

Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos

NÄKÖKULMIA VIIVEESEEN

Lasten varhaisen avun saavutettavuus Jämsän seudun perhepalvelukeskuksessa

Pro gradu -tutkielma
Anne Tuominen
Tampereen yliopisto
Terveystieteen laitos
Lokakuu 2009

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteen laitos

TUOMINEN, ANNE: Näkökulmia viiveeseen. Lasten varhaisen avun saavutettavuus Jämsän seudun perhepalvelukeskuksessa.

Pro gradu -tutkielma, 96 sivua, 14 liitesivua

Ohjaajat: yliassistentti Pirjo Lindfors ja dosentti Tarja Kettunen

Kansanterveystiede

Lokakuu 2009

Huoli lasten vaikeuksista ja kasvavasta palvelujen tarpeesta on ollut esillä julkisessa keskustelussa koko 2000-luvun. Palveluiden organisoimista hallintosektoreiden yhteistyötä tehostaviksi perhepalvelukeskuksiksi pidetään yhtenä mahdollisuutena tarjota viiveetöntä varhaista apua lapsiperheille. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja selittää mahdollista viivettä neuvolaikäisten lasten kehityksellisiin ja psyykkisiin vaikeuksiin saatavassa varhaisessa avussa Jämsän seudun perhepalvelukeskuksessa. Tutkimuksessa tarkastellaan miten lasten varhaisen avun saanti toteutuu ja millaisia selityksiä viiveettömyydelle ja viiveelle on.

Tutkimusaineistoina ovat terveydenhoitajien (n=8) ja erityistyöntekijöiden teemahaastattelut (n=3), psykologin vastaanotolla käyneiden lasten potilasasiakirjat (n=10) ja lasten vanhempien teemahaastattelut (n=8). Analyysimenetelmänä käytettiin laadullista aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Viiveen ja viiveettömyyden selitykset jakautuivat vanhempiin, neuvolaan ja erityistyöntekijöihin liittyviin selityksiin.

Tutkimustulosten mukaan ammattilaiset ajattelevat lasten yleensä saavan varhaista apua melko viiveettömästi kun taas moni vanhempi koki avun saannissa olleen viivettä. Viivettä tarkasteltiin suhteessa koko varhaisen avun saavuttamisen -prosessiin (havaitseminen, puheeksiottaminen ja siihen liittyvä apu, lisäpalveluihin ohjaus, palveluihin hakeutuminen ja avun saaminen). Perhepalvelukeskuksen monet rakenteet tukevat viiveettömyyttä. Silti ammattilaisten näkökulmasta mm. vanhempien pitkä hyväksymisprosessi, neuvolan ja päivähoidon vähäinen yhteistyö sekä jonot erityistyöntekijöille selittävät viivettä avun saamisessa. Vanhempien näkökulmasta viivettä selittävät heidän omat vähäiset voimavaransa lapsen auttamiseen ja riittämätön tuen saaminen. Erityisesti ns. riskiperheiden vanhemmat odottivat perhepalvelukeskukselta varhaisempaa ja aktiivisempaa tukea ja ohjausta.

Tässä tutkimuksessa viive näyttäytyy moniselitteisenä ilmiönä. Tutkimuksen keskeisenä johtopäätöksenä on, että lasten vaikeuksissa auttamisessa tulee huomioida koko perheen tilanne jo varhaisessa vaiheessa. Aktiivisella tuella voidaan lisätä vanhempien voimavaroja ja ennaltaehkäistä tai nopeuttaa lapsen tarvitsemaa apua. Universaalien palvelujen lisäksi tukea tulee kohdistaa jo varhain sitä eniten tarvitseville yhteisesti sovittujen käytäntöjen mukaisesti. Tulevaisuuden haasteena on lasten avun vieminen entistä enemmän heidän arkisiin kehitysyhteisöihinsä. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää sekä Jämsän seudun perhepalvelukeskuksen toiminnan kehittämisessä että lapsiperheiden varhaisen avun palvelujärjestelmien kehittämisessä laajemmin.

Asiasanat: perhepalvelukeskus, palvelujen saavutettavuus, varhainen apu, viive

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Tampere School of Public Health

TUOMINEN, ANNE: Perspectives on Delay. The Attainability of Early

Intervention for Children at Jämsä Region Family Services Centre

Master's Thesis: 96 pages, 14 pages of appendices

Supervisors: Senior Assistant Professor Pirjo Lindfors and Docent Tarja Kettunen

Public Health

October 2009

The concern for children's problems and the resulting increased need for services has featured in public debate since the turn of the millenium. Organizing the services into family service centres, which enhance the cooperation of different administrative sectors, is seen as one alternative for providing families with immediate early intervention. The aim of this thesis is to describe and explain the delay that may occur in the early intervention provided by Jämsä Family Services Centre for children aged 0–7 with developmental and mental problems. The study examines the realisation of children's early intervention and what explains the possible delay or the lack of it.

The research data includes themed interviews with public health nurses (n=8), themed interviews with specialists (n=3), the patient documents of children treated by a health centre psychologist (n=10) and themed interviews with parents (n=8). The method of analysis is qualitative inductive content analysis. The explanations found for delay or lack of delay in early intervention are attributed to the parents, the child health clinic and the specialists.

According to the results, the professionals see the children as generally being provided with early intervention without significant delay, whereas many parents experienced a delay in receiving the help. Delay was examined in relation to the whole process of attaining early intervention. The structures of the family services centre support immediate access to care in many ways. Nevertheless, the professionals find explanations for the possible delay in for example the parents' long process of acceptance, the limited cooperation between child health centre and daycare services, and the waiting list for specialist care. The parents see the delay as caused by their own very limited resources for helping the child and by the insufficient support they receive. In particular, the parents of so-called families at risk expected earlier and more active support and guidance from the family services centre.

In the study delay is shown as a complex phenomenon. The main conclusion is that helping the children requires taking the situation of the whole family into consideration at an early stage. Active support can increase the parents' resources, prevent the child's need for help or improve the attainability of the help required. In addition to universal services, the support must be targeted at an early stage and according to commonly accepted guidelines to those most in need. The challenge for the future lies in providing assistance to the children increasingly in their everyday developmental communities. The results of the study can be used to develop not only the operation of the Jämsä Region Family Centre but the larger service structures for early intervention in families.

Keywords: family services centre, attainability of services, early intervention, delay

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 LASTEN JA LAPSIPERHEIDEN PALVELUJÄRJESTELMÄT.....	3
2.1 LASTEN PERUSPALVELUJÄRJESTELMÄ JA ERITYISPALVELUIDEN KÄYTTÖ	3
2.2 LASTEN JA LAPSIPERHEIDEN PALVELUJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISLINJAUKSET	6
2.3 PERHEPALVELUKESKUKSET	7
2.4 JÄMSÄN SEUDUN PERHEPALVELUKESKUS	9
3 VARHAINEN APU, PALVELUJEN SAAVUTETTAVUUS JA VIIVE.....	13
3.1 VARHAISEN AVUN KESKEISET KÄSITTEET	13
3.2 PALVELUJEN SAAVUTETTAVUUDEN JA VIIVEEN KÄSITTEET	16
4 LAPSEN KEHITYKSELLISET JA PSYKKISET VAIKEUDET SEKÄ NIIDEN HAVAITSEMINEN JA ARVIOINTI NEUVOLASSA.....	20
4.1 LAPSEN KEHITYKSELLISET VAIKEUDET JA NIIDEN HAVAITSEMINEN JA ARVIOINTI NEUVOLASSA	20
4.2 LAPSEN PSYKKISET VAIKEUDET JA NIIDEN HAVAITSEMINEN JA ARVIOINTI NEUVOLASSA	22
4.3 ERITYISTÄ TUKEA TARVITSEVAT LAPSIPERHEET JA PERHETILANTEEN ARVIOINTI NEUVOLASSA	24
4.4 LAPSEN KOKONAISTILANNE JA SEN ARVIOINTI NEUVOLASSA.....	26
5 AIKAISEMPI TUTKIMUS VARHAISEN AVUN VIIVEEN NÄKÖKULMASTA	27
6 TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	34
6.1 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	34
6.2 LAADULLINEN TUTKIMUSOTE	35
7 TUTKIMUSAINEISTO	36
7.1 TUTKIMUSAINEISTON MUODOSTUMINEN	36
7.2 TEEMAHAASTATTELU AINEISTONKERUUMENETELMÄNÄ	37
7.3 TERVEYDENHOITAJIEN JA ERITYISTYÖNTEKIJÖIDEN TEEMAHAASTATTELUT.....	38
7.4 LASTEN POTILASASIAKIRJAT JA VANHEMPIEN TEEMAHAASTATTELUT	39
8 TUTKIMUSANALYYSI	43
8.1 LAADULLINEN SISÄLLÖNANALYYSI	43
8.2 TUTKIMUSANALYYSIN KULKU	44
8.3 EETTISET NÄKÖKULMAT	48
9 TUTKIMUSTULOKSET	51
9.1 AMMATTILAISTEN KÄSITYKSET VARHAISEN AVUN SAAVUTETTAVUUDESTA	51
9.1.1 <i>Miten lasten viiveetön varhaisen avun saaminen toteutuu?</i>	51
9.1.2 <i>Millaisia selityksiä viiveelle ja viiveettömyydelle on löydettävissä?</i>	52
9.2 VANHEMPIEN KÄSITYKSET JA POTILASASIAKIRJOISTA SAATAVA TIETO LASTEN VARHAISEN AVUN SAAVUTETTAVUUDESTA	65
9.2.1 <i>Lasten ja perheiden kuvaus</i>	65
9.2.2 <i>Miten lasten viiveetön varhaisen avun saanti toteutui?</i>	66
9.2.3 <i>Millaisia selityksiä viiveelle on löydettävissä?</i>	68
9.3 YHTEENVETO KESKEISIMMISTÄ TUTKIMUSTULOISTA	72

10 POHDINTA.....	75
10.1 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	75
10.2 TUTKIMUSTULOSTEN TULKINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	76
10.3 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	86
10.4 TOIMENPIDE-EHDOTUKSET	87
LÄHTEET.....	88
LIITTEET	97
LIITE 1: TUTKIMUSLUPA-ASIAKIRJAT	97
LIITE 2: AMMATTILAISTEN TUTKIMUSTIEDOTTEET JA SUOSTUMUSLOMAKE	100
LIITE 3: VANHEMPIEN SAATEKIRJEET, TUTKIMUSTIEDOTE JA SUOSTUMUSLOMAKE...	103
LIITE 4: ANALYYSITÄULUKOT AMMATTILAISTEN HAASTATTELUISTA	106
LIITE 5: ANALYYSITÄULUKOT LASTEN AINEISTOSTA.....	109

1 JOHDANTO

Tämän päivän yhteiskunnallisessa keskustelussa on toistuvasti tuotu esille huoli lasten, nuorten ja perheiden pahoinvoinnista. Erityisen tuen tarpeessa olevia lapsia arvioidaan olevan 10–30 prosenttia lapsista (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen & Haapakorva 2005, 113). Psykkistä oireilua on tutkimusten mukaan 20 prosentilla lapsista (Almqvist ym. 1999, 20) ja eriasteisia kehityksen ongelmia on havaittu 30 prosentilla suomalaisista neuvolaikäisistä lapsista (Strid 1999, 15; Liuksila 2000, 76, 82). Vähintään lieviä oppimisvaikeuksia on noin 10–20 prosentilla lapsista (Adenius-Jokivuori 2000, 8) ja 30 prosenttia peruskoululaisista saa eri tavoin järjestettyä erityisopetusta (Tilastokeskus 2009). Erilaiset ongelmat kasautuvat yhä enemmän samoille lapsille ja perheille ja siirtyvät sukupolvelta toiselle. Toisaalta on kuitenkin muistettava, että lasten enemmistön hyvinvointi on pysynyt ennallaan tai parantunut. Siitä huolimatta lasten kokonaispalvelutarve on kasvanut. (Rimpelä 2008, 62, 67.)

Samanaikaisesti lasten kasvavan palvelutarpeen kanssa keskustellaan sekä saatavilla olevien palveluiden riittävydestä että siitä, tunnistetaanko lasten tarvitsema erityinen tuki riittävän aikaisin. Lasten oireilun mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja siihen puuttuminen ovat keskeistä ennaltaehkäisevää työtä (Tamminen & Räsänen 2004, 376). Viiveetön avun tarpeen tunnistaminen mahdollistaa varhaisen tuen tarjoamisen vaiheessa, jolloin mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja auttamisessa on vielä runsaasti ja jolloin valtaosaa lapsista ja perheistä pystytään auttamaan peruspalveluissa ja toisaalta erityistason hoitoa tarvitsevat voidaan ohjata viiveettä eteenpäin. Suomessa lähes kaikki lapset ovat julkisen palvelujärjestelmän piirissä kattavan neuvolatoiminnan ja merkittävän laajan päivähoitotoiminnan myötä. Palvelujärjestelmän kattavuudesta huolimatta useat tutkimukset ovat osoittaneet, että vallitseva tapa vastata lasten ja perheiden tarpeisiin ilman toimivaa yhteistyötä yli hallintorajojen on riittämätöntä (esim. Heimo 2002, Yrjänäinen 2002, Honkanen 2008). Palvelujärjestelmä on kehittämishaasteiden edessä.

Valtakunnalliset linjaukset hallitusohjelmista ja valtioneuvoston päätöksistä neuvolasuosituksiin saakka ohjaavat kuntien sosiaali- ja terveystoimen kehittämistä kohti lasten hyvinvoinnin lisäämistä ja vanhemmuuden tukemista terveyttä edistävällä

ja ennaltaehkäisevällä työotteella. Sosiaali- ja terveystoimen keinot eivät yksin riitä vastaamaan lapsiperheiden tarpeisiin vaan toiminta edellyttää eri hallintokuntien yhteistyötä. Yhtenä keinona lisätä lasten hyvinvointia ja tukea vanhemmuutta on nähty erilaiset lapsiperheille tarkoitetut perhepalveluverkostot, jolloin lapsiperheiden parissa työskentelevien toimijoiden yhteistyön kehittäminen mahdollistuu. Perhepalveluverkostot voidaan toteuttaa paikallisten tarpeiden ja olosuhteiden mukaan. (STM 2004, 28–30; STM 2008, 33–34.) Lasten hyvinvointipalvelujen kokoaminen perhepalveluverkostoiksi on asetettu valtakunnalliseksi tavoitteeksi, mutta niitä oli vuonna 2007 tehdyn selvityksen mukaan perustettu vasta 16 prosentissa terveyskeskuksia (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen, Saaristo, Hastrup & Rimpelä 2008, 38).

Tutkielmani on osa ”Perhepalvelukeskus lapsiperheiden terveyden edistäjänä Jämsän seudulla – toiminnan vaikuttavuuden arviointia” -tutkimuskokonaisuutta. Jämsän seudun Perhepalvelukeskus-hanke käynnistyi vuonna 2006 ja uusi toimintamalli on vakiintumassa seudulle. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja selittää lapsen ja perheen varhaisten palvelujen ja varhaisen avun saamisessa mahdollisesti esiintyvää viivettä alle kouluikäisen lapsen kehityksen pulmatilanteissa sekä arvioida tältä osin Jämsän seudun uuden palvelujärjestelmän toimivuutta. Tarkastelun kohteena on erityisesti lapsen psyykkiseen kehitykseen kuten käyttäytymiseen ja tunne-elämään sekä mahdollisia oppimisvaikeuksia ennakoiviin kehityksellisiin vaikeuksiin liittyvissä tilanteissa saadussa avussa esiintyvä viive. Avun saavuttamisen -prosessin voidaan nähdä koostuvan lapsen vaikeuden havaitsemisesta, puheeksiottamisesta ja siihen liittyvästä avusta (tuesta ja ohjauksesta), tarvittaessa lisäpalveluihin ohjaamisesta ja niihin hakeutumisesta sekä näiden palvelujen saavuttamisesta ja varhaisen avun saamisen käynnistymisestä. Tässä tutkimuksessa viivettä tarkastellaan ilmiönä, joka voi esiintyä tämän prosessin eri vaiheissa tai vaiheesta toiseen siirryttäessä. Viivettä tutkitaan palveluja saaneiden lasten vanhempien, terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden kokemusten sekä lasten potilasasiakirjojen kautta.

Tutkimusaihe on kansanterveystieteen ja erityisesti terveydenhuoltotutkimuksen kannalta tärkeä, koska perhepalvelukeskukset ja etenkin neuvolatoiminta niiden keskeisenä työmuotona kohdistuvat lähes kaikkiin suomalaisiin lapsiperheisiin. Puuttuminen lasten erilaisiin ongelmiin mahdollisimman varhain ennaltaehkäisee

osaltaan lasten pahoinvointia, joka on merkittävä kansanterveystieteellinen ongelma. Henkilökohtainen kiinnostukseni tutkimusaiheeseen perustuu kokemuksiini sekä käytännön neuvolatyöntekijänä että neuvolatyön kehittäjänä. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää lasten varhaisen avun saamisen viiveettömyyden kehittämässä Jämsän seudun perhepalvelukeskuksessa ja mahdollisesti muissa vastaavissa perhepalveluverkostoissa.

2 LASTEN JA LAPSIPERHEIDEN PALVELUJÄRJESTELMÄT

2.1 Lasten peruspalvelujärjestelmä ja erityispalveluiden käyttö

Suomessa lähes kaikki pikkulapsiperheet ovat julkisen palvelujärjestelmän asiakkaita. Lastenneuvola on järjestelmistä kattavin, sillä lastenneuvolapalveluita käyttämättömien osuus on arvioitu vain puoleksi prosentiksi (Leino, Koskenniemi, Saranpää, Strömberg & Kilpi 2007, 741). Tämän mukaan arvioituna lastenneurolat tavoittivat vuonna 2007 ainakin 402 600 neuvolaikäistä lasta ja tilastojen mukaan lastenneurolakäyntejä oli yli 1,3 miljoonaa (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008, 45, 108).

Lastenneurolatoiminnan yleistavoitteena on lasten fyysisen ja psyykkisen terveyden sekä perheiden hyvinvoinnin lisääntyminen. Neuvolan terveydenhoitaja ja lääkäri tapaavat lähes kaikki alueensa lapset ja lapsiperheet henkilökohtaisesti. (STM 2004, 16–34.) Uusi 1.7.2009 voimaantullut ”Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta” edellyttää, että neuvolaikäiselle lapselle tehdään ensimmäisen elinvuoden aikana vähintään yhdeksän terveystarkastusta, joihin sisältyy vähintään kaksi lääkärintarkastusta ja laaja terveystarkastus neljän kuukauden ikäisenä. Lapsen ollessa 1–6 vuoden ikäinen hänelle tehdään vähintään kuusi terveystarkastusta, joihin sisältyy laaja terveystarkastus 18 kuukauden ja neljän vuoden iässä. Laajaan terveystarkastukseen sisältyy huoltajan haastattelu sekä hoidon ja tuen kannalta

välttämätön koko perheen hyvinvointiarvio sekä huoltajan luvalla päivähoiton tai esiopetuksen arvio lapsen selviytymisestä. Terveystarkastukset tulee järjestää niin, että erityisen tuen tarve tunnistetaan varhaisessa vaiheessa ja tuki järjestetään viiveettä. Erityisen tuen tarve tulee selvittää, jos lapsessa, perheessä tai ympäristössä on lapsen kasvua ja kehitystä mahdollisesti vaarantavia tekijöitä. Tuen tarvetta tulee tarvittaessa selvittää lisäkäynneillä ja kotikäynneillä. Erityisestä tuesta on laadittava suunnitelma, jonka toteutumista tulee seurata ja arvioida. Tarvittaessa on tehtävä yhteistyötä päivähoiton, lastensuojelun, kotipalvelun, erikoissairaanhoidon ja muiden tahojen kesken. (Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 2009.)

Valtaosa alle kouluikäisistä lapsista tavoitetaan myös varhaiskasvatuspalvelujen kautta, sillä vuonna 2007 heistä 62 prosenttia eli 212 745 lasta oli päivähoidossa. Lapsista 142 584 oli päiväkodissa, 52 681 perhepäivähoidossa ja 17 480 yksityisessä hoidossa. Esiopetuksen piirissä oli 56 984 lasta. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008, 64.) Lapsen hyvinvointi rakentuu nimenomaan arkisessa toiminnassa kotona ja päivähoidossa, joissa lapsi elää ja toimii. Näissä kasvuympäristöissä on myös suuri mahdollisuus havaita lapsen avun tarvetta. (Viitala, Kekkonen & Paavola 2008, 41.) Varhaiskasvatuksen periaatteena on, että lapsen tarvitsema tuki järjestetään mahdollisimman pitkälle tavallisten kasvatuspalvelujen yhteydessä. Tuen perustana on kaikkia lapsia palveleva laadukas varhaiskasvatus. Keskeistä on lapsen kehityksen hyvä tuntemus, joka on edellytyksenä tuen tarpeen havaitsemiselle. (Heinämäki 2005, 8.)

M. Rimpelän (2008, 62–67) mukaan peruspalvelujen kuten neuvolajärjestelmän käyttö ja voimavarat ovat pysyneet keskimäärin ennallaan viime vuosina kun taas erityispalvelujen kuten lastensuojelun ja lastenpsykiatrian palvelujen käyttö on kasvanut. Palveluista käytettävissä oleva tieto kertoo polarisoitumisesta; suuri enemmistö lapsista voi yhtä hyvin tai jopa paremmin kuin aikaisemmin, mutta ongelmat kasautuvat yhä enemmän samoille perheille ja siirtyvät sukupolvelta toiselle. Erityispalvelujen piirissä olevien lasten määrä on suuri ja jatkuvasti kasvava.

Tarkasteltaessa vuotta 2007 lastensuojelun avohuollon tukitoimien piirissä oli 62 485 alle 18-vuotiasta lasta eli 5.7 prosenttia ikäluokasta. Kodin ulkopuolelle sijoitettuna oli 16 059 lasta, joista huostaan otettuina oli 10 207 lasta. Alle kouluikäisiä kodin

ulkopuolelle sijoitettuja lapsia oli 2 798 lasta, joista huostaan otettuina oli 1 686 lasta. Sekä avohuollon piiriin kuuluvien lasten että sijoitettujen lasten määrä on kasvussa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008, 19, 66–68.)

Vuonna 2007 kasvatus- ja perheneuvonnassa oli 74 548 asiakasta, joista lähes puolet oli lapsia. Alle kouluikäisiä lapsia oli asiakkaana 9 538. Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon käynnit ovat lisääntyneet yli kaksinkertaiseksi vuodesta 1995 vuoteen 2007, jolloin käyntejä oli 122 388. Alle 18-vuotiaita mielenterveyden vuoksi laitoksessa olevaa lasta oli 5 640 vuonna 2007. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008, 73, 90, 92.)

Erityisopetusta peruskoulussa saavien osuus on kasvanut vuosittain vuodesta 1995 vuoteen 2008 varsinkin erityiskoulujen ulkopuolella. Vuonna 1995 erityisopetusta oli saanut 2.9 prosenttia peruskoulun oppilaista. Heistä 1.8 prosenttia sai opetusta erityiskoulussa ja 1.0 prosenttia muussa peruskoulussa. Vuonna 2008 erityisopetuksessa oli 47 257 peruskoululaista, joista tyttöjen osuus on noin kolmasosa. Erityisopetusta saavien osuus oli 8.4 prosenttia peruskoulun oppilaista, joista 1.4 prosenttia sai opetusta erityiskoulussa ja 7 prosenttia muussa peruskoulussa. Yli puolet heistä suoritti peruskoulun oppimäärää ja muilla oppimäärä oli yksilöllistetty osittain tai kokonaan. Perusteina erityisopetukselle olivat oppilaan kielen kehityksen vaikeus (dysfasia), lievä kehitysviivästymä, aivotoiminnan häiriö tai liikuntavamma, tunne-elämän häiriö tai sosiaalinen sopeutumattomuus sekä autismiin tai Aspergerin oireyhtymään liittyvät oppimisen vaikeudet. Vuonna 2008 sai osa-aikaista erityisopetusta 126 288 peruskoululaista, joka on 22.1 prosenttia peruskoulun oppilaista. Syitä osa-aikaisen erityisopetuksen saamiseen olivat luku- ja kirjoitushäiriö, matematiikan ja vieraan kielen oppimisen häiriöt, puhehäiriö, sopeutumishäiriö ja tunne-elämän häiriöt. (Tilastokeskus 2009.)

Julkisuudessa käydään keskustelua siitä, tunnistetaanko lasten tarvitsema erityinen tuki riittävän aikaisin ja tuetaanko heitä riittävästi peruspalveluissa. Toisaalta keskustellaan myös siitä, ohjataanko erityispalveluita tarvitsevat lapset viiveettä eteenpäin. Vaikka lähes kaikki lapset ovat julkisen palvelujärjestelmän piirissä kattavan neuvolatoiminnan, laajan päivähoitotoiminnan, koulujärjestelmän ja siihen liittyvän oppilashuollon myötä, on perinteinen tapa vastata lasten tarpeisiin ilman toimivaa yhteistyötä yli

hallintorajojen todettu useiden tutkimusten mukaan riittämättömäksi (esim. Heimo 2002, Yrjänäinen 2002, Honkanen 2008).

2.2 Lasten ja lapsiperheiden palvelujärjestelmän kehittämislinjaukset

Terveys 2015-kansanterveysohjelma linjaa kansallista terveystaloudellamme painottaen terveyden edistämistä. Lasten osalta ikäkausittaisena tavoitteena on, että lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja lasten turvattomuuteen liittyvät oireet kuten mielenterveysongelmat ja sosiaalisen kehityksen häiriintyminen vähenevät merkittävästi. Toimintasuunnissa korostetaan yhteistyötä, lasten kehitysyhteisöjen terveyttä edistävää roolia ja syrjäytymisuhassa olevien lasten ja lapsiperheiden tukemista. (STM 2001, 3, 15, 22–23.)

Pääministeri Matti Vanhasen II hallitus käynnisti lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman, jossa todetaan, että lapsiperheiden palvelut kootaan perhekeskuksiksi. Erilaisilla toimilla vahvistetaan yhteisöllisyyttä, vanhemmuutta ja yhteistä vastuuta lasten ja nuorten hyvinvoinnista. Ohjelman keskiössä ovat toimet, joilla voidaan ennaltaehkäistä tai puuttua varhain terveyttä uhkaaviin tekijöihin. Näin pyritään ehkäisemään pahoinvointia ja syrjäytymistä tarttumalla ongelmiin nykyistä varhaisemmassa vaiheessa ja vähentämään kalliiden korjaavien erityispalveluiden tarvetta. (Valtioneuvosto 2007.)

Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009) edellyttää, että lasten terveysneuvonnassa ja terveystarkastuksissa tulee tunnistaa lapsen erityisen tuen tarve mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja järjestää tarpeenmukainen tuki viiveettä. Erityisen tuen tarve tulee selvittää, jos lapsessa, perheessä tai ympäristössä on tekijöitä, jotka uhkaavat lapsen tervettä kasvua ja kehitystä. Asetus velvoittaa myös tarvittavaan yhteistyöhön. Myös uusi lastensuojelulaki (417/2007) korostaa varhaisen avun antamista perheille ja eri hallintokuntien yhteistyötä lastensuojelun järjestämisessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE) tavoitteena on edistää hyvinvointia ja terveyttä toimintatapoja uudistamalla. Koko ohjelmakauden keskeisin tavoite on sosiaali- ja terveystoimen vaikuttavuuden parantaminen. Sosiaali- ja terveystoimen keinot eivät yksin riitä vastaamaan lapsiperheiden tarpeisiin vaan toiminta edellyttää eri hallintokuntien yhteistyötä. Koko kunnan työtapana korostetaan ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista. Lasten ja lapsiperheiden palveluissa nidotaan yhteen kehitystä tukevat ja ongelmia ehkäisevät ja korjaavat palvelut unohtamatta yhteistyötä järjestöjen kanssa, jolloin mahdollistuu, että asiakkaan kannalta syntyy yhtenäinen hänen tarpeisiinsa vastaava palvelukokonaisuus. (STM 2008, 20–54.) Valtakunnallisena tavoitteena on koota lapsiperheille tarkoitettuja hyvinvointipalveluja perhekeskuksiksi tai perhepalveluverkostoiksi, jolloin lapsiperheiden parissa työskentelevien eri hallintokuntiin kuuluvien toimijoiden yhteistyön kehittäminen mahdollistuu (STM 2004, 28–30).

2.3 Perhepalvelukeskukset

Perhekeskus/perhepalvelukeskus voidaan käsittää uutena tapana järjestää lapsiperheiden palvelut ja tukea perheiden arkea. Perhekeskusten toimintaa käynnistettiin Perhehankkeessa lähes sadan osallistujakunnan voimin vuosina 2005–2007. Perhekeskusten kehittäjiä olivat perheet, järjestöt, seurakunnat ja asiakkaiden kanssa työskentelevät ammattilaiset. Toiminta koostuu kehittämisprosessin aloittaneesta neuvolatyöstä, varhaiskasvatuksesta ja kouluista sekä järjestöjen ja seurakunnan lapsiperheille suuntaamasta toiminnasta. Myös varhaisen tuen ja perhetyön palvelut, sosiaalitoimi, lastensuojelu ja perheneuvola ovat olleet aktiivisia toimijoita. Eri tahojen yhteisellä koulutuksella on pyritty edistämään yhteistyötä, kun eri alojen ammattilaiset ovat oppineet tuntemaan toisensa ja toistensa toimenkuvia. Tieto siitä, mitä toinen ammattilainen voi tehdä, auttaa ohjaamaan asiakkaat oikean palvelun piiriin. Perhekeskuksen moniammatillisen palveluverkoston tavoitteena on lisätä ennalta ehkäisevää ja varhaisen tuen osaamista perustyössä, jolloin työntekijöillä on mahdollisuuksia havaita ja tunnistaa lasten ja perheiden ongelmat varhain, puuttua niihin ja tarjota tarvittava tuki peruspalveluissa ja ohjata tarvittaessa erityispalveluihin. Toiminnassa on keskeistä parisuhteen ja vanhemmuuden vahvistaminen, vertaistoiminnan ja yhteisöllisyyden edistäminen, perheiden osallisuuden

mahdollistaminen ja paikallisten toimijoiden kumppanuus. (Viitala ym. 2008, 3, 16, 24–26, 37.)

Kuvio 1 on pelkistys PERHE-hankkeen loppuraportissa olevasta ennaltaehkäisevän työn rakentumisesta kunnissa esittävästä kuviosta. Hyvinvointi perustuu arkeen, lasten ja perheiden sosiaalisiin ympäristöihin. Lasten ja perheiden tuki annetaan aina kun on mahdollista peruspalveluissa. Perhe-hanketyössä on kehittynyt uutena työmuotona ns. varhaisen tuen palvelut, jotka tukevat lähipalveluina toteutettavien peruspalveluiden (neuvola, varhaiskasvatus ja koulu) toimintaa. Varhaisen tuen palvelut sijoittuvat perus- ja erityispalvelujen välimaastoon ja niissä toteutuu yhteistyössä tehtävä ennaltaehkäisevä työ. Moniammatilliset verkostot, perhetyö, palveluohjaus ja erityistyöntekijöiden jalkautuminen ovat esimerkkejä varhaisen tuen palveluista. Erityispalveluja tarjoavat seudulliset lapsi- ja perhepalvelut. (Viitala ym. 2008, 39, 40.)

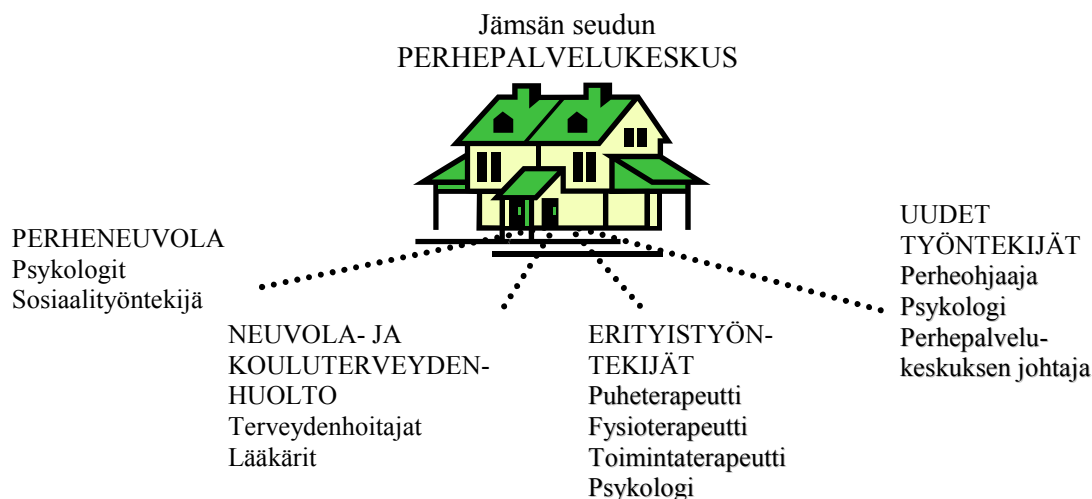
<p>Seudulliset lapsi- ja perhepalvelut</p> <p>Erityispalvelut</p>
<p>Varhaisen tuen palvelut</p> <p>mm. moniammatillinen työ, perhetyö, palveluohjaus ja erityistyöntekijöiden jalkautuminen</p>
<p>Lähipalveluina toteutettavat</p> <p>Peruspalvelut</p> <p>Neuvola Varhaiskasvatuspalvelut Koulu</p>
<p>Sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen</p> <p>Lapset, perheet ja lähiympäristö Kansalaisyhteiskunta</p>

KUVIO 1. Ennaltaehkäisevän työn rakentuminen kunnissa (ks. Viitala ym. 2008, 40)

Toimivien palvelujen lisäksi lähiympäristön merkitys on tärkeä, sillä lasten ja perheiden hyvinvoinnin perusta on arjen sosiaalisissa verkostoissa ja ympäristössä. Yhteiskunnallisten muutosten vuoksi perheiden luonnolliset verkostot ovat ohentuneet ja siksi perhekeskustyöllä pyritään luomaan uusia sosiaalisen hyvinvoinnin perusrakenteita osallisuutta ja yhteisöllisyyttä vahvistamalla. Käytännön tasolla tämä tarkoittaa peruspalvelujen ja asuinalueen muiden toimijoiden yhteistyönä järjestämää uutta toimintakulttuuria mm. perheiden kohtaamispaikkojen perustamista ja vertaistoiminnan ryhmien kokoontumisia. (Viitala ym. 2008, 39.)

2.4 Jämsän seudun perhepalvelukeskus

Keskustelu perhepalvelujen uudistamisesta Jämsän seudulla käynnistyi jo vuonna 2000, jolloin lapsiperheiden kanssa työskentelevät ammattilaiset näkivät lasten ja perheiden pahoinvoinnin kasvaneen. Tämä näkyi esimerkiksi lastensuojelun ja lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon tarpeen kasvamisena. Pitkäjänteisen valmistelutyön tuloksena Jämsän seudun Perhepalvelukeskus-hanke käynnistyi vastaamaan haasteeseen lasten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämisestä. Perhepalvelukeskuksen toiminta-alueeseen kuuluvat 15 000 asukkaan Jämsä, 7 500 asukkaan Jämsänkoski sekä 2 800 asukkaan Kuhmoinen. Hanke käynnistyi 1.6.2006 ja päättyi 31.10.2008. Perhepalvelukeskuksen rakenne säilyi vuoden 2009 alussa seudulla toteutetussa koko sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiomuutoksessa. Jämsän seudun perhepalvelukeskus muodostaa uuden rakenteellisen toimijakokonaisuuden, johon kuuluvat kuvion 2 mukaisesti perheneuvola, neuvola- ja kouluterveydenhuolto, erityistyöntekijät sekä uudet työntekijät. Erityistyöntekijöiden ammatillinen osaaminen on nivottu osaksi neuvolatyön arkea ennaltaehkäisyn tueksi. (Kettunen & Hakulinen-Viitanen 2008, 3–8; Kettunen, Hakulinen-Viitanen, Hjelt & Merikallio 2008, 7–9.)



