakkuus siirtyy lastensuojeluun.

5.2 Tehostettua perhetyötä ja tukea arkeen

Perheille, joissa on tarkkaavaisuushäiriöön sairastunut lapsi, tarjotaan lastensuojelun avohuollosta tehostettua perhetyötä, jonka on tarkoituksena tukea perhettä arjessa selviytymisessä. Perhetyön tavoitteena on vanhemman jaksamisen tukeminen ja vanhemmuuden tukeminen tukikeskusteluiden kautta. Perhetyö voi tukea perhettä erilaisilla tilanteissa.

"lähtökohtana on se, et voimakkaasti reagoiva nuori saadaan osallistumaan arjen toimintoihin ja lähtemään kouluun. Nuoren tulee saada apua rajojen noudattamiseen ja vanhemman niiden asettamiseen. Perhetyö työskentelee näiden asioiden kanssa perheen kanssa."

(H1)

Haastateltavat näkevät tärkeäksi sen, että vanhemmat tarvitsevat keskustelua apua arjen tilanteiden pohtimisessa ADHD-lapsen kanssa. Haastateltavien mukaan perhetyöstä on ollut apua joissakin tilanteista ja perheen omalla motivaatiolla tuen vastaanottamisessa on iso merkitys. Perhetyötä voi tukea perhettä erilaisissa tilanteissa.

"Kyl mä luulen et pääasiassa mut ei aina kuitenkaa, et se on nin kiinni siitä miten perhe ja nuori itse vastaanottaa sen. Jos perhe on motivoitunut ja se tahtotila on oikeenlainen niin sit ja varmasti. -- Pääasiassa on joo, pari nuorta on joilla on vaikeutta siinä, ja he sabotoi nyt omaa ja heistä on nyt sit huostaanotto valmisteilla. Se ehkä kertoo sen tilanteen." (H3)

Haastateltavat korostivat, että tuen näille lapsille tulisi olla pitkäkestoista. Lastensuojelun tehostettua perhetyötä ja nepsy-valmennusta on ollut perheillä useampia vuosia. Siihen ei kuitenkaan riitä resurssit, vaikka pitäisi muistaa ettei sairaus poistu. Sosiaalityöntekijän tehtävänkuvaaan kuuluu arvioida tuen tarvetta ja miettiä työskentelyn tavoitteita. Työskentelyn tulisi tarjota apua ja tukea perheille ja tehostetussa perhetyössäkin tavoitteita arvioidaan. Haastateltavat kertoivat, että ylemmät päälliköt asettavat rajat kuinka kauan perhetyö saisi kestää. Sosiaalityöntekijöiden mukaan kuusi kuukautta ei riitä näille perheille, koska tuen tarve on pidempi.

Perhetyön sujuvuuteen vaikuttaa se miten asiakkaan ja työntekijöiden henkilökemiat menevät yhteen. Perhetyön vastaanottamiseen vaikuttaa motivaatio, osaako työntekijä tarttua oikeisiin asioihin ja ymmärtääkö työntekijä ADHD-lapsen mielenmaailmaa. Haastateltavat käsittävät että työskentelyssä pitää olla motivaatiota ja halua muutokseen.

”Jos vanhemmat ajattelee, et korjatkaa oireileva lapsi, niin silloin ei työskentely etene.” (H4)

Perhetyön lisäksi lastensuojelun avohuollon tukena perheille haetaan tukihenkilöä tai -perhettä. Lapsen tai nuoren harrastamista tuetaan taloudellisesti. Haastateltavat nostivat esiin tärkeyden tarjota vanhemmille hengähdysaikaa tukiperheen tai lastenhoitoavun muodossa.

Tarkkaavaisuushäiriöiset lapset saavat tukea Nepsy-tukitiimistä, joka on Tampereen kaupungin perheneuvolan alaisuudessa. Nepsy-tiimiin voi ottaa itse yhteyttä ja saada tukea. Sosiaalityöntekijöiden harvoilla asiakkailla on ollut kontakti nepsy-tiimiin. Sosiaalityöntekijät kokevat, että myös erityistasolle tarvittaisiin osaavaa nepsy-asiantuntemusta. Haastateltavat kokevat, ettei tietoutta ole riittävästi jaossa eikä palveluista ole välttämättä ajankohtaisinta tietoa.

”Nepsytukitiimi on todella pahasti ruuhkautunut, ja asiakkaat saavat sieltä harvakseltaan tukea. Se ei ole tilanteissa riittävä.” (H4)

Perhetyön tavoitteeksi asetetaan yleisimmin vanhemman tukeminen. Lähtökohtana on se, miten vanhempaa tuetaan siihen, että voimakkaasti reagoiva nuori saadaan kouluun tai osallistumaan arjen rutiineihin. Haastateltavien mukaan moni asiakas on ollut Tays:n tutkimusjaksolla, mistä on saatu suosituksia kotitilanteen vakauttamiseksi. Perhetyön keinoin arkea voidaan lähteä järjestämään toisin.

Haastateltavat pohtivat mistä perheille haetaan apua, kun muuta ei ole. Vanhemmuuden tukemisen lisäksi perhetyön tavoitteeksi on asetettu myös lapsen koulu- ja kaveriasioden tukeminen. Haastateltavien mukaan lapsilla on usein kaverisuhteen hankaluuksia. Jos lapsen on hankalaa esimerkiksi liikkua julkisilla paikoilla, voidaan sitä harjoitella ja lapsen kanssa mennään konkreettisesti tilanteisiin. Haastateltavat kertoivat, että vanhemmille annetaan lisätietoutta ja tehdään yhteistyötä hoitotahon kanssa tällä osa-alueella.

Perhetyön työskentely auttaa haastateltavien mukaan perheitä. Tavoitteisiin päästään ja perheet ovat kokeneet apua perhetyöstä. Työskentely ei silti aina estä huostaanottoa tai kiireellistä sijoitusta.

"Sitä on hirveen vaikeaa arvioida, koska on voitu silti joutua huostaanottaa lapsi. Ihminen, joka on tullu perheelle tutuksi, toiminut kontrollina vaikka vanhemmilla ei ole ollut eväitä rajaamaan vanhemmuuteen, on murrosikäisen vaikea vuosi saattanut lievetä. Ehkä siinä työskentelyn aika on löytynyt muita väyliä, mutta en voi suoraanaisesti sanoa, että näillä mejän tukitoimilla olis ollut parantavaa vaikutusta." (H1)

5.3 Yhteistyötä terveydenhuollon kanssa

Asiakaslapsilla on usein hoitokontakti terveydenhuollon puolella. Haastatellut pohtivat lastensuojelun ja psykiatrian rajapintoja sekä painottivat yhteistyön merkitystä. Haastateltavien mukaan hoitotaho voi tauottaa oman työskentelynsä, jos perheen arjessa on huolta. Lapsen oirehdinta ei helppotu, vaikka arjen huolia vähennettäisiin lastensuojelun tukitoimin. Sosiaalityöntekijät kokevat tilanteen hankalaksi.

"Jos on vahvan ja pitkäkestosen tuen tarvetta niin meillä ei oo siihen ja sit on aina sellanen kuka sitä antaa ja mistä sitä annetaan" "Lastensuojeluhan on sellainen ettei me voida kieltäytyä asiakkaista. Monet muut tahot voi todeta että lapsen tilanne pitää vakauttaa, lapsi pitää sijoittaa -- Annetaan lastensuojelulle resepti mitä meidän pitää tehdä. Joskus ollut terveydenhuollon kanssa kumman pitää auttaa. Oon mennyt linjoja pitkin, että mun on turha näennäisesti keksiä jotain jos se olis terveydenhuollon juttu tai et tarvittais ohjaajaa tai avustajaa. En mä ees tiä mitä kaikkee olis tarjolla vammaispuolella. Mä en tiedä mitä se pitäisi olla, mut mä tiän ettei se oo meidän palvelu. Kun ei se vie eteenpäin ja se olis turhauttavaa heille, ettei tästä oo mitään hyötyä mut mitään muutakaan ei voi." (H2)

Haastateltavat nostivat esiin, että lastensuojelussa tehtävää työtä tulisi pystyä paremmin arvioimaan. Sosiaalityöntekijöiden pitäisi pystyä arvioimaan sitä, miten palvelut auttavat ja mikä teoriassa auttaisi ja miten sitä voisi tehdä käytännössä paremmin. Sosiaalityöntekijöiden tulisi työssään tehdä vaikuttavuuden arviointia, mutta sille ei koeta tällä hetkellä olevan tilaa.

