

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2007:1

Nuoret lastensuojelun avohuollossa - palvelujen ja menetelmien tarkastelu

Sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaalialan kehittämishankkeen
lastensuojelun kehittämisohjelman raportti

Alpo Heikkinen



Tekijä(t) - Författare - Author(s) Alpo Heikkinen		
Julkaisun nimi - Publikationens titel - Title of the Publication Nuoret lastensuojelun avohuollossa - palveluiden ja menetelmien tarkastelu. Sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaalialan kehittämishankkeen lastensuojelun kehittämisohjelman raportti		
Julkaisija - Utgivare - Publisher Helsingin kaupungin sosiaalivirasto	Julkaisu-aika - Publikationsdatum Published 2007	Sivumäärä, liitteet - Sidoantal, bilagor Pages, appendixes 117 s.
Sarja - Serie - Series Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä		Osanumero - Del nummer Part number 2007:1
ISSN/Sosv 1457-9847	ISBN/Sosv 978-952-473-839-2	Kieli - Språk - Language suomi
Tiivistelmä - Referat - Abstract <p>Tämän selvityksen tuottaman tiedon perusteella on tarkoitus vahvistaa nuorten avohuoltoa eri toimijoiden yhteisessä lastensuojelutyössä. Selvityksen tieto on koottu pääkaupunkiseudun lastensuojelun tilastoista, avohuollon asiantuntijahaastatteluista, ajankohtaisista tutkimuksista ja kansainvälisistä tutkimusraporteista. Tarkemmin analysoituna tilastollisena esimerkkinä käytetään Helsingin lastensuojelun asiakaslukuja. Selvityksen kohderyhmä on rajattu 12-17-vuotiaisiin nuoriin. Nuorten palvelujen kehittämistarpeita tarkastellaan määrällisen kehityksen, tulkittujen avohuollon tarpeiden, palvelukokonaisuuden ja työmenetelmien näkökulmista. Selvitystyön ohjausryhmään ovat kuuluneet tutkija Timo Harrikari, sosiaalityöntekijä Jaana Kivistö, kehittämispäällikkö Kristiina Laiho, johtava kehittämiskonsultti Irma Maikkula, perhepalvelujohtaja Raili Metsälä ja kehittävä sosiaalityöntekijä Oona Ylönen.</p> <p>Selvitys osoitti, että 12-17-vuotiaiden lasten ja nuorten lastensuojelun tarve on pääkaupunkiseudulla ollut vuodesta 2000 lähtien määrällisestä näkökulmasta vakiintunut tai kasvava. Sosiaalipoliittisilla ratkaisuilla ei ole saatu vaikutettua lasten ja perheiden hyvinvointiin siten, että lastensuojelun määrällinen tarve nuorilla olisi vähentynyt ikäryhmittäisessä tarkastelussa suhteessa väestöön. Nuorten ongelmien vaikeusasteen ja syiden tulkintoihin on monia selityksiä. Selvityksen aineisto ei tue 12-17-vuotiaiden kohdalla käsitystä polarisaatiosta. Nuorten ongelmat ovat laantuneet oireisuuteen, tunne-elämän häiriöihin, mielenterveysongelmiin, kouluvaikeuksiin ja päihteiden käyttöön liittyviin moniongelmaisuuskysymyksiin. Nämä ongelmat koskettavat yhä useampia nuoria ja niillä on yhteys lastensuojelun kasvavaan avohuollon tarpeeseen. Nuorille tarjottavat palvelut ovat pirstaloituneet. Peruspalvelujen ajallinen intensiteetti on ruuhkautumisen vuoksi riittämätön silloin, kun nuori tarvitsisi auttajalta enemmän aikaa. Nuorten tukeminen perustellaan usein yhdellä havaitulla ongelmalla. Useisiin riski- ja suojaviin tekijöihin pitäisi vaikuttaa yhtäaikaan. Avohuollossa on tarjolla vähän työmenetelmiä, joissa on yhdistetty monimenetelmällisyys, multisysteemisyys ja arviointi. Työmenetelmässä tulisi yhdistyä kommunikatiivisuus, terapeuttisuus ja toiminnallisuus. Nuorten avohuollon palvelujen kehittämishankkeet sosiaalialalla on Suomessa toteutettu 1990-luvulta lähtien liian pieninä kokonaisuuksina, joista on puuttunut huolellinen ja maantieteellisesti kattava, tieteelliset kriteerit täyttävä arviointi.</p> <p>Selvityksen perusteella nuorten avohuoltoon tulee kehittää moniammatillinen intensiivimenetelmä, jonka perusaineiksina voidaan käyttää Amerikkalaisen MST-menetelmän ja Itävallan JIP-menetelmän sekä muiden hyväksi todettujen intensiivimenetelmien sisältöjä. Lisäksi avohuollossa tulee kehittää nuorten oma selviytyvyttä tukevia kouluperusteisia interventioita ja tukihenkilötoimintaa. Lastensuojelutarpeen selvittämiseen olisi hyvä kehittää nuorille oma tilannearviointimalli. Lastensuojelun tilastointi kunnissa vaatii kehittämistä ja lastensuojelun tutkimustyötä tulee resursoida paremmin.</p>		
Avainsanat - Nyckelord - Key words nuoret; lastensuojelu; avohuolto; palvelut; työmenetelmät; intensiivimenetelmä		
Hinta Pris Price	Julkaisumuoto Publikationsform Publishing form	