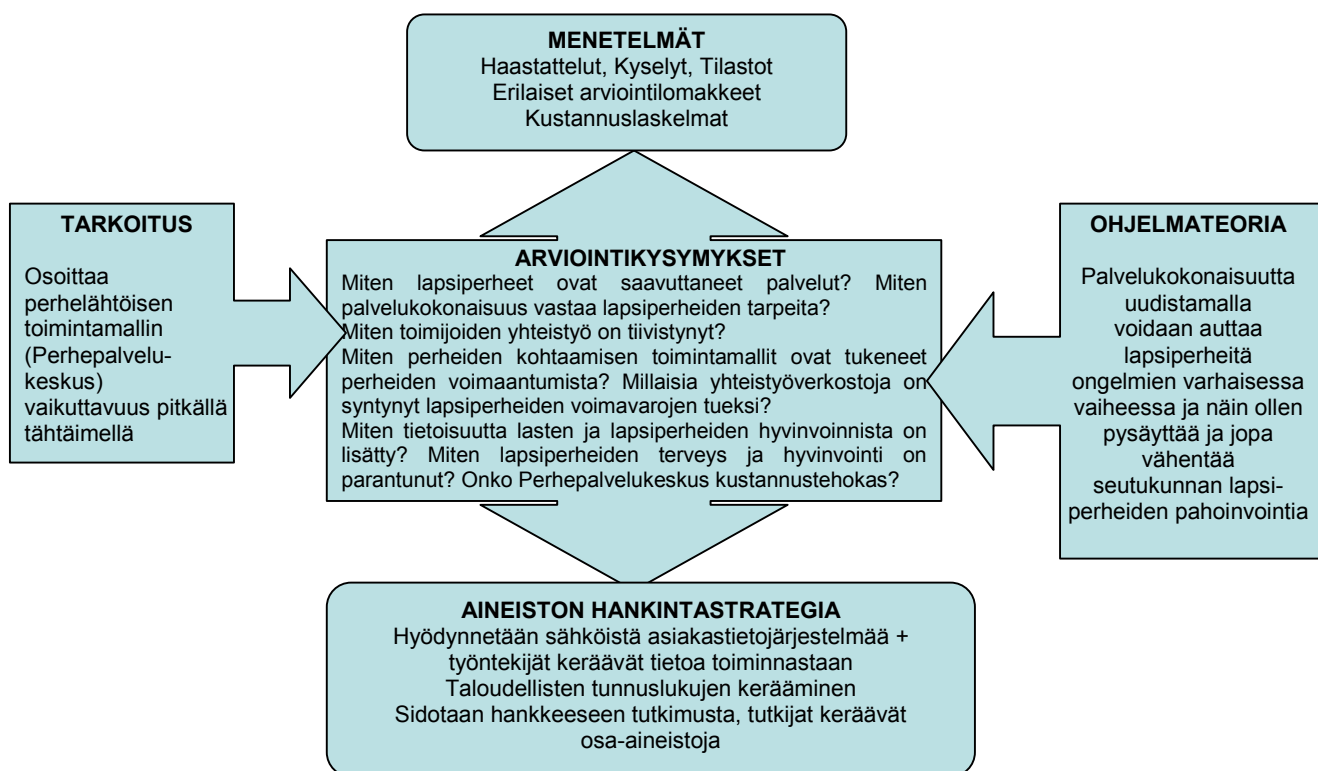
KUVIO 2. Jämsän seudun perhepalvelukeskuksen toimijakokonaisuus (Kettunen ym. 2008, 9)

Paikallisina perhepalvelukeskuksen yhteistyökumppaneina toimivat sosiaalityö, varhaiskasvatus, koulutoimi ja oppilashuoltotyöryhmät, nuoris- ja vapaa-aikatoimi, lääkäreiden vastaanotot ja ensiapu, mielenterveyskeskus, A-klinikka, poliisi, seurakunta sekä järjestöt kuten Mannerheimin lastensuojeluliitto ja Pelastakaa lapset ry (Kettunen ym. 2008, 9).

Perhepalvelukeskuksen toiminnan pohjana on terveyden edistämisen perusajatus seudun terveysolojen parantamisesta ja lapsiperheiden vaikutusmahdollisuuksien lisäämisestä sekä omaan että ympäristön terveyteen. Toiminnassa korostuvat avohoitopainotteisuus, lapsiperheiden kotona tehtävä työ ja perheiden oma osallistuminen. (Kettunen ym. 2008, 8.)

Olellaisena osana Jämsän seudun Perhepalvelukeskus-hanketta on käynnistetty myös uuden toimintamallin vaikuttavuuden arviointitutkimus, joka asettuu terveyden edistämisen vaikuttavuuden arvioinnin teoreettiseen viitekehykseen. Terveyden edistämisen vaikuttavuutta voidaan tarkastella välitulospainotteisten ja lopullisten tulosmittareiden tasolla. Lopullisten tulosmittareiden (final outcomes) käyttö on rajallista ajallisen etäisyyden vuoksi. Ensisijaisesti vaikuttavuuden arvioinnissa käytetäänkin välitulospainotteisia (intermediate outcomes). (Kiiskinen, Vehko,

Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 21.) Jämsän seudun perhepalvelukeskuksen arviointitutkimuksen keskeinen kysymys on, miten toimintamallilla on voitu parantaa seudun lapsiperheiden hyvinvointia. Vaikuttavuuden kannalta tärkein kysymys on se, miten asiakkaiden hyvinvointi ja elämäntilanne on muuttunut. Erityisen kiinnostuneita ollaan pitkäkestoisesta muutoksesta. Kuviossa 3 esitettävään hankkeen arviointiasetelmaan on valittu keskeisimmät kehitettävät ja arvioitavat alueet.



KUVIO 3. Perhepalvelukeskuksen arviointiasetelma (Kettunen & Hakulinen-Viitanen 2008, 9)

Toimintamallin kehittäminen ja arviointi on jaettu viiteen teema-alueeseen, jotka ovat:

1. Perhepalvelukeskuksen saavutettavuus
2. Vanhemmuuden vahvistuminen
3. Erityistukea tarvitsevien lapsiperheiden moniammatillinen tukeminen
4. Perhepalvelukeskuksen kustannustehokkuus
5. Perhepalvelukeskuksen vaikuttavuus

Tämä tutkielma liittyy ensimmäisen teema-alueen, perhepalvelukeskuksen saavutettavuuden, arviointiin. Saavutettavuudelle on asetettu toiminnan kehittämisen ja arvioinnin pohjaksi seuraavat tavoitteet:

1. lapsiperheet/asiakkaat pääsevät viiveettömästi niiden palvelujen piiriin, joissa kyetään vastaamaan perheiden äkillisen avun ja tuen tarpeeseen ja huolta aiheuttaviin tilanteisiin sekä ohjaamaan varhain tarvittaviin tutkimuksiin
2. seudun kaikki toimijat (sosiaalitoimi, terveystoimi, opetustoimi, nuoriso- ja vapaa-aikatoimi, poliisi, seurakunta, järjestöt) osaavat tunnistaa lapsiperheen huolta aiheuttavia tilanteita ja ongelmallisia tilanteita ja ohjata heidät tarpeellisen tuen piiriin.

Perhepalvelukeskukseen on laadittu tavoiteajat, joiden mukaisesti palveluihin hakeutuvien asiakkaiden tulisi päästä tilanearvioon. Perheneuvolaan tulisi päästä tilanearvioon kolmessa viikossa (päivystystilanteissa viikossa) ja hoitoon kolmessa kuukaudessa. Hankkeen aikana tämä tavoite on toteutunut. Erityistyöntekijöiden vastaanotolle tulisi päästä kuukaudessa. Hankkeen aikana toimintaterapeutin jonot ovat kasvaneet 3-6 kuukauden pituisiksi eikä psykologin vastaanotolle ole aina päässyt kuukauden sisällä. Neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa tilanearvio tehdään arkipäivisin välittömästi puhelinajalla ja vastaanotolle pääsee tarpeen mukaan, kiireellisissä tilanteissa viikon sisällä. (Merikallio & Kettunen 2009, 13.)

Tässä tutkielmassa keskityn perhepalvelukeskuksen saavutettavuuden viiveen tutkimiseen kuvaamalla ja selittämällä lapsen ja perheen varhaisten palvelujen ja varhaisen avun saavuttamisessa mahdollisesti esiintyvää viivettä alle kouluikäisen lapsen kehityksen pulmatilanteissa. Tämä tutkielma linkittyy perhepalvelukeskuksen

arviointitutkimukseen niin, että tulosten pohjalta on mahdollista arvioida ja kehittää viiveetöntä avun saavuttamista Jämsän seudun uuden palvelujärjestelmän toimintatavassa. Tarkastelun kohteena on erityisesti lapsen psyykkiseen kehitykseen kuten käyttäytymiseen ja tunne-elämään sekä mahdollisia oppimisvaikeuksia ennakoiviin kehityksellisiin pulmiin liittyvissä tilanteissa saadussa varhaisessa avussa esiintyvä viive. Tässä tutkimuksessa ei ole kyse tilannearvioon pääsyn tavoiteajoista. Sen sijaan kyse on koko avun saavuttamisen -prosessin kestosta, jonka nähdään tässä tutkimuksessa koostuvan lapsen vaikeuden havaitsemisesta, puheeksiottamisesta ja siihen liittyvästä avusta (tuesta ja ohjauksesta), tarvittaessa lisäpalveluihin ohjaamisesta ja niihin hakeutumisesta sekä palvelujen saavuttamisesta ja varhaisen avun (hoito ja tutkimukset) saamisen käynnistymisestä. Tällä tutkimuksella pyritään selvittämään missä prosessin kohdissa tai siirtymävaiheissa viivettä mahdollisesti syntyy.

3 VARHAINEN APU, PALVELUJEN SAAVUTETTAVUUS JA VIIVE

3.1 Varhaisen avun keskeiset käsitteet

Varhainen tuki, varhainen puuttuminen, varhainen vastuunotto ja varhainen apu ovat käsitteitä, joita käytetään tällä hetkellä monen eri alan sanastoissa niin esimerkiksi työllisyyspolitiikasta kuin nuorten syrjäytymisen ehkäisystä puhuttaessa (Taskinen 2007, 16). Käsitteiden sisällöistä on hyvin erilaisia tulkintoja, mutta niitä voidaan lähestyä positiivisen diskriminaation eli niin sanotun positiivisen syrjinnän ajatuksen kautta. Perusajatuksena positiivisessa diskriminaatiossa on, että kaikille tarkoitettujen universaalien palvelujen lisäksi tarvitaan niitä täydentäviä ylimääräisen tuen palveluja, joita tarjoamalla voidaan kompensoida huonompien lähtökohtien aiheuttamaa puutetta (Titmuss 1976, 135).

Suomessa varhaisen puuttumisen hankkeet käynnistyivät vuosituhannen alussa sosiaalitoimen kentällä (Satka 2009, 17) ja levisivät vähitellen niin, että sosiaalisten toimenpiteiden lisäksi myös esimerkiksi kasvatukselliset, psykologiset ja

lääketieteelliset interventiot kuuluvat varhaisen puuttumisen alueelle. Kehitystyö käynnistyi tarpeesta tukea lapsia ja lapsiperheitä tuen tarpeen varhaisessa vaiheessa sekä oikea-aikaisesti että oikein kohdennetusti. (Huhtanen 2004, 9.)

Varhainen puuttuminen työmallina on määritelty mm. seuraavasti: ”Varhaisella puuttumisella tarkoitetaan joko lapsen ensimmäisiin vuosiin kohdistuvaa toimintaa tai toimintaa, jolla tartutaan ongelmaan mahdollisimman varhain heti sen havaitsemisen jälkeen tai jolla pyritään ehkäisemään ja helpottamaan tiettyjen riskitilanteissa olevien lasten, nuorten ja perheiden ongelmia riittävän aikaisessa vaiheessa. Riskitekijöiden tunnistamista pidetään tärkeänä.” Varhainen puuttuminen paikannetaan toimintana ennaltaehkäisevän ja korjaavan työn välimaastoon. (Tapola-Tuohikumpu 2005, 12–13.)

Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämässä ja koordinoimassa varhaisen puuttumisen (Varpu) -hankkeessa toimintaa perusteltiin kolmella näkökulmalla. Varhaisen puuttumisen katsottiin turvaavan lapsen kehitystä ja oikeuksia ja samalla säästävän lasten ja nuorten ongelmien aiheuttamia kuluja yhteiskunnalta. Lisäksi varhainen puuttuminen tulkittiin yhdeksi lasten ja nuorten oikeudeksi. (Satka 2009, 19.) Varhainen puuttuminen on herättänyt myös kritiikkiä siitä, että sen korostaminen vie voimavaroja kaikille tarkoitetuista ennaltaehkäisevistä palveluista ongelmien kontrolloimiseen (Harrinkari & Satka 2006, 1–4). Neuvolatyössä korostetaan universaalien ennaltaehkäisevien palvelujen kuten lasten määräraikaistarkastusten olevan edellytys vaikeuksien varhaiselle havaitsemiselle ja niihin puuttumiselle (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen & Haapakorva 2005, 113). Varhainen puuttuminen on kohdannut kritiikkiä myös toiminnan eettisyydestä koskien järjestelmien oikeutta puuttua perheiden elämään (Satka 2009, 17–32).

Varhaisen puuttumisen käsitteen kansainvälistä käyttöä kuvaa Carl J. Dunst (2000, 96–99) käyttämällä varhaisesta tuesta käsitteitä ”*early intervention*” ja ”*family support*”, joilla hän tarkoittaa perheen tukemista varhaisen puuttumisen keinoin. Hän määrittää varhaisen puuttumisen tuen ja resurssien tarjoamiseksi pienten lasten perheille näiden toimintakyvyn parantamiseksi. Kuten Suomessa, myös muualla Euroopassa käsite varhainen puuttuminen ”*early intervention*” merkitsee kahta asiaa: se viittaa toisaalta ongelman varhaisessa vaiheessa tehtyihin tukitoimiin, mutta toisaalta myös lapsuuden aikana tehtäviin tukitoimiin. Tarkoitettaessa nimenomaan lapsuudessa tehtäviä

tukitoimia käytetään myös käsitettä ”*early childhood intervention*”, josta on käytetty myös suomennosta ”erityinen tuki varhaislapsuudessa” erottautumiseksi varhaisesta puuttumisesta. (Euroopan erityisopetuksen kehittämiskeskus 2005.)

Varhainen puuttuminen painottui Suomessa aluksi tuen tarpeen tunnistamiseen ja puheeksiottamiseen. Vasta myöhemmin on alettu kiinnittämään huomiota myös toiminnan muutokseen puheeksiottamisen jälkeen. (STM 2006, 18.) Suomessa käsite varhainen puuttuminen on korvautumassa sanavalinnalla varhainen tuki (esim. Satka 2009, 25). Heinämäen (2005, 13–14) mukaan taas varhainen tuki ja varhainen puuttuminen eivät ole päällekkäisiä menetelmiä vaan tuki voidaan nähdä pikemminkin puuttumisen jatkumona. Lindqvist (2008, 23) määrittää varhaisen tuen tavoitteeksi lapsen hyvinvoinnin, jota voidaan edistää vanhemmuutta ja perhettä tukemalla. Hän tarkastelee varhaista tukea kolmesta eri näkökulmasta. Ensinnäkin tuki on ajallisesti varhaista, kun lapsi on pieni ja perhe on nuori. Toiseksi tuki on varhaista, kun ongelmiin tartutaan siinä vaiheessa, kun ne ilmenevät pieninä oireina. Kolmantena näkökulmana Lindqvist pitää toiminnan rakenteisiin ja alueellisiin ja yhteiskunnallisiin riskitekijöihin puuttumista. Tähän näkökulmaan liittyen Satka (2009, 30) on kritisoinut varhaisen puuttumisen ideologiaa siitä, että se on legitimoinut välinpitämättömyyden, jolla julkinen valta suhtautuu rakenteelliseen hyvinvoinnin edistämiseen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn korostamalla jo ilmaantuneisiin ongelmiin puuttumista.

Työntekijöiden avuksi kehitetty puheeksioton ennakoitimenetelmä liittyy kiinteästi varhaiseen puuttumiseen. Se soveltuu tilanteisiin, joissa työntekijä on epävarma siitä, miten ottaa lasta koskeva huoli puheeksi vanhemman kanssa kunnioittaen ja tukea tarjoten. Puheeksiottaminen on helppoa, jos ennako-oletuksena on, että vanhempi suhtautuu asiaan myönteisesti. Kielteiseen suhtautumiseenkin on helpompi vastata ennakkoon valmistautuneena. Vanhemman kielteinen suhtautuminen on luonnollista, koska huoleen kuuluu lähes aina torjumista, surullisuutta tai vihaisuutta. (Eriksson & Arnkil 2005, 9, 28.)

Kun työntekijällä herää huoli lapsesta, hänen on aina arvioitava omien voimavarojen ja osaamisen riittävyys ja lisätuen tai -kontrollin tarve. Stakesin Palmuke-projektissa (Palvelujärjestelmän muutos ja henkilöstön kehittäminen-projekti) kehitetty ns. Huolen vyöhykkeistö (huoleton, pieni huoli, harmaa huoli, suuri huoli) auttaa työntekijää

jäsentämään oman huolensa suuruutta ja arvioimaan tarvittavien toimien laajuutta. Huolettomalla vyöhykkeellä työntekijä kokee lapsen voivan hyvin. Pienen huolen vyöhykkeellä huoli on helppo ottaa puheeksi, koska työntekijällä on mahdollisuus auttaa ja varhainen puuttuminen yleensä onnistuu. Harmaan huolen vyöhykkeellä työntekijä kokee tarvitsevansa lisävoimia auttamiseen. Silti työntekijä tasapainoilee salassapitovelvollisuuden ja lastensuojelulain ilmoitusvelvollisuuden välillä ja mm. tämän vuoksi tällä vyöhykkeellä työskentely on erityisen kuormittavaa. Suuren huolen vyöhykkeellä työntekijä tuntee, että lapsi on vaarassa ja muutos hänen tilanteeseensa tarvitaan välittömästi. Tällöin työskentely on tietysti mielessä helpompaa kuin harmaan huolen vyöhykkeellä. (Eriksson & Arnkil 2005, 25–26.) Huolen vyöhykkeistöä on käytetty myös väärin luokittelemaan lapsia työntekijän huolen luokittelamisen sijaan (Arnkil 2008; Arnkil 2009).

Kaiken kaikkiaan varhainen tuki ja sen rinnakkaisilmaisut ovat käsitteinä, toimintoina ja työorientaatioina vielä epäselviä ja vakiintumattomia. Taustaltaan ne ovat vielä monille tuntemattomia ja toimintoina vielä uusia ja jatkuvan kehittämisen kohteita. (Lindqvist 2008, 5.) Tässä tutkimuksessa käytetään lasten ja lapsiperheiden saamasta tuesta ja avusta lapsen kehityksellisiin ja psyykkisiin vaikeuksiin nimitystä varhainen apu. Varhainen viittaa tässä yhteydessä kolmeen seikkaan: neuvolaikäisen lapsen ikään, lapsen vaikeuteen tarttumiseen heti havaitsemisen jälkeen ja avun tarjoamiseen kaikille tarkoitetuissa matalan kynnyksen peruspalveluissa ja varhaisen tuen palveluissa. Varhainen apu sisältää tässä tutkimuksessa sekä perheen tukemisen ja ohjauksen että lapsen tarvitsemien tutkimusten ja hoidon järjestämisen. Varhaisen avun saavuttamisella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sen palvelun saavuttamista, jossa perhe kokee, että tarvittava tuki, tutkimukset tai hoito käynnistyvät ja perheelle syntyy kokemus avun saamisesta. Tämän tutkimuksen erityisenä mielenkiinnon kohteena on avun saavuttamisen kesto ja avun saantia hidastavat seikat.

3.2 Palvelujen saavutettavuuden ja viiveen käsitteet

Varhaisen avun palveluiden saavutettavuutta voidaan tarkastella monista eri näkökulmista. Keskeisiä tarkastelutapoja ovat avun saamisen kesto ja oikea-aikaisuus, palveluiden ja asiakkaiden tarpeiden kohtaaminen, asiakkaiden kokema hyöty

palveluista sekä heidän tietoisuutensa saatavilla olevista palveluista. Varhaisen avun ja palveluiden saavuttamisen kannalta on keskeistä kehittää toimintatapoja sellaisiksi, että asiakas saa tarvitsemansa tuen. (Lindqvist 2008, 109, 112.) Tässä tutkimuksessa palvelujen saavutettavuutta tarkastellaan varhaisen avun saamisessa syntyvän viiveen näkökulmasta. Tällöin palvelujen saavutettavuudessa keskitytään erityisesti palvelujen saatavuuteen ja niiden saamisen kestoon ja mahdolliseen viiveeseen. Saavutettavuuden muut näkökulmat (tarpeiden kohtaaminen, koettu hyöty) tulevat tässä tutkimuksessa esille siinä, koetaanko palveluiden saaminen avun saamisena.

Kansainvälisessä kirjallisuudessa terveydenhuollon hoitoon pääsystä tai hoidon saatavuudesta käytetään termiä ”*access to care*” puhuttaessa yksittäisen potilaan hoitoon pääsystä ja ”*accessibility*” kun puhutaan järjestelmän kyvystä varmistaa yksittäisen potilaan hoitoon pääsy. Kansainvälisesti hoitoon pääsyä tarkastellaan yleensä tasa-arvon näkökulmasta, jolloin tarkastelun kohteena on se, tarjotaanko ylipäätään kaikille palveluja kattavasti ja huolehditaanko huonossa asemassa olevien ja eniten palvelujen tarpeessa olevien palvelujen saannista. Suomessa tasa-arvonäkökulma ei ole yhtä voimakkaasti esillä, koska terveydenhuoltojärjestelmä kattaa kaikki Suomessa asuvat, vaikka haasteena ovatkin maantieteellinen epätasa-arvoisuus ja erot sosioekonomisten ryhmien välillä. (STM 2003, 17; Wahlbeck ym. 2008, 28–29.)

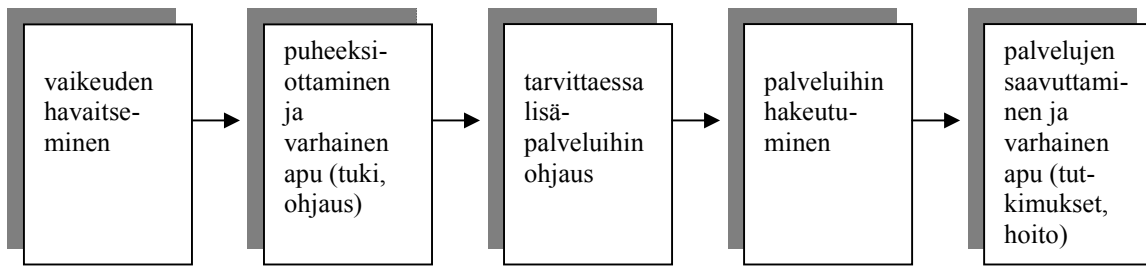
Suomessa terveydenhuollon hoidon saatavuuden seuranta on pääasiassa jonotusaikojen seuranta (STM 2003, 17). Laki kansanterveyslain muuttamisesta (855/2004) määrää niin sanotusta hoitotakuusta, jossa määriteltiin, missä ajassa asiakkaan tulee päästä hoitoon terveyskeskukseen ja sairaalaan. Perusterveydenhuollon osalta hoitotakuu tarkoittaa, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena vuorokautena siitä, kun potilas ottaa terveyskeskukseen yhteyttä ja järjestää hoito kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Viive hoidon saamisessa mielletään yleensä jonotusajaksi, joka alkaa yhteydenotosta tai lähetteen saapumisesta hoitopaikkaan ja päättyy hoitoon pääsyyn (STM 2003, 173). Selvityksiä ja tutkimuksia on erityisesti sekä somaattiseen että psykiatriseen erikoissairaanhoidon jonottavista potilaista, kun taas esimerkiksi jonotusajoista lastenneuvolaan ei selvitystä ole olemassa. Perusterveydenhuollon jonotusaikojen

seurantaa vaikeuttaa asiakkaiden ongelmien yksilöinti, koska asiakkaan monia ongelmia hoidetaan samanaikaisesti. Usein myös saman ongelman eri hoitovaiheet tapahtuvat samanaikaisesti, kun ensimmäisellä käynnillä tehdään hoidon tarpeen arviointi, hoitopäätös ja aloitetaan hoito. Itse jonojenkaan seuranta ei ole yksiselitteistä, koska samaan jonoon ryhmitellyillä potilailla voi olla hyvin erilaisia ongelmia. Seurannassa tarvittavat tiedot ovat usein puutteellisesti merkittyinä potilasasiakirjoissa. Perusterveydenhuollossa seurannan kannalta keskeiset päivämäärät koskevat potilaan yhteydenottoa, hoidon tarpeen arviointia ja hoitoa. (Itälä 2006, 19–24.)

Hoidon saatavuudessa suurimman mielenkiinnon kohteena on ollut se jonotusaika, joka kuluu hoitojonoon asettamisesta varsinaisen hoidon suorittamiseen. Tämän jonon ulkopuolelle kuitenkin ajoittuu suuri osa inhimillisestä kärsimyksestä, kustannuksista ja menetetyistä ajasta. Todellisuudessa koko aikajänne muodostuu kuitenkin siitä hetkestä lähtien, kun potilaalle on syntynyt epä tietoisuus havaitsemansa oireen merkityksestä siihen saakka kunnes hoito on toteutettu ja potilas toipunut. Tulevaisuuden haasteena on koko aikajänteen kuvaaminen. (STM 2003, 176.)

Tässä tutkimuksessa avun saamisen kestoa tarkastellaan sinä ajanjaksona, joka alkaa lapsen kehityksellisen tai psyykkisen vaikeuden havaitsemisesta ja päättyy sellaisen palvelun saavuttamiseen, jossa perhe kokee, että heidän tarvitsemansa tuki, lapsen tutkimukset tai hoito käynnistyvät ja perheelle syntyy näin kokemus avun saamisesta. Avun saamisessa on syntynyt viivettä, jos lapsi ja perhe eivät ole saaneet sitä jälkikäteen arvioituna oikea-aikaisesti. Tällöin viiveen kesto on sen ajan pituus, minkä verran apu on ollut myöhässä verrattuna siihen, mikä koetaan oikea-aikaisena apuna. Viiveen selityksillä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa niitä seikkoja, jotka hidastavat avun saamista ja saattavat aiheuttaa näin viivettä. Viivettä voi syntyä avun saamisen prosessin eri vaiheissa ja vaiheesta toiseen siirryttäessä. Tässä tutkimuksessa avun saavuttamista jäsennetään kuvion 4 mukaisesti. Varhaisen avun saavuttamisen prosessin olen muodostanut Ikäheimon (1999, 41–42) esittämän lastenpsykiatrisen hoitoonohjautumisprosessin ja varhaista puuttumista käsittelevän kirjallisuuden (esim. Eriksson & Arnkill 2005) pohjalta.



KUVIO 4. Varhaisen avun saavuttamisen -prosessi

Varhaisen avun saavuttamisen -prosessin kulku ei ole yksiselitteinen vaan se on erilainen eri lapsilla. Vaikeus voidaan havaita lapsen kotona tai lähipiirissä, mutta usein myös päivähoitossa tai neuvolassa. Koska valtaosa lapsista on valmiiksi neuvolan ja varhaiskasvatuksen palveluiden piirissä, vaikeus otetaan puheeksi tavallisimmin näissä palveluissa. Prosessi voi tällöin käynnistyä vanhempien, neuvolan tai päivähoiton aloitteesta. Neuvolalla voi olla monta erilaista roolia prosessissa: se voi olla havaitsija, puheeksiottaja, tukija tai palveluihin ohjaaja. Toisaalta vanhemmat voivat hakea havaitsemiinsa vaikeuksiin neuvolalta apua tai lapsi on voitu ohjata muualta neuvolaan avun saamiseksi.

Tämä tutkimus rajoittuu kuvaamaan ja selittämään vain rajattua jaksoa lapsen vaikeuden havaitsemisesta avun saannin koettuun käynnistymiseen. Avun saamisessa ilmenevän viiveen täydellisempi aikajänteen kuvaaminen edellyttäisi prosessin kuvaamista mahdollisista perheen riskiolosuhteiden ilmenemisestä aina lapsen kuntoutumiseen tai tilanteeseen, jossa lapsen kehityksellinen tuki on järjestettynä. Tässä tutkimuksessa näin pitkäjänteinen kuvaus ei ole ollut mahdollista.

4 LAPSEN KEHITYKSELLISET JA PSYKKISET VAIKEUDET SEKÄ NIIDEN HAVAITSEMINEN JA ARVIOINTI NEUVOLASSA

4.1 Lapsen kehitykselliset vaikeudet ja niiden havaitseminen ja arviointi neuvolassa

Lasten kehitykselliset ongelmat ovat laaja ja monisyinen alue, johon sisältyy laadultaan, kestoaltaan ja vaikeusasteeltaan erilaisia ongelmia. Kehityksen ongelmia on havaittu noin 30 prosentilla suomalaisista neuvolaikäisistä lapsista (Strid 1999, 15; Liuksila 2000, 76, 82). Pohjois-Karjalan alueen neuvoloissa toteutetussa tutkimuksessa 4–6-vuotiaiden lasten kehitys arvioitiin normaaliksi 57–65 prosentilla lapsista ikäryhmästä riippuen. Lievää ja kapea-alaista kehityksen viivästymistä esiintyi noin kymmenellä prosentilla lapsista. Selviä ja laaja-alaisia ongelmia todettiin noin 9–14 prosentilla ikäryhmästä niin, että eniten ongelmia todettiin 6-vuotiailla. Pojilla oli selvästi enemmän kehityksen vaikeuksia kuin tytöillä. Arviointimenetelmänä tutkimuksessa käytettiin leikki-ikäisen lapsen neurologisen kehityksen arviota Leneä. Lasten ollessa ensimmäisellä luokalla selviä oppimisvaikeuksia oli 21 prosentilla ja lieviä vaikeuksia 15.9 prosentilla lapsista. Pojilla oli kaksi kertaa enemmän lieviä vaikeuksia ja kolme kertaa enemmän selviä oppimisvaikeuksia kuin tytöillä. (Valtonen, Mustonen, Lyytinen & Ahonen 2007, 275–279.)

Kehityspoikkeavuuksien havaitseminen neuvoloissa edellyttää tietoa sekä normaalista ja poikkeavasta kehityksestä että näiden rajapinnasta. Neuvolan käyttöön sopivia laaja-alaisia lapsen neurologisen kehityksen ongelmia seulovia menetelmiä ovat vauvan neurologisen arvioinnin ja ohjannan menetelmä (Vane) ja leikki-ikäisen lapsen neurologinen arviointimenetelmä (Lene). Lene sisältää erilliset arviot 2.5-, 3-, 4-, 5- ja 6-vuotiaille lapsille. Menetelmään sisältyvät näkö- ja kuulohavainnon, karkeamotoriikan, vuorovaikutuksen, tarkkaavaisuuden, puheen tuottamisen, puheen ymmärtämisen ja käsitteiden, kuullun hahmottamisen, silmän ja käden yhteistyön, leikin ja omatoimisuuden, visuaalisen hahmottamisen sekä lukivalmiuksien arviointiin tarkoitettut tehtävät. Sisältöalueet vaihtelevat hieman eri-ikäisten arvioinneissa. Puheseulana käytetään Lumiukko-testiä 5-vuotiaiden kielenkehityksen arvioinnissa. Lenen arviointiasteikko on kolmiportainen: normaali eli ikätasoinen kehitys, lievä viive

kehityksessä tai epäily ongelmista ja selkeä viive kehityksessä. Arvioinnissa on tärkeätä käyttää myös vanhemmilta saatavaa tietoa. (Valtonen ym. 2007, 276.) Keväällä 2006 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan 77 prosenttia terveyskeskuksista sovelsi Lene-menetelmää ainakin yhdessä lapsen ikävuositarkastuksessa (Rimpelä, Rigoff, Wiss & Hakulinen-Viitanen 2006, 15). Jämsän perhepalvelukeskuksessa tehdään Lene-arviointi 3–6-vuotiaille lapsille vuosittain (Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, Perhepalvelukeskus 2007).

Lene-arvion tavoitteena on löytää ennen kouluikää oppimisvaikeuksia ennakoivat kehitykselliset ongelmat. Sen avulla pystytäänkin melko hyvin tunnistamaan ne lapset, joilla tulee koulussa ensimmäisellä luokalla todennäköisesti ilmenemään selviä oppimisvaikeuksia ja toisaalta ne, joiden kehitys jatkuu ikätasoisesti. Vaikeinta on arvioida se, ketkä lievästi ongelmallisista tarvitsevat erityistä tukea ja kenen pulmat taas ratkeavat itsestään. Lapsi voi selviytyä hyvin, jos ongelmat ovat lieviä ja lähiympäristön tuki on riittävää. Toisaalta lievätkin ongelmat voivat kumuloitua kehitystä haittaaviksi ilman ennaltaehkäisevää työtä. Lievissä ongelmissa tarvitaan Lene-arvion lisäksi vanhempien ja päivähoiton havaintoja ja psykososiaalisten riskitekijöiden arviointia kokonaiskuvan muodostamiseksi ennakoimaan lapsen ongelmien kehityssuuntaa. Lene-arvioinnissa lieväksi arvioidut ongelmat voidaan useimmiten katsoa normaalin kehityksen piiriin kuuluviksi, jos vanhemmat tai päivähoito eivät tuo esiin huolta lapsen kehityksestä. (Valtonen ym. 2007, 275–280.) Lapsen kasvusta ja kehityksestä pyydettiin vanhempien kirjallinen arvio 92 prosentissa ja varhaiskasvatuksen arvio 80 prosentissa terveyskeskuksista (Rimpelä ym. 2006, 14). Jämsän perhepalvelukeskuksessa pyydetään vanhempien arvio lapsen kasvusta ja kehityksestä lomakkeella kaikilta 5-vuotiaiden vanhemmilta (Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, Perhepalvelukeskus 2007).

Kaikkein tärkeintä on tunnistaa pysyvimmät ja vakavimmat lapsen kehitystä haittaavat ongelmat ja ohjata nämä lapset jatkotutkimuksiin (Valtonen ym. 2007, 275–280). Mitä vaikeampi ongelma lapsella on kehityksen jollakin alueella, sitä herkemmin siihen liittyy muiden alueiden useimmiten vakavia tai ainakin lieviä ongelmia. Ongelmien vakavuus, päällekkäistyminen ja kumuloituminen liittyvät yhteen. (Valtonen, Ahonen & Lyytinen 2004, 436–443.) Varhaisella puuttumisella voidaan ehkäistä ongelmien syvenemistä sosioemotionaalisen kehityksen alueelle (Valtonen ym. 2007, 275).

Lapsen kehityksellisissä ongelmissa neuvolan terveydenhoitaja on keskeisessä asemassa vaikeuksien tunnistamisessa ja jatkotutkimuksiin ohjaamisessa alueellisesti sovitulla tavalla. Perheen tarvitsemat tukitoimet tulisi kuitenkin käynnistää heti tilanteen vaatiessa. Terveyskasvatuksellinen ohjaus ja neuvonta eivät yleensä ole riittäviä tukitoimia vaan perheet tarvitsevat lisätukea. Terveydenhoitajan tehtävänä on muun muassa tiedottaa perhettä saatavilla olevista tukipalveluista. Vanhempien tukeminen haasteellisessa kasvatustyössä ja heidän auttaminen lapsen voimavarojen ja iloa tuovien piirteiden löytämisessä ovat keskeisiä terveydenhoitajan tehtäviä. (Dufva & Kippola-Pääkkönen 2009, 10–11.)

4.2 Lapsen psyykkiset vaikeudet ja niiden havaitseminen ja arviointi neuvolassa

Lapsen psyykkistä kehitystä tarkastellaan yleensä kokonaisvaltaisesta bio-psykososiaalisesta viitekehystä käsin. Tämän käsityksen mukaan ihmisen psyykkinen kasvu ja kehitys riippuvat biologisista, psykologisista ja sosiaalisista tekijöistä. Puitteet ihmisen psyykkisten ominaisuuksien muovautumiselle luodaan lapsen ja häntä hoitavan vanhemman vuorovaikutuksessa. (Almqvist 2004, 16–17.) Pieni lapsi ilmaisee itseään kokonaisvaltaisesti ja lapsen psyykkiset vaikeudet näkyvät lapsen kasvussa, kehityksessä, vuorovaikutussuhteissa ja käytöksessä. Todennäköistä on, että jokaisella lapsella on kehityksensä jossakin vaiheessa lyhytkestoisia ja ohimeneviä psyykkisiä oireita esimerkiksi muutostilanteiden yhteydessä. (Rutter & Sandberg 1985, 209–233.)

Lasten psyykkiset oireet voidaan jakaa neljään vaikeustasoon, jotka ovat psyykkinen oireilu, mahdollinen psyykkinen häiriintyneisyys, psyykkinen häiriintyneisyys tai psyykkinen häiriö. Psyykkisesti oireilevalla lapsella on käyttäytymisen tai tunne-elämän ongelmia. Psyykkistä häiriötä epäiltäessä tai psyykkisesti häiriintyneeksi todetulla lapsella on useita käyttäytymisen tai tunne-elämän oireita, jotka eivät kuulu ikäkauteen tai ovat voimakkuudeltaan, esiintymistiheydeltään tai kestoltaan epänormaaleja ja niistä on merkittävää sosiaalista haittaa. Lapsella on psyykkinen häiriö, kun oireet täyttävät häiriön diagnostiset kriteerit. (Ikäheimo 1999, 13.) Lapsen psyykkisen kehityksen arvioinnissa erityinen eettinen haaste on normaalin ja patologisen rajan määrittäminen.

Lapsen kehitys on muutosta ja sama käyttäytyminen on eri-ikäiselle lapselle normaalia tai patologista. Lapsen poikkeava käyttäytyminen voi olla poikkeava reaktio ympäristöön, mutta se voi olla myös terve reaktio poikkeavaan ympäristöön. Kehitys on vahvasti sidoksissa sosiaaliseen ympäristöön ja sen normeihin. (Solantaus 2000, 59–64.)

Laajan ja arvostetun tutkimuksen mukaan suomalaisista 8–9-vuotiaista lapsista 22 prosentilla eli noin viidesosalla on jonkinasteisia psyykkisiä oireita. Pojista oireilee 30 prosenttia ja tytöistä 13 prosenttia. Näistä oireilevista lapsista 8–12 prosentilla on keskivaikea tai vakava mielenterveyden häiriö ja heillä on tarvetta lastenpsykiatriseen tutkimukseen ja hoitoon. Yleisimpiä häiriöitä ovat tarkkaavuushäiriöt, käytös- ja uhmakkuushäiriöt, masennus ja ahdistushäiriöt. (Almqvist ym. 1999, 20.) Neuvolaiässä havaitut käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmat ennustavat oireilun jatkumista myöhemmässä iässä (Kumpulainen, Räsänen & Henttonen 1998, 705–717). Stevenson & Goodman (2001, 197–202) ovat todenneet tutkimuksessaan, että kolmevuotiaiden käytöshäiriöt ennakoivat tulevaa rikollisuutta ja etenkin ulospäin suuntautunut häiriökäyttäytyminen lisää riskiä tulla aikuisiässä rikoksesta tuomituksi.