“Ehkä siinä työskentelyn aikana on löytynyt muita väyliä perheelle, mutta en voi suoranaisesti sanoa että näillä mejän tukitoimilla olis ollut parantavaa vaikutusta.--hirveen hajanaista ollu, pitänyt hakea erityisesti tuki jostain. Olisi joku linja mistä sosiaalityöntekijä voisi osoittaa palvelu tai joku hoito taho voisi tehdä sen.--Aikasemmin näitä ei tunnustettu lainkaan vaan puhuttiin psykiatrisista häiriöistä. Nyt kun nää on neuropsykiatriset häiriöt niin tunnustetaan paremmin, ja on joku paikka. Toivois, että kun resurssit on pienet, et sieltä pystyttäisi suoraan ohjaamaan et tämmönen ja tämmöne palvelu. Mut meille lastensuojeluun herkästi heitetään vaikka meillä ei oo muita tukimuotoi tai palveluita.” (H1)

Sosiaalityöntekijät kokevat tärkeänä vanhemman motivaation ottaa apua vastaan. Lastenpsykiatrian henkilökunta tekee myös lastensuojeluilmoituksia heillä asiakkaina olevista lapsista etenkin silloin, jos vanhemmat eivät enää jaksaa arjen pyörittämistä. Jos lapsella aletaan epäillä ADHD:ta, hänet voidaan ohjata Tampereen kaupungin perheneuvolaan. Lastensuojeluun tullessa lapsella on ollut joku kontakti perheneuvolaan, mutta asiakkaita ohjataan myös lastensuojelusta sinne. Jos perheneuvolan psykiatri työryhmineen arvioi, että lapsi tarvitsee erikoissairaanhoidon, tehdään lähete Tampereen yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatriselle poliklinikalle.

Haastateltavien mukaan lastenpsykiatria on tehnyt lastensuojeluilmoituksia perheistä, joissa vanhempi kieltäytyy lapsen hoidosta. Haastateltavien mukaan lastenpsykiatrian tarjoama työskentely on yleensä vastaanottokäyntejä. Sosiaalityöntekijät käsittävät työskentelyn niin, että perheet tarvitsisivat arjessa tehtävää työtä myös psykiatrian poliklinikan järjestämänä, eikä vastaanottokäynnit ole aina riittäviä.

Asiakaslapsilla on hoitokontakti yleensä Tampereen yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian poliklinikalla, jonne ohjaututaan läheteellä perusterveydenhuollosta. Erikoissairaanhoidon tarjoama

hoito auttaa, jos perheet ovat motivoituneita ottamaan hoitoa vastaan. Haastateltavien mukaan lastenpsykiatrian poliklinikalta saa hyvää hoitoa.

"Lääkärin lääkehoidon seuranta tai sit on ryhmämuotoista toimintaa joko lapselle tai sit vanhemmille vanhempien ryhmäterapiaa tai jotain sen tyyppistä. Saavat siis ihan kivaa palvelua jos ovat palvelun piirissä, mut sit nää jotka eivät oo niin motivoituneita jäävät ulkopuolelle."(H4)

Haastateltavat toivat esille asiakkaiden, joilla on ADHD, mahdollisen palveluihin väliinpuotoamisen. Perheiden motivoituminen vaikuttaa siihen, pääsevätkö he terveydenhuollon palveluiden piiriin. Haastateltavat toivat esiin myös sen, että aina lapsen oireilua ei nähdä ADHD:sta johtuvaksi. Tällöin lapsi ei saa diagnoosia eikä hoitoa.

"Mulla on ollut pari väliinpuotoajaa, joilla on ollut perheneuvolassa asiakkuus, mutta se on suljettu ja nyt se on uudelleen arvioinnissa taas. Väliinpuotoajat turvautuu sit meihin, kun hoitokontaktista on puutetta ja kun ei oo sitä omalääkäriä tai hoitotahon kommenttia mitä tarvittaisiin. Asiaa jumpataan edes takaisin kun tarvittavia tutkimuksia ei ole tehty vaikkapa koululääkärin toimesta että tutkimuksia voitaisiin jatkaa perheneuvolassa" (H4).

Haastateltavien mukaan ADHD-oireet tiedostetaan paremmin kuin ennen ja olisi tärkeää saada palvelut vastaamaan tarvetta. Haastateltavat auttavat perheitä, vaikka he näkevät, että avun pitäisi tulla toisaalta ja aiemmin. Perhetyön työntekijät ja hoitokontaktin henkilökunta tekee tiivistä yhteistyötä. Vanhempien tukeminen korostuu työskentelyssä ja käytännöt pyritään siirtämään arkeen yhteistyössä.

"ehkä ei oo palveluita, tää on vähän niinku uusi juttu, jos miettii kymmenen vuotta sitten ei näitä ollut niin paljon. Jos miettii jotain mielenterveyspalveluita:niille on pitänyt rakentaa jykevämmät palvelut, niin nepsypalveluilla ois tarvetta samaan. Niitä on pakko järjestää, se on ihan hullua et meille lastensuojeluun dumpataan

kaikki mille kukaan muu ei keksi mitään palveluita. Ja miellä menee työaika ja resurssia hukkaan ja se on asiakkaan kannalta kuluttavaa jos täällä kaikki on et ei me tiedetä. " (H2)

Haastateltavat toivat esiin sen, että aiemmin ADHD:ta ei tunnustettu ja puhuttiin vain psykiatrisista häiriöistä. Nyt neuropsykiatriset häiriöt tunnustetaan paremmin ja on joku hoitopaikka, mistä niihin on mahdollista saada apua. Haastateltavat toivoivat, että osastojaksoilta pystyttäisiin suoraan ohjaamaan palveluihin.

"Apua on vaihtelevissa määrin. On iso merkitys sillä miten vanhemmat itse hyväksyy sairauden. Jos vanhemmat ei ymmärrä sairauden mekanismia, ei johda mihinkään. Tuki on pitkäkestoista yleensä."(H3) "Sairaus ei poistu, tavoitteista tulee keskustella perheen kanssa. Meillä ylemmät päälliköt asettaa aika rajat, mitkä on noin puoli vuotta eikä se oikeen riitä. Asiakkailla on pidempi tuen tarve yleensä." (H5)

5.4 Kiireelliset sijoituksen turvaamassa lasten ja nuorten tilannetta

ADHD-asiakkaille on tehty lastensuojelulain mukaisia sijoituksia: kiireellisiä- tai avohuollon sijoituksia. Kiireelliset sijoitukset on tehty nuoren koulua käymättömyyden tai päihteidenkäytön vuoksi. Kiireellinen sijoitus on jouduttu tekemään myös esimerkiksi silloin, jos vanhemmat eivät pärjää lapsen tai nuoren kanssa. Kiireellinen sijoitus tehdään vain välittömän vaaran vuoksi. Lapset ja nuoret voivat ajaa itsensä ja muut vaaraan harkitsemattomien tekojen, häiriökäyttäytymisen ja impulsiivisuuden vuoksi. Haastateltavien mukaan sijoitus ei itsessään auta tilanteessa, vaan se on nuoren säilömistä, jos ei ole tukea sen jälkeen. Sijoitus voi tarjota hengähdystauon vaikeaan perhetilanteeseen vanhemmille ja nuorelle.

"Kiireellisistä sijoituksista ei ole ollut pysyvää apua, koska problematiikkaan liittyy aina se, että uudet asiat on vaikeita. Tampereella on kuntouttavaa sijoitusta, mutta sinne saa paikan jos puhutaan pidempiaikaisemmasta ratkaisusta. Siinä kyllä taiseltiin kun yksi nuori siellä oli, että sai olla avohuollon sijoituspäätöksellä siellä.

Vanhemmille ja nuorelle myös päätöstyypillä on merkitystä, eikä tää saisi olla vaan huostaanotto päätöksen paikka." (H3)

ADHD ja ADD ovat tutkimusten mukaan perinnöllisiä. Haastateltavien mukaan usein vanhemmilla on samalaista oireilua, mikä voi vaikeuttaa arjen sujumista. Useilla haastateltavilla on perheitä, joissa sekä lapsella että vanhemmalla tarkkaavaisuushäiriö-diagnoosi. Sosiaalityöntekijän mukaan eräskin sijoitus tehtiin, koska vanhemmalla oli oman toimintansa ohjauksen vaikeutta ja sitä kautta vaikeutta hoitaa lastaan.