Vaikka neuvolatyön haasteeksi on asetettu lasten psyykkisen kasvun seuraaminen ja vaikeuksien varhainen havaitseminen ei neuvoloissa ole käytettävissä seulontatutkimuksia lasten psyykkisen oireilun havaitsemiseksi. Nykyistä varhaisemmasta havaitsemisesta olisi todennäköisesti hyötyä varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden, itsesäätelyn ja tarkkaavaisuuden, käytöshäiriöiden sekä laaja-alaisten kehityshäiriöiden ja muiden neuropsykiatristen häiriöiden kohdalla. Neuvolatyön ohjeiden mukaan lapsen tilanne vaatii lisäselvittelyä seuraavissa tilanteissa: lapsen taidoissa on suuria puutteita ikätasoon verrattuna, lapsi ei ole vuorovaikutuksessa muiden kanssa, lapsella on poikkeavia tapoja, lapsi on erityisen levoton tai aggressiivinen, itkuinen, alakuloinen, yksinäinen tai apaattinen, lapsella on rajoittavia pelkoja, hän ei kykene olemaan erossa vanhemmastaan lyhyttäkään aikaa, lapsi ei tunne myötätuntoa tai on julma muita kohtaan. Lisäselvittelyjä tarvitaan myös, jos vanhemmat tuntevat itsensä kyvyttömiksi vanhempina tai herää epäily lapsen kaltoinkohtelusta. (STM 2004, 159–163.)

Neuvolalta ei edellytetä perusteellista lasten psyykkisten häiriöiden arviointia (Kumpulainen & Kempinen 2000, 1233–1234). Yhdysvalloissa tehdyssä

tutkimuksessa Cassidy & Jellinek (1998, 1037–52) toteavat laajan tuntemuksen lapsen elämäntilanteesta tuovan kuitenkin edellytyksiä arvioida lapsen oireiden merkitystä ja jatkotutkimusten tarvetta. Heidän mukaansa lapsen psykososiaalisesta selviytymisestä olisi aina kysyttävä vanhemmilta sillä vain kolmannes huolissaan olevista vanhemmista ajattelee ottavansa asian esille lääkärintarkastuksessa.

Nykyinen neuvolakäytäntö ei vastaa asianmukaisesti lapsen psyykkisen hyvinvoinnin seurantaan. Lapsen kehityksen seuranta on täydennettävä painottamalla lapsen psykososiaalisen kehityksen ja vuorovaikutuksen arviointia ja sen tueksi tulee kehittää käyttökelpoisia menetelmiä. Neuvolan määrääikaistarkastuksiin tulisi liittää kysymys, joka mittaa vanhempien huolta lapsen psykososiaalisesta kehityksestä. (Borg 2006, 2292-3) Keväällä 2006 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan 37 prosenttia terveyskeskuksista ilmoitti käyttävänsä erilaisia menetelmiä lapsen psykososiaalisen tilanteen arvioimiseksi. Näitä olivat esimerkiksi vanhempien ja päivähoidon täyttämät kysely- ja yhteistyölomakkeet. (Rimpelä M. ym. 2006, 17.)

Pikkulasten psyykkisen oireilun varhainen havaitseminen ja siihen puuttuminen voivat ohjata lapsen kehityksen kohti hyvää toimintakykyä. Varhaisen hoidon hoitovaste on parempi eikä se sido resursseja niin paljoa kuin perheen pitkälle kehittyneen moniongelmaisen tilanteen hoito. (Borg 2006, 2292–3.) Varhainen puuttuminen psyykkiseen oireiluun on tärkeätä myös siksi, että oireiden pitkittyessä lähipiiri näkee vähitellen ne lapsen persoonaan liittyvinä tapoina toimia eikä hoitoa vaativina ongelmina. Myös usko hoidon onnistumiseen vähenee. (Goodman 1999, 791–9.)

4.3 Erityistä tukea tarvitsevat lapsiperheet ja perhetilanteen arviointi neuvolassa

Kokonaisarvioon lapsen kehityksellisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista kuuluu aina perhetilanteen arviointi. Perheen tilanne voi toimia sekä lapsen kehityksen ja hyvinvoinnin tukena että psykososiaalisena riskitekijänä. Heimo (2002, 15–16) kutsuu neuvolaan sijoittuvassa väitöskirjatutkimuksessaan erilaisia lapsiperheitä käsitteillä hyvin toimiva perhe ja erityistuen tarpeessa oleva perhe, joita ovat riskiperheet ja ongelmaperheet. Hyvin toimivalla perheellä tarkoitetaan perhettä, johon kohdistetaan ennaltaehkäisevää psykososiaalista tukemista, mutta joka ei tarvitse erityistä tukea.

Erityistuen tarpeessa olevalla perheellä on vaikeuksia, jotka voivat haitata lapsen kehitystä. Erityistuen tarpeessa olevat perheet ovat joko riskiperheitä tai ongelmaperheitä. Riskiperheellä on vaikeuksia, joihin neuvolassa pyritään puuttumaan mahdollisimman varhain ennen kuin ne muuttuvat pysyviksi. Ongelmaperheellä on monenlaisia vaikeuksia, joita perhe ei hallitse ilman apua.

Honkanen (2008, 31) käyttää neuvolaan sijoittuvassa väitöskirjatutkimuksessaan käsitettä riskioloissa elävä perhe. Hän viittaa käsitteellä perhettä ympäröiviin olosuhteisiin eikä perheen ominaisuuksiin sinänsä. Perheiden riskioloina tulivat esille vanhempien päihteiden käyttö, työttömyys tai liiallinen työmäärä, parisuhteen ristiriidat ja perherakenteen muutokset, vanhemman mielenterveysongelmat, vanhemman uupuminen, perheväkivalta sekä lapsen käytöshäiriö. Honkasen tutkimuksessa tuli esille tilanteita, joissa lasten käytöshäiriöt olivat ensimmäinen merkki perheen tuen tarpeesta, mutta taustalta ilmeni usein myöhemmin muuta koko perheen tuen tarvetta. Mannerheimin Lastensuojeluliiton Lapsiperhe-projektissa perheet tarvitsivat erityistä tukea etenkin vanhemmuuteen, lasten kasvatukseen ja hoitoon, sosiaaliseen verkostoon ja vanhempien parisuhteeseen liittyvissä asioissa. Muita tuen tarpeita syntyi mm. vanhempien terveyteen ja päihteiden käyttöön sekä lasten kehitykseen ja terveyteen liittyvistä seikoista. (Häggman-Laitila, Ruskomaa & Euramaa 2000, 28–29.)

M. Rimpelän ym. (2006, 18–20) kyselytutkimuksessa selvitettiin neuvoloiden toimintaa vanhempien parisuhteen, vanhemmuuden, päihdeongelmien ja mielenterveysongelmien selvittämiseksi lasten neuvolakäyntien yhteydessä. Tutkimus toteutettiin internet-kyselynä, joka osoitettiin terveyden edistämisen johtamisesta vastaavalle henkilölle. Tulosten mukaan vanhemmuutta selvitettiin 83 prosentissa, parisuhdetta 71 prosentissa, päihdeongelmia 65 prosentissa ja mielenterveysongelmia 59 prosentissa terveyskeskuksista. Vuoden 2007 selvityksessä äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta kerrotaan, että terveyskeskukset käyttävät suositusten mukaisia perhetilanteen arviointimenetelmiä laajennetuissa terveystarkastuksissa vaihtelevasti. Vanhempien alkoholin käyttöä tunnistavaa AUDIT-lomaketta käytti 46 prosenttia terveyskeskuksista, masennusta tunnistavaa EPDS-lomaketta 53 prosenttia, perheen voimavaroja kartoittavaa voimavaralomakkeistoa 21 prosenttia ja muuta perhetilanteen arviointimenetelmää (esimerkiksi parisuhdeväkivaltalomake tai itse kehitetyt lomakkeet) käytti 43 prosenttia terveyskeskuksista. (Hakulinen-Viitanen ym. 2008, 27–

28.) Jämsän seudun perhepalvelukeskuksessa säännölliseen käyttöön otettuja perhetilanteen arviointilomakkeita ovat EPDS, AUDIT sekä voimavaralomakkeet. Tarvittaessa käytetään parisuhdeväkivaltomaketta. (Merikallio & Kettunen 2009, 15–16.) Käytännöt eri terveyskeskuksissa ovat siis vaihtelevia ja tilanne vaikuttaa siltä, ettei vanhempien tilanteen merkitystä lasten hyvinvoinnille huomioida riittävästi. Kuitenkin esimerkiksi Erkolahti ym. (2000, 4861–62) kertovat tutkimuksessaan, että lapsilla, joiden vanhemmilla on mielenterveysongelmia, on suurentunut riski sairastua itse psyykkisesti. Porin kaupungin ja Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisissa yksiköissä tehdyn tutkimuksen mukaan perheneuvolassa asiakkaana olevien lasten ja nuorten vanhemmista 22 prosentilla oli mielenterveyden ongelmia, lastenpsykiatrian osaston potilaiden vanhemmista 43 prosentilla ja osaston potilaiden vanhemmista 69 prosentilla oli mielenterveyden ongelmia. Yleisin vanhempien ongelma oli päihteiden väärinkäyttö.

4.4 Lapsen kokonaistilanne ja sen arviointi neuvolassa

Tässä tutkimuksessa viivettä varhaisen avun saavuttamisessa tutkitaan sekä lasten kehityksellisissä että psyykkisissä pulmatilanteissa. Tähän ratkaisuun päädyttiin, koska vaikeuksien havaitsemisvaiheessa on usein mahdotonta tietää, minkälaisesta ongelmasta varsinaisesti on kyse. Neuvolaikäisten lasten kehitykselliset vaikeudet, käyttäytymiseen ja tunne-elämään liittyvät psyykkiset vaikeudet, myöhemmin koulussa ilmenevät oppimisvaikeudet sekä lasten perheissä esiintyvät erilaiset vaikeudet kietoutuvat osalla lapsista toisiinsa ja siksi niiden erottaminen havaitsemisvaiheessa toisistaan voi olla hyvin vaikeata ellei mahdotontakin. Lapsella voi esiintyä lievä tai kapea-alainen kehityksellinen vaikeus ilman muita ongelmia. Toisaalta lapsen kehitykselliset vaikeudet voivat johtaa oppimisvaikeuksiin, jotka taas epäedullisissa olosuhteissa voivat johtaa psyykkiseen oireiluun ja/tai syrjäytymiseen. Kuitenkin voi myös olla, että pienen lapsen ensisijaisesti psyykinen vaikeus, jonka taustalla saattaa olla esimerkiksi äidin ja lapsen ja vuorovaikutuksen häiriintyminen, ilmenee lapsen kehityksen viivästymisenä. Lapsen vaikeus voi olla myös terve reaktio sairaaseen kehitysympäristöön. Yhtenä esimerkkinä tilanteen monimutkaisuudesta kertoo Vanhasen (2007, 2193) artikkeli keskittymättömästä lapsesta. Keskittymättömyyden ja siihen liittyvän tarkkaavuuden häiriön taustalla on noin 50–60 prosentilla lapsista neuropsykiatrinen häiriö. Toisaalta selityksenä voi olla myös lapsen häiriintyminen ympäröivästä hälystä ja jatkuvasta

kiireestä tai kotiin liittyvistä seikoista kuten vanhempien ristiriidoista tai puutteellisesta kasvatuksesta. Keskittymättömyys vaikeuttaa lapsen sosiaalista kanssakäymistä ja lisäksi lapsella on usein myös oppimisvaikeuksia. Keskittymättömän lapsen ongelmat voivat kasaantua ja edetä mielenterveyden ongelmien ja syrjäytymiskehityksen riskitekijäksi.

5 AIKAISEMPI TUTKIMUS VARHAISEN AVUN VIIVEEN NÄKÖKULMASTA

Lasten kehityksellisten ja psyykkisten vaikeuksien esiintyvyyttä ja avun tarvetta on tutkittu paljon (esim. Strid 1999, Almqvist ym. 1999). Varhaisen puuttumisen ennaltaehkäisevä näkökulma tulee esiin monissa tutkimuksissa, joissa käsitellään riskitilanteessa oleviin lapsiin kohdistuvia psyykkisiä ongelmia ennaltaehkäiseviä interventioita (esim. Solantaus & Beardslee 1996, 1647–1662). Palvelujen saatavuutta on tarkasteltu selvityksillä erityispalveluiden jonoista. Kirjallisuuskatsauksessa en kuitenkaan löytänyt tutkimuksia, jotka selvittäisivät kokonaisvaltaisesti lasten psyykkisiin ja kehityksellisiin vaikeuksiin perusterveydenhuollossa saadussa avussa syntyneitä viivettä. Sen sijaan useissa tutkimuksissa viitataan avun saavuttamisen prosessin johonkin osaan (havaitseminen, puheeksiottaminen ja tukeminen, lisäpalveluihin ohjaus, palveluihin hakeutuminen ja avun saaminen) liittyvään hitauteen. Näissä tutkimuksissa avun ja palveluiden viiveettömän saatavuuden kannalta ongelmalliseksi ovat osoittautuneet esimerkiksi neuvolatyön riittämättömät resurssit (esim. Hakulinen-Viitanen ym. 2005), puutteet henkilökunnan kyvyssä tunnistaa ongelmia varhain (esim. Heimo 2000), puuttua niihin ja tarjota tukea (esim. Pönkkö, Nikkonen, Taanila, Ebeling & Nikkilä 2005) sekä varhaisten palveluiden vähäisyys (esim. Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Lasten hyvinvointipalvelut ovatkin tällä hetkellä ajankohtaisia kehittämiskohteita (esim. Viitala ym. 2008).

Neuvolatoiminnan keskeisin toimija on terveydenhoitaja, joka muodostaa neuvolalääkärin kanssa ydintyöparin (STM 2004, 32–34). Valtakunnallisen neuvolatyön selvityksen mukaan neuvoloissa käytettävissä olevat henkilöstövoimavarat olivat

keskimäärin riittämättömiä ja vaihtelivat eri puolella maata (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 43–50). Terveyskeskuslääkärin työtä Tampereen yliopistollisen keskussairaalan miljoonapiirin neuvola- ja kouluikäisten parissa selvittäneessä tutkimuksessa 40 prosenttia lääkäreistä katsoi, että heillä on liian vähän aikaa varattuna tähän työhön. Aikaa kaivattiin lisää nimenomaan lasten ja perheiden ongelmiin paneutumiseen. Pieni osa lääkäreistä katsoi, että määräaikaistarkastuksia tulisi vähentää, jotta aikaa riittäisi ongelmien hoitamiseen. (Heikkinen, Puura, Ala-Laurila, Niskanen & Mattila 2003, 1329–1331.) Myös valtakunnallisessa selvityksessä neuvolatyöstä todetaan, että aikapula saattaa johtaa siihen, ettei ongelmiin puututa. Tässä selvityksessä kuitenkin korostetaan, että määräaikaistarkastusten toteutuminen on edellytyksenä tuen tarpeen havaitsemiseen ajoissa. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 113.)

Heimo (2000, 139–141) tutkii väitöskirjassaan neuvolan terveydenhoitajien kykyä tunnistaa perheiden tuen tarvetta. Perheet odottivat, että terveydenhoitajan rooli olisi aktiivisempi perheen tuen tarpeen tunnistamisessa ja käsittelemisessä. Useat perheet puhuivat ongelmistaan ensimmäiseksi juuri neuvolassa. Terveydenhoitajat kuitenkin kokivat taitonsa ottaa ongelmia puheeksi riittämättömiksi ja odottivat puolestaan perheeltä aktiivisempaa otetta. Tutkimuksessa ehdotetaan neuvoloihin haastattelu- ja arviointilomakkeiden käyttöönottoa, joilla perheen tuen tarvetta voidaan kartoittaa systemaattisesti. Perheiden saamaa tukea tulisi tehostaa perustamalla neuvoloihin moniammatillisia tiimejä, jolloin ongelmiin voitaisiin puuttua varhain ja välttää niiden kasautuminen ja paheneminen. Näin voitaisiin välttää myös kalliiden ja raskaiden erityispalvelujen kuten lastensuojelun ja lastenpsykiatrian palvelujen tarvetta. Myös Hakulisen (1998, 70) väitöstutkimuksessa tulee esille, että neuvolasta saavat eniten tukea hyvinvoivat perheet, jotka osaavat itse pyytää tarvittaessa apua. Perheet, jotka eivät hae apua tai joilla ei ole voimavaroja pyytää apua, eivät sitä neuvolasta saa.

Yrjänäisen (2002, 43–48, 95–109) lisensiaatintutkimus käsitteli riskioloissa eläviä perheitä lastenneuvolan asiakkaina. Hän toteaa päivähoidon ja etenkin päiväkodin olevan merkittävä lasten vaikeuksien havaitsija. Päiväkodeissa lasta ja hänen kehitystään seurataan päivittäisessä toiminnassa. Lasten vaikeudet tulevat tavallisesti esille siellä ja terveydenhoitaja saa usein ensimmäisen viestin lapsen tilanteesta juuri päiväkodista. Useiden perheiden kohdalla ensisijainen huolenaihe olivat lasten vaikeudet, mutta taustalta ilmeni myöhemmin koko perheen tuen tarvetta. Yrjänäisen

mukaan päiväkotien asiantuntijuutta ja mahdollisuuksia lapsen kehityksen arvioinnissa tulisikin hyödyntää enemmän ja neuvolassa tulisi kiinnittää erityistä huomiota lapsiin, jotka ovat kotihoidossa kouluikänsä saakka. Yrjänäinen toteaa tutkimuksessaan, että terveydenhoitajilla on puutteita rohkeudessa ottaa vaikeita asioita puheeksi ja puuttua tilanteeseen ja pohtii myös sitä, pidetäänkö näin yllä terveydenhoitajien vai perheiden onnellisuusmuuria. Tarvittavien palveluiden saamista hidasti myös vaikeus saada tukipalveluita perheille ajoissa, jolloin vaikeudet ehtivät kasvaa suuriksi ja avuntarve ja toipuminen pitkittyivät. Neuvolapsykologi oli terveydenhoitajien tärkeä yhteistyötaho erityisesti silloin, kun lasten vaikeudet olivat toiminnan käynnistäjänä. Yhteistyötä sosiaalityöntekijän kanssa kuvattiin tässä tutkimuksessa olemattomaksi ja mielenterveystoimiston ja perheneuvolan kanssa tehtävää yhteistyötä hankaloittivat säädökset salassapitovelvollisuudesta.

Honkanen (2008, 168–209) on kuvannut väitöstutkimuksessaan lastenneuvolan terveydenhoitajien tarjoamaa varhaista tukea riskiolloissa elävien perheiden kanssa. Näillä perheillä on elinolosuhteissa kuormittavia tekijöitä ja lapsilla epäsuotuisia kokemuksia, jotka ovat mielenterveyden riskitekijöitä. Tässä tutkimuksessa perheiden riskioloina tulivat esille muun muassa vanhempien päihteiden käyttö, vanhempien uupumus ja mielenterveysongelmat, työttömyys, perherakenteen muutokset sekä usein päivähoidossa esiin tuleva lapsen käytöshäiriö, joka saattoi olla ensimmäinen merkki perheen tuen tarpeesta. Monissa tilanteissa terveydenhoitajien toiminta perheiden kanssa oli riittävä tukitoimi. Perheet tarvitsivat usein konkreettista apua kotona, mutta tähän ei ollut riittäviä henkilöstöresursseja. Suurimmat kehittämistarpeet todettiin vaikeiden asioiden puheeksiottamisessa ja perheiden voimavaroja tukevassa yhteistyössä perheneuvolan ja mielenterveysyksikön kanssa.

Paavilaisen (1998, 91–93) lasten kaltoinkohtelua perheissä käsittelevässä väitöstutkimuksessa kuvataan terveydenhoitajan kaksi erilaista toimintatapaa. Toimintatavalla on suuri vaikutus avun saamisen nopeuteen. Rohkealla ja aktiivisella tavalla toimiva terveydenhoitaja ottaa aktiivisesti itse yhteyttä perheisiin, tekee kotikäyntejä, kysyy suoraan ongelmista ja tarjoaa omaa apuaan perheille. Terveydenhoitaja ei odota asioiden ratkeavan itsestään vaan toimii aktiivisesti yksin ja yhteistyössä muiden viranomaisten kanssa. Aktiivisesti toimiva terveydenhoitaja pitää omaa toimintaansa tärkeänä ja pyrkii kokonaisvaltaiseen hoitamiseen sen sijaan, että

näkisi tehtäväkseen vain ohjata asiakkaita muille asiantuntijoille. Odottavan ja passiivisen toimintatavan omaksunut terveydenhoitaja puolestaan keskittyy työssään fyysisen kasvun ja kehityksen seuraamiseen. Terveydenhoitaja ei kysy perheeltä hankalia asioita välttääkseen perheen loukkaantumisen, odottaa ja seuraa ja toimii vasta, kun ongelmien olemassaolo on täysin varmaa. Tällöin terveydenhoitaja kokee ongelmat niin vaikeiksi, ettei voi niille mitään ja ohjaa asiakkaat muille viranomaisille.

Ikäheimon (1999, 12, 41–43) lastenpsykiatrista hoitoonohjautumista käsittelevässä väitöstutkimuksessa erotettiin viisi vaihetta hoitoonohjautumisprosessissa: lapsen psyykkisten oireiden havaitseminen, tutkimuksen tai hoidon tarpeen toteaminen, tutkimuksiin tai hoitoon ohjaaminen, tutkimuksiin tai hoitoon hakeutuminen ja tutkimukset tai hoito. Prosessin etenemisen nopeuteen vaiheesta toiseen vaikuttavat monet seikat. Prosessin käynnistymisen edellytyksenä on, että joku lapsen elämänpiiriin kuuluva henkilö havaitsee, että lapsella on käyttäytymistapoja tai oireita, joilla voi olla yhteyttä käyttäytymisen tai tunne-elämän ongelmaan. Havaitsija voi olla perhepiiristä esimerkiksi vanhempi, isovanhempi tai naapuri tai viralliselta taholta kuten työntekijä päivähoitosta, neuvolasta tai sosiaalitoimesta. Eri aikuiset voivat olla eri mieltä siitä, onko lapsella oireita ja tarvitseeko lapsen oireilun kanssa tehdä jotakin. Prosessin etenemistä nopeuttaa, jos lapsi tarvitsee vanhempiensa mielestä apua. Jos vanhemmat eivät koe avun tarvetta, prosessi voi hidastua tai pysähtyä ja apu jäädä saamatta. Ikäheimon mukaan tutkimuksiin tai hoitoon ohjaaminen on tapahtunut, kun joku perheen ulkopuolinen sanoo vanhemmille, että lapsen oireilun vuoksi tarvitaan tutkimusta tai hoitoa. Tutkimuksiin tai hoitoon hakeutuminen alkaa siitä, kun lapsen oireilun vuoksi yritetään ensimmäistä kertaa varata aikaa ja päättyy ensimmäiseen käyntiin missä tahansa hoitopisteessä. Varsinainen tutkimus- ja hoitoprosessi alkaa ensimmäisellä käynnillä jossakin hoitopisteessä ja jatkuu sosiaalitoimessa, perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Tätä hoitoonohjautumisprosessin käynnistymis- ja alkuvaihetta on tutkittu vain vähän, sillä hoitoonohjautumista on tutkittu lähinnä perustasolta erikoishoidon tasolle siirryttäessä. Tietoa ongelmien tunnistamisesta, hoidon tarpeen toteamisesta, hoitoon ohjaamisesta ja tutkimuksiin tai hoitoon hakeutumisesta on hyvin vähän ennen Ikäheimon tutkimusta. Näin ollen tietoa tämän prosessin kestosta ja siinä mahdollisesti aiheutuvasta viiveestä on myös vähän.

Ikäheimo on tarkastellut prosessin eri vaiheissa vanhempien ja opettajien määrällistä kykyä havaita oireita, todeta hoidon tarvetta ja ohjata hoitoon sekä vanhempien määrällistä kykyä hakea hoitoa lapsilleen. Lapsen häiriintyneisyys vaikuttaa kaikissa vaiheissa, mutta myös muilla tekijöillä on vaikutusta. Sekä vanhemmat että opettajat havaitsivat ongelmat hyvin. Heidän arvionsa oli samanlainen 69 prosentissa tapauksista, molemmat arvioivat 49 prosenttia lapsista terveiksi ja 20 prosenttia häiriintyneiksi. Ongelmien havaitsemiseen vaikuttavat erityisesti lapsen itseensä liittyvät tekijät kuten sosiaalisten suhteiden vaikeudet, puheen ja oppimisen erityisvaikeudet ja lapsen krooninen sairaus. Vanhempien lapsen hoidon tarpeen toteamista lisää äidin yksinhuoltajuus sekä vanhempien omat psyykkiset ongelmat ja perheen muut vaikeudet. Opettajilla hoidon tarpeen toteamista lisää epäonnistuminen lapsen oppimaan saamisessa ja oppimisrauhan ylläpitämisessä. Hoitoonohjausta lisää paitsi lapsen häiriintyneisyys myös se, että lapsi kiusaa toisia lapsia. Hoitoon hakeutumista lisää lapsen epäonnistuminen sosiaalisissa suhteissa. Hoitoon hakeutumista lisäävät myös perheen matala tulotaso ja äidin kotiäitiys, yksinhuoltajuus ja psyykkiset vaikeudet. Koko hoitoonohjautumisprosessissa lapsen ongelmat sosiaalisissa suhteissa (yksinäisyys, kiusaaminen ja kiusatuksi tuleminen) olivat merkittävä tekijä. Lapsen sosiaalisten suhteiden vaikeudet lisäävät vanhempien hoitomyönteisyyttä. (Ikäheimo 1999, 44, 66–67, 128.)

Ikäheimon tutkimuksessa lasten psyykkisten häiriöiden prevalenssi oli 21.6 prosenttia. Avun saamisen viiveen kannalta merkittävä huomio on, että vaikka lasten psyykkisistä ongelmista havaitaan 60–70 prosenttia, näistä lapsista vain puolet on hakeutunut tutkimukseen tai hoitoon johonkin. Hoitoon hakeutuneista 66 prosenttia on hakeutunut mielenterveyspalveluihin. Vaikka vanhemmat havaitsivat lasten ongelmat hyvin, avun hakeminen edellyttää, että vanhemmat myöntävät oman avuttomuutensa ja uskovat, että muualta on mahdollista saada apua. Puutteellinen hoitoonohjaus johtaa usein tilanteen pitkittymiseen ja lapsen syrjäytymiseen. Hoitoonohjauksen onnistumisen edellytykset ovat hyvät, jos vanhemmalla on valmiina kontakti hoitohenkilöön ennen lapsen vaikeuksia. (Ikäheimo 1999, 125, 128.) Tämän pohjalta arvioituna neuvolan mahdollisuudet lapsen hoitoonohjauksessa ovat erinomaiset.

Pönkön väitöskirjatutkimuksen osa-artikkelissa Pönkkö, Nikkonen, Taanila, Ebeling & Nikkilä (2005, 294–302) kuvataan psykiatrisia palveluja tarvitsevan erityisoppilaan ja

hänen vanhempansa kokemuksia oppilaan hoitoon hakeutumisesta ja avun saannista. Tutkimuksessa oli haastateltu kuutta oppilasta ja kuutta vanhempaa. Kahdella oppilaalla oli oireita jo neuvolaikäisenä ja vanhemmat olivat yrittäneet saada apua lapsille. Toinen lapsista oli päässytkin tutkimuksiin ja aloittanut koulunkäyntinsä erityiskoulussa kun taas toisen ongelmiin yritettiin puuttua vasta niiden kärjistyessä yläkouluun siirtymisen yhteydessä. Vanhemmat kertoivat odotuksistaan hoitoketjun toimintaa kohtaan: he odottivat esimerkiksi opettajilta enemmän tietoa avunsaantimahdollisuuksista, kouluterveydenhuolloilta ja perheneuvolalta vahvempaa ja sosiaalitoimelta selkeämpää roolia hoitoketjussa. Tilanteen jatkuvan vaikeutumisen vuoksi vanhempien odotuksissa korostuivat pääsy erikoissairaanhoidon tutkimuksiin ja hoitoon. Kaikilta hoitoketjussa toimivilta odotettiin keskusteluapua ja tukea avun etsimiseen. Vanhemmat kokivat perheen selviytymistä edistävinä tekijöinä mm. tunteen avun saamisesta ja diagnoosin saamisen. Selviytymistä vaikeuttavana tekijänä vanhemmat kokivat mm. avun saannin hitauden. Pitkän avun etsinnän aikana sekä oppilaille että vanhemmille heräsi syyllisyyden tunteita, jotka aiheuttivat ahdistusta ja hidastivat selviytymistä. Tämän tutkimuksen oppilaista neljää oli ensin pyritty auttamaan koulun keinoilla. Joihinkin perheisiin oli tehty kotikäyntejä. Yksi vanhempi oli etsinyt apua seurakunnalta. Perheneuvolakäyntejä oli neljällä oppilaalla ja yhdellä käyntejä terveyskeskuspsykologilla. Yhdellekään oppilaista perustason palvelut eivät olleet riittäviä, mutta perustason työntekijät eivät olleet tunnistanee ajoissa erikoissairaanhoidon tarvetta ja palveluita oli haettu ja saatu liian hitaasti. Lähetteen erikoissairaanhoidon kirjoitti yleensä lääkäri puolen vuoden tai useamman vuoden viiveellä. Odotusaika erikoissairaanhoidon on liian pitkä palvelujen riittämättömyydestä johtuen. Erikoissairaanhoidosta saatiin apua, mutta apu oli monen vaiheen takana ja vaikeasti saatavilla.

Myös uudella tavalla organisoiduista lasten palveluista on joitakin tutkimustuloksia palvelujen saavutettavuuteen ja viiveeseen liittyen. Punna (2008, 48) tuo Jämsän seudun perhepalvelukeskuksen perheohjausta arvioivan pro gradu -tutkielmansa pohdinnassa esille, että vanhempien kanssa tulisi keskustella huolista jo siinä vaiheessa, kun ongelmista ei vielä kärsitä. Tilanteen mutkistuessa vanhempien halu vastaanottaa apua saattaa heiketä. Useat perheet tarvitsivat lisäavun hakemiseen tietoa ja tukea, jota Punnan tutkimuksessa tarjosi perheohjaaja. Hämeenlinnan seudulla vuosina 2005–2006 toteutettu Lapsi-hanke vei psykologipalvelut pilottineuvoloiden tiloihin kiinteäksi

osaksi neuvolapalveluita. Tässä hankkeessa perheitä oli helppo ohjata neuvolasta psykologille. Nopea avun saaminen ja vaivaton ajanvarausjärjestelmä vaikuttivat erityisesti niiden perheiden kohdalla, joiden oli vaikeata hakeutua muualle psykologisiin palveluihin. Hankkeessa useimmat perheet ottivat psykologin tarjoaman tuen mielellään vastaan. (Raninen 2006.)

Lasten oireilun mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja siihen puuttuminen ovat keskeistä ennaltaehkäisevää työtä (Tamminen & Räsänen 2004, 376). Viiveetön avun tarpeen tunnistaminen on edellytyksenä sille, että varhainen tuki voidaan tarjota vaiheessa, jolloin mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja auttamisessa on vielä runsaasti. Tällöin valtaosaa lapsista ja perheistä pystytään auttamaan peruspalveluissa ja toisaalta erityistason hoitoa tarvitsevat voidaan ohjata viiveettä eteenpäin. Goodmanin (1999, 791–799) mukaan lapsen pitkään jatkuvat psyykkiset oireet alkavat lähiympäristön silmissä näyttää lapsen luonteenomaisina tapoina toimia ja usko hoidon tarpeeseen ja onnistumiseen vähenee. Myös tämän ilmiön vuoksi lasten psyykkisiin oireisiin tulisi puuttua mahdollisimman varhain. Tamminen & Räsänen (2004, 376) kirjoittavat, että lapset, jotka tarvitsevat erityistason hoitoa, tulevat lastenpsykiatrisen kokemuksen mukaan hoitoon yleensä vasta pitkän viiveen jälkeen. Lapsen oireiden alkamisesta erityistason hoidon alkamiseen voi kulua useita vuosia enimmillään jopa neljästä kuuteen vuotta. Viive aiheuttaa paitsi inhimillistä kärsimystä myös häiriön pahenemista, tarvittavan hoitoajan pidentymistä sekä huonompia hoitotuloksia.

Edellä esitettyjen aikaisempien tutkimusten anti varhaisen avun viiveen tarkasteluun on niistä saatava tieto avun saavutettavuuden -prosessin eri osien toteutumisesta ja sen edellytyksistä. Tutkimuksissa nousi esiin puutteita neuvolan ja muiden palvelujen resursseissa, vanhempien hyväksyvässä suhtautumisessa lasten ongelmiin sekä ammattilaisten yhteistyössä ja auttamisen aktiivisuudessa. Aikaisempien tutkimusten perusteella hitautta näyttäisi olevan kaikissa avun saavutettavuuden prosessin vaiheissa: tuen tarpeen havaitsemisessa, puheeksiottamisessa ja tukemisessa, hoitoon ohjaamisessa ja hakeutumisessa sekä palveluihin pääsemisessä ja avun saamisessa. Näissä tutkimuksissa viive on tullut esiin, mutta se ei ole ollut varsinaisena tarkastelun näkökulmana. Tämä tutkimus on tarpeellinen useasta syystä. Se sijoittuu perhepalvelukeskukseen kun taas aikaisempien alle kouluikäisten palvelujärjestelmätutkimusten ympäristönä on pääsääntöisesti ollut neuvola. Tämä

tutkimus tuo tietoa viiveestä lasten avun saamisesta peruspalvelujärjestelmän sisällä. Yleensä viiveen tutkimukset keskittyvät peruspalveluista erityispalveluihin siirtymiseen tai erilaisiin toimenpiteisiin jonottamiseen. Viivettä on tutkittu usein kvantitatiivisella tutkimusotteella kun taas tämän tutkimuksen lähestymistapa on kvalitatiivinen. Lisäksi viivettä lähestytään erilaisten aineistojen avulla unohtamatta asiakasnäkökulmaa.

6 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja selittää lapsen varhaisen avun saavuttamisessa mahdollisesti esiintyvää viivettä alle kouluikäisen lapsen kehityksen pulmatilanteissa sekä arvioida tältä osin Jämsän seudun uuden palvelujärjestelmän toimivuutta. Tutkimuksen kohteena on erityisesti lapsen psyykkiseen kehitykseen kuten käyttäytymiseen ja tunne-elämään sekä mahdollisia oppimisvaikeuksia ennakoiviin kehityksellisiin vaikeuksiin liittyvissä tilanteissa saatavassa avussa esiintyvä viive. Avun saavuttamisen -prosessin voidaan nähdä koostuvan lapsen vaikeuden havaitsemisesta, puheeksiottamisesta ja siihen liittyvästä avusta (tuki ja ohjaus), tarvittaessa lisäpalveluihin ohjaamisesta ja palveluihin hakeutumisesta sekä varhaisen avun (tutkimukset ja hoito) saamisesta.

Tässä tutkimuksessa varhaisen avun saavuttamista tutkitaan kahdella eri tasolla: palvelujärjestelmän tasolla ammattilaisten näkökulman kautta sekä palveluiden käyttäjien tasolla lasten ja heidän perheidensä näkökulmasta. Ilmiötä lähestytään ensiksi haastattelemalla lastenneuvolatyötä tekeviä terveydenhoitajia ja erityistyöntekijöitä heidän yleisestä käsityksestään lasten varhaisen avun toteutumisesta ja sen viiveestä tai viiveettömyydestä. Toiseksi ilmiötä lähestytään tutkimalla miten tutkimuksessa mukana olevien lasten avun saaminen on toteutunut ja onko siinä esiintynyt viivettä haastattelemalla lasten vanhempia ja tutkimalla lasten potilasasiakirjojen sisältöä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten lasten viiveetön varhaisen avun saaminen toteutuu terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden käsityksen mukaan? Millaisia selityksiä viiveelle ja viiveettömyydelle on löydettävissä?
2. Miten tutkimuksessa mukana olevien lasten viiveetön varhaisen avun saaminen toteutui vanhempien käsityksen ja potilasasiakirjojen mukaan? Millaisia selityksiä viiveelle on löydettävissä?

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastataan terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden teemahaastatteluilla. Toiseen tutkimuskysymykseen vastataan lasten vanhempien haastatteluilla ja lasten potilasasiakirjoilla.

6.2 Laadullinen tutkimusote

Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymyksiä lähestytään laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusotteella. Kylmä & Juvakka (2007, 22–32) ovat koonneet yhteen laadulliselle terveystutkimukselle ominaisia piirteitä. Induktiivisuutta eli aineistolähtöisyyttä pidetään usein laadullisen tutkimuksen keskeisenä piirteenä. Tällöin havaintoja tehdään yksittäisistä tapahtumista, joista yhdistämällä syntyy laajempia kokonaisuuksia. Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita osallistujien subjektiivisesta näkökulmasta tutkittavaan ilmiöön. Osallistujia on yleensä määrällisesti vähän, koska tutkimus kohdentuu ensisijaisesti ilmiön laatuun eikä määrään. Osallistujiksi valitaan henkilöitä, joilla on kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä ja kontakti tutkimukseen osallistuviin on läheinen. Laadullisessa tutkimuksessa sekä tutkimuksen tekijä että osallistuja vaikuttavat toinen toisiinsa, jolloin myös tutkijan rooli on aktiivinen. Aineisto kerätään avoimin menetelmien ja erilaisia aineistonkeruumenetelmiä voidaan yhdistää. Tutkimustehtävä saattaa tarkentua tutkimusprosessin aikana. Laadullisessa tutkimuksessa tiedon ajatellaan olevan kontekstuaalista, jolloin sen nähdään olevan sidoksissa osallistujien elämäntilanteeseen, aikaan ja paikkaan. Eri ihmisille todellisuus voi näyttäytyä erilaisena ja tarkoituksena on kuvata sitä osallistujien näkökulmista.

Sanat ilmentävät merkityksiä, joita korostetaan laadullisessa tutkimuksessa. Analyysin lähtökohtana on todellisuus tutkimukseen osallistujien näkökulmasta, jota jäsennetään luokittelemalla, jolloin voidaan tuottaa uutta jäsenneltyä tietoa. Laadullista tutkimusotetta käytetäänkin usein kun tutkimusaiheesta on vähän tietoa tai jo tutkittuun ilmiöön halutaan uusi näkökulma. Nämä laadullisen tutkimuksen ominaispiirteet näyttäytyvät myös tässä tutkimuksessa.

7 TUTKIMUSAINEISTO

7.1 Tutkimusaineiston muodostuminen

Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän johtoryhmä on myöntänyt tutkimusluvan tälle tutkimukselle 25.11.2008. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on antanut tutkimussuunnitelman eettisestä hyväksyttävyydestä puoltavan lausunnon pöytäkirjassaan 26.1.2009. Tutkimuslupa-asiakirjat ovat liitteenä 1.

Tämän tutkimuksen tutkimusaineiston muodostavat:

- terveydenhoitajien teemahaastattelut (n=8)
- erityistyöntekijöiden teemahaastattelut (n=3)
- lasten vanhempien (äitien) teemahaastattelut (n=8)
- lasten perusterveydenhuollon potilasasiakirjat (n=10)

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeätä, että tietoa kerätään henkilöiltä, jotka tietävät asiasta mahdollisimman paljon (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Tähän tutkimukseen osallistuivat ne Jämsän seudun perhepalvelukeskuksen terveydenhoitajat, joiden työhön kuuluu paljon lastenneuvolatyötä sekä kolme lasten parissa toimivaa erityistyöntekijää: terveyskeskuspsykologi, puheterapeutti ja toimintaterapeutti. Lisäksi tutkimusaineistona olivat kymmenen terveyskeskuspsykologin vastaanotolla kehityksellisen tai psyykkisen

vaikeuden vuoksi käyneen lapsen potilasasiakirjat. Näiden lasten vanhemmista (äideistä) kahdeksan osallistui tutkimushaastatteluun. Erilaisten aineistojen välityksellä pyrittiin saamaan monipuolinen kuva tutkittavasta ilmiöstä. Eri aineistojen ja osallistujien antama tieto on osittain päällekkäistä, mutta usein silloinkin niissä valotetaan ilmiötä eri puolilta ja eri lähteet voivat antaa myös toisistaan poikkeavaa informaatiota tutkittavasta ilmiöstä (Alasuutari 2001, 48).

Tämän tutkimuksen aineisto on kooltaan mielestäni riittävä. Osallistujiksi valittiin kahdeksan Jämsän seudun kahdestatoista neuvolaterveydenhoitajasta. Valitut terveydenhoitajat tekevät paljon lastenneuvolatyötä. Kolme erityistyöntekijää valittiin osallistujiksi, koska juuri he tulivat esille sekä terveydenhoitajien haastatteluissa että lasten potilasasiakirjoissa. Psykologin vastaanotolla Perhepalvelukeskus-hankkeen aikana käyneiden lasten vanhempien ajateltiin tietävän paljon varhaisen avun saavutettavuudesta ja siksi kaikki suostumuksen antaneiden vanhempien haastattelut ja heidän lastensa potilasasiakirjat ovat tutkimusaineistona. Tutkimusaineiston kokoa arvioidaan laadullisessa tutkimuksessa usein myös saturaatiolla, jolla tarkoitetaan tilannetta, jossa uudet tiedonantajat eivät tuota enää tutkimusongelman kannalta uutta tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–87). Myös tässä tutkimuksessa voitiin todeta aineiston kylläntymistä.

7.2 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Haastattelua käytetään aineistonkeruumenetelmänä, kun haastateltavan halutaan olevan tutkimustilanteessa subjekti, joka voi tuoda kokemuksiaan ja käsityksiään aktiivisesti esille. Haastattelussa on mahdollisuus molemmiin puolin selventää ja syventää käsiteltävää asiaa. Haastattelua on perusteltua käyttää silloin, kun tutkittava asia on vähän tutkittu eikä haastattelija voi tietää etukäteen vastausten suuntia. Haittapuolena haastattelun käyttämisenä tiedonkeruumenetelmänä ovat sen työläys ja kalleus. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 34–35.) Potilasasiakirja-aineistoa lukuun ottamatta tämän tutkimuksen aineisto on kerätty haastattelemalla.

Haastattelulajiksi valitsemani teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa haastattelun aihepiirit eli tema-alueet ovat samat kaikille

haastateltaville. Teemahaastattelun runko muotoutuu tutkimusaiheen kirjallisuuteen perehdyttäessä. Teema-alueet ovat tutkimusongelman alaluokkia, joihin haastattelukysymykset kohdistuvat. Haastattelutilanteessa teema-alueet toimivat haastattelun runkona ja niitä tarkennetaan kysymyksillä. Vaikka teema-alueet ovat kaikille samat, voivat kysymykset ja niiden muoto ja järjestys vaihdella haastattelusta toiseen. Myös haastateltava vaikuttaa aktiivisesti haastattelun kulkuun. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47–48, 66–67.) Tässä tutkielmassa teemahaastattelu oli varsin perusteltu valinta. Kirjallisuuden pohjalta oli mahdollista muodostaa tutkimuskysymyksen osa-alueita kuvaava teemahaastattelun runko, jossa teema-alueina olivat mm. varhaisen avun saavuttamisen -prosessin osat. Teemahaastattelujen runkona olivat seuraavat teema-alueet:

- lasten psyykkiset ja kehitykselliset vaikeudet
- vaikeuksien havaitseminen ja viive
- vaikeuksien puheeksiottaminen ja viive
- puheeksiottamiseen liittyvä apu (tuki ja ohjaus) ja viive
- lisäpalveluihin ohjaus ja viive
- lisäpalveluihin hakeutuminen ja viive
- palvelujen saavuttaminen ja avun saaminen (tutkimukset ja hoito) ja viive

Koska samaa haastattelurunkoa käytettiin sekä terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden että vanhempien haastatteluissa, haastattelun joustavuus oli ensiarvoisen tärkeätä haastattelujen onnistumiselle.

7.3 Terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden teemahaastattelut

Tutkimukseen osallistujiksi valittiin Jämsän seudun kahdestatoista lastenneuvolaterveydenhoitajasta kahdeksan sillä perusteella, että he tekivät paljon lastenneuvolatyötä, jolloin heillä ajateltiin olevan eniten kokemusta. Terveydenhoitajien yhteystiedot sain heidän osastonhoitajaltaan. Erityistyöntekijöistä osallistujiksi valittiin neuvolaikäisten lasten kanssa työskentelevät terveyskeskuspsykologi, puheterapeutti ja toimintaterapeutti. Liitteenä 2 ovat terveydenhoitajille ja erityistyöntekijöille etukäteen

lähetetyt tiedotteet tutkimuksesta ja haastattelun alussa allekirjoitettu suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Sovin haastatteluajat joko sähköpostitse tai puhelimitse heidän kanssaan. Kaikki terveydenhoitajat ja erityistyöntekijät olivat valmiita osallistumaan tutkimukseen. Haastattelin kaikki nämä ammattilaiset heidän työpaikoillaan toimintaterapeuttia lukuun ottamatta. Hänet haastattelin puhelimitse, koska tapaaminen ei aikatauluongelmien vuoksi onnistunut. Haastattelun alussa esittelin haastattelun teema-alueet varmistaakseni, että meillä on yhteinen käsitys siitä, minkä prosessin viiveestä on kyse. Terveydenhoitajien haastattelut kestivät keskimäärin 40 minuuttia, lyhimmän kesto oli 35 ja pisimmän 53 minuuttia. Erityistyöntekijöiden haastattelut olivat kestoltaan 21, 29 ja 49 minuuttia. Yhteensä ammattilaisten haastattelut kestivät 7 tuntia. Haastattelut sujuivat häiriöttä. Nauhoitin kaikki haastattelut ja ulkopuolinen kirjoittaja litteroi ne sanatarkasti. Litteroinnin yhteydessä haastatteluihin merkittiin tunnistetiedot haastateltavista. Erityistyöntekijöiden osalta tunnistetiedoksi merkittiin kunkin ammattinimike ja terveydenhoitajien osalta ammattinimike ja järjestysnumero. Litteroinnin jälkeen kuuntelin vielä nauhoitukset ja tarkistin tehdyn litteroinnin. Ammattilaisten haastattelut aloitin helmikuun alussa 2009 ja päätin maaliskuun alussa. Haastattelut oli litteroitu ja tarkistettu maaliskuun puoliväliin mennessä. Terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden haastatteluaineistoa oli yhteensä 118 sivua rivivälillä 1.5 ja kirjasinkoolla 12 kirjoitettuna.

7.4 Lasten potilasasiakirjat ja vanhempien teemahaastattelut

Tutkimukseen osallistujiksi valittiin vanhemmat, jotka olivat käyneet lastensa kanssa näiden kehityksellisten tai psyykkisten vaikeuksien vuoksi terveystieteiden tutkimuskeskukseen vastaanotolla vuonna 2008 ja lasten asiakkuus oli alkanut vuonna 2007 tai 2008 eli Perhepalvelukeskus-hankkeen aikana. Myös lasten potilasasiakirjat olivat tutkimusaineistona. Terveystieteiden tutkimuskeskukseen asiakkaat katsottiin tähän tutkimukseen sopivimmiksi Jämsän seudun perhepalvelukeskuksen perheneuvolan, hankepsykologin ja terveystieteiden tutkimuskeskukseen työntekijöiden vuoksi. Sen mukaan alle kouluikäiset varhaisen vaiheen apua psyykkisiin tai kehityksellisiin vaikeuksiin psykologin tutkimusta tai apua tarvitsevat lapset ohjataan terveystieteiden tutkimuskeskukseen, jonka asiakkaiksi voivat ohjautua myös perheen aikuiset tarvittaessa. Hankepsykologi puolestaan keskittyy lasten kehitysvammaisuuteen ja kehitystasotutkimuksiin. Lasten ja perheiden monimutkaiset,

pitkää terapiaa tai useiden työntekijöiden asiantuntemusta vaativat vaikeudet ja lastenpsykiatrinen avohoito ovat perheneuvolan toimialaa.

Terveyskeskuspsykologi otti yhteyttä tutkimukseen pyydettyihin lasten vanhempiin (huoltajiin). Kukaan muu henkilö hänen lisäksi ei tiennyt lasten tai vanhempien nimiä ennen kuin vanhemmat antoivat suostumuksensa tutkimukseen. Psykologi lähetti saatekirjeen, tutkimustiedotteen ja tutkimukseen osallistumista koskevan suostumuslomakkeen lasten vanhemmille ja myöhemmin uusintakutsun osalle vanhemmista. Psykologin lähettämät asiakirjat ovat liitteenä 3. Valittuna ajanjaksona terveyskeskuspsykologin vastaanotolla käyneitä lapsia oli 21, joista vain neljän vanhempi palautti suostumuslomakkeen määräaikaan mennessä. Psykologi lähetti uusintakutsun 17 vanhemmalle, joista vielä kuusi palautti suostumuslomakkeen hänelle. Psykologi antoi kymmenen vanhemman suostumuslomakkeet yhteystietoineen minulle. Otin vanhempiin heti puhelimitse yhteyttä ja varmistin, että suostumuksessa annetut luvat on ymmärretty oikein. Kaikki kymmenen vanhempaa antoivat luvan tutustua lapsen potilasasiakirjoihin ja haastatella tietojen täydentämiseksi lapsen kanssa toiminutta psykologia. Yhtä vanhempaa lukuun ottamatta vanhemmat antoivat luvan haastatella heitä itseään myöhemmin sovittavana ajankohtana.

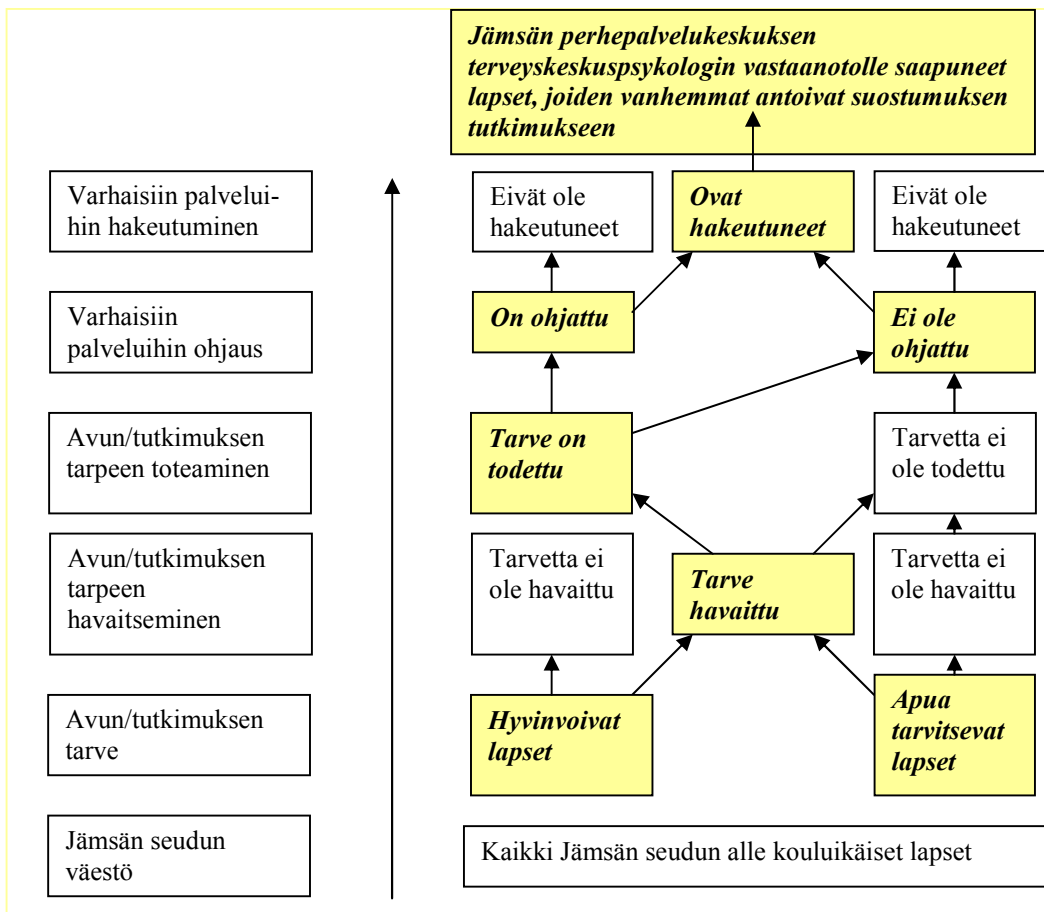
Ensimmäiseksi tutustuin lasten sähköisiin potilasasiakirjoihin Jämsän terveyskeskuksessa ja tein niistä itselleni muistiinpanot. Sauraman (2002, 50–53) mukaan asiakirja-aineistot ovat tavallisia tutkimusaineistoja, joiden erityispiirteenä on, ettei niitä ole luotu tutkimuskäyttöä varten. Asiakirja-aineistoilla on heikkouksia, jotka itse asiassa ovat niiden perusominaisuuksia. Niistä saatava kuva on yksipuolinen, koska viranomaistoiminnassa on monia rutiineja ja käytäntöjä, jotka eivät tule asiakirjoista esiin. Myös tässä tutkimuksessa potilasasiakirjojen käyttö tutkimusaineistona oli haastavaa. Lasten perheestä saamani kuva oli hajanainen, koska lasten potilasasiakirjoissa ei ollut säännöllisessä käytössä neuvolan terveystietomuslomakkeistoon kuuluvaa Lapsen perhe -lomaketta. Kukin ammattiryhmä kirjaa oman toimintansa omille lomakesivuilleen, jolloin kokonaiskuvan ja aikataulun hahmottaminen lapsen avun saavuttamisesta on hankalaa. Kirjaamisessa käytettiin osittain työntekijöiden nimiä ilman ammattinimikettä, jolloin organisaation ulkopuolisen oli vaikeata tietää mihinkä ammattihenkilöön lapsen asioista otettiin yhteyttä. Terveyskeskuspsykologin haastattelu selvensi potilasasiakirjoista saamaani

kuvaa lasten avun saavuttamisesta. Potilasasiakirjoista tekemiäni muistiinpanoja käytin hyväkseni tehdessäni vanhempien teemahaastatteluissa kustakin teema-alueesta tarkentavia kysymyksiä. Lisäksi tarkastelin potilasasiakirjoja vanhempien haastatteluja täydentävänä aineistona. Sauraman (2002, 54) mukaan yksilöiden subjektiiviset kokemukset jäävät asiakirjojen ulkopuolelle ja myös tässä tutkimuksessa vanhempien haastattelut olivat sen vuoksi tärkeitä.

Vanhempien teemahaastattelut tein puhelimitse sekä ajan säästämiseksi että vanhempien yksityisyyden korostamiseksi. Hirsjärvi & Hurme (2009, 64) kirjoittavat puhelinhaastattelujen sopivan paremmin strukturoituihin kuin vapaampiin haastatteluihin, koska puhelintilanteesta puuttuvat kaikki keskustelun näkyvät vihjeet. Tässä tutkimuksessa kuitenkin sekä vanhemmat että minä tutkijana olimme tyytyväisiä haastattelutapaan. Vanhemmat olivat saaneet psykologin lähettämän tiedotteen tutkimuksesta etukäteen ja suostumuksen annettuaan keskustelleet kanssani puhelimitse tutkimuksesta. Sovin erikseen heille sopivan ajankohdan puhelinhaastattelun tekemiseen, kuten myös Hirsjärvi & Hurme (2009, 64) suosittelevat tekemään. Lisäksi kerroin vielä puhelimesta etukäteen tulevan haastattelun sisällön ja teema-alueet. Yhden vanhemman kanssa sovin kaksi haastatteluaikaa, mutta hän ei vastannut kummallakaan sovitulla kerralla puhelimeen. Kunnioittaakseni haastateltavan epäsuoraa kieltäytymistä (ks. Hirsjärvi & Hurme 2009, 85) en ottanut häneen enää yhteyttä, joten haastattelin yhteensä kahdeksan vanhempaa. Soittaessani sovittuna ajankohtana muille vanhemmille, saatoimme vielä siirtää haastattelua samalle päivälle sopivampaan aikaan. Muistutin vielä puhelun alkaessa, että suostumuksen mukaisesti nauhoitan haastattelun. Tekemäni haastattelut olivat lyhyitä ja keskittyivät avun saamisen aikatauluun eivätkä perheen sisäisiin asioihin. Kaikki haastateltavat olivat lasten äitejä. Lyhin haastattelu kesti 6 minuuttia ja pisin 17 minuuttia. Haastattelujen keskimääräinen kesto oli 12 minuuttia ja yhteensä haastattelut kestivät 1.5 tuntia. Nauhoitin puhelinhaastattelut ja litteroin ne itse sanatarkasti aina jo samana päivänä. Vanhempien haastatteluaineistoa oli yhteensä 22 sivua rivivälillä 1.5 ja kirjasinkoolla 12 kirjoitettuna. Lapsiin liittyvän aineiston keräämisen aloitin ensimmäisiin potilasasiakirjoihin tutustumisella tammikuun lopulla 2009 ja päätin viimeisen vanhemman haastatteluun maaliskuun alussa.

Tärkeätä on muistaa, että tutkimuksessa mukana olevat lapset edustavat vain rajattua joukkoa niistä kaikista Jämsän seudun alle kouluikäisistä lapsista, joilla on psyykkisiä

tai kehityksellisiä vaikeuksia. Tutkimuksessa ovat mukana vain ne lapset, jotka ovat hakeutuneet terveystieteiden psykologin palveluihin ja joiden vanhemmat antoivat suostumuksen tutkimukseen. Tutkimuksen ulkopuolelle jäävät ensinnäkin ne 11 lasta, joiden vanhemmat eivät antaneet suostumusta tutkimukseen. Lisäksi ulkopuolelle jäävät kaikki ne lapset, joiden vaikeuksia ei ole havaittu, avun tarvetta ei ole todettu, joita ei ole ohjattu tai jotka eivät ole hakeutuneet palveluihin. Myös ne lapset, joita on voitu auttaa muilla palveluilla (kuten esimerkiksi neuvolan ja varhaiskasvatuksen palveluilla, muiden erityistyöntekijöiden palveluilla ilman psykologia, perheohjaajan tai perheneuvolan palveluilla), jäävät tutkimuksen ulkopuolelle. Kuviossa 5 esitetään lasten valikoituminen tähän tutkimukseen Ikäheimon (1999, 42) esittämää mallia mukaillen.



KUVIO 5. Lasten valikoituminen tutkimukseen (ks. Ikäheimo 1999, 42)

8 TUTKIMUSANALYYSI

8.1 Laadullinen sisällönanalyysi

Tutkimuksen tekemiseen tarvitaan selkeä tutkimusmetodi, joka koostuu niistä käytännöistä ja operaatioista, joilla havaintoja tuotetaan sekä niistä säännöistä, joilla havaintoja edelleen muokataan ja tulkitaan (Alasuutari 2001, 82). Tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmänä käytetään laadullista aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Laadullisen tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä, mutta hajanaisesta aineistosta on vaikeata sinällään saada selkeää kuvaa ilmiöstä. Sisällönanalyysin tarkoituksena on aineiston järjestäminen selkeään ja tiiviiseen muotoon niin, että aineiston informaatioarvo kasvaa ja siitä on mahdollista tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Aineistoa käsitellään loogisella päättelyllä ja tulkinnalla hajottamalla aineisto osiin ja käsitteellistämällä ja uudelleen järjestämällä se uudeksi kokonaisuudeksi, joka voidaan esittää mallina, käsitejärjestelmänä, käsitteinä tai aineistoa kuvaavina teemoina. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.) Vaikka tässä tutkimuksessa tavoitteenani on tarkastella tekstejä aineistolähtöisesti, olen tiedostanut sen, että aikaisemmat tietoni, oletukseni ja kokemukseni ovat omalta osaltaan vaikuttaneet tutkimuksen kulkuun. Selkeänä esimerkkinä tästä voi mainita teemahaastattelun teema-alueet, jotka ovat syntyneet kirjallisuuden pohjalta. Näin ollen tutkimuksessa voi tulkita olevan mukana myös tiettyä teoriasidonnaisuutta. (esim. Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–100, 113–122.)

Aineistolähtöinen laadullinen sisällönanalyysi voidaan nähdä prosessina, johon kuuluu kolme päävaihetta: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Ennen analyysin aloittamista määritetään analyysiyksikkö, joka voi olla sana, lauseen osa, lause tai ajatuskokonaisuus. Aineiston pelkistämisessä siitä karsitaan epäolennainen materiaali pois valitsemalla tutkimustehtävän kannalta olennaiset ilmaukset ja pelkistämällä alkuperäiset ilmaukset pelkistetyiksi ilmaisuiksi. Aineiston klusteroinnissa samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi ja nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Tällöin aineisto tiivistyy. Analyysi jatkuu abstrahoinnilla, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja edetään teoreettisiin käsitteisiin ja

johtopäätöksiin. Koko analyysin ajan on tärkeätä säilyttää kosketus tutkimuksen lähtökohtaan vertaamalla tulkintoja alkuperäiseen aineistoon. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 108–113.)

8.2 Tutkimusanalyysin kulku

Haastatteluaineisto oli minulle jo tuttua aloittaessani varsinaisen analyysin teon, sillä jo haastatteluja tehdessäni ryhmittelin aineistoa mielessäni ja keskeiset selitykset viiveelle alkoivat hahmottua mielessäni. Samoin syntyi alustava käsitys eri haastateltavien käsityksestä lasten avun toteutumisesta ja oikea-aikaisuudesta.

Aloitin analyysin teon terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden haastatteluista, joilla vastasin ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni. Luin aukikirjoitetut haastattelut huolellisesti vielä kertaalleen läpi perehtyäkseni sisältöön. Analyysiyksikkö vaihteli lauseen osista ajatuskokonaisuuteen. Seuraavalla lukukerralla merkitsin erivärisillä kirjasimilla kohdat, jotka vastasivat ensimmäisen tutkimuskysymykseni eri osiin (miten varhaisen avun saaminen toteutuu, syntykö viivettä = sininen väri, viiveen selitys = punainen väri, viiveettömyyden selitys = vihreä väri). Tämän jälkeen muutin kaikki eri väreillä merkityt alkuperäiset ilmaukset yksi väri kerrallaan pelkistetyiksi ilmauksiksi, joissa pyrin tuomaan esiin alkuperäisten ilmausten ytimen. Teknisesti toteutin tämän kirjoittamalla pelkistetyn ilmauksen alkuperäisen ilmauksen viereen kommenttimerkinnäksi. Pelkistetyn ilmauksen (kommenttimerkinnän) alkuun merkitsin haastateltavalle antamani tunnuksen. Tämän jälkeen kopioin jokaisesta haastattelusta tunnuksilla merkityt kommenttimerkinnät yksi väri kerrallaan listoiksi, jotka tulostin. Tämän jälkeen minulla oli erivärisillä kirjasimilla kirjoitetut listat, jotka sisälsivät pelkistetyt ilmaukset erikseen lasten avun saannista, viiveestä sekä viiveettömyyden ja viiveen selityksistä. Leikkasin kunkin pelkistetyn ilmauksen omaksi liuskakseen.

Ryhmittelin terveydenhoitajien tunnuksella koodatut varhaisen avun saamiseen ja viiveen syntymiseen vastaavat sinikirjaimiset liuskat omaksi pinokseen ja erityistyöntekijöiden vastaavat sinikirjaimiset liuskat toiseksi pinoksi. Liuskojen vähäisen määrän vuoksi en jatkanut niiden luokittelua vaan muodostin vastaukset terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden käsityksistä lasten varhaisen viiveettömän avun saamisesta suoraan näistä pelkistetyistä ilmauksista.

Sen sijaan viiveettömyyden selitysten pelkistyksiä sisältävien vihreäkirjaimisten liuskojen ja viiveen selitysten pelkistyksiä sisältävien punakirjaimisten liuskojen ryhmittely oli monimutkaista ja työlästä. Liuskoille kirjoitettuja pelkistettyjä ilmauksia oli yhteensä 399 kappaletta. Ryhmittelin ensin yhteenkuuluvat vihreäkirjaimiset liuskat omiin pinoihinsa ja punakirjaimiset liuskat omiinsa ja muodostin näistä erilliset viiveen ja viiveettömyyden alaluokat. Tämän jälkeen ryhmittelin yhteenkuuluvat puna- ja vihreäkirjaimiset liuskapinot yhteisiin pinoihin, joita syntyi 11 kappaletta ja jotka muodostivat sekä viiveen että viiveettömyyden selityksiä kuvaavat luokat. Luokat olivat: vanhemman suhtautuminen lapsen vaikeuteen, vanhemman hyväksymisprosessin kesto, neuvolatoiminnan organisointi, neuvolan ikäluokkatarkastukset, neuvolan ja päivähoidon yhteistyö, neuvolan erityinen tuki, neuvolan ja erityistyöntekijöiden yhteistyö, erityistyöntekijöiden resurssit, jonot erityistyöntekijöille, erityistyöntekijöiden toimintatapa sekä erityistyöntekijöiden yhteistyö päivähoidon kanssa. Nämä luokat yhdistin vielä kolmeksi yläluokaksi, jotka nimesin: vanhempaan liittyvä selitys, neuvolaan liittyvä selitys ja erityistyöntekijöihin liittyvä selitys. Luokkien muodostamiseen liittyi useita palaamisia alkuperäiseen aineistoon, luokkien uudelleenmuodostamisia ja purkamisia kunnes hyväksyin lopputuloksen. Taulukossa 1 esitetään yhden yläluokan, vanhempaan liittyvän selityksen, muodostuminen luokista ja alaluokista.

TAULUKKO 1. Esimerkki yhden yläluokan muodostumisesta luokista ja alaluokista

VIIVEETTÖMYYS ALALUOKKA	VIIVE ALALUOKKA	LUOKKA	YLÄLUOKKA
Puheeseen liittyvän vaikeuden hyväksyttävyys Vanhemman suhtautuminen lapsen vaikeuteen aktiivisesti tai myönteisesti	Psyykkisen vaikeuden ei-hyväksyttävyys Vanhemman suhtautuminen lapsen vaikeuteen passiivisesti tai kielteisesti	Vanhemman suhtautuminen lapsen vaikeuteen	VANHEMPAAN LIITTYVÄ SELITYS
	Vanhemman pitkä hyväksymisprosessi	Vanhemman hyväksymisprosessin kesto	

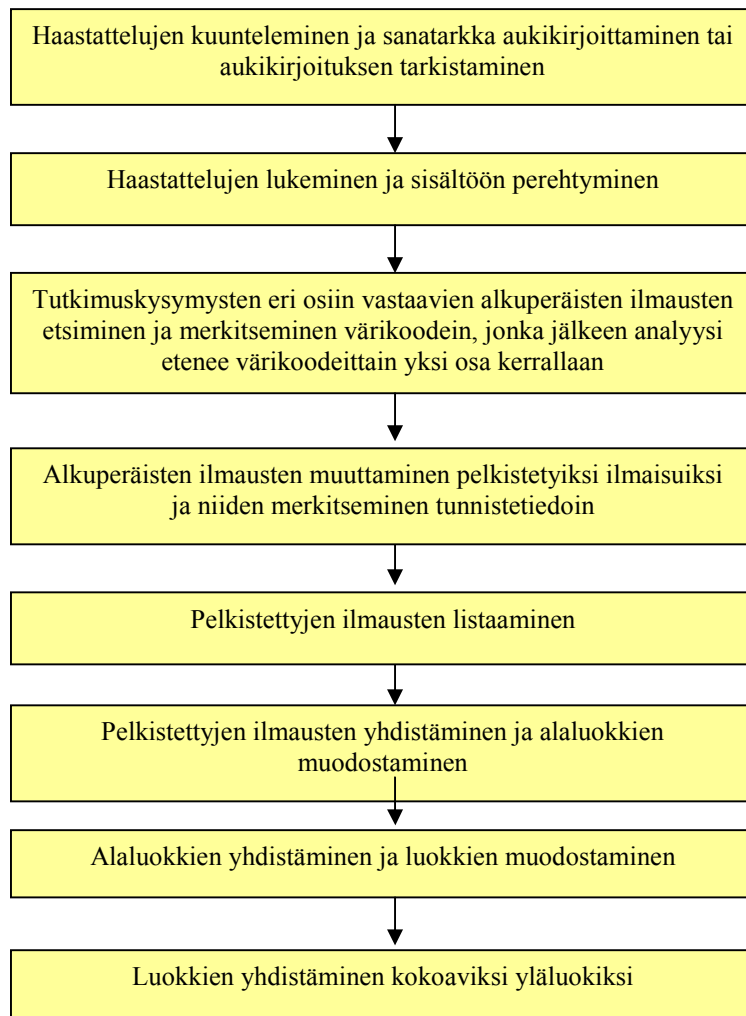
Liitteessä 4 esitetään esimerkki alkuperäisten ilmausten muuttamisesta pelkistetyiksi ilmauksiksi sekä viiveen ja viiveettömyyden analyysitaulukko kokonaisuudessaan.

Jatkoin analyysin tekoa tutkimuksessa mukana olevia lapsia koskevalla aineistolla, jolla vastasin toiseen tutkimuskysymykseeni. Taulukoin eri aineistoissa olevat jokaista lasta koskevat taustatiedot lapsikohtaisesti. Varsinaisen sisällönanalyysin vanhempien haastatteluista tein samalla tavalla kuin työntekijöiden haastatteluista ensimmäiseen kysymykseen. Käytin samoja värikoodeja (miten varhaisen avun saaminen toteutui, syntyikö viivettä = sininen väri, viiveen selitys = punainen väri) ja merkitsin alkuperäisten ilmausten pelkistykset kommenttimerkinnöillä. Pelkistetyn ilmauksen (kommenttimerkinnän) alkuun merkitsin vanhempien tunnistetiedot. Tämän jälkeen muodostin jälleen listat kommenttimerkinnöistä yksi väri kerrallaan, tulostin ne, leikkasin pelkistetyt ilmaukset liuskoiksi ja ryhmittelin ne värejä apuna käyttäen. Analyysi vanhemman kokemasta avun saannista ja viiveestä oli yksinkertainen vastausten vähäisyyden vuoksi. Analyysissä viiveen selityksistä ryhmittelin pelkistetyt ilmaukset alaluokiksi, jotka yhdistin neljäksi luokaksi: vanhempien vähäiset voimavarat ja taidot, puuttuva apu, hidas tai riittämätön apu ja puutteellinen tiedottaminen. Luokat yhdistin vielä kahdeksi yläluokaksi: vanhempaan liittyvä selitys sekä neuvolaan ja erityistyöntekijöihin liittyvä selitys. Vanhempien haastattelujen ja potilasasiakirjojen analyysitaulukot esitetään liitteessä 5.

Potilasasiakirjoista tekemieni muistiinpanojen analyysi poikkesi jonkin verran haastattelujen analyysistä. Asiakirjojen perusteella tein aluksi oman arvioni kunkin lapsen kohdalta siitä, onko varhaisen avun saanti käynnistynyt hänen kohdallaan. Tulkitsin potilasasiakirjojen merkintöjen perusteella lapsen tilannetta ja selityksiä mahdolliselle viiveelle. Asiakirjojen tulkinnassa käytin avukseni psykologin haastattelua ja terveydenhoitajan ammattitaitoani, mutta samanaikaisesti kiinnitin erityisesti huomiota omaan asemaani tutkijana eikä hoitajana. Kääriäisen (2003, 32) mukaan asiakirjojen aukot tapahtumakuluissa ja ”kirjoittamattomat” tekstit tuovat epävarmuutta tulkinnoille. Myös tässä tutkielmassa tulkintani perustuivat yhtä usein merkintöjen puuttumiseen kuin merkintöihin. Esimerkiksi jos neuvolan merkintää lapsen ohjaamisesta psykologille seuraa vuoden kuluttua samanlainen merkintä ilman välimerkintöjä, tulkitsin, ettei lapsi tai perhe ole saanut neuvolasta apua väliaikana.

Kirjasin tulkitsemani viiveen selitykset, muutin ne pelkistetyiksi ilmaisuiksi, ryhmittelin alaluokiksi, joista muodostin kolme luokkaa: puuttuva apu, hidas tai riittämätön apu ja lapsen auttaminen vanhempien ehdoilla. Luokat yhdistin vielä kahdeksi yläluokaksi: vanhempaan liittyvä selitys sekä neuvolaan ja erityistyöntekijöihin liittyvä selitys.

Kuviossa 6 on esitetty yhteenveto koko analyysin kulusta.



KUVIO 6. Analyysin eteneminen (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 109)

8.3 Eettiset näkökulmat

Tutkimusetiikkaa säädellään lainsäädännöllä ja ohjeilla. Eettisten näkökulmien huomioimista edistetään ja arvioidaan valtakunnallisen tutkimuseettisen neuvottelukunnan ja sen jaostojen sekä eri organisaatioiden eettisten toimikuntien toimesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 137–143.) Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän johtoryhmä on myöntänyt tutkimusluvan tälle tutkimukselle ja katsonut sen olevan eettisesti hyväksyttävä. Myös Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin eettinen toimikunta on antanut tutkimussuunnitelman eettisestä hyväksyttävyydestä puoltavan lausunnon. (Tutkimuslupa-asiakirjat esitettiin liitteessä 1.)

Hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus. Tutkimuksen eettistä kestävyyttä on tarpeen tarkastella laaja-alaisesti. Tutkijan tulee noudattaa kaikilta osin hyvää tieteellistä käytäntöä. Eettinen kestävyys edellyttää, että tutkimusprosessin jokainen osa-alue on laadukas ja täyttää hyvälle tutkimukselle asetetut luotettavuus- ja arviointikriteerit. Tämän lisäksi tutkimuksen eettistä kestävyyttä tulee arvioida eettisten erityiskysymysten kautta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23–27; Kylmä & Juvakka 2007, 137–155; Tuomi & Sarajärvi 2009, 125–133.)

Tämän tutkimuksen eettiset erityiskysymykset liittyvät tutkimusaiheen valintaan ja osallistujien suojaamiseen. Tutkimusaiheen valinnassa on pohdittava sen oikeutusta, taustalla olevia arvoja, yhteiskunnallista ja omaan tieteenalaan liittyvää merkitystä sekä tutkimuksen sensitiivisyyttä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129–130; Kylmä & Juvakka 2007, 144–146). Viivettä tutkittaessa ollaan tekemisissä ei-toivotun ilmiön kanssa, jota tutkimalla pyritään löytämään keinoja sen ymmärtämiseen ja vähentämiseen. Tämän tutkimuksen lähtökohta on perusteltu, koska viive avun saamisessa aiheuttaa inhimillistä kärsimystä, hoitotulosten huononemista ja lisäkustannuksia. Viiveen tarkastelu palvelujärjestelmän arvioinnin näkökulmasta on tuonut oman eettisen haasteensa tälle tutkimukselle. Koska työntekijöiden haastatteluissa tuli selkeästi esille, että Jämsän seudun perhepalvelukeskuksen organisaatio ja toimintakulttuuri tukevat avun saamisen viiveettömyyttä monin eri tavoin, koin epäeettiseksi käsitellä vain negatiivisena pidettävää viivettä siitä huolimatta, että tutkimus tuo aina vain tietyn näkökulman asiasta esiin. Tämän vuoksi tuon myös viiveettömyyden esille

tutkimustehtävässä ja tutkimustuloksissa vaikkakin sen käsittely on viiveeseen verrattuna taka-alalla. Tutkimusaiheen sensitiivisyydessä olennaisinta on, että avun saamisen viiveen tutkiminen kohdistuu erityistä suojelua tarvitsevaan ryhmään; lapsiin, joilla on kehityksellisiä tai psyykkisiä vaikeuksia. Tutkimushaastatteluissa vanhemmat toivat esille omia syyllisyyden tunteitaan viiveestä, joka aiheutti tasapainoilua itselleni tutkijan ja hoitajan roolin välillä. Katsoin vanhemman tukemisen keskustelun kuluessa kuuluvan myös tutkijan rooliin ja olevan eettisesti välttämätöntä, vaikka pidänkin tutkimuksellista tehtävää ensisijaisena (vrt. Munhall 2001, 541–542).