"10.päivän kiireellinen piti tehdä, koska asunto oli niin huonossa kunnossa, et lapset piti turvata ja sinne sitten kiireellisen aikana raivaussiivousta." Näillä vanhemmilla oli ADHD, jota ei oltu diagnosoitu. "---Moni vanhempikin on lähtenyt miettiä sitä et oisko syytä itsekin selvittää ADHD:n mahdollisuus kun on sellaisia piirteitä." (H4)

Haastateltavien mukaan kiireellinen sijoitus voidaan tehdä, kun lapsi oli väkivaltainen koulussa tai jos lapsi ottaa yhteen vanhempansa kanssa. Kannabiksen poltto on ollut myös syy sijoittamiselle. ADHD-nuoret koittavat helpottaa sillä oloaan. Haastateltavat miettivät myös sitä, miten lapsen oma aggressiivisuus vaikuttaa lapseen. Sosiaalityöntekijä kertoi tilanteesta, jossa lapsi oli ollut aggressiivinen ja hänet piti sijoittaa kiireellisesti. Sosiaalityöntekijän mukaan tilanne traumatisoi lasta, koska lapselle tulee ikävä tunne aggressiivisesta käyttäytymisestä ja sijoituksesta. Molemmat ovat pelottavia tilanteita, joihin lapsi tarvitsee käsittelyapua.

Sosiaalityöntekijät näkivät sijoitukset erilailla. Osa näki sijoituksien herättävän asiakkaan ja perheen: nuori alkaa parantaa arjessa, kun hän tajuaa, että seuraavista samalaisista tilanteista aletaan pohtia pitempiaikaisempaa sijoitusta.

"sijoitus avaa tietyn oven. Vanhemmat tajuaa, että on helppoo tää arki ilman lasta. On käynyt niinkin, että itse ajattelen sijoituksen kestolle sen 30 vuorokautta, mutta vanhempi sanoo että lapsi ei oo tulossa vielä kotiin. Yksikin avohuollon sijoitus kesti 8 kk, kun vanhempi mietti milloin ottaa lapsen kotiin." (H6)

Haastateltavat näkivät, että ennen sijoituksista oli enemmän hyötyä, koska perhetukikeskuksista tehtiin kotiin tehtävää työtä ja sijaishuoltopaikat olivat lähempänä. Haastateltava kuvasi sijoitusta

hetkelliseksi interventioksi, jonka jälkeen tilanne palaa nopeasti entiselleen. Järjestelmän muuttamisen vuoksi sijoitus on vain lapsen tai nuoren säilömistä. Sijoituksen aikana pyritään tarjoamaan tehostettua perhetyötä, jonka työskentelyllä voitaisiin sijoitukseen syyhyn puuttua, mutta aina työskentelyä ei ole saatavilla. Haastateltava kritisoi sitä, että perheen parissa työskentelee laitoksen työntekijät ja sen jälkeen tehostetun perhetyön työntekijät. Haastateltavien mukaan perhetukikeskuksissa ja perheissä on usein erilaiset säännöt kuin lapsen kotona, eikä sijoituksen aikana opitut säännöt kovin kauaa toimi lapsen arjessa.

"kun oli kotiin tehtävää työtä, oli hyvä kun se alkoi sijoituksen aikana niin nähtiin se miten lapsi käyttäytyy sijaishuoltopaikassa ja kotona. Tilanne oli hedelmällisempi. Nyt sijaishuoltopaikat ovat 100-200 km päässä, niin lapsi on siellä kuin säilössä eikä koulunkäynnistäkään tuu välttämättä sijoituksen aikana mitään. ---Olisi tärkeää, että sijaishuoltopaikat olisi lähempänä Tampereella, niin koulunkäyntiä ja kotilomiakin voisi olla ja olisi tarkoituksenmukaisempaa."(H3)

Haastateltavien mukaan sijoitukseen päädytään, kun perhe ei ole saanut tarpeenmukaista tai riittävää tukea tai hoitoa. Sijoitus on silloin tarpeellinen, koska ristiriidat aikuisten ja lasten välillä niin kotona kuin koulussa ovat kasvaneet ja lapsen käytös haastaa koko yhteisöä. Sosiaalityöntekijät pitävät tärkeänä sitä, että hoidollinen tuki olisi mukana jokaisen tarkkaavaisuushäiriöisen lapsen ja nuoren elämässä, jotta traumaattisiin tilanteisiin ja sijoitukseen ei päädyttäisi.

5.5 Millaiset palvelut tukevat ADHD -ja ADD-asiakkaita?

Sosiaalityöntekijät näkivät lasten ja nuorten palveluissa paljon kehitettävää. Sosiaalityöntekijät näkivät varhaisen vaiheen tuen merkityksellisenä perheiden auttamisessa. Sosiaalityöntekijät toivovat, että jo neuvolassa tulisi tarkkaavaisuusoireisiin puuttua ja tarjota niihin vanhemmuuden tukea. Jos tarkkaavaisuusoireet lisääntyvät, tulisi perheiden päästä terveydenhuollon piiriin. Eri-laisten sopeutumisvalmennusten tulisi olla helpommin saatavilla.

"Hetimitä kun alkaa tulla sellainen pienikin epäily pienen lapsen kohdalla neuvolassa pitäisi vanhempaa haastatella mitkä on haastavat tekijät, näkisin että tuki tulisi ensin sieltä neuvolasta, josta ohjattaisiin saamaan vanhemmuuden tukeen neuvoja. Näiden

perheiden vanhempien tulisi käydä neuropsykiatrisen perehdytyksen Taysssa tai muualla. Lähtisin siis siitä hoidollisesta näkökulmasta vanhemmuuden tukemisessa. Vanhempien tulisi saada näkemys, ettei ole pahan tahtoisuutta vaan lapsella on esteitä sellaiselle hyvälle ja suoraviivaiselle ns. Normaalille käyttäytymiselle.---Hoidollisuus on merkityksellisin, tiedän muutamankin vanhemman, joiden oma elämä on ollut sekoilua aikuisuuteen asti, jolloin saanut vasta apua ja lääkkeen." (H1)

Sosiaalityöntekijät kokevat turhaksi sen, että lastensuojeluun tullaan asiakkaaksi vain sen vuoksi, että lastensuojelun tehostettu perhetyö tekee muutokseen pohjautuvaa arjen työtä. Sosiaalityöntekijät kritisoivat miksi terveydenhuolto ei tee kotikäyntejä tai tavoitteellisia tietyn kerran käyntejä.

"Miksei Tays voi tarjota kotiintehdävää työtä kouluikäisille, koska onhan heillä pikkulapsitiimikin joka työskentelee kotiin, 3-4-vuotiaista ylöspäin tarjolla on vain vastaanottokäyntejä ja jos tarvitaan kotiinkäyntejä kääntyy katse sosiaalitoimeen. ADHD-lapset hyötyy arkeen tehtävästä työstä, mikä haetaan nyt lastensuojelusta, usein tulee tulle, että varsinaista hoitoo perheneuvolasta tai psykiatrisilta on vaikeeta saada ja lastensuojelu lähtee perhetyön keinoin paikkaa sitä jonoa. Ei voida täällä kuitenkaan ottaa hoitovastuuta ja se on vähän sellaista puolittaista." (H6)

Sosiaalityöntekijöiden mukaan tarvitaan enemmän resursseja ja väyliä perheiden hoitoon. Sosiaalityöntekijät näkivät tärkeänä myös työparityön tekemisen neuropsykiatrisen valmentajan kanssa. Työnjakoa kuitenkin tulisi miettiä: mistä lapset ja nuoret saisivat parhaan mahdollisen avun. Lastensuojelu voi auttaa tilanteissa, joissa vanhemmuutta tulee vahvistaa vaativissa tilanteissa. Lastensuojelu puuttuu nuoren toimintaan kun se vaarantaa kasvun ja kehityksen. Terveydenhuollon kautta tulisi tukea hoidollisissa kysymyksissä.

"Me lastensuojelussa puututaan silloin jos nuorella on sellaista omaa toimintaa, mikä vaarantaa kasvua: päihteidenkäyttöä, rikollista toimintaa tai rajatonta käyttäytymistä.--- jos ajatellaan psykiatrisia sairauksia, niin ei nekään ole meillä. " (H1)

Sosiaalityöntekijät näkivät tärkeäksi myös palvelutasojen pohtimisen. Sosiaalitoimen työt on jaettu perus- ja erityistason palveluihin perheen tarpeiden mukaan. Painotus on ennaltaehkäisevässä

työssä, jota tarjotaan peruspalveluiden sosiaalityössä. Lastensuojelu on erityistason palvelu, jota saa vain tietyt asiakaskriteerit täyttämällä muun muassa puutteellisen vanhemmuuden vuoksi. Lastensuojeluun ohjataan peruspalveluista tilanteessa, jossa perheen nähdään hyötyvän tehostetusta perhetyöstä.