Tutkittavien suojaaminen on tärkeää kaikissa tutkimuksissa ja sen merkitys korostuu entisestään sensitiivisissä tutkimuksissa. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen ja sen myötä itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, jonka mukaisesti ihmisille on annettava mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Käsitteillä ”asiaan perehtyneesti annettu suostumus” tai ”tietoon perustuva suostumus” (*informed consent*) tarkoitetaan arviointiin pätevän henkilön antamaa vapaaehtoista suostumusta tutkimukseen. Perehtyneisyydellä tarkoitetaan, että tutkittava on suostumuksen antaessaan tietoinen kaikista tärkeistä tutkimukseen kulkuun liittyvistä näkökulmista ja hän kykenee nämä ymmärtämään. (Hirsjärvi ym. 2009, 25; Kymälä & Juvakka 2007, 149–150; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131–132.) Tähän tutkimukseen osallistujilta pyydettiin kirjallinen tietoon perustuva suostumus. Osalle vanhemmista lähetettiin uusi kutsukirje tutkimukseen, mutta ketään ei varsinaisesti suostuteltu osallistumaan tutkimukseen. Suostuttelun eettisyydestä ei olla yksimielisiä (esim. Hirsjärvi & Hurme 2009, 85). Perhepalvelukeskuksen psykologi suojaasi asiakkaidensa yksityisyyden antamalla tietooni vain suostumuksensa jo antaneiden perheiden yhteystiedot.

Kun tutkimukseen osallistujien henkilötiedot kerätään ja käsitellään, niistä muodostuu henkilörekisteri, jonka tiedot tulee suojata (Henkilötietolaki 523/1999). Tässä tutkimuksessa tein osallistujien henkilötiedoista luettelon, josta tiedot ovat tunnustekoodin avulla yhdistettävissä tutkimusaineistoon. Olen säilyttänyt henkilörekisterin ja tutkimusaineiston toisistaan erillään eikä kenelläkään muulla ole ollut mahdollisuutta yhdistää niitä. Tutkimuksen valmistuttua hävitän tutkimusaineiston sovitulla tavalla. Terveystietojen antaneet kirjallisen suostumuksensa siihen, että

heidän haastatteluidensa litteroitua tekstiä voidaan käyttää tämän tutkimuksen lisäksi erikseen nimetyssä väitöstutkimuksessa.

Jokaiselle tutkimukseen osallistujalle tulee turvata nimettömyys. Erityistä tarkkuutta vaaditaan silloin kun tutkitaan pienyhteisöjä. (Kylmä & Juvakka 2007, 152–153.) Tässä tutkimuksessa osallistajat ovat Jämsän seudun perhepalvelukeskuksen työntekijöitä ja asiakkaita. Olen pyrkinyt esittämään aineisto-otteet ja tutkimustulokset niin, ettei niitä voida yhdistää yksittäisiin osallistujiin. Ammattilaisten aineisto-otteista olen poistanut tunnistettavia osia. Koska suurin tunnistettavuuden riski liittyy erityistyöntekijöihin, he ovat tutustuneet tutkimusraporttiin etukäteen ja kahden tunnistettavuuteen liittyneen korjauksen jälkeen hyväksyneet tutkimusraportin. Lasten yksityisyyden olen suojannut esittämällä heitä koskevat tiedot osittain ryhmäkohtaisina muun suojaamisen lisäksi.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön (*“good scientific practise”*) kuuluu noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteellisen tiedon vaatimukset täyttävällä tavalla. Käytettävien menetelmien tulee olla tieteellisten kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Tulosten julkaisussa tulee noudattaa avoimuutta. Muiden tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa omassa tutkimuksessa antamalla niille kuuluva arvo esimerkiksi huolehtimalla asianmukaisista viittauskäytännöistä. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–24, 118; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.) Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt huolehtimaan hyvästä tieteellisestä käytännöstä noudattamalla tunnollisuutta ja huolellisuutta kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Olen tiedostanut, että kaikki tekemäni valinnat tutkimusprosessissa ovat myös eettisiä valintoja ja pyrkinyt pohtimaan ja arvioimaan valintojani aina myös eettisestä näkökulmasta.

9 TUTKIMUSTULOKSET

9.1 Ammattilaisten käsitykset varhaisen avun saavutettavuudesta

9.1.1 Miten lasten viiveetön varhaisen avun saaminen toteutuu?

Terveydenhoitajien haastattelujen mukaan lapset saavat varhaista apua pääsääntöisesti hyvin. Terveydenhoitajien käsitys perustuu pääasiassa vanhemmilta saatuun yleensä myönteiseen palautteeseen avun saannista. Terveydenhoitajat pitävät avun saamista melko viiveettömänä.

Ett myönteistä palautetta tulee, ja lapsen mielestä siellä on kiva käydä, esimerkiksi just puheterapeutilla, ne menee mielellään. Kyllä mä ymmärtäisin, että avun saavat. (th = terveydenhoitaja)

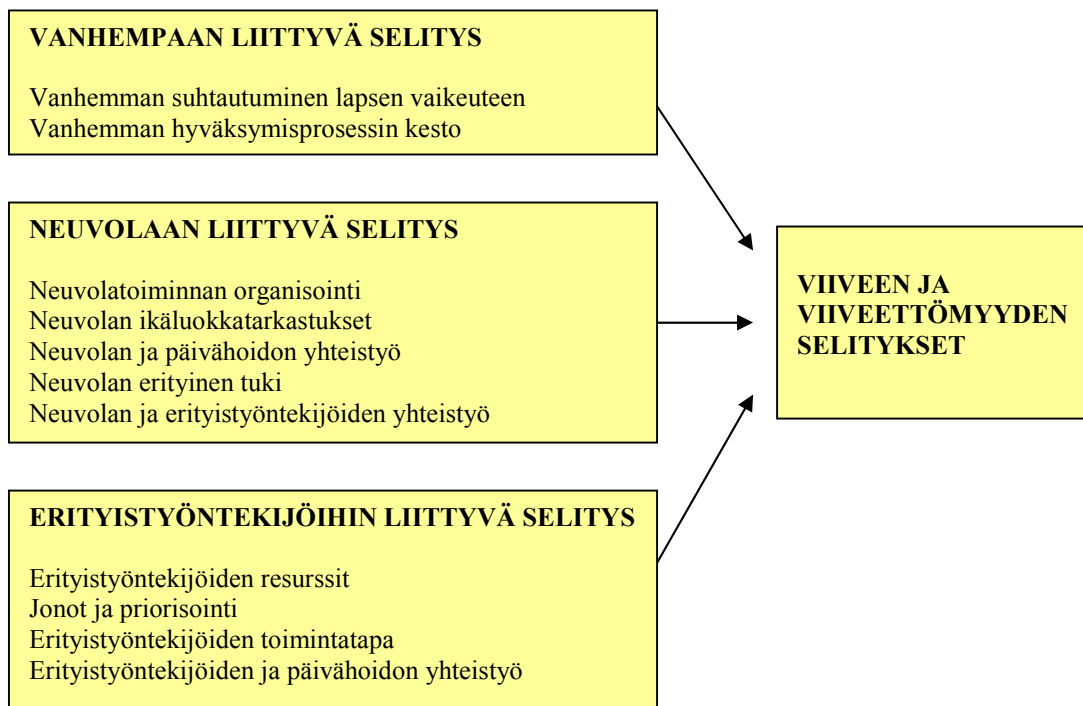
Kyllä musta on niin kun kyllä ne apua saa. Että ... että välillä se käynnistyy vähän hitaammin... mutta kyllä se siitä yleensä on sit jossain vaiheessa huomannu, ett ei kyll se oli hyvä ja he on avun saaneet. (th)

Erityistyöntekijöiden arvio lasten avun saamisesta on jonkun verran kriittisempi kuin terveydenhoitajilla. Erityistyöntekijöiden arviossa näkyy heidän käsityksensä lapsen avun saamisesta välillä monimutkaisena ja hitaana prosessina. Erityistyöntekijöiden arvion mukaan lapset tulevat heidän asiakkaikseen pääsääntöisesti oikea-aikaisesti, mutta oikean avun löytyminen saattaa kestää.

Jos ne on tullu ajoissa, niin kyllä se niin kun yritetään kauheen tota mahdollisimman hyvin järjestää, että on monia asioita mitkä vähän hidastaa ja sitten on semmonenkin, että eihän ne vanhemmat tullessaan tiedä, niin kun en minäkään, että mitä tämä lapsi sitten tarvitsee oikeesti. Että siinä menee aina aikaa ja se sellanen, se koko asia sellanen, se on aika iso prosessi kumminkin siellä perheessä mitä enemmän niin kun tarvitaan. (ett = erityistyöntekijä)

9.1.2 Millaisia selityksiä viiveelle ja viiveettömyydelle on löydettävissä?

Terveystenhoitajien ja erityistyöntekijöiden haastattelujen analyysin perusteella saatiin tulokseksi, että viive ja viiveettömyys lasten avun saamisessa liittyy aina johonkin toimijaosapuoleen (vanhempi, neuvola, erityistyöntekijä). Saaduista tuloksista on esitetty yhteenveto kuviossa 7.



KUVIO 7. Viiveen ja viiveettömyyden selitykset

Seuraavassa jokainen tulokseksi saatu selitys avataan siten, että tulosten esittämisessä painotetaan viiveen selityksiä. Viiveettömyyden selitykset esitetään vain lyhyesti kun taas viiveen selityksiä tuodaan esille aineistoesimerkkien avulla. Viiveettömyyden selityksillä pyritään luomaan yleiskuva siitä, mikä perhepalvelukeskuksessa tukee oikea-aikaisen avun saamista. Painopiste on viiveen selityksillä kehittämiskohteiden löytämiseksi Jämsän seudun perhepalvelukeskuksessa.

1. Vanhempaan liittyvä selitys

Lapsen vanhempaan liittyvät viiveen ja viiveettömyyden selitykset jakautuvat analyysin perusteella vanhemman suhtautumistapaan lapsen vaikeuksiin ja vanhemman hyväksymisprosessin keston.

Vanhemman suhtautuminen lapsen vaikeuteen

Terveydenhoitajien mukaan vanhemmat suhtautuvat lasten vaikeuksiin monin eri tavoin. Vanhempien aktiivinen ja myönteinen suhtautuminen tukee lapsen viiveetöntä avun saamista. Terveydenhoitajien kokemuksen mukaan vanhempien suhtautuminen tarjottavaan apuun etenkin lapsen puheen kehitykseen liittyvissä vaikeuksissa tukee viiveettömyyttä.

Vanhempien suhtautuminen saattaa olla myös passiivista tai kielteistä. Passiivisuuden taustalla voi olla vanhempien ajattelemattomuutta, tietämättömyyttä tai jaksamattomuutta. Vaikeuksien havaitsemista voi vaikeuttaa esimerkiksi vanhempien kokemattomuus lasten suhteen tai toisaalta vanhempien tottuminen lastensa vaikeuksiin. Avun saaminen hidastuu, kun vanhemmat eivät havaitse lasten vaikeuksia.

...tulee mieleen, ett eikö tätä oo kukaan huomannu ja sit semmonen, että lapsi on ihan niinkun, ei esimerkiks kykene ollenkaan vastaamaan kysymyksiin oikein, ett se vastaa niin kun ihan puuta heinää. Niin sitten herää semmonen ihan valtava kysymys, et eikö vanhemmat oo huomannu, eikö ne ei oo niin kun hoksannu vai eikö ne oo ite ymmärtäny, että tässä on nyt joku iso ongelma.(th)

Vanhemmat saattavat myös mitätöidä lasten vaikeuksia, jättää kertomatta niistä tai kieltäytyä hakeutumasta tarjotun avun piiriin.

Toiset huomataan hyvinkin ajoissa ja saadaan sitten jo, mut sekin on paljon kiinni vanhemmistakin, ett kuinka paljon vanhemmat on itte huolissaan asiasta ja ... ja toiset vanhemmat kieltää sen tässäkin vielä vaikka sellasta terveydenhoitaja niinku huomais, että nyt on jotain ja ehkä olis syytä vähän

käydä psykologilla tai muualla niin he kieltää sen ehdottomasti että ei. Ja sillona se viive tulee. (th)

Vanhempi saattaa loukkaantua, kun lapsen vaikeus otetaan neuvolassa puheeksi. Vanhemmat voivat myös sanoa, että lapsi on sellainen kuin on ja hänellä on siihen oikeus. Vanhempien suhtautuminen lapsen psyykkisiin vaikeuksiin on usein torjuvaa lukuun ottamatta erittäin vilkkaiden lasten vanhempia.

Vanhemman hyväksymisprosessin kesto

Lähes kaikkien haastateltujen työntekijöiden puheessa tuli kaikkein keskeisimpänä viiveen selityksenä esiin vanhempien pitkäkestoinen hyväksymisprosessi, jonka kuluessa heidän kielteinen tai passiivinen suhtautuminen saattaa vähitellen muuttua hyväksyvämmäksi.

Että siinä oikeestaan niinkun semmonen vuosi kaks kerkes mennä, että se vaatii joskus yllättävän pitkänkin ajan kypsytellä sitä, ja niinkun vanhempien hyväksyä se, että vois olla hyvä lähteä eteenpäin. (th)

... että siihen kypsymiseen tarvitaan usein parikin vuotta, että huomataan, että tässä ei nyt kaikki ihan mee niinku toivoo vois ja koulua aatellen että tarvis apuja, mut sitä ei niinku heti hyväksytä. Että se on ... hyvin usein. Ja sitten joskus on toinen vanhempi, toinen selvästi haluaisi jo että ruvetaan kätteleen apuja enemmän, mut toinen haraa vastaan. Että siinäkin ihmiset erilalla hyväksyy näitä asiat. (th)

2. Neuvolaan liittyvä selitys

Neuvolaan liittyvät viiveen ja viiveettömyyden selitykset jakautuvat analyysin perusteella viiteen kategoriaan: neuvolatoiminnan organisointi, neuvolan ikäluokkatarkastukset, neuvolan ja päivähoiton yhteistyö, neuvolan erityinen tuki sekä neuvolan ja erityistyöntekijöiden yhteistyö.

Neuvolatoiminnan organisointi

Neuvolatoiminta on organisoitu niin, että se tukee lapsen avun saamisen viiveettömyyttä. Neuvolaan pääsy on viiveetöntä, sillä tarvittaessa ajan saa samalle viikolle tai jopa samalle päivälle yhteydenotosta. Lähes kaikki terveydenhoitajat kokivat, että heillä on asiakkaille riittävästi aikaa ja hyvä koulutus vaikeuksien havaitsemiseen ja puheeksiottamiseen. Terveydenhoitajat korostivat käytössä olevan väestövastuisen työmallin tukevan viiveettömyyttä, koska asiakasperhe tulee tutuksi ja tapaamisia on paljon, jolloin vaikeuksien havaitseminen ja puheeksiottaminen onnistuu, sillä onnistunut vuorovaikutus on vaikeuksien käsittelyn edellytyksenä. Neuvolatoiminnan organisoinnissa terveydenhoitajat toivat esiin kaksi seikkaa, jotka saattavat aiheuttaa viivettä. Toisena seikkana tuli esiin sijaisten toiminta lomien aikana, jolloin lasten asioita voi jäädä hoitamatta, kun sijainen ei tunne perhettä. Toisena asiana pahoiteltiin perhepalvelukeskuksen toimimista fyysisesti hajallaan. Yleisenä toivomuksena oli yhteinen fyysinen tila, jonka oletetaan nopeuttavan ja parantavan lasten avun saantia edelleen.

Neurolan ikäluokkatarkastukset

Terveydenhoitajat arvioivat, että lasten varsinaiset kehitykselliset vaikeudet havaitaan nykyään aiempaa nopeammin ikäluokkatarkastuksissa. Näiden varhainen havaitseminen perustuu tarkastuksissa tehtäviin seulontatutkimuksiin, joista keskeisiä ovat lasten neurologisen ja puheen kehityksen seulontatutkimukset. Ylipäättään vaikeuksien havaitsemista helpottaa vanhempien näkökulman huomioiminen arjen sujumisesta, kavereista ja leikeistä.

Neurolan ikäluokkatarkastuksiin liittyy myös varhaisen avun saamisen viivettä selittäviä seikkoja. Leikki-ikäiset lapset käyvät neuvolassa ikäkausitarkastuksessa vain kerran vuodessa. Neurolan vastaanotolla erityisesti emotionaalisten ja psykososiaalisten vaikeuksien havaitseminen on vaikeata. Joskus havaitsemista helpottava keskustelu vanhempien kanssa saattaa jäädä käymättä. Terveydenhoitajat selittävät havaitsemisen vaikeutta myös sillä, että lapsi käyttäytyy yksin ja ryhmässä eri tavalla.

Tietysti on vaikeaa siinä mielessä havaita, että lapsi esimerkiksi ryhmässä saattaa käyttäytyä täysin eri tavalla kuin esimerkiksi tässä mun kanssa, tai ehkä siinä on korkeintaan vanhempi siinä mukana. Että ne voi usein tässä siinä näyttää parastaan, mut siinä ryhmässä voi käyttäytyminen olla tosi levontaa ja pienistäkin häiriöistäkin häiriintyvää, että tässä tilanne on yleensä tällainen hyvin hiljainen ja rauhallinen, että kahestaan tekee töitä... (th)

Kun lapsi on tässä yksin, hän pystyy sen pienen ajan tässä keskittymään, mutta sitten ryhmässä se reppä se esimerkiksi se asia ja kokonaistahan me ei tässä nähdä. Että miten lapsi toimii sitten porukassa ja ett esimerkiksi koulua ajatellen. Semmoset ongelmat ei tässä näy. (th)

Neuvolan ja päivähoiton yhteistyö

Terveydenhoitajat kertovat tuntevansa varhaiskasvatuksen toimintatapoja lasten vaikeuksien kohtaamisessa melko huonosti. Heidän mukaansa vaikeuksien varhaisessa havaitsemisessa nykyistä tiiviimpi yhteistyö varhaiskasvatuksen kanssa olisi tärkeää, koska päivähoitossa lapsi nähdään lähes päivittäin ryhmän jäsenenä. Neuvolan ja päivähoiton yhteistyötä tarvittaisiin sekä lapsen vaikeuksien havaitsemiseen että niihin puuttumiseen. Kun eri tahot ovat tehneet yhdensuuntaisia ja toisiaan täydentäviä havaintoja lapsesta, saadaan vanhemmatkin paremmin vakuuttumaan lapsen tuen tarpeesta. Päiväkotien kanssa tehtävä yhteistyö on lisääntymässä, mutta kehitys on seudun eri alueilla eri vaiheessa. Yhteistyö perhepäivähoitajien ja seurakunnan kerhojen kanssa on hyvin vähäistä.

No tota meillä oli tommonen yks yhteistyöpalaveri tossa just... ihan sen takia koska sitä aika vähän sitä yhteistyötä on. Että eipä juuri, että se mitä ne vanhemmat pyytää erityisruokavalioon näitä lappusia ja joskus soitetaan vaikka ... tai sovittu jotain, mut se on vähän niin kun kyllä vaiheessa. Että sitä nyt kyllä pyritään kehittämään. Että aika huonoo mun mielestä. (th)

Ei päiväkodit musta kovin aktiivisesti oo meihin yhteydessä. Joo ei oo, saisi enemmänkin olla... Että joskus soittavat. (th)

Perhepäivähoitajia ollaan yritetty aika paljon aktivoida, että ne vois konsultoida ihan nimettömänä, mutta ei, jonkun verran seurakunnan kerhot ottaa yhteyttä, mutta kaikkein eniten meillä on päiväkotien kanssa yhteistyötä kun me tehdään joka vuosi sinne tavallaan paperikonsultaatio, että käydään päiväkodissa kaikki oman alueen lapset läpi. (th)

Että, että seurakunnan kerhoissa monesti käyvät, mutta semmosta yhteistyötä et sieltä tulis viestiä niin harvemmin. Tai että ainakaan mun kohdalla ei oo tullut vastaan. (th)

Neuvolan erityinen tuki

Kaikki terveydenhoitajat kertovat ottavansa lasten vaikeudet aina puheeksi vanhempien kanssa. Puheeksi ottaminen voi olla myös vaikeata, mutta terveydenhoitajat katsovat sen aina velvollisuudekseen. Monet heistä kertoivat iän ja kokemuksen helpottaneen vaikeuksien puheeksi ottamista. Joskus varhaiseen puuttumiseen tarvitaan myös neuvolalääkärin auktoriteettia, jotta vanhemmat vakuuttuvat avun tarpeesta. Terveydenhoitajat kokevat pääsääntöisesti, että neuvolalääkäri tukee heidän työtänsä.

Kehityksellisiin ja psyykkisiin ongelmiin liittyvien lievien vaikeuksien kontrollointiin suhtaudutaan neuvolassa eri tavoin. Kehityksellisiin vaikeuksiin annetaan kontrolliaikoja uusintatestejä varten kun taas käyttäytymiseen ja tunne-elämään liittyvissä pienissä vaikeuksissa vanhempia pyydetään usein itse ottamaan yhteyttä neuvolaan, jos ongelma jatkuu. Psyykkisten vaikeuksien seuranta on epämääräisempää ja jää vanhempien harkinnan ja oma-aloitteisuuden varaan, josta saattaa aiheutua viivettä avun saamiselle.

Lapsen vaikeuden epäselvyys voi ylipäättäänkin hidastaa lapsen avun saamista, koska normaalin ja poikkeavan rajaaminen on vaikeata ja avun tarjoamista saatetaan siirtää eteenpäin.

Niitä on niitä semmosia rajatapauksia, joissa niinku on ittelä pieni joku, että hitsit että ei ihan kaikki ei mee niinku toivois, mutta sitte ei tosiaan saa niinku

mitään selvää kiinni. Niin semmosia sit tosiaan siirtää viel pikkusen...kun on kuitenkin niin häilyviä nää rajat, ett mikä on normaalia ja mikä ei... (th)

Sitten se semmonen joku juttu, mikä on niin kun ei oikein saa kiinni mistään, että mihin, ett on vaan vähän semmonen mutu-tuntuma, että ei tässä nyt kaikki oo niinkun pitäis olla, niin sitt kun ne on siellä koulussa niin se jotenkin siellä ne tulee näkyviin.(th)

Yksi terveydenhoitaja korosti neuvolan roolia erityistä tukea tarvitsevien lasten auttajana ja kyseenalaisti seulojan ja eteenpäin lähettäjän roolin. Toisaalta tämä terveydenhoitaja pohti myös sitä, viivästykö lasten apu näin.

...mä oon jotenkin aatellu, että enhän mä nyt voi kaikkia niitä lapsia jotka ei nyt heti osaa niitä kaikkia kuvioita piirtää (testeissä) niin enhän mä niitä heti laita toimintaterapiaan. Mä mielellään otan ne puolen vuoden tai muutaman kuukauden päästä uudestaan ja katotaan että...että toisaaltahan siinä voi aatella että se on semmonen selvä viive, että sitä ei niinkun heti laitakkaan. Sitä ei voi tietää, että sitä aattelee että olis kannattanu jo laittaa aikasemmin.(th)

Terveydenhoitajien arvion mukaan vaikeissa ongelmatilanteissa (esimerkiksi vanhempien mielenterveysongelmat ja päihdeongelmat) eläville perheille järjestetään viiveetöntä varhaista apua lasten vaikeuksien ennaltaehkäisemiseksi. Monet terveydenhoitajat korostivat perhepalvelukeskuksen perheohjaajan suurta merkitystä tässä työssä. Sen sijaan erilaisissa elämänkulkuun liittyvissä tapahtumissa (esimerkiksi lasten syntymä, paikkakunnan muutto tai avioero) tukea tarvitsevien perheiden parissa tehtävästä auttamistyöstä ei terveydenhoitajien haastattelupuheessa juuri kerrota. Vaikka terveydenhoitajat kertovat ottavansa havaitsemansa lasten vaikeudet aina puheeksi, perheen elämänkulkuun liittyviin vaikeuksiin voi olla vaikeampi puuttua varhaisessa vaiheessa, kun lapsi ei vielä oireile.

Ett se mikä on ite niinkun huomannu, niin siellä siellä kyllä saattaa olla vanhempien parisuhdeongelmaa taustalla, ett se on selvinny sit niinkun myöhemmin, ett ne on eronnu, sitte vuosi menny tai kaks sillai, ett aika usein on semmosta takana. Mutta sitte jotenkin kauheen vaikea kysyä, ett onks teillä

jotakin niin vanhemmat ei sitten välttämättä miellä sitä mitenkään, ett sitten se heijastuu lapseen. Sillon tietysti pitäs kysyä. Niitä ei oo kauheen usein, mutt niitä on aina joskus. (th)

Erityistyöntekijän mukaan lapsen käyttäytymisongelmien taustalta voi paljastua elämänkulkuun liittyviä tapahtumia, joihin perhe olisi tarvinnut tukea jo aikaisemmin ennen lapsen oireilua.

...lapsella on jotakin oireita, jotain levottomuutta, käyttäytymisongelmaa, syömis- tai nukkumisongelmaa ja sen takia vanhemmat tulevat ja sitten kun sitä asiaa selvitetään, niin sieltä saattaa sitten putkاهدella esiin et viimeisen vuoden, kahden sisällä perheessä on tapahtunut jotakin, jotain isovanhempia esimerkiksi kuollut tai mietin et se on ehkä semmonen tavallisin mikä on saattanu viedä vanhempien voimia...mutt että niin ne tulee esiin et vanhemmat ei oo, eikä oikeen kukaan, mikään muukaan taho ota yhteyttä sen takia. Ne tulee esiin vasta sitten kun niitä asioita rupee kyseleen ja selvitteleen. (ett)

Neuvolan ja erityistyöntekijöiden yhteistyö

Kaikilta perheiltä pyydetään lupa moniammatilliseen työskentelyyn ja terveydenhoitajat kokivat, että heillä on hyvät mahdollisuudet erityistyöntekijöiden konsultointiin lasten asioissa ja lasten ohjaamiseen erityistyöntekijöiden vastaanotoille. Erityistyöntekijöillä ja terveydenhoitajilla on neljästi vuodessa yhteinen neuvottelu, jossa keskustellaan lasten asioista vanhempien luvalla. Terveydenhoitajat kuitenkin kokevat, ettei lasta voi ohjata erityistyöntekijöille vanhempien tahdon vastaisesti kuin poikkeustapauksissa.

Mutta kyl mun sitten toisaalta mä ajattelen, että kyllähän ihmisillä on oikeus ja perheillä valita. Että me tehdään se mikä me pystytään, että tota jos ei nyt oo lastensuojeluasia niin kyllä vanhemmilla on oikeus olla viemättä lastansa...(th)

Terveydenhoitajien haastatteluissa ei tule esille, että erityistyöntekijöiden avusta kieltäytyvien neuvolaseurantaa tehostettaisiin. Vanhempi saattaa myöhemmin itse ottaa yhteyttä avun saamiseksi hyväksymisprosessin läpikäytyään.

kun...ehdotettiin, että sitten vois tosiaan tänne meidän toimintaterapiaan ja puheterapiaan ja niin...kielsi ja siinä...mentiin sitten varmaan puol vuotta eteenpäin niin sitten tää äiti soitti... puoli vuotta meni tämän äidin kohdalla ennen kuin sitten äiti soitti ja sano, että tee vaan se lähete.(th)

Lasten avun saamisessa syntyy viivettä, jos neuvola ei tarjoa erityistä tukea lapselle ja perheelle eivätkä vanhemmat hakeudu muualle avun piiriin. Haastatteluissa tuli esille vain yksittäisiä tapahtumia, joissa lähettämässä oli tapahtunut tekninen virhe tai unohdus, jonka seurauksena lapsen apu oli viivästynyt. Sen sijaan kahden erityistyöntekijän mukaan eri terveydenhoitajien käytännöissä ohjata asiakkaita heille on suuria eroja.

Ja sitten tuota kyllä valitettavasti tässä on sellaista alueellista eroavaisuutta, että jostakin tulee ja jostakin ei tule koskaan...(ett)

...koska sitten tässä on neuvoloiden välisiä eroja, ja sillonhan se ei voi mitenkään johtua pelkästään asiakkaista... (ett)

Lapsia ohjattaessa neuvolasta erityistyöntekijöille avun piiriin hakeutumisen viiveettömyyttä tukee asian hyvä perustelu vanhemmille ja yksilöllinen ohjaaminen. Tarvittaessa sovitaan esimerkiksi ensimmäinen aika niin, että erityistyöntekijä tulee neuvolaan. Toimintaterapeutille ja puheterapeutille ohjaaminen tapahtuu tavallisesti läheteellä, jonka jälkeen terapeutit ottavat perheeseen yhteyttä, joten palveluihin hakeutuminen ei jää vanhempien varaan. Psykologille ohjaaminen on terveydenhoitajien haastattelujen perusteella mutkikasta. Psykologin ja perheneuvolan työnjako on osalle terveydenhoitajista epäselvä. Psykologille ohjataan tavallisesti antamalla vanhemmille psykologin yhteystiedot oma-aloitteista yhteydenottoa varten, vaikka terveydenhoitajien käsityksen mukaan psykologille meno koetaan vaikeaksi. Vanhempien kielteinen asenne saattaa vaikuttaa terveydenhoitajan aktiivisuuteen psykologille ohjaamisessa.

On siinä eroa sillain, että psykologia tarjoaa viimeisenä (epäselvään vaikeuteen). Sillon vanhemmat kyllä nostaa heti kädet pystyyn, että mikäs tää tämmönen juttu on, että puheterapeutille on hirveen helppo ohjata, se mielletään vielä ihan jees,

ett jos lapsi käy puheterapiassa. Mutt ett jos se lapsi käy psykologilla, niin mielletään sitten jo että tässä on jotain.(th)

...sillon suositeltiin jo niinku tota psykologilla käyntiä, että se ehkäpä oli tietysti se psykologi käynti niinku heidän kohalla varmaan sellanen leimaa-antava, että tuntu että he ei nyt sinne nyt ainakaan lähetä. (th)

Selkeesti matalampi kynnyks on mennä esimerkiks puheterapeutille kun psykologille. (th)

Kaikki vanhemmat eivät ota psykologiain lainkaan yhteyttä tai tekevät sen vasta pitkän ajan kuluttua, jolloin avun saamisessa syntyy viivettä. Tosin jos psykologi on tietoinen lapsesta ja huolissaan tämän tilanteesta, hän on itse yhteydessä vanhempiin päin.

Terveystenhoitajien haastatteluista ei ilmene, että lapsen vaikeuden toteaminen ja erityistyöntekijälle ohjaaminen muuttaisi lasten neuvolaseurantaan niin, että myös neuvola tarjoaisi erityistä tukea perheelle. Tosin yksi terveydenhoitaja kertoi tarjoavansa keskustelu-aikoja neuvolaan vanhempien tukemiseksi jonotusaikana. Neuvola saa aikaisempaa paremmin tiedon siitä, ovatko lapset hakeutuneet erityistyöntekijälle. Jos lapsi ei ole hakeutunut erityistyöntekijälle, terveydenhoitajat palaavat asiaan yleensä vasta seuraavalla käynnillä elleivät ole erityisen huolestuneita lapsen tilanteesta. Näin lapsen saama apu siirtyy myöhemmäksi.

Noo, sitten tietenkin aina kun, että jos mä neljä -vuotiaan laitan vaikka puheterapiaan, ja tulevat viisivuotis -neuvolaan niin sittenhän meillä on jo tuolla palautetta ja siitä voi sitten nähdä, että miten sil on menny. Ja kyllä sitten joskus on, että siellä ei oo mitään, ja mä ihmettelen sitten, että ette käynykkään.(th)

No sitten mä aattelen...aattelen, että... Ei vaan, kyllä mä niinkun. Vähän riippuu, jos on niinkun semmonen isomman huolen että perhe, että useinhan siinä on kaikkee muutakin, niin tota saatan soittaa ja ihmetellä. Tai sitten kun ne seuraavan kerran tulee, niin sitten mä ihmettelen tai kyselen että mitenkä ja

sitten kuuntelen sitä selitystä että miten. Ja sitten yritän vaikuttaa, että kannattas. (th)

3. Erityistyöntekijöihin liittyvä selitys

Erityistyöntekijöihin liittyvät viiveen ja viiveettömyyden selitykset jakautuvat analyysin perusteella viiteen luokkaan: erityistyöntekijöiden resurssit, jonot ja priorisointi, erityistyöntekijöiden toimintatapa, erityistyöntekijöiden ja päivähoidon yhteistyö sekä asiakassuoritteiden painotus.

Erityistyöntekijöiden resurssit

Kaikki kolme erityistyöntekijää arvioi, ettei heidän ole mahdollista nykyisillä voimavaroilla vastata lasten avun tarpeeseen vaan toimijoita tarvitaan lisää nykyisen suuren palvelutarpeen tyydyttämiseksi viiveettömästi.

...että tiedä nyt sitten mikä tohon niin kun auttas siihen viiveettömyyteen. Että ... (toimijoita)... enemmän tai sitten... (ett)

...että jos tähän vois saada vielä jonkun ... (toimijan)... niin vois olla varma että saisivat kyllä parempaa palvelua... (ett)

...kyllähän täälläkin ideaalitalanne olisi jos olis ... (enemmän toimijoita)..., jos ajattelee ihan niin kuin lapsia ... (ett)

Terveystenhoitajat puolestaan pitivät paikallista erityistyöntekijätilannetta valtakunnallisesti tarkasteltuna erittäin hyvänä ja näkivät avun saamisen viiveettömyyden perustuvan pitkälti hyviin erityistyöntekijäresursseihin. Erityistyöntekijät tunsivat kuitenkin itsensä kuormittuneiksi ja kokivat, etteivät ehdi tehdä tarpeeksi kovasta työtahdista huolimatta.

Erityistyöntekijät kokivat myös, että työtä voisi kehittää paremmin viiveettömyyden suhteen, jos aikaa kehittämistyöhön olisi enemmän. Erityistyöntekijöiden haastatteluissa arvioitiin, että perhepalvelukeskuksen johdon odotukset asiakassuoritteiden määrästä saattavat tosiasiallisesti viivästyttää lasten auttamista. Suuntaamalla työaikaa korjaavasta asiakastyöstä esimerkiksi päivähoiton työntekijöiden ohjaukseen voitaisiin

lapsia auttaa jo varhaisemmassa vaiheessa. Asiakassuoritteet kasvavat, kun kaikki ajat pidetään täynnä, mutta toisaalta samanaikaisesti on mahdotonta vastata välittömään avun tarpeeseen.

...viiveettömyydessä olis parantamisen varaa, mutta se on vähän semmonen kakspiippunen juttu. Jos halutaan työntekijöistä kaikki tehot irti, niin silloin pitää olla kalenterit täynnä ja kun se kalenteri on täynnä niin silloinhan sinne ei voi ottaa ketään yhtäkkiä väliin.(ett)

Jonot ja priorisointi

Lapset joutuivat jonottamaan kaikkien erityistyöntekijöiden vastaanotoille. Erityistyöntekijöiden haastattelun mukaan jonotusaika puheterapiaan kestää yhdestä kolmeen kuukauteen, toimintaterapiaan kolmesta kuuteen kuukauteen ja psykologille useasta kuukaudesta puoleenkin vuoteen. Kiireellisissä tilanteissa toimintaterapeutti arvioi pystyvänsä järjestämään ajan viikon ja psykologi kuukauden sisällä. Jonojen pituus vaihtelee esimerkiksi vuodenaikojen mukaan. Erityisesti toimintaterapeutti ja psykologi pitivät omia jonojaan pitkinä kun taas valtaosa terveydenhoitajista piti vain toimintaterapeutin jonoa pitkinä.

Erityistyöntekijät tekivät jatkuvaa priorisointia valitessaan asiakkaita jonoista. Perheen ja lapsen erilaiset elämäntapahtumat vaikuttavat siihen, milloin erityisesti tutkimusjaksot voidaan ja kannattaa toteuttaa. Joskus pitkä odotusaika laskee vanhempien motivaatiota eivätkä he enää jonotusajan jälkeen haluakaan mennä vastaanotolle. Haastatteluissa tuli esille erilaisia priorisointiperusteita kuten esimerkiksi että pienimmät ovat etusijalla ja vanhempien suuri huoli nopeuttaa vastaanotolle pääsyä. Yksi erityistyöntekijä toi esille huolen siitä, etteivät suurimmissa vaikeuksissa olevien lasten vanhemmat vaadi apua ja näiden lasten apu viivästyy. Näin tapahtuu etenkin silloin, kun erityistyöntekijän saama ennakkotieto on ollut puutteellinen eikä hän itse ole huolestunut lapsen tilanteesta.

...nämä lapsiasiakkaat sen takia, he eivät itse vaadi apua ja usein ne, joilla on isoin hätä, niin niiden vanhemmatkaan ei vaadi apua ja itse asiassa ne jäävät sinne jonoon, valitettavasti, jos mä en itse henkilökohtaisesti hätäänny... Ja

niitä on aina tulossa niin paljon kun ehtii ottaa...ett ikuinen ristiriita on sen jonon kans ett kenet mä täältä otan seuraavaks jos mulla on mahdollisuus ottaa vaikka yksi asiakas seuraavien viikkojen aikana, niin kenet mä täältä jonosta otan! Ihan hirveetä... (ett)

Samalla kun priorisointi lyhentää osan jonotusaikaa se samalla myös pidentää sitä toisten kohdalla.

Erityistyöntekijöiden toimintatapa

Erityistyöntekijöiden toimintatapa tukee viiveettömyyttä monin tavoin. Lapsia ohjautuu suoraan erityistyöntekijöiden palveluihin pääsääntöisesti neuvolan ohjaamina tai perhepalvelukeskuksen varhaiskuntoutustyöryhmästä, mutta myös suoraan päivähoidosta. Joskus harvoin vanhemmat ottavat oma-aloitteisesti yhteyttä. Varhaiskuntoutustyöryhmä suunnittelee yhdessä lasten ja perheiden palveluita vanhempien luvalla. Yhteistyötä tehdään sekä neuvolan että päivähoidon kanssa. Tutkimuksiin tai terapiaan tulevien lasten prosessi on sinänsä hidas ja työläs ja aikataulu täytyy sovittaa koko perheen aikatauluun. Käytännön ongelmia aiheutuu päiväaikaan sijoittuvista käynneistä ja matkoista erityistyöntekijöiden vastaanotoille. Lasten apua järjestetään myös ryhmätoimintana. Prosessin alussa eivät vanhemmat eivätkä työntekijät tiedä vielä, mitä kaikkea apua lapsi tulee tarvitsemaan. Asiakkuudet pyritään lopettamaan heti kun se on hyvin mahdollista.

Yhteistyö päivähoidon kanssa

Kaikki erityistyöntekijät jalkautuvat päiväkoteihin. Psykologi kertoo käyvänsä päiväkodeissa havainnoimassa ja seuraamassa lapsiryhmiä tai myös yksittäisiä lapsia päivähoidon pyynnöstä, jolloin lasten vaikeuksien havaitseminen ja puheeksi ottaminen nopeutuu. Päivähoito huomaa lasten vaikeudet, mutta puheeksiottaminen vanhempien kanssa on haastavaa ja psykologille ohjaamista edeltää yleensä hänen konsultointinsa.

9.2 Vanhempien käsitykset ja potilasasiakirjoista saatava tieto lasten varhaisen avun saavutettavuudesta

9.2.1 Lasten ja perheiden kuvaus

Kaikki tutkimuksessa mukana olevat kymmenen perhettä käyttivät lastenneuvolapalveluja ja yhdellä lapsella oli tihennetty neuvolaseuranta. Kahdeksan lasta oli päiväkodissa, heistä yksi oli siirtynyt sinne perhepäivähoidosta lapsen kehityksen tukitoimena. Yksi lapsi kävi seurakunnan kerhoa ja yksi oli kotihoiossa. Kahdella perheellä oli jossakin vaiheessa ollut asiakkuus lastensuojelupalveluihin ja ainakin yksi perhe sai lyhyen aikaa kodinhoitoapua. Kaikilla tutkimusaineiston lapsilla tai heidän perheillensä oli taustalla yksi tai useampia riskitekijöitä, joiden perusteella heillä oli jo lähtökohtaisesti tarvetta erityiselle tuelle. Näitä riskitekijöitä olivat mm. lapsen syntymän enneaikaisuus (yksi lapsi), muu vastasyntyneenä todettu kehityksen seurannan tarve (yksi lapsi), perheen muiden lasten samankaltaiset vaikeudet (kolme lasta), vaikea perhetilanne (kuusi lasta), vanhempien ero (neljä lasta), asuinpaikan muutto (kuusi lasta) sekä vanhemman uupumukseen ja mielenterveyteen (kaksi lasta) tai vanhemman päihteiden käyttöön (kaksi lasta) ja väkivaltaisuuteen (yksi lapsi) liittyvät vaikeudet.

Usealla lapsella, mutta ei kaikilla, vaikeudet olivat monimuotoisia. Viidellä lapsella oli ollut ennen psykologin asiakkuutta kontakti muuhun erityistyöntekijään ja heistä kahdelle oli tehty kehitykseen liittyviä tutkimuksia myös erikoissairaanhoidossa. Osalla lapsista eri asiakkuudet liittyivät samaan vaikeuteen ja osalla taas erilaiset vaikeudet seurasivat toisiaan ja johtivat erilaisiin asiakkuuksiin. Tutkimusaineiston lasten tulosityitä psykologille olivat tottelemattomuus, tunne-elämän vaikeudet, käyttäytymisongelmat, rauhattomuus, vilkkaus, keskittymättömyys, syömiseen liittyvät ongelmat, tutkimukset autististen piirteiden tai Aspergerin syndrooman epäilyn vuoksi, kehitystason ja kielellisen kehityksen tutkimukset, kouluvalmiustutkimukset sekä huolta aiheuttava kotitilanne. Tässä tutkimuksessa rajoitutaan tarkastelemaan lasten avun saantia siihen vaikeuteen, mikä on ollut heidän psykologille tulonsa syynä. Aloitteen tekijöinä avun saamiseksi lapselle olivat neuvola, neuvola ja lapsen vanhempi yhdessä, päivähoido tai

päiväkodissa vierailut psykologi. Osalla lapsista vanhempien kokema avun saanti käynnistyi psykologin asiakkuudesta ja osalla se oli käynnistynyt jo aikaisemmin muiden työntekijöiden toimesta.

9.2.2 Miten lasten viiveetön varhaisen avun saanti toteutui?

Potilasasiakirjojen perusteella kaikkien lasten avun saanti on käynnistynyt. Osalla heistä tutkimukset tai terapia jatkuvat edelleen säännöllisesti tai tarvittaessa. Seitsemän lapsen saama apu on ollut hidasta ja erityisesti vanhemmat olisivat voineet hyötyä aikaisemmasta tuesta. Lasten auttamisessa ei ole kuitenkaan syntynyt sellaista viivettä, joka olisi heikentänyt heidän kehitysmahdollisuuksiaan tai lisännyt lasten tutkimusten tai terapian tarvetta.

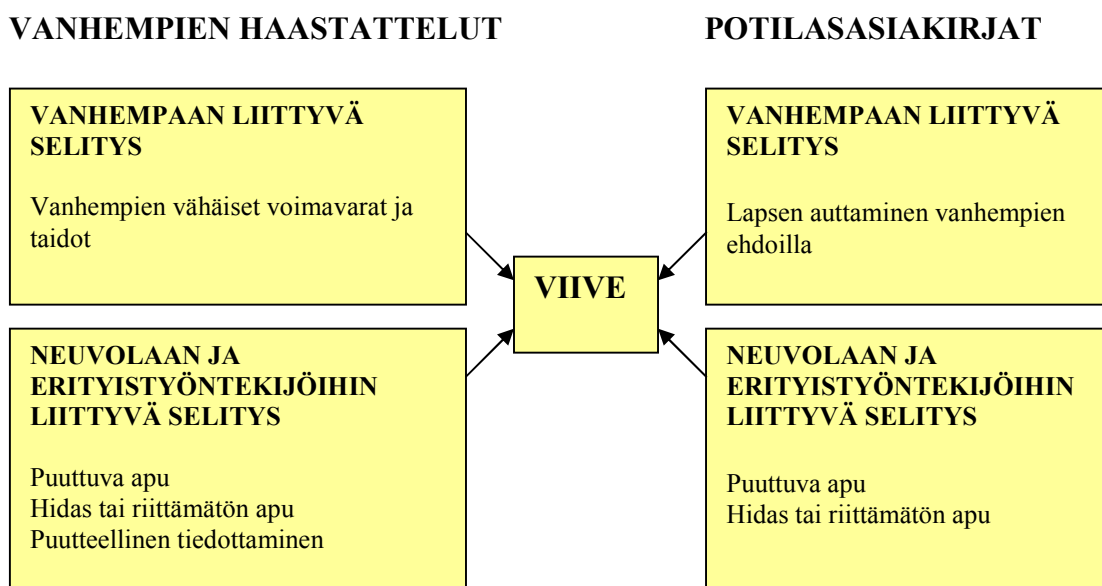
Kahdeksan vanhempaa kymmenestä osallistui tutkimushaastatteluun. Heistä seitsemän koki lapsen saaneen apua. Yksi vanhempi arvioi, ettei lapsi saanut apua lainkaan. Kolme vanhempaa koki, että lapsen avun saaminen oli viiveetöntä kun taas neljän mielestä avun saamisessa oli viivettä. Vanhempien kokema viive oli ajalliselta kestoaltaan pitkä: yksi vanhempi arvioi viiveen pituudeksi puoli vuotta ja kolmen lapsen vanhemmat peräti kaksi ja puoli vuotta. Taulukoon 2 on koottu lasten taustatiedot sekä avun saanti ja mahdollinen viive.

TAULUKKO 2. Lasten taustatiedot sekä avun saanti ja viive

lapsen sukupuoli ja ikä	saadut palvelut	perhe-tyyppi (ks. Heimo 2002, 15–16)	lapsen vaikeus/tutkimus tarve	avun saanti ja viiveen kesto vanhemman kokemana	avun saanti ja viive potilasasia-kirjojen mukaan
Lapsi A poika 5v	neuvola päiväkotitoimintaterapeutti psykologi	riski-perhe	tottelemattomuus tunne-elämän vaikeus	sai apua, viive 2.5 vuotta	sai apua, viivettä
Lapsi B poika 6v	neuvola päiväkotikotiavustaja psykologi	riski-perhe	käytösongelmat	sai apua, viive 2.5 vuotta	sai apua, viivettä
Lapsi C poika 6v	neuvola (tiheä seuranta) päiväkotipsykologi	riski-perhe	syömiseen liittyvä ongelma	sai apua, viive 2.5 vuotta	sai apua, viivettä
Lapsi D poika 3v	neuvola puheterapeutti psykologi	hyvin toimiva perhe	autistiset piirteet/tutkimukset	sai apua, viive 0.5 vuotta	sai apua, ei viivettä
Lapsi E poika 5 v	neuvola päiväkotipuheterapeutti toimintaterapeutti lastensuojelu erikoissairaanhoido psykologi	ongelma-perhe	kehitystason ja kielellisen kehityksen tutkimus	ei saanut lainkaan apua	sai apua (perheen ehdoilla), viivettä
Lapsi F poika 2,5 v	neuvola (tiheä seuranta) perhepäivähoito päiväkotipuheterapeutti lastensuojelu psykologi	ongelma-perhe	rauhattomuus ylivilkkaus	tieto puuttuu	sai apua (perheen ehdoilla), viivettä
Lapsi G poika 5,5 v	neuvola päiväkotitoimintaterapeutti puheterapeutti psykologi	riski-perhe	vilkkaus keskittymättömyys	tieto puuttuu	sai apua, viivettä
Lapsi H poika 5v	neuvola srk kerho psykologi	hyvin toimiva perhe	vilkkaus keskittymättömyys	sai apua, ei viivettä	sai apua pyynnöstä, pieni viive
Lapsi I tyttö 5v	neuvola päiväkotipsykologi	hyvin toimiva perhe	asperger-epäily/tutkimukset	sai apua, ei viivettä	sai apua, ei viivettä
Lapsi J tyttö 7v	neuvola päiväkotierikoissairaanhoido psykologi	hyvin toimiva perhe	kouluvalmius-tutkimus	sai apua, ei viivettä	sai apua, ei viivettä

9.2.3 Millaisia selityksiä viiveelle on löydettävissä?

Samoin kuin terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden haastatteluissa myös vanhempien haastattelujen ja potilasasiakirjojen analyysin perusteella saatiin tulokseksi, että viive liittyy aina jonkun toimijaosapuolen (vanhemman, neuvolan tai erityistyöntekijöiden) toimintaan. Saaduista tuloksista on esitetty yhteenveto kuviossa 8.



KUVIO 8. Viiveen selitykset vanhempien haastattelujen ja lasten potilasasiakirjojen mukaan

Seuraavassa tulokset avataan kertomalla tarkemmin viiveen selityksistä. Vanhemmat, jotka kokivat, että apu oli viiveetöntä, eivät eritelleet sitä tarkemmin, sillä viiveettömyys koettiin ilmeisesti luonnolliseksi. Tulosten esittämistä varten lapset on jaettu kolmeen ryhmään vanhemman arvioiman viiveen perusteella. Ryhmien tarkoituksena on suojella lasten yksityisyyttä.

Lapset A, B, C ja D

Yhden pojan äiti arvioi, että lapsen avun saannissa oli viivettä puoli vuotta. Kolmen pojan äidit puolestaan arvioivat, että poikien avun saannissa oli viivettä kaksi ja puoli

vuotta. Nämä äidit arvioivat, että he aiheuttivat itse omalta osaltaan viivettä lapsen avun saamiselle. Näiden vanhempien oma elämäntilanne oli raskas lapsen vaikeuksien ilmaantuessa. Avun aktiivinen hakeminen lapselle siirtyi, koska vanhemman oma elämä oli sekaisin eikä vanhemmalla ollut voimavaroja paneutua lapsen asiaan.

Lapsi olisi tarvinnut aikaisemmin apua, mutt mä en osannu sitä ite hakea, kun siinä oli pojan isästä eroaminen, sehän oli hirvee se vuos, ett itekin oli ihan sekasin, kun ei tiennyt, ett missä ollaan ja mitä ollaan niin hyvä kun päästiin päivä kerrallaan eteenpäin... (v = vanhempi)

Niin se (viive) johtu varmaan meistä itsestäkin, ei älynnyt osannut hakea heti sitä apua...(v)

Yksi äideistä toi lisäksi esille, että vanhemman on vaikeata arvioida lasta ilman vertauskohtia. Vanhempi saattoi myös kokea hyvin vaikeaksi myöntää avun tarvetta tai vastaanottaa sitä.

...että eihän vanhempi nyt pyydä apua ennen kuin viimeisessä hädässä ja kun on ihan toivoton tapaus. (v)

Äidit kohdistivat myös neuvolaan odotuksia, jotta apua saataisiin viiveettömästi. Yksi äiti toivoi neuvolalta lisää tarkkuutta vaikeuksien havaitsemisessa ja aktiivisempaa kiinnostusta siihen, mitä lapsille ja perheille oikeasti kuuluu sekä avun antamista jo neuvolassa. Tämä äiti koki voimakkaasti, ettei neuvolasta oltu tarjottu apua ennen kuin hän oli sitä itse pyytänyt, vaikka lapsella oli ollut vaikeuksia pitkään. Kolme äitiä toi esiin, että lapset olisivat tarvinneet apua jo perheiden vaikeiden elämäntilanteiden liittyvien tapahtumien yhteydessä vaikka vanhemmat eivät sitä silloin osanneet pyytää.

Kyllä, kyllä jo siinä muuttorumbassa olisi (apua) tarvittu, koska tuli paikkakunnan muutos ja pojalle päivähoiton muutos ja kaikki...avioero, minkä takia jouduttiin muuttamaan...sehän on selvä, että siinä vaiheessa lapsi olisi tukea tarvinnut. (v)

Neuvolakäyntiä pidettiin lyhyenä lapsen käyttäytymisen arviointiin ja lisäksi yksi äiti arvioi neuvolan keskittyvän vain lapsen fyysiseen terveyteen ja muu jää huomioimatta.

Sehän on niin lyhyt aika mikä neuvolassa ollaan, ettei ne tiedä siellä käyttäytymisestä sen kummemmin tietenkään näkemää...se oli vaan motorinen puoli kun ei oikein toiminu... lääkärikäynnissä ei tietenkään mitään ollut (psykologista) sehän on selvä, ettei siellä henkiseen puoleen, sehän on vaan sitä, että kroppa on kunnossa, sehän se on.(v)

Yhdellä pojista oli todettu kehityksen erityisen seurannan tarve jo vauvana, mutta asia oli jäänyt paikkakunnan vaihtumisen myötä huomioimatta neuvolassa. Äiti aloitti avun etsimisen terveystieteiden vastuuosastolta, mutta tutkimukset eivät sieltä käynnistyneet. Tällä äidillä ei ollut riittävästi tietoa neuvolan ja erityistyöntekijöiden palveluista eikä hän osannut ottaa yhteyttä näihin avun saamiseksi.

...netistä sain sen käsityksen, että tutkimukset tehdään keskussairaalassa ja sinne pitää olla lääkärin lähete ja sitten soitin suoraan tolle meidän lääkärille ja kysyin jos saan lähetteen näihin tutkimuksiin kun kaikki ei oo kondiksessa. Mä menin sitten sinne lääkäriin... mutta tää torppas sen kokonaan ja sano, että lapset on tollasia...(v)

Potilasasiakirjojen mukaan kahden pojan ja heidän perheidensä vaikeuksista tiedettiin pitkään sekä päiväkodissa että neuvolassa. Poikien neuvolaseuranta käsitti määräaikaistarkastukset, mutta ei kohdennettua tukea. Vaikeuksien pitkittyessä psykologi sai toisesta pojasta tiedon päiväkodin ja toisesta neuvolan kautta. Toisen pojan vanhempi otti psykologin tarjoaman avun vastaan neljän kuukauden kuluttua. Toinen pojista oli ohjattu psykologille kolme kertaa vuoden välein neuvolan ikäluokkatarkastusten yhteydessä, mutta vanhemmat eivät olleet hakeutuneet tarjottuun apuun. He kuitenkin vastaanottivat sen, kun psykologi otti perheeseen yhteyttä. Aikaisemmasta psykologille ohjaamisesta huolimatta äiti koki, ettei apua oltu tarjottu aikaisemmin.

Kahden pojan vaikeuksissa perhepalvelukeskus toimi aktiivisemmin. Toiselle pojista oli järjestetty neuvolasta erityistä tukea ja apua lisäkäyntien muodossa. Häntä ei kuitenkaan

ohjattu eteenpäin, vaikka neuvolakäynneistä ei saatu toivottua apua. Tämä saattoi johtua siitä, että potilasasiakirjamerkintöjen mukaan neuvola luuli pojan saavan apua perhepalvelukeskuksen ulkopuolelta. Tämä luulo perustui väärinkäsitykseen vanhemman haastattelun perusteella. Myöhemmin lapsi ohjattiin päiväkodin kautta psykologille, jolta apua on saatu vanhemman kokemuksen mukaan. Toisen pojan vaikeudet oli havaittu kotona ja sitten myös neuvolassa. Terveystenhoitaja ohjasi lapsen välittömästi neuvolan ikäkausitarkastuksesta eteenpäin erityistyöntekijöille, jonne äiti pääsi ja hakeutui lapsen kanssa heti. Äiti oli kiitollinen neuvolan terveydenhoitajan nopeasta avun järjestämisestä. Äidin kokema viive olisi ehkä voitu välttää tiheämmällä neuvolaseurannalla, sillä lapsi oli jo taustatietojen perusteella erityisen tuen tarpeessa.

Lapset E, F ja G

Yhden pojan äiti arvioi, ettei poika saanut apua lainkaan, koska apu oli vääränlaista. Kahden pojan äidiltä ei saatu arviota avusta ja viiveestä lainkaan. Lasten potilasasiakirjojen perusteella kaikki saivat apua vaikkakin hitaasti. Kahden pojan auttamisessa edettiin hitaasti vanhempien ehdoilla tarkoituksena turvata hoitosuhteen jatkuminen. Kolmas poika oli ohjattu perheneuvolaan jo kahta ja puolta vuotta aikaisemmin, mutta vanhemmat eivät hakeutuneet sinne. Lapsella oli tavanomainen neuvolaseuranta eikä häntä ohjattu uudestaan eteenpäin, vaikka neuvola oli kirjannut merkintöjä lapsen vaikeuksista. Psykologi tapasi lapsen päiväkodissa ja ohjasi päiväkodin suosittelemaan yhteydenottoa häneen. Äiti otti kuukauden kuluessa yhteyttä psykologiin ja tutkimukset käynnistyivät yhteydenotosta kolmen kuukauden kuluttua.

Lapset H, I ja J

Lasten (yksi poika ja kaksi tyttöä) äidit arvioivat, että lapset saivat viiveetöntä varhaista apua. Yksi lapsista ohjattiin neuvolasta psykologille heti äidin pyydettyä apua, toinen ohjattiin erityistyöntekijöille päiväkodista psykologin konsultaation jälkeen ja kolmannen päivähoito ohjasi psykologille. Kaikki vanhemmat hakeutuivat palveluihin. Potilasasiakirjamerkintöjen mukaan yhden lapsen vaikeudet havaittiin neuvolassa jo vuotta aikaisemmin, mutta niihin ei puututtu aktiivisesti. Yhden lapsen kohdalla neuvolassa oli neljänä vuotena peräkkäin eri terveydenhoitaja, mutta tämän vaikutusta lapsen avun saantiin on vaikeata arvioida. Äidit pitivät viiveettömyyttä asiaankuuluvana

eivätkä eritelleet selityksiä. Potilasasiakirjoissa yhteisenä tekijänä oli näiden vanhempien nopea hakeutuminen ohjattuihin palveluihin.

9.3 Yhteenveto keskeisimmistä tutkimustuloksista

Terveydenhoitajat arvioivat, että lapset saavat varhaista apua kehityksellisiin ja psyykkisiin vaikeuksiinsa. Lisäksi terveydenhoitajat arvioivat avun saamisen olevan melko viiveetöntä. Erityistyöntekijöiden arvio avun saamisesta ja viiveettömyydestä on hieman kriittisempi, mutta samansuuntainen kuin terveydenhoitajilla. Lasten vanhemmista seitsemän kahdeksasta koki, että lapsi sai varhaista apua. Neljä vanhempaa koki avun saamisen viiveettömäksi ja neljän mielestä viivettä syntyi. Kolmen vanhemman kokema viive oli kestoltaan kaksi ja puoli vuotta ja yhden vanhemman kokema puoli vuotta. Potilasasiakirjojen perusteella kaikkien lasten avun saanti oli käynnistynyt, mutta kuuden lapsen avun saamisessa oli syntynyt viivettä. Tutkimustulosten tulkinnassa on tärkeätä muistaa, että terveydenhoitajien arvio perustuu heidän kohtaamaansa suureen lapsimäärään, erityistyöntekijöiden arvio perustuu heidän toimintansa piiriin tulleisiin lapsiin, potilasasiakirjoista tulkittu arvio perustuu tutkimuksessa mukana olevien kymmenen lapsen avun saamiseen ja vanhempien arvio heidän kunkin oman lapsensa avun saantiin.

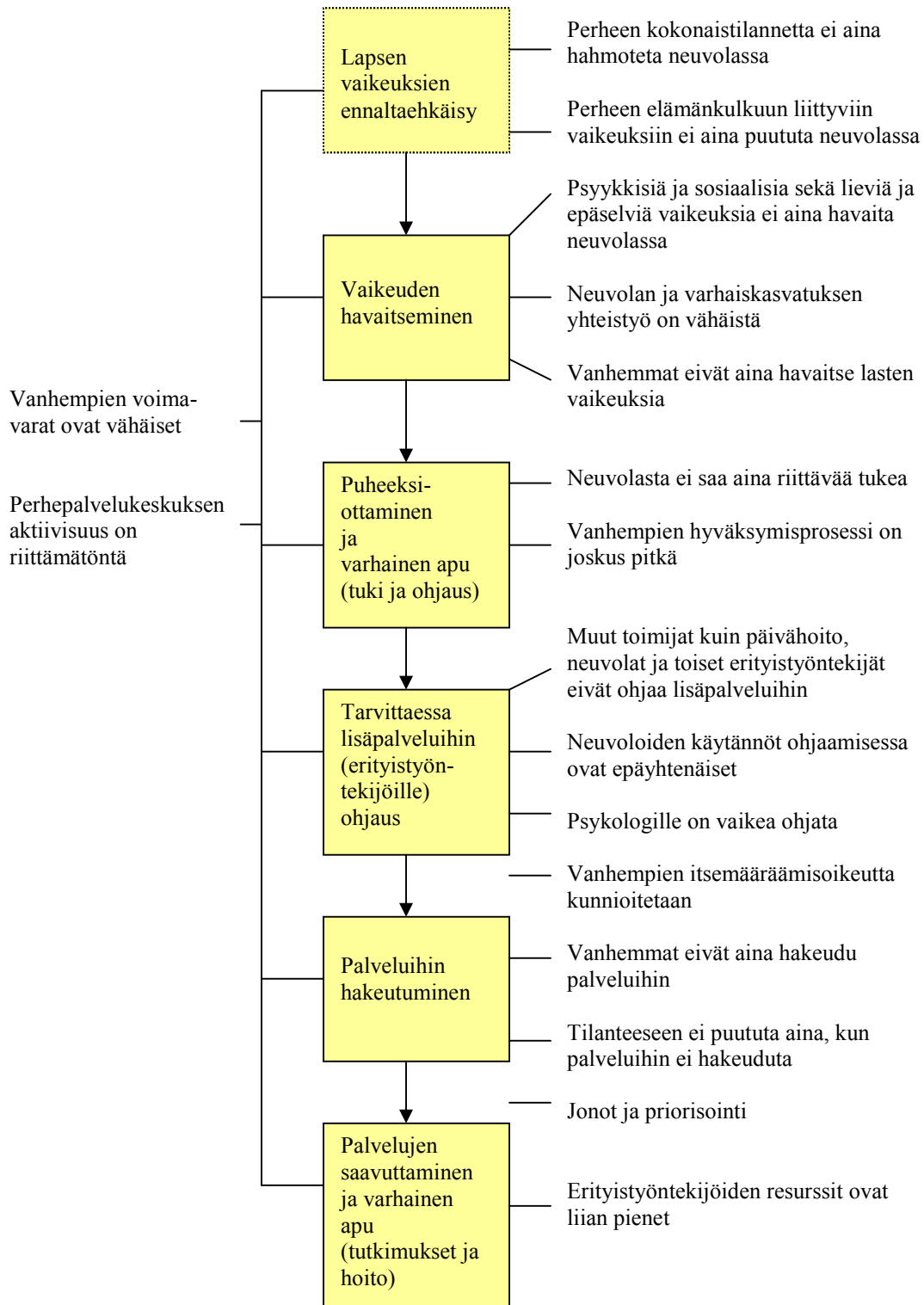
Terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden haastattelujen mukaan avun saamisen viiveettömyyttä tukee kaikkein eniten vanhempien aktiivinen ja myönteinen suhtautuminen lapsen vaikeuteen. Neuvolan hyvät resurssit, väestövastuinen työmalli sekä terveystarkastuksissa käytettävissä olevat seulontamenetelmät edesauttavat viiveettömän avun antamista. Lapsen vaikeuksien puheeksiotto neuvolassa ja yksilöllinen ohjaaminen eteenpäin erityistyöntekijöille nähdään viiveettömyyden selityksiksi. Merkittäväksi selitykseksi nousee myös neuvolan pyrkimys järjestää ongelmaperheille tukea jo ennen lapsen vaikeuksien ilmaantumista.

Terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden haastatteluissa nousi kolme varhaisen avun viivettä selittävää seikkaa erityisen tärkeiksi. Keskeisin selitys haastattelujen mukaan on vanhemman torjuva suhtautuminen lapsen vaikeuteen, joka tuli esille selityksenä viiveelle kaikkien työntekijöiden haastatteluissa. Torjuva suhtautuminen ilmenee usein

vanhempien pitkäkestoisena hyväksymisprosessina, jolloin vanhemman toiminta suhteessa lapsen vaikeuteen on passiivista. Toiseksi keskeiseksi selitykseksi nousi psyykkisten, emotionaalisten ja sosiaalisten taitojen arvioinnin vaikeus neuvolassa. Arviointia parantaisi haastattelujen mukaan varhaiskasvatuksen kanssa tehtävä yhteistyö, mutta se on riittämätöntä erityisesti perhepäivähoidon ja seurakunnan kerhojen kanssa. Kolmas tärkeä viivettä selittävä seikka ovat jonot erityistyöntekijöille ja etenkin jonoihin liittyvä priorisointi. Varhaisen vaiheen lievissä vaikeuksissa priorisointi merkitsee usein pidempää jonotusaikaa.

Tutkimukseen osallistuvien lasten vanhempien haastatteluissa keskeiseksi viiveen selitykseksi nousivat vanhempien vähäiset voimavarat. Perheiden elämäntilanne oli usein sekava ja raskas lapsen vaikeuksien ilmaantuessa eivätkä vanhemmat jaksaneet paneutua lapsen asioihin. Lisäksi nämä vanhemmat selittivät viivettä neuvolan puutteellisella kyvyllä arvioida perhetilannetta ja lasta kokonaisvaltaisesti sekä passiivisuudella avun tarjoamisessa ja varhaisessa auttamisessa. Myös tutkimuksessa mukana olevien lasten potilasasiakirjojen perusteella keskeisimmät selitykset viiveelle näyttäisivät syntyvän neuvolan puheeksiottamisen ja auttamisen puutteista. Perheen riskiolot ja vaikeudet saatettiin havaita neuvolassa, mutta niihin ei aina puututtu. Lapsen vaikeudet otettiin neuvolassa puheeksi, mutta erityistä jatkoseurantaa neuvolassa ei järjestetty. Mikäli perhe ja lapsi ohjattiin muihin palveluihin, he jäivät usein jonottamaan niihin ilman tukea. Kaikki perheet eivät hakeutuneet muihin palveluihin vaan jäivät yksin ilman apua. Perheen kokemus saattoi olla, ettei apua ole tarjottukaan.

Kuviossa 9 esitetään vielä eri aineistoista esille tulleet tärkeät viiveen selitykset sijoitettuna varhaisen avun saavuttamisen -prosessiin. Tässä tutkimuksessa tutkittiin lapsen vaikeuksiin saatavaa apua. Tutkimusaineistosta nousi kuitenkin voimakkaasti esille myös lasten vaikeuksien ennaltaehkäisy perheiden vaikeuksiin puuttumalla. Tämän vuoksi ennaltaehkäisy on nostettu prosessin ensimmäiseksi vaiheeksi. Kuvion oikeaan reunaan on koottu viiveen selitykset. Tutkimustulokset tiivistyvät kahteen kuvion vasemmassa reunassa esitettävään ulottuvuuteen, joista ainakin toinen on läsnä kaikissa selityksissä: vanhempien vähäiset voimavarat ja perhepalvelukeskuksen riittämätön aktiivisuus.



KUVIO 9. Yhteenvedo viiveen keskeisistä selityksistä varhaisen avun saavuttamisen -prosessissa

10 POHDINTA

10.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kaikissa tutkimuksissa on pyrittävä arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Laadullinen tutkimus on monimuotoista eikä sen luotettavuuden arvioinnille ole samalla tavalla yhtenäisiä tapoja kuin kvantitatiivisen tutkimuksen arvioinnille, jossa tutkimuksen reliabelius (toistettavuus) ja validius (pätevyys) ovat selkeinä arviointikriteereinä. Näitä sovelletaan toisinaan myös kvalitatiiviseen tutkimukseen, mutta se on ongelmallista, koska laadullinen tutkimus tarkastelee tutkittavaa ilmiötä lähtökohdasta, jonka mukaan ei ole olemassa yhtä todellisuutta vaan sen erilaisia konstruktioita. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232; Kylmä & Juvakka 2007, 127; Tuomi & Sarajärvi 2009, 134–137.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi on muodostettu kriteeristö, joka on synteesi eri tutkijoiden näkemyksistä. Kriteerit ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. *Uskottavuudella* tarkoitetaan tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Yhtenä keinona uskottavuuden vahvistamiseksi voidaan käyttää triangulaatiota, jolla tavoitellaan ilmiön tarkastelemista eri näkökulmista. Koko tutkimusprosessiin liittyvä *vahvistettavuus* edellyttää prosessin kuvaamista niin, että lukija tai toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua. Laadullisessa tutkimuksessa on silti hyväksyttävää, ettei toinen tutkija välttämättä päätyisi samasta aineistosta samaan tulkintaan, koska todellisuuksia on monia. *Refleksiivisyys* edellyttää, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan ja niiden vaikutuksesta tekemäänsä tutkimukseen. *Siirrettävyydellä* tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. Tämä edellyttää tilanteen riittävää kuvaamista siirrettävyyden arvioimiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142–149; Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Tämän tutkimuksen uskottavuutta lisää triangulaatio. Tietoa on kerätty haastattelemalla usealta eri ryhmältä: terveydenhoitajilta, erityistyöntekijöiltä ja lasten vanhemmilta. Haastattelujen lisäksi on analysoitu potilasasiakirjojen sisältöä. Näin tutkittavasta ilmiöstä on löydetty monta eri näkökulmaa. Monipuolisesta aineistosta huolimatta

tutkimuksella on aina rajoituksensa. Tässä tutkimuksessa esimerkiksi potilasasiakirjojen kirjaamisen laatu ja kattavuus vaikuttavat tutkimustuloksiin. Jos lapsen tai perheen saamaa tukea ei ole kirjattu lainkaan tai se on kirjattu muualle kuin tutkimuksessa mukana olevan lapsen potilasasiakirjoihin, niin potilasasiakirjoista saa käsityksen, ettei lapsi tai perhe ole saanut tukea. Voi olla, että tutkittavasta ilmiöstä johtuen terveydenhoitajat painottivat haastatteluissa viiveetöntä eteenpäin lähettämistä sen sijaan, että he olisivat kertoneet enemmän omasta toiminnastaan lasten ja perheiden tukemiseksi lasten vaikeuksissa. Tämä on mahdollista siitä huolimatta, että teemahaastattelun tema-alueilla pyrittiin varmistamaan koko prosessin kuvaaminen.

Vahvistettavuutta on lisätty kuvaamalla tarkasti tutkimuksen kulkua aineiston keräämisestä analyysiin ja tuloksista johtopäätöksiin. Oma taustani aikaisemmin terveydenhoitajan työtä tehneenä ja siinä monia kehittämistarpeita kokeneena tutkijana vaikuttaa tekemiini tulkintoihin. Tämän tiedostaminen on edellytyksenä refleksiivisyydelle. Jämsän perhepalvelukeskuksen organisaation ja toimintakulttuurin kuvailu tässä tutkimuksessa palvelee tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä vastaaviin palvelujärjestelmiin.

10.2 Tutkimustulosten tulkinta ja johtopäätökset

Perhepalvelukeskuksen palvelujen saavutettavuuden yhtenä tavoitteena on, että lapset ja perheet pääsevät viiveettömästi apua tarjoaviin palveluihin ja varhain tarvittaviin tutkimuksiin. Sekä terveydenhoitajat että erityistyöntekijät kertovat, että lasten avun saaminen ja viiveettömyys toteutuvat melko hyvin, mutta erityistyöntekijöiden käsitys on hieman kriittisempi kuin terveydenhoitajien. Kun lasten avun saantia ja viivettä tarkastellaan tässä tutkimuksessa mukana olevien usein monista vaikeuksista kärsivien yksittäisten lasten näkökulmasta käsin, tilanne näyttää erilaiselta; useiden lasten avun saannissa on viivettä sekä potilasasiakirjojen tulkinnan että lasten vanhempien käsityksen mukaan. Eri vanhemmat ovat kokeneet lastensa avun saannin eri tavoin. Vaikka ammattilaiset kuvaavat palvelujärjestelmän viiveettömyyttä, he kuitenkin tuovat esiin monia viivettä selittäviä seikkoja. Viiveen selityksenä ammattilaiset korostavat vanhempien osuutta viiveeseen ja vanhemmat taas ammattilaisten, mutta molemmat kertovat myös oman toimintansa osuudesta viiveen syntymiseen. Tämän tutkimuksen tulokset kertovat, että käsitys viiveestä ja viiveettömyydestä näyttäytyy hyvin erilaisena

eri näkökulmista, jotka ovat yhtäältä toisiaan täydentäviä ja avartavia, mutta toisaalta osittain myös keskenään ristiriitaisia. Kyseessä on monimuotoinen ja tulkinnanvarainen ja siksi myös hyvin mielenkiintoinen ilmiö. Perhepalvelukeskuksen toiminnan viiveettömyyttä tulisikin jatkossa arvioida monin eri tavoin luotettavan kuvan saamiseksi. Keinoina voivat olla mm. asiakastapausten purku, asiakaskyselyt avun saamisen kokemisesta ja tilastotiedot palveluihin pääsystä.

Jämsän seudun perhepalvelukeskuksessa on pyritty rakentamaan vahva perusta lasten viiveettömän varhaisen avun saavuttamiselle. Terveystyöntekijät pitivät väestöväestöistä työmallia pohjana varhaisen avun toteutumiseksi, sillä se mahdollistaa perheiden hyvän tuntemisen ja luottamuksellisen suhteen syntymisen. Väestöväestöistä työtä on pidetty tärkeänä myös muissa tutkimuksissa (esim. Honkanen 2008, 135). Lähes kaikki terveydentyöntekijät kokivat, että heillä on hyvä koulutus ja riittävästi aikaa asiakastyöhön. Ikäluokkatarkastukset tehdään säännöllisesti ajanmukaisia seulontamenetelmiä hyväksikäyttäen. Lisäksi terveydentyöntekijät korostivat hyvää tilannetta erityistyöntekijöiden palveluiden saatavuudessa. Terveystyöntekijät kokivat Jämsän seudun palvelutilanteen erittäin hyväksi verrattuna siihen kuvaan, mikä syntyy valtakunnallisista selvityksistä neuvolatyöstä (vrt. Hakulinen-Viitanen ym. 2005; Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Valtakunnallisesti on todettu, että lähes puolet neuvolaterveydentyöntekijöistä arvioi, ettei käytettävissä oleva työaika riitä erityisen tuen tarjoamiseen (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 113–114). Lähes kaikki tähän tutkimukseen osallistuneet terveydentyöntekijät arvioivat työaikansa riittävän tällä hetkellä hyvin. Jatkossa on tärkeää selvittää, mihin ajan itse asiassa katsotaan riittävän ts. mitä terveydentyöntekijät katsovat omiksi työtehtävikseen esimerkiksi lasten vaikeuksissa auttamisessa.