"Ollaan erityistason palvelu, mut silti meiltä putoaa ne perustason palvelut, jotka pitäis olla käytettävissä, en ymmärrä mistä pirusta tulee, et tullaan erityistason palveluun, mut meidän pitää ostaa sitä palvelua ulkopuolelta, jota olis peruspalveluissa saatavilla, mutta me ei saada käyttää sitä. Tää on jotenkin tosi joustamatonta." "-- Nepsypalveluita tulisi olla enemmän. On hullua että lastensuojeluun dumpataan kaikki mille kukaan muu ei keksi mitään palvelua. ---Jos tarvitaan lastensuojelua ja asiakkaalla on lastensuojelulliseksi kasvanut ongelma, olis hedelmällisintä että olis lastensuojelun osaaja ja työparina sairaanhoitaja psykalta tai perheneuvolasta tai jostain. Tätä se moniammatillisuus olis."(H2)

Sosiaalityöntekijät toivovat, että yhteistyötahoilla olisi parempi käsitys siitä millaista lastensuojelun avohuollon tukitoimet ovat. Sosiaalityöntekijöiden mukaan lastensuojelun tukitoimien ajatellaan olevan hyvin toimivia ja tilanteen vakauttajia, vaikka ei se sitä aina ole. Perheen motivaatiolla on suuri merkitys siihen, kuinka vaikuttavaa työskentely voi olla.

"Perusterveydenhuollossa kodin olosuhteet vaikuttavat liikaa siihen milloin apua annetaan. Ei lastensuojelukaan voi kaikkia saada motivoitumaan apua vastaanottamaan. Kouluilla on liian utopistiset käsitykset siitä mitä lastensuojelu voi tehdä ja mitä tehostettu perhetyö tarkoittaa. Esimerkiksi tehostettu antaa väärän kuvan siitä, että työ olisi tosi tehokasta ja koulu luottaa siihen sit liikaa. Jos peruspuoli toimisi, voisi lapsilla olla helpompaa."(H4)

Haastateltavin mukaan lastensuojeluasiakkuus avautuu liian kevyin perustein lastensuojeluun tarkkaavaisuushäiriöön sairastuneen lapsen perheissä. Haastateltavat toivovat apua perheille varhaisemmassa vaiheessa. Lastensuojelun asiakkaaksi ei voi joutua minkään diagnoosin vuoksi, vaan kriteeristöä tulee pohtia sellaiseksi, että muutostyötä on mahdollista tehdä.

"Lapsi ei kuulu lastensuojeluun jos hoito on kunnossa. --Tulisi miettiä lääkitys myös ja tarjota perheille tukea peruspuolelta, kääntää ne kivet ennen lastensuojeluun tuloa ja tarjota tukea aiemmin." (H5)

"Jos lapsella on joku elimellinen sairaus, ei häntä sen vuoksi ohjata lastensuojeluun vaan hoito tulee perusterveydenhuollosta." (H1)

Sosiaalityöntekijät toivoivat, että varhaista ja matalamman kynnyksen tukea olisi saatavilla, jotta apua olisi oikeassa vaiheessa saatavilla. Varhaisen ja matalan kynnyksen tuella voitaisiin ehkäistä lastensuojeluasiakkuudet ja kärjistyvät tilanteet. Varhaisen vaiheen tuen tulisi olla neuropsykiatrista valmennusta tiiviillä tapaamistahdilla. Sosiaalityöntekijät toivovat, että peruspalveluissa toimiva nepsy-tiimi saisi lisää työntekijöitä, jotta varhainen ja matalan kynnyksen tuki toimisi.

"Olis tärkeätä, että varhemmin saataisiin perheille apua kotiin. Vakka voihan se olla, ettei siinä kohtaa vanhemmat halua ottaa apua vastaan, koska on kokemus että pärjää. Sit kun tilanteet kärjistyvät, tarvitaan jo lastensuojelua.--Lapset hyötyisivät omasta nepsy-valmentajasta mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Sen avulla vanhemmille tulisi tietoutta ja keinoja miten lapsen kanssa pärjätään ja miten lapsi itse yksilönä toimii, sosiaalisissa suhteissa. Työskentelyn tulisi olla tiivistä ja sitä tosiaan heti saatavaksi. Nepsytukitiimiin lisää työntekijöitä ehdottomasti, koska nyt niitä on vaan 3 Tampereen kokoisessa kaupungissa." (H6)

Sosiaalityöntekijät näkevät myös tärkeänä vertaistuen saamisen ja vanhemmille oman ajan mahdollistamisen. Haastateltavat käsittävät tärkeäksi sen, että perheiden kanssa työskenneltäessä tulisi antaa aikaa lapselle ja perheelle. Haastateltavien mukaan ADHD:ta ei nähdä kunnolla lastensuojelussa tai yhteiskunnassa. Lasten ja nuorten tulee asettua johonkin muottiin, mikä vaikuttaa itsetunnon kasvamisessa. Haastateltava korostaa, että hän ei määrittele asiakkaitaan, yleensä määrittely on tehty jo valmiiksi. Haastateltavan mukaan myös muun sosiaalialan ammattilaisten tulisi lähteä tuen näkökulmasta liikkeelle yhdessä asiakkaan kanssa.

"Tulkinta on kaikkein pahin, et suoraan annetaan joku valmis ajatus tai tuki, eikä kysytäkseen perheen mielipidettä.--Ympäristön kertomana tulee millainen lapsi on.--miksi lapsia tulee

jakaa luokkiin tavallisiin ja epätavallisiin. Lapset pohtii paljon sitä mitä tarvitsee, että on tavis. Saako lapsi olla oma itsensä esimerkiksi yhteiskunnan tai lain mukaan, tähän tulisi keskittyä". (H7)

Haastateltavat pohtivat lastensuojelun kriisiytyvää tilaa ja kritisoivat Tampereen kaupungin monitasoista palveluorganisaatiota. Haastateltavat ihmettelevät luukulta luukulle-asemaa asiakkaan näkökulmasta. Haastateltavat toivoisivat palveluiden pohtimista asiakkaan näkökulmasta. Palvelut tulisi rakentaa niin, että ne vastaisivat asiakkaan tarpeita. Tarkkaavaisuushäiriöissäkin tulisi miettiä palvelu vastaamaan niin hoidollista kuin sosiaalityön tarvetta asiakkaan näkökulmasta.

"Miksi palveluita tulee jakaa ja eriyttää jos se heikentää asiakkaiden asemaa. Jos lähdetään siitä, että vanhemmuus on kunnossa ja lapsella on jokin pulma, tulisi aluksi miettiä hoidollista puolta. Ei niitä tulisi ottaa erityispalveluihin" "Jos perus- ja sairaanhoidon palvelut ja tukiverkostot olisivat kunnossa ja sieltä järjestettynä, niin olisiko meillä näin paljon lastensuojelun asiakkaita?" (H1)

Sosiaalityöntekijät käsittävät ADHD-asiakkaan tuen hoidolliseksi ja yksilölliseksi. Sosiaalipalveluista tulisi tehdä vahvaa yhteistyötä hoitotahojen kanssa ja perheille tulisi olla varhaisempaa tukea ja palveluvalikon pitäisi olla laajempi. Sosiaalityöntekijät näkevät tärkeäksi saada palveluihin perheterapian, jota jokaiselle sitä tarvitsevalle pystyttäisiin antamaan. Muutenkin tuen pitäisi pystyä kattamaan koko perhe. Sosiaalityöntekijä käsittää perheen kattavan työskentelyn psykoedukatiivisterapeuttiseksi. Tärkeimmäksi tukitoimeksi käsitetään se, että työskentely niin lastensuojelussa kuin terveydenhuollon puolella olisi oikein ja riittävästi resurssoitu.