Lasten potilasasiakirjoihin tutustuessani huomasin, että perhetilanteesta oli vaikeata saada kuvaa asiakirjojen perusteella. Perheiden kokonaistilanteen hahmottamista voitaisiin helpottaa ottamalla säännölliseen ja aktiiviseen käyttöön neuvolan lomakkeistoon kuuluva ns. Lapsen perhe -lomake. Perhelomaketta käytetään perheen tietojen keräämiseen lapsen tukitoimien ja palvelujen suunnittelemiseen. Lomakkeeseen kirjataan esimerkiksi perherakenne ja muutokset siinä, perheen ja suvun sairaudet sekä perheen terveystottumukset kuten päihteiden käyttö. Lisäksi kirjataan lapsen kasvua tukevissa sisäisissä ja ulkoisissa voimavaroissa huomioitavat seikat. Näitä ovat mm.

perheen vuorovaikutus, tukiverkosto ja lapsen päivähoitomuoto. (Suomen Kuntaliitto 1997, 62–64.) Perheen tietojen kirjaaminen neuvolassa nykyistä monipuolisemmin ja tarkemmin tukisi lasten ja perheiden tarpeista lähtevää palvelua ja parantaisi palvelujen kohdentamista niitä eniten tarvitseville.

Tässä tutkimuksessa erilaisia perheitä on määritelty Heimon väitöskirjatutkimuksessaan käyttämän luokituksen mukaan, joka on esitetty aikaisemmin tämän tutkimuksen sivuilla 29–30. Hän kutsuu erilaisia lapsiperheitä käsitteillä hyvin toimiva perhe ja erityistuen tarpeessa oleva perhe. Hyvin toimivalla perheellä tarkoitetaan perhettä, joka ei tarvitse erityistä tukea. Erityistuen tarpeessa olevalla perheellä on vaikeuksia, jotka voivat haitata lapsen kehitystä. Erityistuen tarpeessa olevat perheet ovat joko riskiperheitä tai ongelmaperheitä. Riskiperheellä on vaikeuksia, joihin neuvolassa pyritään puuttumaan mahdollisimman varhain ennen kuin ne muuttuvat pysyviksi. Ongelmaperheellä on monenlaisia vaikeuksia, joita perhe ei hallitse ilman apua. (Heimo 2002, 15–16.)

Työntekijöiden mukaan ongelmaperheille järjestetään moniammatillisena yhteistyönä lasten kannalta katsottuna ennaltaehkäisevää tukea. Sen sijaan elämäntilanteeseen liittyvissä rasittavissa muutostilanteissa eläville riskiperheille tarjottava ennaltaehkäisevä tuki ei tullut tutkimuksessa esiin ja sitä tulisikin tehostaa vanhempien voimavarojen vahvistamiseksi jo ennen lasten vaikeuksia. Myös Jämsän seudun perheohjausta arvioivassa pro gradu -tutkielmassa tulee esille, että vanhempien kanssa tulisi keskustella huolista jo siinä vaiheessa, kun ongelmista ei vielä kärsitä. Tilanteen mutkistuessa vanhempien halu vastaanottaa apua saattaa heiketä. (Punna 2008, 48.) Perheet tarvitsevat tukea haastavissa tilanteissa kuten sairauden, työttömyyden, avioeron tai uudelle paikkakunnalle muuton yhteydessä. Useiden tähän tutkimukseen osallistuneiden perheiden asuinpaikan muuton taustalla oli raskaita kokemuksia ja uudella paikkakunnalla tukiverkosto oli monilla vielä ohut. Yhtenäisten työkäytäntöjen luominen perheiden tukemiseksi on välttämätöntä. Olisiko näille perheille mahdollista tarjota esimerkiksi ylimääräinen kotikäynti neuvolasta, jonka pohjalta perheen mahdollisesti tarvitsema tuki voitaisiin arvioida ja toteuttaa ja näin ehkä ennaltaehkäistä joitakin lasten vaikeuksia?

Haastateltavien käsityksen mukaan lasten kehitykselliset vaikeudet havaitaan neuvolassa melko hyvin. Sen sijaan lasten psyykkisten (käyttäytymiseen ja tunne-elämään liittyvien) vaikeuksien havaitseminen ja arvioiminen on neuvolassa vaikeampaa. Myös muissa tutkimuksissa on esitetty samansuuntaisia arvioita (esim. Strid 1999, 19–20). Psyykkisten vaikeuksien arvioinnissa tarvittaisiin vanhempien ja päivähoidon havaintojen lisäksi luotettavia seulontamenetelmiä, joita ei ole neuvoloissa käytettävissä (STM 2004, 159–163). Tässä tutkimuksessa sekä ammattilaiset että vanhemmat pitivät neuvolan ja päivähoidon yhteistyötä ensiarvoisen tärkeänä lasten vaikeuksien havaitsemisessa ja arvioinnissa. Myös Yrjänäinen (2002, 108–109) toteaa päivähoidon olevan merkittävä lasten vaikeuksien havaitsija, jonka asiantuntijuutta tulisi hyödyntää enemmän. Perhepalvelukeskuksen tavoitteena on moniammatillinen yhteistyö ja siihen on pyritty yhteisillä koulutuksilla ja kokoontumisilla. Terveystoimijien yhteistyö varhaiskasvatuksen kanssa on vähitellen lisääntymässä, mutta sitä pidettiin riittämättömänä ja erityisesti perhepäivähoitajien ja seurakunnan kerhojen kanssa hyvin vähäisenä. Sekä neuvoloiden että yksittäisten terveydenhoitajien välillä oli myös eroja yhteistyön toteutumisessa. Yhteistyön toteutuminen ei saisi jäädä yksittäisten työntekijöiden varaan vaan yhteisen käytännön toteutuminen edellyttää esimiestasolta johdettua toiminnan suunnittelua, käynnistämistä, seuranta ja arviointia. Toimiva yhteistyö nopeuttaa lasten avun saantia.

Lapsen vaikeudet ovat ja ne myös koetaan välillä epäselviksi neuvolassa. Vaikeudet voivat olla hyvin lieviä tai oireiden havaitsemisvaiheessa voi olla epäselvyyttä vaikeuden luonteesta. Lieviä kehityksellisiä epäiltyjä vaikeuksia kontrolloidaan neuvolassa antamalla aika uusintatesteihin kun taas psyykkisiksi epäiltyjen vaikeuksien kohdalla vanhempia pyydetään itse ottamaan neuvolaan yhteyttä vaikeuden jatkuessa. Näin lievien psyykkisten vaikeuksien seuranta jää pelkästään vanhempien vastuulle. Vanhemmat voivat tottua niihin (Goodman 1999, 791–799) ja lapsen mahdollisesti tarvitsema apu viivästyy. Myös lasten psyykkisten vaikeuksien seuranta edellyttää yhtenäisiä käytäntöjä ja säännönmukaisuutta.

Kun neuvolan työntekijä ottaa lapsen vaikeuden puheeksi perheen kanssa, hänellä on myös vastuu hoitaa asia loppuun saakka eikä pelkkä lähettäminen tai suosittelu jatkotutkimuksiin tai -hoitoon riitä. Vaikka erityistyöntekijöiden asiantuntijuus on usein välttämätöntä lapsen vaikeuksien tutkimuksissa, terapiassa ja vanhempien ohjaamisessa,

neuvola kohtaa perheen tuen tarpeen monesti ensimmäisenä. Puheeksiotto on usein pitkäjänteistä työtä ja vaatii toistuvia perheen voimavaroja vahvistavia tapaamisia, joiden myötä lapsen apu saadaan käynnistymään joko peruspalveluissa tai esimerkiksi erityistyöntekijöillä. Näin puheeksiottoon tulee liittyä aina myös seuranta, erityinen apu tai tuki (Eriksson & Arnkill 2005, 39–42). Jämsän seudun terveydenhoitajat ovat saaneet koulutusta vaikeuksien puheeksiottamiseen ja he kertovat ottavansa lasten vaikeudet puheeksi aina. Tämän tutkimuksen mukaan kuitenkin vaikuttaa siltä, että lapset saavat neuvolasta ensimmäisen puheeksiottotilanteen jälkeen kontrolliajan uusintatesteihin tai heidät ohjataan erityistyöntekijälle tai mahdollisesti perheneuvolaan tai perheohjaajalle. Lasten vaikeuksissa neuvolan perheille antama erityinen tuki (esimerkiksi tihennetyt käynnit, pidennetyt vastaanottoajat tai kotikäynnit) vaikuttaa vähäiseltä. Kuitenkin yksi terveydenhoitaja korosti tuen antamista jo neuvolassa. Tässä tutkimuksessa saattaa olla mahdollista, että terveydenhoitajat ovat kuvanneet vain vähän omaa toimintaansa perheen kanssa ja painottaneet eteenpäin lähettämistä, koska tutkittavana ilmiönä on ollut viive avun saamisessa. Paavilainen (1998) on todennut väitöstutkimuksessaan terveydenhoitajien kaksi erilaista suhtautumistapaa työn tekemiseen: rohkea ja aktiivinen sekä odottava ja passiivinen. Aktiivisella tavalla toimiva terveydenhoitaja mm. ottaa perheeseen yhteyttä, tarjoaa apuaan, tekee kotikäyntejä, toimii yhteistyössä muiden kanssa ja pyrkii muille lähettämisen sijaan kokonaisvaltaiseen tilanteen hoitamiseen. Passiivisen toimintatavan omaksunut terveydenhoitaja varoo, ettei perhe loukkaannu, ohjaa eteenpäin ja ajattelee, että avun antaminen kuuluu muille. (Paavilainen 1998, 91–94.) Lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa auttaminen edellyttää kuitenkin usein samanaikaisesti sekä terveydenhoitajan pitkäjänteistä tukea että lisäpalveluihin ohjausta. Koska osa perheistä ei hakeudu lisäpalveluihin, lapsi ja perhe saattavat jäädä kokonaan ilman tukea, jos he eivät saa sitä neuvolasta. Lisäksi eri terveydenhoitajat ohjaavat lapsia erityistyöntekijöille eri tavoin ja useat terveydenhoitajat kokevat psykologille ohjaamisen vaikeammaksi kuin muille työntekijöille.

Perhepalvelukeskuksen palvelujen saavutettavuuden yhdeksi tavoitteeksi on asetettu, että seudun eri toimijat havaitsevat lasten vaikeuksia ja ohjaavat lisätuen piiriin. Tähän tutkimukseen osallistuneet työntekijät arvioivat, että lasten vaikeuksia luultavasti havaitaan monissa paikoissa, mutta olivat epätietoisia siitä, kuinka lasten vaikeuksia

otetaan muualla puheeksi. Ainakaan neuvolaan tai erityistyöntekijöiden vastaanotoille ei yleensä tule lapsia perhepalvelukeskuksen tai päivähoidon ulkopuolelta ohjattuina.

Ikäheimo (1999, 43) toteaa tutkimuksessaan, että lapsen avun saaminen saattaa pysähtyä, elleivät vanhemmat koe sitä tarpeelliseksi. Myös tässä tutkimuksessa vanhempien pitkäkestoinen hyväksymisprosessi nousi keskeiseksi selitykseksi viiveelle työntekijöiden haastatteluissa. Vastaavasti vanhempien selityksenä viiveelle oli, että he elivät tilanteissa, joissa voimavarat eivät riittäneet lapsen auttamiseen eivätkä lapsen tilanteen ja ulkopuolisen avun tarpeen ymmärtämiseen ja hyväksymiseen. Juuri tämä on kuitenkin edellytyksenä avun vastaanottamiselle (esim. Ikäheimo 1999, 125, 128). Näin syntyy tilanne, jossa perhe ei halua, mutta tarvitsee tukea lapsen vaikeuden ja avun tarpeen hyväksymiseen. Työntekijät kertovat, että heidän toimintaansa ohjaa perheiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Näyttäisi, että tähän liittyen kaikki lapsiperheet eivät saa neuvolasta pitkäjänteistä tukea hyväksymisprosessin aikana vanhempien voimavarojen vahvistamiseksi ja lapsi saattaa jäädä ilman apua tai apu viivästyy huomattavasti. Neuvolalla olisi kuitenkin usein parhaat mahdollisuudet tilanteeseen puuttumiseen, koska luottamuksellinen suhde vanhempaan on usein jo valmiina (Ikäheimo 1999, 125, 128). Joskus saattaa käydä niin, että vanhempien itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen osaltaan johtaa tilanteeseen, jossa perhe ei saa apua silloin, kun se sitä eniten tarvitsee. Tähän tutkimukseen osallistuneet riskiperheiden vanhemmat toivoivat jälkikäteen, että perhepalvelukeskus ja etenkin neuvola olisivat tukeneet heitä aktiivisemmin lapsen vaikeuden ja avun tarpeen ymmärtämisessä. Myös Heimón (2000, 139–141) tutkimuksessa perheet odottivat, että terveydenhoitajan rooli olisi aktiivisempi perheen tuen tarpeen tunnistamisessa ja käsittelemisessä. Terveydenhoitajat ovat erittäin vaativassa tilanteessa vanhempien vetäytyessä yhteistyöstä. Jos terveydenhoitajan huoli lapsesta sijoittuu huolen vyöhykkeistöllä ns. harmaan huolen alueelle, tilanne on työntekijän kannalta kaikkein haasteellisin. (ks. Eriksson & Arnkil 2005, 25–26.) Ongelmaperheiden lapsia koskevat usein myös lastensuojelulliset toimet, jolloin myös tässä tutkimuksessa näyttäisi siltä, että myös muun avun aktiivinen antaminen katsotaan oikeutetummaksi. Silti lastensuojelun piirissäkään olevat lapset eivät yleensä saa riittävää apua psyykkisiin vaikeuksiinsa, koska tiedetään, että psykiatrisen avun tarpeessa olevista lastensuojelulapsista vain puolet on saanut tarvitsemiaan palveluja (Solantaus 2004, 275).

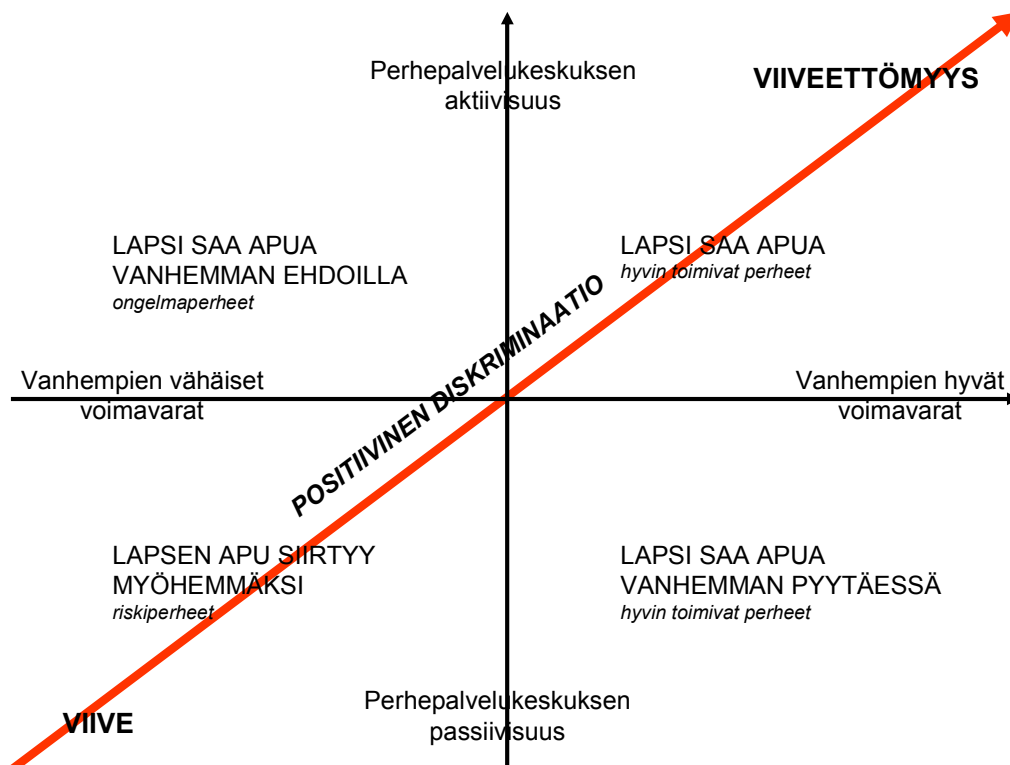
Terveydenhoitajat kertovat seuraavansa aktiivisesti ja tarvittaessa puuttuvansa ongelma-perheiden lasten kohdalla siihen, etteivät nämä ole hakeutuneet ohjattuihin palveluihin. Muiden lasten kohdalla asiaan palataan tavallisesti seuraavalla neuvolakäynnillä, joka leikki-ikäisillä on vuoden kuluttua. Ikäheimon (1999, 125) mukaan lasten psyykkisistä ongelmista havaitaan 60–70 prosenttia, mutta vain puolet heistä hakeutuu tutkimuksiin tai hoitoon perus- tai erityispalveluihin, mikä johtaa palvelujen ulkopuolelle jäävien lasten vaikeuksien pitkittymiseen ja hankaloitumiseen avun viivästyessä. Siksi lasten palveluihin hakeutumista tulisi seurata kaikkien lasten kohdalla. Varhaisen avun saavuttamisen -prosessissa tarvitaan lapsen hoidon vastuuhenkilö, joka seuraa ja tarvittaessa tukee avun saamisen etenemissä. Luonteva vastuuhenkilö on ensimmäisenä mukana ollut työntekijä. Honkasen (2008, 174) tutkimuksessa päävastuu lapsen avusta ja sen koordinoinnista oli onnistuneesti terveydenhoitajalla vaikka eri yhteistyötahoja oli mukana. Vastuu siirtyi muualle vasta lapsen siirtyessä erityispalveluihin. Myös tämän tutkimuksen perusteella tuntuisi välttämättömältä, että perheille tai lapsille nimetään vastuuhenkilö sekä selkeä käytäntö siitä, milloin ja miten vastuu avusta siirtyy työntekijältä toiselle.

Jonot erityistyöntekijöille tulivat esille työntekijöiden haastatteluissa, mutta vanhemmat eivät tuoneet jonotusaikaa esille viiveen selityksenä. Vanhempien näkökulmasta katsottuna jono vaikuttaisi vain lyhyelle ajanjaksolle koko avun saavuttamisen prosessissa. Terveysthuollon järjestelmät ovat kuitenkin kiinnostuneita jonoista ja arvioivat niiden pituuden perusteella palvelujen saavutettavuutta (STM 2003, 17). Tässä tutkimuksessa keskimääräinen jonon pituus kertoo työntekijän kuormittuneisuudesta jotakin, mutta ei lapsen avun saamisen kestosta paljoakaan. Jonotusaika on vain osa avun saamisen kestosta ja se vaihtelee eri lapsilla paljon, koska jonottavien asiakkaiden tilanteita priorisoidaan jatkuvasti. Priorisointi vaikuttaa kahteen suuntaan: yhtäältä nopeuttaen akuuttia apua tarvitsevien apua, toisaalta hidastaen niiden apua, joiden ongelmat ovat vielä pieniä, mutta saattavat kasvaa jonottaessa. Jos halutaan tietoa palvelujen saavutettavuuden viiveestä asiakkaan näkökulmasta, sitä tulee tarkastella jonoja laajempänä prosessina, sillä vanhempien selitykset viiveestä painoutuivat puutteisiin avun tarpeen havaitsemisessa ja puheeksiotossa.

Erityistyöntekijät ovat tulleet lähemmäksi neuvolatyötä ja heidän jalkautumisensa lasten kehitysympäristöihin on käynnistynyt. Tämän tutkimuksen tuloksissa huomio kiinnittyy kuitenkin erityistyöntekijöiden kokemaan voimakkaaseen kuormittuneisuuteen työssään. Sekä avun saamisen viiveettömyyden että työn kuormittavuuden tasaisemman jakautumisen kannalta olisi suotavaa, että perhepalvelukeskuksen toimintatapaa kehitettäisiin suuntaan, jossa neuvola olisi entistä aktiivisemmin mukana perheen tukemisessa lasten vaikeuksissa. Tämän toteutumisen edellytyksenä ovat terveydenhoitajien riittävät resurssit. Myös perheohjaajan merkitys perheen tukemisessa on huomioitava.

Kuvio 10 tiivistää tutkimuksen keskeiset johtopäätökset viiveen eri puolista ja kuvaa positiivisen diskriminaation yhtenä keinona varmistaa viiveetön tuki sitä eniten tarvitseville lapsiperheille. Kuviossa kuvataan vanhempien voimavarat ja perhepalvelukeskuksen aktiivisuus ja niiden suhde toisiinsa sekä voimavaroiltaan ja tuen tarpeeltaan erilaiset perheet. Lisäksi kuviossa esitetään ajatus siitä, että tuen kohdentaminen sitä eniten tarvitseville tukee lasten viiveettömän avun saavuttamista. Vanhempien voimavaroilla tarkoitetaan tässä vanhempien kykyä auttaa lasta. Perhepalvelukeskuksen aktiivisuudella tarkoitetaan aktiivista vaikeuksien ennaltaehkäisyä, havaitsemista, puheeksiottamista, ohjaamista, auttamista ja yhteistyön tekemistä riittävällä aktiivisuudella suhteessa lapsen ja perheen tarpeisiin nähden. Tärkeätä on huomata, että lapsilla voi olla samanlaisia vaikeuksia, mutta he ja heidän perheensä voivat tarvita hyvin erilaista apua perheen tilanteesta ja vanhempien voimavaroista riippuen. Tässä tutkimuksessa näyttää sekä ammattilaisten ja vanhempien haastattelujen että lasten potilasasiakirjojen perusteella siltä, että Jämsän perhepalvelukeskuksessa lapsen viiveetön apu toteutuu parhaiten, kun vanhempien voimavarat ovat hyvät ja perhepalvelukeskus toimii aktiivisesti (esimerkiksi terveydenhoitaja ohjaa lapsen psykologille ja vanhemmat hakeutuvat sinne välittömästi). Tosin voimavaraiset vanhemmat kykenevät myös itse pyytämään ja saavat apua lasten vaikeuksiin, mikä on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Hakulinen 1998, 70). Kun vanhempien voimavarat ovat vähäiset, perhepalvelukeskus voi auttaa lasta tarjoamalla aktiivisesti apua vähitellen vanhempien ehdoilla. Samalla tuki vahvistaa vanhempien voimavaroja. Edelleen Heimon (2002, 15–16) perheluokitusta (hyvin toimiva perhe, riskiperhe, ongelmaperhe) soveltamalla näyttäisi siltä, että tätä toimintamallia käytetään ongelmaperheiden lasten auttamisessa. Suurin

viive lapsen avun saamisessa syntyy, kun perhepalvelukeskuksen toiminta on passiivista ja vanhempien voimavarat ovat vähäiset (esimerkiksi terveydenhoitaja ohjaa lapsen psykologille, mutta vanhemmat eivät hakeudu sinne eikä terveydenhoitaja tarjoa erityistä tukea perheelle). Tämä tilanne näyttäisi syntyvän riskiperheiden lasten vaikeuksissa. Tämän tutkimuksen eri aineistoihin perustuvien tulosten perusteella vaikuttaa, että viiveettömyyden näkökulmasta katsottuna perhepalvelukeskuksen toimintatavan aktiivisuus suhteessa lapsen avun tarpeeseen on riittävintä hyvin toimiville perheille, melko riittävää ongelmaperheille mutta riittämätöntä riskiperheille. Tulosten pohjalta tehtyjen johtopäätösten yhteenvedona voidaan puolestaan todeta tarve lisätä ja kohdentaa perhepalvelukeskuksen aktiivisuutta riskiperheiden lasten vaikeuksissa ja tätä kautta vahvistaa vanhempien voimavaroja. Samanlaisten palvelujen tarjoaminen kaikille perheille lisää terveyden ja hyvinvoinnin eroja erilaisten perheiden välillä. Positiivisen diskriminaation avulla perhepalvelukeskuksen tukea voidaan kohdistaa sitä eniten tarvitseville.



KUVIO 10. Positiivisella diskriminaatiolla kohti viiveetöntä avun saavuttamista

Perhepalvelukeskuksen toiminnan kehittämisen jatkaminen asiakkaan tarpeista lähteväksi ja kohdentaminen eniten tukea tarvitseville on välttämätöntä myös uuden neuvolatyötä koskevan asetuksen velvoitteiden toteuttamiseksi. (ks. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 2009.)

Perhepalvelukeskusten perustamiseen on liittynyt ajatus lapsen tukemisesta kehitysyhteisössään. Tarkoituksena on, että lapsi saa tukea omassa arkisessa ympäristössään. Tämän ajattelutavan mukaan perhepalvelukeskusta tulisi tulevaisuudessa kehittää suuntaan, jossa lähettämiskäytännöistä luovuttaisiin ja työntekijät jalkautuisivat lasten arkiseen ympäristöön. Esimerkiksi häiritsevästi käyttäytyvää lasta ei lähetettäisi minnekään vaan päivähoidon henkilökunta ja esimerkiksi neuvolan terveydenhoitaja pyrkisivät muuttamaan tilannetta päivähoitossa ja ohjaamaan vanhempia auttamaan lasta arjen tilanteissa kotona. Tarvittaessa pyydetäisiin lisäapua kotiin tai päivähoitoon esimerkiksi erityistyöntekijöiltä. (Mäkelä 2009, 9.) Tällöin erityistyöntekijä kutsuttaisiin mukaan lasta auttamaan lapsen lähettämisen sijaan. Lähiympäristön tuki voi olla hyvinkin riittävää lasten lievissä vaikeuksissa, mutta silloin on muistettava vaikeuksien herkkä kumuloituminen, jonka ennaltaehkäisy on tärkeää (Valtonen ym. 2007, 279). Jämsän perhepalvelukeskuksessa perheohjaaja on jalkautunut koteihin ja erityistyöntekijöiden jalkautuminen päivähoitoon on alkanut, mutta terveydenhoitajien työ näyttäisi tapahtuvan vielä pääsääntöisesti vastaanotoilla. Jatkossa on tarpeellista selvittää tarvetta ja mahdollisuuksia lisätä avun tarjoamista lasten kehitysyhteisöissä peruspalveluna. Tällöin erityistyöntekijöiden työpanosta vapautuisi ennaltaehkäisyn ja konsultaation asiantuntijatehtäviin tukemaan peruspalveluita. Jos osa lasten vaikeuksista tulisi autetuksi peruspalveluissa, erityistyöntekijöiden palveluja tarvitsevat saattaisivat päästä viiveettömämmin heidän apunsa piiriin. Koska kaikkien lasten säännönmukaiset ikäluokkatarkastukset ovat vaikeuksien havaitsemisen kannalta välttämättömiä (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 113), on tärkeä kysymys selvittää, kuinka terveydenhoitajien aika riittää ikäluokkatarkastusten lisäksi lasten vaikeuksissa auttamiseen.

Viive on käsitteenä yleisesti käytetty ja viiveetön varhainen apu on kirjattuna Jämsän perhepalvelukeskuksen tavoitteisiin. Viive -sanana arvolataus on voimakkaasti negatiivinen, minkä vuoksi sen objektiivinen käyttö on vaikealta. Lasten psyykkisten ja kehityksellisten vaikeuksien oireet eivät synny hetkessä vaan kehittyvät ja todentuvat vähitellen eikä tarvittava apukaan ole varhaisessa vaiheessa päivystysluonteista. Lapsi elää vaikeutensa kanssa arjen yhteisöissä ja avun järjestäminen voi olla monimutkaista. Joskus voi olla lapsen edun mukaista siirtää hänen apuansa hetken eteenpäin esimerkiksi perheen muun akuutin vaikeuden käsittelemisen jälkeen tapahtuvaksi. Tämän vuoksi voisi jatkossa olla hedelmällisempää puhua oikea-aikaisesta kuin viiveettömästä avusta.

Perhepalvelukeskuksista on haettu yhtä ratkaisua lasten ja perheiden auttamiseksi varhaisessa vaiheessa. Jämsän seudun perhepalvelukeskus voi vastata tähän tarpeeseen ja palvelujen saavutettavuudelle asetettuihin tavoitteisiin lasten kehityksellisissä ja psyykkisissä vaikeuksissa jatkamalla edelleen toiminnan ja työmuotojen kehittämistä.

10.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa esiin tulleisiin yksittäisiin viiveen selityksiin tulisi paneutua syvällisemmin jatkossa. Arvokasta tietoa viiveestä olisi mahdollista saada myös tapaustutkimuksen avulla, jossa yksittäisen lapsen avun saamista ja viivettä tutkittaisiin yksityiskohtaisesti kaikkia lapsen avun saavuttamiseen liittyviä henkilöitä haastattelemalla ja eri asiakirjoja tutkimalla.

Päivähoidon näkökulma tutkittavasta ilmiöstä jäi tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Koska päivähoito on merkittävä lasten vaikeuksien havaitsija, tukija ja auttaja tulisi avun saamisen viivettä tarkastella myös tästä näkökulmasta. Näin voitaisiin löytää uusia ratkaisuja myös yhteistyölle varhaiskasvatuksen ja perhepalvelukeskuksen välille. Myös neuvolalääkäreiden näkökulma viiveeseen toisi lisätietoa ilmiöstä.

Jatkossa on tärkeitä tutkia myös neuvolatyötä koskevan kesällä 2009 annetun asetuksen vaikutusta neuvolatyön kehittymiseen ja lasten oikea-aikaisen avun saamiseen psyykkisissä ja kehityksellisissä vaikeuksissa.

10.4 Toimenpide-ehdotukset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ehdotan Jämsän seudun perhepalvelukeskukselle lasten psyykkisten ja kehityksellisten vaikeuksien viiveettömän varhaisen avun kehittämiseksi seuraavaa:

1. Palvelujen viiveetöntä saavutettavuutta ja oikea-aikaista apua tulee arvioida monista eri näkökulmista.
2. Palveluja tulee entistä enemmän kohdentaa ennaltaehkäisevästi ja varhaisessa vaiheessa niitä eniten tarvitseville.
3. Neuvolan vastuualue pitkäjänteisen erityisen tuen tarjoamisessa tulee määritellä ja arvioida ja tarvittaessa vahvistaa käytettävissä olevia resursseja.
4. Perheen tilannetta tulee arvioida kokonaisvaltaisesti jo varhaisessa vaiheessa. Tässä voidaan käyttää apuvälineenä terveystietomuksen Perhe-lehteä.
5. Lapsille ja perheille tulee nimetä vastuuhenkilö, joka tuntee heidän kokonaistilanteensa ja varmistaa auttamisen prosessin etenemisen.
6. Esimiesten johdolla tulee luoda yhteiset käytännöt riskiperheiden vanhempien voimavarojen vahvistamiseksi.
7. Esimiesten johdolla tulee luoda yhteiset käytännöt lasten psyykkisten vaikeuksien varhaiseen havaitsemiseen, arviointiin, seurantaan ja eteenpäin ohjaamiseen eri toimijoille.
8. Esimiesten johdolla tulee luoda yhteiset käytännöt perhepalvelukeskuksen aktiiviselle yhteistyölle päivähoidon ja muiden toimijoiden kanssa.
9. Jatkossa toimintamuotoja tulee kehittää edelleen niin, että lapset saavat entistä enemmän apua omissa arkisissa kehitysyhteisöissään.

LÄHTEET

Adenius-Jokivuori, M. 2001. Esi- ja alkuopetusluokkien oppilaiden oppimisvaikeuksiin liittyvän erityisen tuen tarpeen kartoitus Jyväskylän seudulla syksyllä 2000. Jyväskylän yliopisto. Lapsitutkimuskeskus 2001.

Saatavilla: <http://www.jyu.fi/humander/ltk/ovraportti2001k.pdf>. Viitattu 25.8.2009.

Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Almqvist, F. 2004. Bio-psykososiaalinen viitekehys. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. 3. uudistettu painos. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä, 16–19.

Almqvist, F., Puura, K., Kumpulainen, K., Tuompo-Johansson, E., Henttonen, I., Huikko, E., Linna, S., Ikäheimo, K., Aronen, E., Katainen, S., Piha, J., Moilanen, I., Räsänen, E. & Tamminen, T. 1999. Psychiatric disorders in 8–9-year-old children based on a diagnostic interview with the parents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 8(4), 17–28.

Arnkil, T. E. 2008. Älkää leimatko lapsia huolten vyöhykkeistöllä! *Dialogi* 2008:8. Saatavilla http://dialogi.stakes.fi/FI/arkisto/2008/8/sivu_20.htm. Tulostettu 5.12.2008.

Arnkil, T. E. 2009. Hyvää tarkoittaen mutta loppuun asti pohtimatta. *Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti Tesso* 2009:5. Saatavilla <http://www.tesso.fi/>. Viitattu 26.8.2009.

Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. 380/2009.

Borg, A-M. 2006. Pikkulasten psyykkisten häiriöiden seulonta ei toteudu neuvoloissa. *Duodecim* 2006; 122: 2292-3.

Cassidy, L.J. & Jellinek, M.S. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45: 1037–1052.

Dufva, V. & Kippola-Pääkkönen, A. 2009. Villi viikari tai unohteleva unelmoija. *Terveydenhoitaja* 3/2009, 10–11.

Dunst, C. J. 2000. Revisiting "Rethinking Early Intervention". *Topics in Early Childhood Special Education* 20 (2), 95-104.

Eriksson, E. & Arnkil, T. E. 2005. Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Stakes. Oppaita 60. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Erkolahti, R., Manelius, P., Salminen, T., Lahti, T., Salmi, L., Savolainen, J. & Lahtinen, E. 2000. Lapsi ja psyykkisesti sairias vanhempi. *Suomen Lääkärilehti* 55: 4861–62.

Euroopan erityisopetuksen kehittämiskeskus. 2005. Erityinen tuki varhaislapsuudessa Euroopassa. Euroopan tilanneanalyysi. Tärkeitä näkökohtia ja suosituksia.

Yhteenvetoraportti. Saatavilla:

www.edu.fi/erityisopetus/agency/EarlyChildhoodIntervention_FI.doc

Viitattu 20.5.2009.

Goodman, R. 1999. The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden.

J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 40, No 5, pp. 791-799, 1999.

Hakulinen, T. 1998. The Family Dynamics of Childbearing and Childbearing Families, Related Family Demands and Support Received from Child Health Clinics. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tampereensis* 585. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.

Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen M. & Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 22. Helsinki.

Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen M., Saaristo V., Hastrup A. & Rimpelä, M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakesin raportteja 21.

Harrinkari, T. & Satka, M. 2006. A New Regime of Governing Childhood? Finland as an Example. *Social Work and Society* (4) 2.

Heikkinen, A., Puura, K., Ala-Laurila, E., Niskanen, T. & Mattila, K. 2003. Terveyskeskuslääkärin työ neuvola- ja kouluikäisten parissa. *Suomen Lääkärilehti* 58: 1327–1332.

Heimo, E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus vuosina 1997–2000. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 184. Painosalama Oy, Turku.

Heinämäki, L. 2005. Varhaista tukea lapselle – työväliseenä kehittämisvalikko. Stakes. Oppaita 62. Erikoispaino Oy, Helsinki.

Henkilötietolaki 523/1999.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Kariston kirjapaino Oy, Hämeenlinna.

Honkanen, H. 2008. Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa, näkökulmana mielenterveyden edistäminen. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 160. Kopijyvä, Kuopio.

Huhtanen, K. 2004. Varhainen puuttuminen. Erityisen tuen tarpeen kohtaaminen päivähoidossa. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Häggman-Laitila, A., Ruskomaa, L. & Euramaa, K. (toim.) 2000. Varhaista tukea lapsiperheille. Kokemuksia Lapsiperhe-projektin perhetyöstä. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Paino Käpylä Print Oy.

Ikäheimo, K. 1999. Lastenpsykiatrinen hoitoonohjautumisprosessi. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 151. Painosalama Oy, Turku.

Itälä, T. 2006. Hoidon saatavuuden seuranta. Hoidon saatavuuden ja seurannan määritys- ja toteutushankkeen loppuraportti. Stakesin työpapereita 19/2006. Valopaino Oy, Helsinki.

Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, Perhepalvelukeskus. 2007. Lastenneuvolan runko-ohjelma / toimintaohjeet. Julkaisematon ohje.

Kettunen, T. & Hakulinen-Viitanen, T. 2008. Perhepalvelukeskus lapsiperheiden terveyden edistäjänä Jämsän seudulla. Toiminnan vakiinnuttaminen, vaikuttavuuden arviointi ja valtakunnallinen mallintaminen. Julkaisematon tutkimussuunnitelma.

Kettunen, T., Hakulinen-Viitanen, T., Hjelt, R. & Merikallio, V. 2008. Jämsän perhepalvelukeskus lapsiperheiden terveyden edistäjänä. Est. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen lehti. 2008:1, 7–11.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen vaikuttavuuden mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Julkaisuja 1. Yliopistopaino, Helsinki.

Kumpulainen, K. & Kemppinen K. 2000. Lasten psyykkisen häiriintyneisyyden tunnistaminen perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 55: 1233–1236.

Kumpulainen, K., Räsänen, E. & Henttonen, I. 1998. Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. Child Abuse Negl 1998; 22: 705–717.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Edita Prima Oy, Helsinki.

Kääriäinen, A. 2003. Lastensuojelun sosiaalityö asiakirjoina: dokumentoinnin ja tiedonmuodostuksen dynamiikka. Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia 1/2003. Helsinki.

Laki Kansanterveyslain muuttamisesta (855/2004)

Lastensuojelulaki (417/2007)

Leino, T., Koskenniemi, E., Saranpää, P., Strömberg, N. & Kilpi, T. 2007. Rokotuskattavuus edelleen huippuluokkaa. Suomen Lääkärilehti 62: 739–743.

Lindqvist, U. 2008. Varhaisia tekoja, vertaistuen tiloja. Varhaisen tuen työn kehittävä arviointi Helsingin kaupungin sosiaaliviraston perhekeskuksissa. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Yhteisösosiaalityön erikoisala. Lisensiaatintutkimus.

Liuksila, P. 2000. Lastenneuvolan viisivuotistarkastus ja sen merkitys lapsen selviytymiselle ensimmäisellä luokalla koulussa. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja, sarja 161. Väitöskirja.