"Lisäresurssit olisi tärkeitä kaikille, jos pyytää työparia,ei siihen oo aikaa. Se on kulunut virsi, mut kun ei oo niitä resursseja. Psykalla sanotaan ettei niillä oo resursseja, lastensuojelussa pitää keksii ne resurssit jostain." (H2)

Haastateltavan mukaan asiakkaiden kuunteleminen on tärkeintä. Lapsilta saa loistavia ratkaisuja ja vanhemmat tuntevat lapsensa hyvin. Haastateltavat miettivätkin tuleeko yhteiskunta tueksi näille lapsille? Ymmärretäänkö ympäristötekijöiden merkitys ja niiden luoma helpotus erinäisiin

tilanteisiin. Haastateltavat uskovatkin, että jos kouluissa annettaisiin mahdollisuus tehtävien tekoon ainoastaan koulussa, voisivat lapset ja perheet paremmin kuin läksyjä ei tarvitsisi tehdä enää kotona.

"Diagnoosi auttaa pysähtymiseen. Ilman diagnoosia käy niin et joutuu väliinputoajaksi. -- Tukea vois lähteä miettimään myös kuuntelemassa vanhempia, kyllä äidit tietää onko lapsi kunnossa, mutta niitä ajatuksia ei kuunnella. Jos vanhempien huolia kuunneltaisiin, vois ehkäisevät palvelut toimia. " (H7)

Palvelurakenteita voisi haastateltavien mukaan myös muuttaa joustavammaksi sosiaalialan työajoissa, niin että palveluita olisi tarjolla myös ilta-aikaan. Sosiaalityötä tehdään aina tietyissä olosuhteissa, eikä ne välttämättä palvele asiakkaita.

"Yhteiskunnan puitteet ovat vanhentuneet, eikä niistä käydä keskustelua. Joustamattomuus on se suurin ongelma. Lastensuojelun raamit ei tue työtä: tapaamiset ovat aina toimistolla, vaikka paremman lopputuloksen voisi saada kahvilassa. ADHD-nuorikin keskittyy paremmin jos saa kupin kahvia ja olla pienen hälinän keskellä kahvilassa". (H7)

Haastateltavien mukaan tukitoimia suunniteltaessa tulisi huomioida lapsen koulupolku ja erityisesti sen siirtymäkohdat. Tarkaavaisuushäiriöinen tarvitsee tukea monissa kohdissa, eikä tukea ole riittävästi saatavilla tällä hetkellä. Haastateltavien mukaan tukea ei saa tarpeeksi peruskoulun jälkeen ja tuki on liian sidottua johonkin asiakkuuteen.

"Elämän eri tilanteet tulee ottaa huomioon. Siirtymäkohtiin tulisi tarjota tukea: Eskarista alakouluun, sieltä yläkouluun ja sieltä 2.asteen koulutukseen ja sieltä itsenäiseen elämään, jatko-opintoihin tai työelämään. Näissä kohdissa se tuen tarve myös näkyy, siihen siis tulisi pystyä vastamaan". (H7)

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Pro Graduni tutkii ADHD-asiakaslasten avohuollon palveluita ja etsii käsityksiä siitä millaiset palvelut auttaisivat lapsia paremmin.

Millaista tukea ADHD -ja ADD-diagnoosin saaneille asiakkaille tarjotaan avohuollon tukitoimina?

Millaista tuen tulisi olla, jotta se palvelisi asiakasryhmää paremmin?

Haastateltavien käsitys ADHD:sta oli melko samalainen kaikilla. ADHD:n kuuluu se, että on vaikeutta keskittyä, ja se vaikeuttaa kaikkea, erityisesti lapsen koulunkäyntiä. Kun on vaikeus keskittyä, niin on vaikeus myös oppia. ADHD:n voi liittyä monenlaisia käytöshäiriöitä. Oireyhtymä on perinnöllinen. Lastensuojelun kannalta on tärkeää ajatella miten diagnoosi vaikuttaa. Mistä käytökseen vaikuttavat ongelmat johtuvat ja mitkä ovat kasvatuksen puutteita.

Lastensuojelun asiakkuuden syynä ei ole haastateltavien mukaan pelkkä ADHD-tyyppinen käytös tai diagnoosi. ADHD on haastateltavan mukaan helposti tunnistettava. Haastateltavat pohtivat tuen yksilöllisyyden tärkeyttä.

ADHD-asiakkaat ovat lastensuojeluasiakkaina koska lapset käyttäytyvät huonosti ja heillä on koulunkäynnissä ongelmaa. Huono käytös johtuu kotioloista, vanhemmuuden puutteista tai kaveriporukasta. Kun kaveriporukassa tulee vaikeuksia, lapset ohjautuvat lastensuojeluun ongelmien kasvaessa, kun tulee näpistyksiä tai muita vaikeuksia. ADHD-lapsien keskittymättömyys näkyy koulussa ja päiväkodissa.

Hoitamaton ADHD aiheuttaa suunnattomia ongelmia. Jos asiakkaalla on hoitamaton ADHD, mihin yhdistyy impulsiivisuus ja uhmakkuushäiriö, voi asiakas saada väkivaltarikostuomion. Haastateltavat käsittävät asiakkuuden syiksi sen, ettei lapsen erityisyys ja kotiolut kohtaa riittävällä tavalla. Vanhemman omat kyvyt vastata lapsen tarpeisiin ovat puutteelliset tai niitä ei ole lainkaan. Haastateltavien asiakkaiden vanhemmilla on usein mielenterveysongelmia, mikä voi vaikuttaa sii-

hen miten vanhempi pystyy vastaamaan lapsen tarpeisiin. Haastateltavat korostivat sitä, ettei lapsen tarvitsisi olla lastensuojelun asiakas, jos hän saisi peruspalveluista apua, niin kuin pitäisikin. Jos vanhemmat eivät kohtaa lapsen kanssa, mutta ovat valmiita muuttamaan käytöstään, se auttaa paljon.

Lastensuojeluasiakkuudet on aloitettu yleensä lastensuojeluilmoituksen tai vanhemman yhteydenoton vuoksi. Suurin osa lastensuojeluilmoituksista ADHD-asiakkaista tehdään päiväkodista tai koulusta. Vanhemmat ovat ottaneet yhteyttä, kun kokevat etteivät pärjää. Haastateltavien mukaan vanhemman oma yhteydenotto helpottaa työskentelyä paljon, koska vanhempi ei ole vastahakoinen avusta. Haastateltavilla on asiakkaina ADHD-lapsia, jotka ovat siirtyneet sosiaalihuoltolain mukaisista palveluista lastensuojelun asiakkaaksi, koska sosiaalihuoltolain mukainen perhetyö ei ollut riittävää. Haastateltavat nostivat esille myös ohjaavana tahona perheneuvolan, jossa lapsia on tutkittu. Perheneuvola kuitenkin on useissa asiakastapauksissa pyytännyt mukaan myös lastensuojelun, kun keinot tai neuvot ole olleet riittäviä heidän taholtaan.

Jokainen haastateltava on tarjonnut asiakkailleen tehostettua perhetyötä, tukihenkilöä tai tukiperhettä. Haastateltavat ovat mukana myös lapsen koulupolkua mietittäessä.

Haastateltavien asiakkailta on myös asiakkuus terveydenhuollon tahojen: lasten- tai nuorten psykiatrian puolella. Haastateltavat korostivat sitä, että perusongelmaksi lasten tukemisessa muodostuu se, ettei lastensuojelun palveluvalikossa ole muuta kuin perhetyötä, eikä lapsen tai nuoren problematiikka häviä perhetyön keinoin. Haastateltavat toteavat ettei problematiikka ole lastensuojelun keinoin autettavissa. Jos on havaittavissa, että perhe tarvitsee vahvaa ja pitkäkestoista tukea, niin siihen ei ole tarjolla mitään tukea.

Haastateltavien mukaan oikean kaltaisen palvelun saaminen on asiakkaille hankalaa. Haastateltavat rinnastavat palveluiden saamista käden väännöksi eri työskentelevien tahojen kanssa. Jos lastensuojelun tarve on todettu, ei lastensuojelulla ole oikeutta kieltäytyä asiakkaista. Terveydenhuollon puolella asiakkaista voidaan todeta, että lastensuojelun pitää vakauttaa kotiolot ennen kuin terveydenhuolto alkaa toimimaan. Useimmat haastateltavat nostivat esille sen, että lastensuojelun toimintaa ohjeistetaan eikä yhteistyö ole kovin jouhevaa asiakastilanteissa terveydenhuollon henkilöstön kanssa.

Joskus haastateltavalla on ollut vääntöä saada asiakkaille nepsy-valmennusta tai henkilökohtaista avustusta yksityisiltä palveluntuottajilta. Haastateltavat toivat esiin, että organisaatio ei ollut tukenut palveluostoa näissä, koska se ei ollut organisaation mukaan lastensuojelun tukitoimi. Haastateltavien kokemukset perhetyön toimivuudesta ADHD-lapsen perheissä jakoi mielipiteitä. Joissain perheissä perhetyö tarjoaa tukea arjen sujumiseen ja vanhemmuuteen ja joissain työskentelystä ei ollut tarpeeksi apua ja lapsi jouduttiin huostaanottamaan.

Haastateltavien mukaan sairaanhoidon pitäisi tarjota perheille tukea enemmän ja osastojaksojen jälkeen tarjota oikeanlaista apua perheille. Lastensuojelu tekee paljon yhteistyötä Tays:n lasten- ja nuorisopsykiatrian kanssa. Kuitenkaan aina tarkkaavaisuushäiriöisellä lapsella ei ole siellä hoitokontaktia. Haastateltavat nostivat esille sen, että yhteistyö ei ole aina kovinkaan toimivaa ja tulee tunne, että "nepsy-lapset ovat väliinputoajia". Haastateltavat pohtivat ADHD-lapsen asiakkuuden tärkeyttä erikois- tai perusterveydenhuollossa, sillä kyseessä on sairaus, johon tulisi saada hoitoa. Ja pääasiallisin tukeminen ja hoito tulisi heiltä. Sosiaalityöntekijät toivat esille myös vastuuttamisen puolilta toisin terveyden- ja sosiaalihuollon välillä. Kädenväännöstä ei ole mitään hyötyä asiakkaalle, eikä se auta asiakasta mitenkään.

Yhteistyötä tehdään lisäksi kaupungin peruspalveluiden: päivähoidon ja koulujen sekä perheneuvolojen kanssa. Sosiaalityöntekijöiden mukaan kaikki tarvitsevat eivät kuitenkaan saa apua, mikä näkyy lastensuojelussa tilanteiden kärjistymisen vuoksi. Koulupsykologin ja perheneuvolan tutkimuksiin on vaikeaa päästä ja niitä on vaikeaa uusia. Sosiaalityöntekijät näkivät tärkeäksi sen, että tukea olisi saatavilla perheneuvolasta jokaiselle ja näkivät tärkeäksi saada sinne lisää resursseja.

Haastateltavat näkivät tärkeänä hyvän päiväkodin henkilökunnan: hyvä varhaiskasvatuksen henkilökunta tukee perhettä ADHD-lapsen kanssa, mutta yleensä tuki saattaa loppua koulupolun alettua jos lapsella ei ole diagnoosia eikä lapsi pääse pienluokalle. ADHD-oireisen lapsen koulupolku kärsii valtavasti jo alaluokilta lähtien jos tuki ei ole riittävää ja lapsesta tehdään helposti lastensuojeluilmoitus käyttäytymisen vuoksi, koska koulussa oleminen on lähinnä häiriköintiä.

Sosiaalityöntekijät toivat esiin sen, ettei lastensuojelun resurssit ja palvelut ole riittäviä ADHD-asiakkaiden tukemiseen. Sosiaalityöntekijät pohtivat yleisesti myös kaupungin vähäresurssien palveluiden tukemattomuutta näissä perheissä. Peruspalvelun sosiaalipalveluihin tulisi satsata lisää resursseja, koska painotus on ennaltaehkäisevässä työssä. Haastateltavat näkivät tärkeimmäksi ammattitaitoisen ja riittävän henkilökunnan ADHD- ja ADD-lapsen auttamisessa.

Sosiaalityöntekijät käsittävät ADHD lasten ja nuorten tukemisen perustason palveluksi terveydenhuollon kantaessa päävastuuta tuen antamisessa. Sosiaalityöntekijöiden mukaan lapset hyötyvät parhaiten tuesta, jota saa intensiivisesti ja yksilöllisesti. Lastensuojelun palveluvalikoimaa tulisi myös muokata asiakaslähtöisemmäksi. Jos ADHD-lapsi tarvitsee lastensuojelun tukea, tulisi sosiaalityöntekijällä olla osaamista tarkkaavaisuushäiriöstä ja lapsen tulisi saada työntekijä, jolla olisi neuropsykiatrisen valmentajan koulutus ja lastensuojelun osaamista.

Sosiaalityössä tulisi pystyä myös uudistamaan raameja, joissa työtä tehdään. Voisiko ADHD-nuoren ja perheen tilannetta helpottaa tapaamiset jossain muulla kuin sosiaaliasemalla tai toimistolla? Voisiko työaika mieltä asiakaskuntaa paremmin palvelevaksi.

6.1.1 Tuen tarve tulee tunnistaa varhaisemmassa vaiheessa – johtopäätökset kirjallisuuden valossa

Erja Sandbergin väitöskirjan (2016) mukaan: ”Sosiaalitoimen alaiset perheiden tukipalvelut eivät ole kehittyneet toivotusti. Ainoa sosiaalitoimen tuki voi olla lasten huostaanotto sitä vastoin että perheisiin vietäisiin ajoissa riittävästi avohuollon tukitoimia. Tukitoimet koetaankin riittämättömiksi. Heikosti toimivien avopalveluiden tukitoimia yritetään korjata kiireellisillä sijoituksilla tilanteissa, joissa aiemmin annettu tehokkaampi avohuollon tuki olisi voinut riittää perheen tukemiseksi” (Sandberg 2016, 43)

Pro Gradu-tutkimukseni osoittaa sen, että palveluita ei ole tarjolla riittävästi ja ne on tarjolla väärässä kohtaa. Jos palvelut sosiaali- ja terveydenhoidossa olisivat kunnossa peruspalveluissa, ei lastensuojeluasiakkuuksille olisi tarvetta. Neuropsykiatrista osaamista tulisi lisätä sekä perus- että

erityistason palveluihin, jotta jokaisen pulma tunnistettaisiin. Tulisi miettiä miten ADHD-lasten tukea koko oppivelvollisuus- ja jatko-opiskeluajaksi. Auttaisiko erilaisten rakenteiden pohtiminen yleisellä tasolla siihen miten tarkkaavaisuushäiriöiset nuoret voivat.

Lastensuojelua käsittelevän kirjallisuuden ja tutkimusten mukaan lastensuojelua tulee tarjota jos lapsi tai perhe tarvitsee tukea arkeen. (Lastensuojelun käsikirja 2017) ADHD-asiakkaat tarvitsevat tukea arkeen yleensä silloin, kun asiakas ei saa tarvittavaa apua ja tukea terveydenhuollon puolelta tai jos asiakas ei saa riittävää tukea kotoa. Lastensuojelu pyrkii tukemaan vanhempia kasvatustehtävässään. ADHD-lasten vanhemmilla on vaikeus saada tukea eikä heillä ole välttämättä keinoja siihen miten toimia jos lapsi käyttäytyy huonosti. ADHD-asiakkaat ovat usein väliinpuotoajia tuen saamisessa terveydenhuollon puolelta, koska diagnosointiin tarvitaan tietyt perusteet. Jos tukea ei saada, mutta perhe sitä tarvitsee, asiakkuus siirtyy sosiaalitoimeen. (Moilanen ym. 2004.)

ADHD-lasten käyttäytyminen saattaa vaarantaa lapsen oman tai perheen tilanteen, minkä seurauksena lapsi pitää sijoittaa kiireellisesti tai avohuollon tukitoimena. Asosiaalinen tai uhkaava käytös ajavat sosiaalityöntekijät arvioimaan tilannetta ja johtavat sijoitukseen (LSL 36–38§)

Kun ADHD- tai ADD-lapsi tulee asiakkaaksi lastensuojeluun tarjotaan perheille perhetyötä tai muita avohuollon taloudellisia tukimuotoja (LSL 34–37§). Perhetyö tukee perhettä arjessa, joka nähdään kirjallisuuden valossa hyväksi tukimuodoksi. (Juusola 2012)

Tutkimuskirjallisuus osoittaa sen, että ADHD- lapsi tarvitsee tukea. Lastensuojelu auttaa jossain tilanteissa, mutta tukea tulisi tarjota sosiaalitoimesta ennaltaehkäisevämmästä palvelusta yhteistyössä terveydenhuollon kanssa. Peruspalvelut neuvolat, päivähoido, koulut, nuorisotyö ja terveydenhuolto tarjoaisivat ideaalitulanteessa tukea heti ADHD-diagnoosia pohdittaessa. Tällöin lastensuojelua ei tarvittaisi, koska perheet osaisivat toimia lastensa kanssa. (Moilanen ym. 2004; Michelsson ym. 2004; Sandberg 2016.)