Merikallio, V. & Kettunen, T. 2008. Jämsän seudun Perhepalvelukeskus-hanke. Loppuraportti. 1.6.2006–31.10.2008. Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä.

Munhall, P. L. 2001. Ethical considerations in qualitative research. Teoksessa Munhall P L (toim.) Nursing Research. A Qualitative Perspective, 537–549, 3. painos, Jones and Bartlett Publishers, United States of America.

Mäkelä, J. 2009. Kaste-ohjelma suurien haasteiden edessä. Julkaisussa Neuvola ja kouluterveys, terveyden edistämisen ja ehkäisevän lastensuojelun ammattilehti 1/2009, 7–9.

- Paavilainen, E. 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 604. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.
- Punna, M. 2008. Perheohjauksen arviointitutkimus. Lapsiperheiden saama varhainen tuki ja ohjaus Jämsän seudun Perhepalvelukeskus -kehittämishankkeessa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Pönkkö, M-L., Nikkonen, M., Taanila, A., Ebeling, H. & Nikkilä, J. 2005. Erityisoppilaan psykiatrinen hoitoketju: asiakkaan näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 42: 294–302.
- Raninen, M. 2006. Lapsi-hanke 1.10.2005–31.5.2006. Hämeenlinnan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä. Julkaisematon raportti.
- Rimpelä, M. 2008. Lasten ja nuorten hyvinvointi. Teoksessa Moisio, P., Karvonen, S., Simpura, J. & Heikkilä, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Stakes. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala, 62–73.
- Rimpelä, M., Rigoff, A., Wiss, K. & Hakulinen-Viitanen, T. 2006. Seulontatutkimukset 3–7-vuotiaiden lasten terveystarkastuksissa. Kyselytutkimus terveyskeskuksille huhti-toukokuussa 2006. Stakesin työpapereita 17/2006. Valopaino Oy, Helsinki.
- Rutter, M. & Sandberg, S. 1985. Epidemiology of Child Psychiatric Disorder: methodological issues and some substantive findings. *Child Psychiatry Hum Dev* 1985; 15: 209–233.
- Satka, M. 2009. Varhainen puuttuminen, moraalinen käänne ja sosiaalisen asiantuntijat. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009:1 (74), 17–32.
- Saurama, E. 2002. Vastoin vanhempien tahtoa. Helsingin kaupungin tietokeskus. *Tutkimuksia* 2002:7. Helsinki.
- Solantaus, T. & Breadslee, W. 1996. Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. *Duodecim* 1996; 112(18)1647–1662.

- Solantaus, T. 2000. Kehityspankpatologian näkökulma. Teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T., Almqvist, F. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. 2. uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 59–64.
- Solantaus, T. 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria ja lasten kehitysympäristöt. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2004:4, 273–275.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2008. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2008. Stakes. Yliopistopaino. Helsinki.
- Stevenson, J. & Goodman, R. 2001. Association between behaviour at age 3 years and adult criminality. Br J Psychiatry 2001; 179: 197–202.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö). 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001: 4. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö). 2003. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 33. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö). 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Oppaita 2004:14. Edita Prima Oy. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö). 2006. Varhaisen tuen vahvistaminen varhaiskasvatuksessa. VarTu -hankekuvaus 2004 - 2005. Selvityksiä 2006:26. Helsingin Yliopistopaino. Helsinki.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö). 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Julkaisuja 2008:6. Yliopistopaino. Helsinki.
- Strid, O. 1999. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle. Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaitsijana ja auttajana. Stakes, aiheita 16/1999, Stakesin monistamo, Helsinki.

Suomen Kuntaliitto. 1997. Laadukasta neuvolatyötä – laadukkaasti kirjaamalla. Imeväis- ja leikki-ikäen terveystietämys. Kuntaliiton painatuskeskus. Helsinki.

Tamminen, T. & Räsänen, E. 2004. Sairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. 3. uudistettu painos. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä, 373–377.

Tapola-Tuohikumpu, S. 2005. Positiivisella diskriminaatiolla varhaista tukea. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Positiivisen diskriminaation hankekokonaisuuden (2001–2004) loppuraportti. SOCCAn ja Heikki Waris–instituutin julkaisusarja 3/2005. Helsingin kaupunki/Digipaino.

Taskinen, S. 2007. Lastensuojelulaki (417/2007). Soveltamisopas. Stakes. Oppaita 65. Gummerus, Vaajakoski.

Tilastokeskus 2009. Tilastot saatavilla:

http://www.tilastokeskus.fi/til/erop/2008/erop_2008_2009-06-10_tau_001.html

http://www.tilastokeskus.fi/til/erop/2008/erop_2008_2009-06-10_tau_002.html

http://www.tilastokeskus.fi/til/erop/2008/erop_2008_2009-06-10_tau_007.html

Viitattu 6.7.2009.

Titmuss, R. M. 1976/1968. Commitment to Welfare. Second Edition. London: Coc & Wyman Ltd.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Valtioneuvosto. 2007. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma.

Valtioneuvoston kanslia 5.12.2007. Saatavilla:

http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/ohjelman-sisaeltoe/HPO_Lapset_HSA2007.pdf. Tulostettu 25.8.2009.

Valtonen, R., Ahonen, T. & Lyytinen, P. 2004. Co-occurrence of developmental delays in a screening study of 4-year-old Finnish children. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2004: 436–443.

Valtonen, R., Mustonen, K., Lyytinen, P. & Ahonen, T. 2007. Lene-arvio apuna 1. luokalla ilmenevien oppimisvaikeuksien ennakoinnissa. *Suomen Lääkärilehti* 62: 275–281.

Vanhanen, S-L. 2007. Keskittymättömän lapsen palveluketjussa on painotettava yhteistyötä. *Suomen Lääkärilehti* 62: 2193–2198

Viitala, R., Kekkonen, M. & Paavola, A. 2008 Perhekeskustoiminnan kehittäminen. PERHE-hankkeen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:12. Yliopistopaino. Helsinki.

Wahlbeck, K., Manderbacka, K., Vuorenkoski, L., Kuusio, H., Luoma, M. & Widström E. 2008. Quality and Equality of Access to Healthcare Services. HealthQUEST Country Report for Finland. Stakes. Reports 1/2008. Valopaino Oy, Helsinki.

Yrjänäinen, H. 2002. Riskioloissa elävä perhe lastenneuvolan terveydenhoitajan asiakkaana. Etnografia terveydenhoitajien toiminnasta perheiden kanssa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Lisensiaatintyö.

LIITTEET

Liite 1: Tutkimuslupa-asiakirjat

Tutkimuslupahakemus (1 kpl), tutkimuslupa (1 kpl) ja puoltava lausunto (1 kpl)

Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän johtoryhmä

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Anon tutkimuslupaa kansanterveystieteen pro gradu -tutkielmaa ”Lasten varhaisen avun saaminen ja siinä esiintyvä viive Jämsän seudulla” varten. Tutkielman tarkoituksena on selvittää varhaisen avun saamista ja siinä esiintyvää viivettä, kun alle kouluikäisellä lapsella on psykososiaaliseen tai emotionaaliseen kehitykseen liittyvää erityisen tuen tai tutkimuksen tarvetta. Tutkielma on osa ”Perhepalvelukeskus lapsiperheiden terveyden edistäjänä Jämsän seudulla – toiminnan vaikuttavuuden arviointia” – tutkimuskokonaisuutta, jossa se sijoittuu saavutettavuuden teeman tutkimiseen.

Olen aikaisemmalta koulutukseltani sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja. Opiskelen Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksella pääaineenani kansanterveystiede. Olen suorittanut terveystieteiden kandidaatin tutkinnon ja viimeistelen tällä hetkellä maisteriopintojani. Tutkielmani ohjaaja on kansanterveystieteen yliassistentti YTT Pirjo Lindfors Tampereen yliopistosta. Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymästä työtäni ohjaa TtT Tarja Kettunen.

Tutkimusaineiston kerääminen potilasasiakirjojen osalta ajoittuu loppuvuoteen 2008 ja haastatteluaineiston osalta alkuvuoteen 2009. Tutkimustulosten analysointi ja varsinainen kirjoittaminen tapahtuvat kevään ja kesän 2009 aikana. Ensisijaisena raportointisuunnitelmana on pro gradu -tutkielman julkaiseminen tieteellisenä artikkelina kotimaisessa refereekäytäntöä noudattavassa lehdessä.

Hämeenlinnassa 14.11.2008

Anne Tuominen (yhteystiedot poistettu)

**JÄMSÄN SEUDUN TERVEYDENHUOLLON
KUNTAYHTYMÄ**

9.12.2008

Hakija:

Anne Tuominen

TUTKIMUSLUPA

Tutkimus Pro gradu: Lasten varhaisen avun saaminen ja siinä esiintyvä viive Jämsän seudulla
Terveystieteen laitos
Tampereen yliopisto

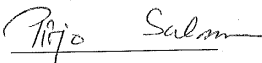
Päätös Johtoryhmä on myöntänyt tutkimusluvan 25.11.2008 maininnalla:
Johtoryhmä esittää tutkimuksen nimen muuttamista seuraavaksi: Lasten
varhaisen avun saaminen ja siinä mahdollisesti esiintyvä viive Jämsän
seudulla.

Tutkimusyhteistyö ja tutkijan velvollisuudet

Johtoryhmä on tutustunut tutkimussuunnitelmaan ja katsonut tutkimuksen täyttävän tutkimuslain (488/1999 ja 295/2004) 17§ edellytykset ja olevan eettisesti hyväksyttävä. Ennen tutkimuksen käynnistymistä hakijoiden tulee sopia käytännön järjestelyistä kuntayhtymän yhdyshenkilön (Koulutus- ja laatu-päällikkö, TtT Tarja Kettunen) kanssa. Tutkimuksen päätyttyä hakijoiden tulee toimittaa Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymälle yksi kappale valmistuneesta Pro gradu/väitöskirja/opinnäyte- työstä. Hakijoiden tulee myös tiedottaa tutkimustuloksista suullisesti tutkimukseen osallistuneille sitä varten järjestetyssä koulutustilaisuudessa. Tästä sovitaan tarkemmin yhdyshenkilön kanssa. Tavoitteena on että tulokset kehittävät myös kuntayhtymässä tapahtuvaa hoitotyötä.

Mikäli tutkimuksesta aiotaan kirjoittaa julkaisuja, ne tulee tehdä yhteistyössä Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän henkilöstön kanssa. Raportoitavista asioista tulee myös sopia yhdessä.

Johtoryhmän puolesta



Pirjo Salminen
Toimistosihiteeri

Yhdyshenkilö: Tarja Kettunen, TtT, Koulutus- ja laatu-päällikkö

Postiosoite
Sairaalan tie 11
42120 JÄMSÄ

Puhelin 020 638 3200
Telekopio 020 638 3650

Sähköposti
hallinto@jamsanth.fi tai
etunimi.sukunimi@jamsanth.fi

www-sivut
www.jamsanth.fi

Eettinen toimikunta

pj. Raisa Lounamaa

siht. Minna Kastelin-Niemi

26.1.2009

EETTISEN TOIMIKUNNAN KOKOUS

Aika tiistaina 20.1.2009 klo 13-15.10

Paikka Jyväskylä, K-S keskussairaala, F-osa/Koulutustilat, Neuvotteluhuone 5

--

4

Uudet käsiteltävät tutkimukset ja tutkimussuunnitelman muutokset

4.1

Uusi opinnäytetyö

Lasten varhaisen avun saaminen ja siinä esiintyvä viive Jämsän seudulla (kuuluu tutkimushankekokonaisuuteen: Perhepalvelukeskus lapsiperheiden terveyden edistäjänä Jämsän seudulla - toiminnan vaikuttavuuden arviointia) (K-S shp:n Dnro 1E/2009, 20.1.2009)

Tutkimus ei ole tutkimuslain (488/1999) määritelmän mukaisesti lääketieteellinen tutkimus. Eettisen toimikunnan lausuntoa pyydetään tieteellisen artikkelin julkaisemiseksi.

Lausuntoa varten toimitettu materiaali:

- Käsitteilypyyntö
- Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän johtoryhmälle osoitettu tutkimuslupahakemus
- Tutkimussuunnitelma
- Alustava teemahaastattelurunko
- Saate, tiedote ja suostumuslomake
- Tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste

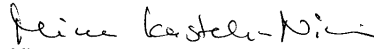
Tutkimussuunnitelma käsiteltiin Eija Viljasen valmistelusta. Tutkija, opinnäytetyön tekijä Anna Tuominen, th, oli kokouksessa esittelemässä tutkimussuunnitelmaa ja vastaamassa toimikunnan jäsenten esittämiin kysymyksiin. Esittelyn aikana kävi ilmi, että tutkimus on käynnistynyt ja tiedotteet/suostumuslomakkeet on lähetetty. Tutkija lupasi suullisesti selvittää ja tarkentaa tutkittavien tiedotteessa ja suostumuslomakkeessa olevia tiettyjä kohtia eettiseltä toimikunnalta saamiensa suullisten huomioiden mukaan ollessaan jatkossa yhteydessä tutkimukseen suostumuksensa antaviin vanhempiin. Tutkijaa pyydetään toimittamaan eettisen toimikunnan sihteerille tutkimusaineistoon liitettäväksi korjatun tutkimussuunnitelman sekä rekisteriselosteen, johon pyydetään täydentämään tiedot nauhoitteiden käytöstä, säilytyksestä ja hävittämistä.

Toimikunta katsoi edellä mainituin edellytyksin tutkimussuunnitelman olevan eettisesti hyväksyttävä ja päätti antaa siitä puoltavan lausunnon.

- otteet: 1) Tarja Kettunen, TtT, koulutus- ja laatujohtaja, Jämsän terveydenhuollon ky
2) Anna Tuominen, th, TtM-opiskelija, Tampereen yliopisto

--

Pöytäkirjan otteen oikeaksi todistaa
Jyväskylässä 26.1.2009



Minna Kastelin-Niemi
eettisen toimikunnan sihteeri

Liite 2: Ammattilaisten tutkimustiedotteet ja suostumuslomake

Tutkimustiedotteet (2 kpl) ja suostumuslomake (1 kpl)

Hyvä terveydenhoitaja

2.2.2009

Olen hämeenlinnalainen terveydenhoitaja ja kansanterveystieteen maisteriopiskelija. Teen pro gradu -tutkielmaa Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksella. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata neuvolaikäisen lapsen varhaisen avun saamista ja siinä mahdollisesti esiintyvää viivettä, kun lapsen psykososiaalisessa tai emotionaalisessa kehityksessä esiintyy huolta aiheuttavia seikkoja. Tutkimustulosten toivotaan tuovan tietoa, jota voidaan käyttää lasten varhaisen avun saamisen kehittämiseksi. Tutkielman alustava nimi on ”Lasten varhaisen avun saaminen ja siinä mahdollisesti esiintyvä viive Jämsän seudulla” ja se liittyy tutkimuskokonaisuuteen, jossa arvioidaan Perhepalvelukeskuksen toiminnan vaikuttavuutta lapsiperheiden terveyden edistäjänä Jämsän seudulla.

Terveydenhoitajien teemahaastattelut tulevat olemaan merkittävä osa opinnäytetyön tutkimusaineistoa. Terveydenhoitajat ovat keskeisiä toimijoita lasten ongelmien tunnistajina, tukijoina ja tarvittaviin palveluihin ohjaajina sekä lasten palveluja koordinoivana tahona. Terveydenhoitajien käsitykset ja kokemukset tutkittavasta asiasta ovat erittäin tärkeitä.

Pyydän Teitä osallistumaan haastatteluun, johon tulisi varata aikaa noin tunti. Haastattelu nauhoitetaan ja analysoidaan laadullisella sisällönanalyysillä. Tutkimustulokset esitetään niin, ettei haastateltavan henkilöllisyyttä voida niistä päätellä. Teihin otetaan yhteyttä haastatteluajan sopimiseksi.

Kuntayhtymän johtoryhmä on myöntänyt tutkielmalle tutkimusluvan 25.11.2008 ja eettinen toimikunta on antanut siitä puoltavan lausunnon 20.1.2009. Tutkielman ohjaajina toimivat kansanterveystieteen yliassistentti YTT Pirjo Lindfors Tampereen yliopistosta ja koulutus- ja laaturpäällikkö TtT Tarja Kettunen Jämsän sosiaali- ja terveystoimesta. Jos haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Anne Tuominen (yhteystiedot poistettu)

Tutkimustiedote

Hyvä erityistyöntekijä

25.2.2009

Olen hämeenlinnalainen terveydenhoitaja ja kansanterveystieteen maisteriopiskelija. Teen pro gradu -tutkielmaa Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksella. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata neuvolaikäisen lapsen varhaisen avun saamista ja siinä mahdollisesti esiintyvää viivettä, kun on huoli alle kouluikäisen lapsen psykososiaalisesta, emotionaalisesta tai kehityksellisestä pulmasta. Tutkimustulosten toivotaan tuovan tietoa, jota voidaan käyttää lasten varhaisen avun saamisen kehittämiseksi. Tutkielman alustava nimi on ”Lasten varhaisen avun saaminen ja siinä mahdollisesti esiintyvä viive Jämsän seudulla” ja se liittyy tutkimuskokonaisuuteen, jossa arvioidaan Perhepalvelukeskuksen toiminnan vaikuttavuutta lapsiperheiden terveyden edistäjänä Jämsän seudulla.

Tutkimusaineisto koostuu terveydenhoitajien ja erityistyöntekijöiden teemahaastatteluista, joissa selvitetään heidän kokemuksiaan lasten varhaisen avun saamisesta ja mahdollisesta viiveestä. Lisäksi tutkimusaineistona on psykologin asiakkaina olleiden lasten tietoja: potilasasiakirjat, psykologin arviot lasten avunsaannista sekä lasten huoltajien haastattelut.

Pyydän Teitä osallistumaan haastatteluun, joka nauhoitetaan ja analysoidaan laadullisella sisällönanalyysillä. Kuntayhtymän johtoryhmä on myöntänyt tutkielmalle tutkimusluvan 25.11.2008 ja eettinen toimikunta on antanut siitä puoltavan lausunnon 20.1.2009. Tutkielman ohjaajina toimivat kansanterveystieteen yliassistentti YTT Pirjo Lindfors Tampereen yliopistosta ja koulutus- ja laatu päällikkö TtT Tarja Kettunen Jämsän sosiaali- ja terveystoimesta. Jos haluatte lisätietoja, vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Anne Tuominen (yhteystiedot poistettu)

Suostumus

SUOSTUMUS

Haastateltavan nimi _____

Annan luvan nauhoittaa itseni ja tutkijan välisen haastattelun ja käyttää aineistoa pro gradu-tutkielmassa ”Lasten varhaisen avun saaminen ja siinä mahdollisesti esiintyvä viive Jämsän seudulla”.

Olen vastaanottanut tutkimuksesta kertovan tiedotteen.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Liite 3: Vanhempien saatekirjeet, tutkimustiedote ja suostumuslomake

Saatekirjeet (2 kpl), tutkimustiedote (1 kpl) ja suostumuslomake (1 kpl)

Hyvä lapsen vanhempi

Haluamme kehittää Jämsän seudun Perhepalvelukeskuksen toimintaa ja pyydämme teitä mukaan tutkimukseen, jossa selvitetään lapsen varhaisen avun saamista. Tutkimukseen osallistumalla voitte vaikuttaa seutukunnalla tapahtuvaan palvelujen kehittämiseen. Johtoryhmä on myöntänyt tutkimukselle luvan 25.11.2008.

Tämä kirje on lähetetty vuosina 2007 ja 2008 vastaanotollani käyneille lapsiperheille. Kirjeessä on mukana tutkijan tiedote tutkimuksesta. Tiedotteessa kerrotaan tutkimuksesta tarkemmin. Siinä näkyvät myös yhteystiedot jos haluatte lisätietoa. Mukana on myös tutkimuksen suostumuslomake, jonka pyydän lähettämään allekirjoitettuna vastauskuoressa minulle 25.1.2009 mennessä. Osallistuminen on luonnollisesti vapaaehtoista.

Saatuani allekirjoittamanne suostumuslomakkeen, toimitan sen tutkijalle ja hän ottaa tarvittaessa teihin itse yhteyttä.

Psykologi (yhteystiedot poistettu)

Hyvä lapsen vanhempi

Olette vastaanottaneet aikaisemmin kirjeen koskien tutkimusta ”Lapsen varhaisen avun saaminen ja siinä mahdollisesti esiintyvä viive Jämsän seudulla”. Kirje lähetettiin vuosina 2007 ja 2008 vastaanotollani käyneille lapsiperheille.

Olisi tärkeätä, että mahdollisimman moni osallistuisi tutkimukseen, jotta voisimme kehittää Jämsän seudun Perhepalvelukeskuksen toimintaa. Siksi pyydänkin Teitä vielä harkitsemaan mahdollisuuttanne osallistua tutkimukseen. Osallistumaan pääsette, kun palautatte suostumuslomakkeen vastauskuoressa minulle mahdollisimman pian. Postimaksu on valmiiksi maksettu. Osallistuminen on vapaaehtoista.

Saate tämän kirjeen liitteenä vielä uudelleen tiedotteen tutkimuksesta ja suostumuslomakkeen. Saatuani allekirjoittamanne suostumuslomakkeen toimitan yhteystietonne tutkijalle ja hän ottaa Teihin tarvittaessa yhteyttä.

Psykologi (yhteystiedot poistettu)

Tutkimustiedote

Hyvä lapsen huoltaja

5.1.2009

Olen hämeenlinnalainen terveydenhoitaja ja kansanterveystieteen opiskelija Anne Tuominen. Teen pro gradu –tutkielmaa Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksella. Tutkielmani nimi on ”Lasten varhaisen avun saaminen ja siinä mahdollisesti esiintyvä viive Jämsän seudulla”. Tarkoituksena on selvittää palvelujärjestelmän toimivuutta ja niitä seikkoja, joita kehittämällä **lasten varhaisen avun saamista voidaan helpottaa ja nopeuttaa**. Tutkimuksessa tarkastellaan tilanteita, joissa on huoli alle kouluikäisen lapsen kehityksellisestä, psykososiaalisesta tai emotionaalisesta pulmasta. Päähuomio kiinnitetään varhaisen avun saamiseen eikä lapsen ja perheen sisäisiin asioihin.

Teitä ja lastanne pyydetään tutkimukseen mukaan, koska olette olleet terveyskeskuspsykologin asiakkaana. Kerään tutkimusaineiston tutustumalla lasten potilasasiakirjoihin ja haastattelemalla osaa huoltajista ja joitakin lapsen kanssa toimineita keskeisiä työntekijöitä (esimerkiksi terveydenhoitajaa tai psykologia). Teiltä lapsen huoltajana pyydetään kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta ja lupa sekä lasten potilasasiakirjoihin tutustumiseen että haastatteluihin. Lasta ei tutkimuksessa tarvitse tavata lainkaan. Tutkijaa sitoo ehdoton vaitiolovelvollisuus. Tutkittavien henkilöllisyys ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa eikä sitä voida tutkimustuloksista päätellä. Tutkimustulokset raportoidaan tieteellisessä aikakauslehdessä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eikä siihen osallistuminen tai siitä kieltäytyminen muuta millään tavalla Teidän ja lapsenne saamaa palvelua. **Osallistumalla tutkimukseen Teillä on mahdollisuus vaikuttaa** ensiarvoisen tärkeällä tavalla lasten varhaisen avun saamisen kehittämiseen Jämsän seudulla. Tutkielman ohjaajana toimii kansanterveystieteen yliassistentti YTT Pirjo Lindfors Tampereen yliopistosta ja koulutus- ja laatupäällikkö TtT Tarja Kettunen Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymästä.

Jos haluatte lisätietoja tutkimuksesta, vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

th, TtM-opiskelija

koulutus- ja laatupäällikkö

psykologi

(kaikkien yhteystiedot poistettu)

Suostumus**SUOSTUMUS**

Suostumus koskee tutkimusta ”Lapsen varhaisen avun saaminen ja siinä mahdollisesti esiintyvä viive Jämsän seudulla”

Lapsen nimi _____

Minä lapsen huoltaja _____

annan tutkijalle seuraavat luvat (merkitkää antamanne luvat ympyröimällä ko. numero)

1. luvan lapsen potilasasiakirjoihin tutustumiseen
2. luvan ottaa minuun yhteyttä haastattelujan sopimiseksi sekä nauhoittaa itseni ja tutkijan välisiä haastatteluja
3. luvan haastatella lapsen kanssa toimineita työntekijöitä ja nauhoittaa nämä haastattelut (huoltajan kanssa sovitaan erikseen siitä, keitä työntekijöitä saa haastatella)

Näitä aineistoja käytetään tutkimusaineistona ja niistä on tarkoitus tehdä pro gradu-tutkielma. Osa tutkielmasta on tarkoitus julkaista tieteellisessä aikakauslehdessä. Tutkimusaineisto säilytetään siihen asti kunnes tutkielma on valmis vuonna 2009, jonka jälkeen se hävitetään asianmukaisesti.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Puhelinnumero, johon tutkija voi ottaa yhteyttä _____

Liite 4: Analyysitaulukot ammattilaisten haastatteluista

Esimerkki alkuperäisen ilmaisun muuttamisesta pelkistetyksi ilmaisuksi (1 kpl) ja viiveen ja viiveettömyyden selitykset (1 kpl)

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka (viive)	Luokka
<p>”...yksinkertaisesti se palvelujen tarve on mun mielestäni melkosen suuri et ei mulle tule asiakkaita turhaan tai pienillä perusteilla, ei tule...”</p>	<p>Palvelujen tarve on suuri</p>	<p>Palvelujen tarve on suuri</p>	<p>Erityistyön tekijöiden resurssit</p>
<p>”...että tiedä nyt sitten mikä tohon niin kun auttas siihen viiveettömyyteen. Että ... (toimijoita)... enemmän tai sitten...”</p> <p>”...että jos tähän vois saada vielä jonkun... (toimijan)... niin vois olla varma että saisivat kyllä parempaa palvelua...”</p> <p>”...kyllähän täälläkin ideaalitalanne olisi jos olis... (enemmän toimijoita)..., jos ajattelee ihan niin kuin lapsia ...”</p>	<p>Työntekijöitä tarvitaan enemmän</p> <p>Työntekijöitä tarvitaan lisää</p> <p>Työntekijöitä tarvitaan enemmän</p>	<p>Erityistyneitä tarvitaan lisää</p>	
<p>”...pahin ruuhka siis niinku keskelle osuu se ihmisen hätä niin sehän jää kuukausiks jonoon. Ja se on hirveen kurjaa niinku itelle ja stressaavaa että sit mä yritän jollain tavalla pehmentää sitä tilannetta...”</p> <p>”...se kyllä se niinkun on sellasta, tuntuu että koko ajan tekisin niinkun täysillä ...”</p> <p>”...ja aina on itellä semmonen olo, että pitäis kyllä kuitenkin enemmän keritä ja olis kaikkee mitä vois tehdä vielä enemmän ihan varmaan vois...”</p>	<p>Asiakkaalle tuleva viive stressaa työntekijää</p> <p>Tunne, että koko ajan tekee täysillä</p> <p>Tunne, että pitäisi keritä ja tehdä enemmän</p>	<p>Erityistyneet ovat kuormittuneita</p>	
<p>”varsinkin kun joku oikein ulkopuolelta tarkastelis ja tekis ehdotuksia että tonkin vois hoitaa tehokkaammin, niin varmaan semmosia paljon löytys, että sitten taas ei ehdi niinkun kiinnittää, kehittää sitä työtään niin paljon kun olis mahdollista ehkä”</p> <p>”...ja näin mut et en tiedä, enkä oo tullu muuten kysyneekskään et missä määrin näitä niinku seulotaan tämmösiä psyykkisiä oireiluja lapsilta itse asiassa...”</p> <p>.... Se mua harmittaa tää suoritepainotteisuus, että pitää olla käyntejä, koska jos on päiväkodissa jonkun lapsen asioissa palaveri niin samalla voi hoitua henkilökunnan kanssa jonkun muun asioita, että mitä voi tehdä, voi olla paljon hyödyllisempää, jos ne saa käytäntöön sellaisia ideoita...</p> <p>...viiveettömyydessä olis parantamisen varaa, mutta se on vähän semmonen kakspiippunen juttu. Jos halutaan työntekijöistä kaikki tehot irti, niin silloin pitää olla kalenterit täynnä ja kun se kalenteri on täynnä niin silloinhan sinne ei voi ottaa ketään yhtäkkiä väliin.”</p>	<p>Työtä ei ehdi kehittää</p> <p>Ei ehditä tai huomata selvittää keskeisiä asioita</p> <p>Työssä huomioitava suoritteiden kertyminen vaikka se hidastaisi lasten saamaa apua</p> <p>Suoritteiden maksimointi ja varautuminen nopeaan avun antamiseen ovat ristiriidassa keskenään</p>	<p>Työn kehittämisen edellytyksiä puuttuu</p>	

VIIVEETTÖMYYS ALALUOKKA	VIIVE ALALUOKKA	LUOKKA	YLÄLUOKKA
<p>Puheeseen liittyvän vaikeuden hyväksyttävyyys</p> <p>Vanhemman suhtautuminen lapsen vaikeuteen aktiivisesti tai myönteisesti</p>	<p>Psyykkisen vaikeuden ei-hyväksyttävyyys</p> <p>Vanhemman suhtautuminen lapsen vaikeuteen passiivisesti tai kielteisesti</p>	<p>Vanhemman suhtautuminen lapsen vaikeuteen</p>	VANHEMPAAN LIITTYVÄ SELITYS
	<p>Vanhemman pitkä hyväksymisprosessi</p>	<p>Vanhemman hyväksymisprosessin kesto</p>	
<p>Hyvät resurssit (aika, koulutus)</p> <p>Hyvä tavoitettavuus</p> <p>Väestövastuinen työmalli</p>	<p>Lomien ja sijaisjärjestelyjen toteuttaminen</p> <p>Yhteisen fyysisen tilan puuttuminen perhepalvelukeskukselta</p>	<p>Neuvolatoiminnan organisointi</p>	NEUVOLAAN LIITTYVÄ SELITYS
<p>Vanhempien näkökulman huomioiminen</p> <p>Seulontatutkimukset kehityksellisten vaikeuksien havaitsemisen tukena</p>	<p>Ikäluokkatarkastusten vähäinen määrä leikki-iässä</p> <p>Vanhempien näkökulman huomiotta jättäminen</p> <p>Psyykkisten, emotionaalisten ja sosiaalisten taitojen arvioinnin vaikeus (lasta ei nähdä ryhmässä)</p>	<p>Neuvolan ikäluokkatarkastukset</p>	
<p>Lisääntyvä yhteistyö päiväkotien kanssa</p> <p>Monialaisen puuttumisen tehokkuus</p> <p>Päiväkotien kyky arvioida lapsen toimimista ryhmässä</p>	<p>Vähäinen yhteistyö päiväkotien kanssa</p> <p>Erittäin vähäinen yhteistyö perhepäivähoidon ja seurakunnan kerhon kanssa</p> <p>Neuvolan heikot tiedot päivähoidon käytännöistä</p>	<p>Neuvolan ja päivähoidon yhteistyö</p>	
<p>Lapsen vaikeuksien puheeksiottaminen aina</p> <p>Lääkärin tuki</p> <p>Ongelmaperheiden tuen järjestäminen</p> <p>Lapsen epäselvän vaikeuden kontrollikäynti toteamisen nopeuttajina</p>	<p>Perheen vaikeuksien sivuuttaminen mahdollista</p> <p>Lääkärin tuki puuttuu</p> <p>Elämäntapahtumisissa tukea tarvitsevien perheiden avun tarve on jäänyt huomioimatta</p> <p>Perheiden varhaisempi avun tarve on jäänyt huomioimatta</p> <p>Lapsen epäselvän vaikeuden sivuuttaminen tai kontrollikäynti toteamisen hidastajana</p>	<p>Neuvolan erityinen tuki</p>	JATKUU

<p>JATKU</p> <p>Lupa moniammatilliseen työhön</p> <p>Säännölliset palaverit</p> <p>Ohjata/konsultoida voi aina kun on huoli lapsesta</p> <p>Puheterapeutille ohjaus on helppoa</p> <p>Ohjaus tehdään yksilöllisesti</p> <p>Terapeutti ottaa yhteyden perheeseen</p> <p>Ohjaukseen liittyy hyvä perustelu</p> <p>Neuvolan aktiivisuus vaikeuden toteamisen jälkeen</p> <p>Palautteen saaminen erityistyöntekijöiltä</p>	<p>Vanhemman näkemyksen kunnioittaminen</p> <p>Kaikki terveydenhoitajat eivät ohjaa lasta erityistyöntekijöiden palveluihin</p> <p>Ohjaamisessa psykologille on epäselvyyttä ja epävarmuutta</p> <p>Psykologin palvelut koetaan leimaavina</p> <p>Tekniset virheet lähettämisessä</p> <p>Neuvolan passiivisuus vaikeuden toteamisen jälkeen (erityistyöntekijöille jonottavat ja avusta kieltäytyvät)</p> <p>Neuvolan puuttuva tieto erityistyöntekijälle hakeutumisesta</p>	<p>Neuvolan ja erityistyöntekijöiden yhteistyö</p>	
	<p>Palvelujen tarve on suuri</p> <p>Erityistyöntekijöitä tarvitaan lisää</p> <p>Erityistyöntekijät ovat kuormittuneita</p> <p>Työn kehittämisen edellytyksiä puuttuu</p>	<p>Erityistyöntekijöiden resurssit</p>	<p>ERITYISTYÖN-TEKIJÖIHIN LIITTYVÄ SELITYS</p>
<p>Lyhyet jonot</p> <p>Jonojen suunnitelmallisuus ja priorisointi</p>	<p>Pitkät jonot</p> <p>Jonojen suunnitelmallisuus ja priorisointi</p>	<p>Jonot erityistyöntekijöille</p>	
<p>Palveluihin ohjausta tapahtuu eri paikoista</p> <p>Varhaisen kuntoutuksen tiimi suunnittelee perheen palvelut</p> <p>Asiakkuudet lopetetaan heti kun mahdollista</p>	<p>Tutkimus/hoitoprosessi on hidas</p> <p>Huomioitava koko perheen ja ympäristön aikataulu</p>	<p>Erityistyöntekijöiden toimintatapa</p>	
<p>Yhteistyö päivähoidon kanssa</p>	<p>Päivähoidossa on epävarmuutta ohjaamisessa psykologille</p>	<p>Erityistyöntekijöiden yhteistyö päivähoidon kanssa</p>	

Liite 5: Analyysitaulukot lasten aineistosta

Viiveen selitykset (2 kpl)

Viiveen selitykset, vanhempien haastattelut

Alaluokka	Luokka	Yläluokka
<p>Vanhemmalla ei ollut voimavaroja hakea ja vastaanottaa apua</p> <p>Vanhemman oli vaikeata arvioida lapsen kehitystä ja käytöstä</p>	Vanhempien vähäiset voimavarat ja taidot	VANHEMPAAN LIITTYVÄ SELITYS
<p>Neuvolalta ei saanut tukea elämäntapaan liittyviin tapahtumiin</p> <p>Neuvola ei pyrkinyt tai pystynyt arvioimaan lasta kokonaisvaltaisesti</p>	Puuttuva apu	NEUVOLAAN JA ERITYISTYÖNTEKIJÖIHIN LIITTYVÄ SELITYS
<p>Neuvolasta sai apua vasta kun itse pyysi</p> <p>Neuvolan ja/tai erityistyöntekijöiden avusta ei ollut hyötyä</p> <p>Oikean avun löytyminen kesti pitkän ajan</p>	Hidas tai riittämätön apu	
<p>Vanhempi ei osannut hakea varhaista apua, koska ei tiennyt neuvolan ja erityistyöntekijöiden palveluista</p> <p>Tieto erityisen seurannan tarpeesta ei siirtynyt neuvolasta toiseen paikkakunnan muuton yhteydessä</p>	Puutteellinen tiedottaminen	

Viiveen selitykset, potilasasiakirjat

Alaluokka	Luokka	Yläluokka
<p>Lapsi ei hakeutunut ohjattuihin palveluihin</p> <p>Lapsen avussa edettiin hitaasti vanhempien ehdoilla hoitosuhteen turvaamiseksi (täydennetty psykologin haastattelulla)</p>	<p>Lapsen auttaminen vanhempien ehdoilla</p>	<p>VANHEMPAAN LIITTYVÄ SELITYS</p>
<p>Lapsella oli vain normaaliseuranta neuvolassa havaituista riskioloista huolimatta</p> <p>Lapsen vaikeuksiin ei puututtu neuvolassa ennaltaehkäisevästi riskioloista huolimatta</p> <p>Lapsen vaikeus havaittiin neuvolassa, mutta varhaista puuttumista ei tapahtunut</p>	<p>Puuttuva apu</p>	<p>NEUVOLAAN TAI ERITYISTYÖN-TEKIJÖIHIN LIITTYVÄ SELITYS</p>
<p>Neuvola antoi apua ja ohjasi lapsen palveluihin vasta kun vanhempi pyysi apua, vaikka vaikeudet oli havaittu jo aikaisemmin</p> <p>Lapselle annettiin varhaista apua neuvolasta, mutta ei ohjattu muihin palveluihin, vaikka apu ei ollut riittävää</p> <p>Neuvolaseuranta ei muuttunut, vaikka lapsi ei hakeutunut ohjattuihin palveluihin</p> <p>Kun lapsi ei hakeutunut ohjattuihin palveluihin, uudelleenohjaamista ei tehty neuvolasta vaikka lapsen vaikeudet jatkuivat</p> <p>Lapsella oli neljänä vuotena peräkkäin eri terveydenhoitaja neuvolan ikäluokkatarkastuksissa</p>	<p>Hidas tai riittämätön apu</p>	