Anne Kouhian ja Mari Partisen Pro Gradu tutkimuksen mukaan neuropsykiatrisesti oireilevien lasten perheillä on tarvetta arkea tukevalle palvelulle, joka lapsen kuntouttamisen lisäksi myös tukee ja opastaa koko perhettä ja lapsen lähiympäristöä, kuten koulua. Kouhian ja Partisen (2010)

tutkimus osoitti saman tuloksen kuten minun gradunikin. (Kouhia & Partinen 2010, 39–41, 52 ja 60.)

6.1.2 Kahden vuoden oppimiskokemus – tutkimusprosessin reflektointi

Pro Gradu-tutkielmani on ollut arvokas oppimisprosessi tutkimuksen tekemisestä, aiheen ja sosiaalityön näkökulmasta sekä opettanut itsestä todella paljon. Tutkimuksen teko alkoi tammikuussa 2016 Tutkimusseminaarissa, jossa aloin pohtia aihealuetta. Keväällä 2016 seminaarin aikana tutkimuksen teema, -kysymykset ja aineisto selvisivät ja tutkimussuunnitelma valmistui. Syksyllä 2016 tutustuin tarkkaavaisuushäiriöihin tarkemmin kirjallisuuden ja tutkimusten pohjalta laajasti. Keväällä 2017 keräsin aineistoni, jonka parissa vietin syksyä 2017. Loppuvuosi 2017 ja alkuvuosi 2018 on kulunut tutkielmaa viimeisteltäessä. Tutkimusprosessin aikana olen työskennellyt samalla lastensuojelun avohuollon sosiaalityöntekijänä ja tukenut ADHD- ja ADD-asiakkaitani, mikä on osaltaan tukenut tutkielman tekemistä, mutta myös ajoittain syönyt motivaatiota tutkielman tekemiseltä. Tutkielmaseminaarissa ajattelin, että omalta työkentältä syntyvä gradu auttaa sen tekemisessä. Näin ajattelen edelleen, sillä olen oppinut lastensuojelusta lisää ja alkanut pohtia asioita laajemmin. Mutta jos saisin nyt miettiä aihetta uudelleen, valitsisin ehkä muun aiheen laajasta sosiaalityön työkentästä.

Tutkimustematiikka on vahvasti sidoksissa lääketieteeseen, erityispedagogiikkaan ja kasvatustieteeseen. Yhteiskunnallinen ja sosiaalityön viitekehys onkin ollut ajoittain hieman hankala liittää tähän tematiikkaan. Koen, etten siinä onnistunut täysin, mutta olen ylpeä siitä, että olen aihetta tutkinut nimenomaan sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta.

Tutkielmaa tehdessä aikataulut ovat menneet usein uusiksi. Olin ajatellut että tutkielmani olisi valmis nopeammin. Mielenkiintoisinta on ollut haastatteluiden tekeminen ja niiden käsitteleminen. Koen, että olen saanut valtavasti lisää tietopääomaa, kun haastattelin lastensuojelussa työskenteleviä. Sosiaalityössä kuitenkin näkyy työntekijän persoona ja kokemus siitä miten käsittää erilaiset asiat. Haastattelujen tekeminen ja niiden litterointi sekä analysointi olivat mielenkiintoisinta ja aikataulullisesti olin siinä tehokkain.

Tutkielmani osoittaa, että palvelujen vähyyden ja niiden tarpeen. Tutkielmani koostuu seitsemästä sosiaalialan asiantuntijan käsityksistä, joten jatkossa aihetta tulisi tutkia laajemmin. Olisi ollut mielenkiintoista nähdä millaiset tulokset olisin saanut, jos tutkittavina olisi ollut kaikki kaupungin lastensuojelun avohuollon sosiaalityöntekijät.

Tulokset osoittivat, että tukea pitäisi saada varhaisemmassa vaiheessa peruspalveluista. Ajattelin, että aihe olisi tutkittavissa myös peruspalveluiden sosiaalityössä, jossa palveluvalikko on onneton tällä hetkellä. Seuraavassa tutkimuksessa voisi olla vielä kehittävämpi näkökulma, jonka kautta tutkimuksessani esille nousseet käsitykset millaiset palvelut asiakkaita tukee, siirrettäisiin peruspalveluihin.

7 LÄHTEET

Anttila, Pirkko (2006) Tutkiva toiminta ja ilmaisu. Hamina: Akatiimi

Bardy, Marjatta & Heino, Tarja & Kaikko, Kirsi & Pirinen, Anne & Pösö, Tarja & Aaltonen, Sanna (2009) Lastensuojelun ytimissä. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2000) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eyðdal, Guðný Björk & Kröger, Teppo (2010) Nordic Family Policies: Constructing Contexts for Social Work with Families. In Forsberg, Hannele & Kröger, Teppo (eds.) *Social Work and Child Welfare Politics through Nordic Lenses*. Bristol: Policy Press, 11–27.

Forsberg, Hannele & Ritala-Koskinen, Aino (2010) From welfare to illfare: public concern for Finnish childhood. Teoksessa Hannele Forsberg & Teppo Kröger (toim.) *Social Work and Child Welfare Politics. Through Nordic Lenses*. Bristol: The Policy Press, 47–64.

Goetz, Judith & LeCompte Margaret (1984) *Ethnography and Qualitative Design in Educational Research*. Orlando: Academic Press

Haverinen, Riitta & Pösö, Tarja & Kuronen Marjo (2014) *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*. Jyväskylä: Vastapaino

Hearn, Jeff & Pösö, Tarja & Korpinen, Johanna & Smith, Carole & Whyte, Sue (2004) What is Child Protection/Lastensuojelu? Historical and Methodological Issues in Comparative Research on lastensuojelu/Child Protection. *International Journal of Social Welfare* 13(1), United States: Wiley-Blackwell, 28 – 41

Huhtanen, Kristiina (2004b) *Varhainen puuttuminen. Erityisen tuen tarpeen kohtaaminen päivähoidossa*. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Huotari, Anitta & Niiranen-Linkama, Päivi & Siltanen, Pauliina & Tamski, Eeva-Liisa (2008) *Neuropsykiatrinen valmennus: valmentajan käsikirja*. Mikkeli: Mikkelin Ammattikorkeakoulu

- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Sinikka (2006) Tutkimushaastattelu. Helsinki: Gaudeamus
- Jokinen, Kristiina & Ahtikari, Kati (2004) AD/HD opas koulunkäynninavustajille. Juva: Ps-kustannus
- Juusola, Mervi (2012) Levottomat aivot: Adhd ja Asperger vahvuuksina. Helsinki: Otava
- Kamppinen Matti (1995) Kaaos & Kosmos 2. Kognitiivisen kulttuuritutkimuksen metodiikka ja metodologia. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus
- Kuronen, Marjo & Lahtinen, Pia (2010) Supporting families: the role of family work in child welfare. Teoksessa H. Forsberg, & T. Kröger (Eds.), Social Work and Child Welfare Politics. Through Nordic lenses (65-81). Bristol: Policy Press
- Kuula, Arja (2011) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino
- Lyytinen, Heikki & Ahonen, Timo & Korhonen, Tapio & Korkman, Riita (2005) Oppimisvaikeudet, neuropsykologinen näkökulma. Juva: WSOY
- Mahkonen, Sami (2010) ja (2004) Lastensuojelu ja laki. Helsinki: Edita
- Manderbacka, Kristiina, & Gissler, Mika & Husman, Kaj & Husman, Päivi & Häkkinen, Unto & Keskimäki, Ilmo & Nguyen, Lien & Pirkola, Sami & Ostamo, Aini & Wahlbeck, Kristian & Widström, Eeva (2006). Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa Juha Teperi, Lauri Vuorenkoski, Kristiina Manderbacka, Eeva Ollila ja Ilmo Keskimäki (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes, 42–55.
- Manderbacka, Kristiina & Häkkinen, Unto & Nguyen, Lien & Pirkola, Sami & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo. (2007). Terveyspalvelut. Teoksessa Hannele Palosuo, Sanna Koskinen, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Tuija Martelin, Aini Ostamo, Ilmo Keskimäki, Marita Sihto, Kirsi Talala, Eero Hyvönen, Eila Linnanmäki (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Metsämuuronen, Jari (2008) Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja4. 3. painos. Helsinki: Gummerus.

Michelsson, Katarina & Saresma, Ulla & Valkama, Kristiina & Virtanen, Pirkko (2004) MBD ja ADHD. diagnosointi, kuntoutus ja sopeutuminen. 3.uudistettu painos. Juva:Ps-kustannus.

Michelsson, Katarina & Miettinen, Kaija & Saresma, Ulla & Virtanen, Pirkko (2003) AD/HD nuorilla ja aikuisilla. Juva: Ps-kustannus

Millar, Jane. and Warman, Andrea(1996) Family Obligations in Europe. Family Policy Studies Centre. Lontoo: Family Policy Studies Centre

Moilainen, Irma & Almqvist, Fredrik (2004) Lasten-ja nuorispsykiatria. Helsinki: Duodecim

Moilanen, Pentti & Räihä, P (2010) Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 46-69.

Myllykoski, Anne-Mari & Melamies, Nina & Kangas, Sini (2004). Itsenäistyvä nuori ja AD/HD. Juva: Ps-kustannus

Pehkonen, Aini & Väänänen-Fomin, Marja (2011) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Jyväskylä: PS-kustannus

Puonti, Annamaija & Saarnio, Tuula & Hujala, Anne (2004) Lastensuojelu tänään. Helsinki: Tammi

Puuronen, Vesa (2007) Etnografinen tutkimus. Teoksessa Viinamäki, Leena & Saari, Erkki toim. Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Tammi

Pyhäjoki, Jukka & Koskimies, Mimosa 2009. Varhainen puuttuminen ja dialogisuuden edistäminen huolen vyöhykkeillä. Teoksessa Lammi-Taskula J., Karvonen S. & Ahlström S. (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus

Räty, Tapio (2015) Lastensuojelulaki: käytäntö ja soveltaminen. Helsinki: Edita

Tainio, Veli-Matti (2001) Lasten ja nuorten mielenterveys. Teoksessa Jahnukainen,. Markku (toim.)Lasten erityishuolto ja -opetus Suomessa. Helsinki: Lastensuojelun Keskusliitto

Taskinen, Sirpa (2012) Lastensuojelulain soveltaminen. Helsinki: SanomaPro

Toikko, Timo (2005) Sosiaalityön ideat, johdatus sosiaalityön historiaan. Jyväskylä: Vastapaino

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Saastamoinen, Kati (2016) Lapsen suojele viranomaisten ja muiden toimijoiden välisenä yhteistyönä. Helsinki: Edita

Sandberg, Erja (2016) ADHD perheessä- Opetus-, sosiaali- ja terveystoimen tukimuodot ja niiden koettu vaikutus. Helsinki: Helsingin yliopisto

Sipari, Salla (2008). Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 342. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Smith,Jonathan Allan & Flower, Paul & Larkin Michael (2009) Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. Lontoo: SAGE Publications Lts

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö -Käypä hoito-suositus 2017 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50061#s14>

Arki, arvot ja Etiikka: Sosiaalialan ammattieettiset ohjeet (2017) Talentia <http://talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/> (Viitattu 1.12.2017)

Hermanson, Elina 2012 Terveyskirjasto: Duodecim http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=kot00811 (Viitattu 1.2.2017)

Huttunen, Matti 2017 Terveyskirjasto: Duodecim http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00353 (Viitattu 20.9.2017)

Kasvun kumppanit, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018 <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/sosiaalipalvelut/perhetyo> (Viitattu 8.4.2018)

Kouhia, Anne & Partinen, Mari (2010) Tampereen kaupungin neuropsykiatrisen perhetyön asiakkaat ja heidän kokemuksensa neuropsykiatrisesta perhetyöstä. Tampereen yliopisto, psykologianlaitos. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81678/gradu04373.pdf?sequence=1&isAllowed=y>(Viitattu 3.4.2018)

Kuntaliitto 2018 Lastensuojelun tilanne vaikeutunut <https://www.kuntaliitto.fi/tiedotteet/2018/kuntaliiton-lastensuojelukysely-lastensuojelun-tilanne-vaikeutunut> (Viitattu 3.3.2018)

Lastensuojelulaki 417/2007 Finlex <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417> Viitattu 20.3.2017

Lastensuojelun käsikirja, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017 <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja> Viitattu 30.11.2017

Neuropsykologinen mielenterveysyhdistys NePsy ry www.nepsy.fi Viitattu 1.4.2017

Niemelä, Mikko (2011) Attributions for poverty. A non-generic approach. Research on Finnish Society Vol 4, 17-28 http://www.finnresearch.fi/table_of_contents_2011.html

Perusopetuslaki 1998/628 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628> (Viitattu 20.9.2017)

Puustjärvi, Anita (2014) ADHD (Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) oirekuva ja diagnosointi lapsilla <http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/193601/Puustj%C3%A4rvi+ADHD+oirekuva+ja+diagosointi.pdf/1ea3ff12-e05f-4329-a610-c072f314620d> (Viitattu 27.9.2017)

Rissanen, Riitta, 2006. Fenomenografia. Luku 5.1. kokonaisuudesta Saaranen-Kauppinen, Anita ja Puusniekka, Anna. *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna (2006) Teemoittelu. KvaliMOT-menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 10.4.2018

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html (Viitattu 10.4.2018)

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html (Viitattu 31.3.2016)

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3.html (viitattu 31.3.2016)

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html (Viitattu 31.3.2016)

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_2.html (Viitattu 31.3.2016)

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2015b). Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113104/t2015esi.pdf?sequence=1> (Viitattu 3.3.2018)

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2015). Kasvatus- ja perheneuvonta, perheasioiden sovittelu. <http://stm.fi/kasvatusperheneuvonta>. (Viitattu 4.3.2018)

Suomen mielenterveysseura [https://www.mielenterveysseura.fi/kehittamistoiminta/mielenterveysosaaminen/nuoren-mielen-ensiapu/neuropsykiatriset-häiriöt](https://www.mielenterveysseura.fi/kehittamistoiminta/mielenterveysosaaminen/nuoren-mielen-ensiapu/neuropsykiatriset-hairiot) (Viitattu 20.4.2016)

Tampereen kaupunki, Neptunus 2017 <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/lapsiperheiden-palvelut/lasten-terapiapalvelut/neptunus.html> (Viitattu 2.2.2016)

Tampereen kaupungin nepsy-tukityön esite, 2017 <https://www.tampere.fi/tiedostot/n/6LJtJfJE/nepsyosite.pdf> (Viitattu 2.2.2016)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta Hyvä tieteellinen käytäntö 2012 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (Viitattu 2.9.2017)

8 LIITE 1.

Haastattelukysymyksiä

Yleiset:

Kuinka pitkään olet työskennellyt lastensuojelun sostt?

Onko sinulla muuta työkokemusta?

ADHD ja ADD Kerro omin sanoin ko. Diagnooseista

Asiakasryhmistä

Kuinka paljon sinulla on asiakkaita? ADHD/Add? Muita?

Miksi ko. Asiakas on ls-asiakas?

Millaisia palveluita olet ko. Asiakkaille antanut?

Millä kriteereillä palvelut ovat saatu/haettu?

Onko tukitoimista ollut apua?

Kuinka pitkään asiakkaat ovat olleet asiakkaina?

Onko tarvittu muita palveluiden tarjoajia?

Onko asiakkuuksia muualla? Jos on, tehdäänkö yhteistyötä?

Sijoitukset

Onko niitä tehty? Millä perusteilla? Onko ollut apua?

Millaista tukea haluaisit antaa asiakkaillesi?

Mistä he mahdollisesti hyötyisivät?

Voitaisiinko sellaisia järjestää?

Millaista työskentelyä teiltä saa?

Millaista valmennus on? Kelle?

Missä tehtävää? Kesto? Miten?

Miten asiakkaat ohjautuvat teille?

Kuinka paljon asiakkaita?

Yhteistyökumppanit: Ketä ovat? Millaisia palveluita he tarjoavat?

Lastensuojelu: Miten lastensuojelun avohuolto näkyy? Onko asiakkailla ls-asiakkuus? Miten ls näkyy esim. Yhteistyössä? Mistä palveluista autismin kirjon asiakkaat voivat hyötyä?

9 LIITE 2.

| Kaikki asiakkaat | ADHD-asiakkaat | % |
|-------------------------|-----------------------|----------|
| H1.42 | 13 | 30 |
| H2.52 | 11 | 21 |
| H3.42 | 7 | 16 |
| H4.54 | 7 | 13 |
| H5.40 | 6 | 15 |
| H6.30 | 9 | 30 |