Julkaisun myynti ja jakelu:

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopalvelu
PL 7010, 00099 HELSINGIN KAUPUNKI
Puhelin: 310 43772
Telekopio: 310 43151
Sähköposti: sosv.kirjasto@hel.fi
Tiimiposti: Sosv Kirjasto Hki/Sosv

Distribution och försäljning:

Social- och hälsovårdens informationstjänst
PB 7010, 00099 HELSINGFORS STAD
Telefon: 310 43772
Telefax: 310 43151
E-post: sosv.kirjasto@hel.fi
Teampost: Sosv Kirjasto Hki/Sosv

Distribution and sales:

Social and Health Care Information Services
PB 7010, 00099 Helsingin kaupunki
Telephone: +358-9-310 43772
Telefax: +358-9-310 43151
E-mail: sosv.kirjasto@hel.fi
Teampost: Sosv Kirjasto Hki/Sosv

Sisällys

Tiivistelmä

Johdanto

1. NUORUUS IKÄVAIHEENA LASTENSUOJELUSSA	4
1.1 Nuoruuden käsite ja ikärajamäärittely.....	4
1.2 Nuorten lisääntynyt tuen tarve – tulkintoja määrällisestä kehityksestä.....	5
1.3 Nuorten ikäryhmittäinen asiakkuus pääkaupunkiseudulla.....	9
1.3.1 Nuoret Helsingissä.....	10
1.3.2 Nuoret Vantaalla.....	18
1.3.3 Nuoret Espoossa.....	20
2. NYKYTILAN TARKASTELU.....	23
2.1 Tulkitut tarpeet ja arvioidut syytekijät.....	23
2.2 Syytekijöiden vertailu.....	27
2.3 Palvelukokonaisuuden kirjava nykytila.....	33
2.4 Perustoimijat nuorten palveluissa.....	37
2.5 Välimaaston käsite.....	42
2.6 Intensiivimalli.....	45
3. POHDINTAA TYÖMENETELMISTÄ.....	50
3.1 Riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden suhde menetelmiin.....	50
3.2 Multisysteemisyyden avoimuudessa.....	56
3.3 Menetelmien vaikuttavuuden tarkastelu.....	57
3.4 Nuoret jätetään härmistymään ja lillumaan.....	62
3.5 Esimerkkejä nuorille kohdennetuista työmenetelmistä.....	65
4. JOHTOPÄÄTÖKSET.....	73
5. EHDOTUKSET TOIMENPITEISTÄ.....	75
KIRJALLISUUS.....	77
KUVIOT.....	85
TAULUKOT.....	85
LIITETAULUKOT.....	87

JOHDANTO

Selvityksen tavoitteena on hahmottaa, kirkastaa ja oppia ymmärtämään lastensuojelun avohuollon nuorten asiakkuuteen liittyvää kokonaisuutta sekä tehdä tarkastelun perusteella kehittämissuositukset nuorten tukemiseksi. Selvitystyö sisältyy sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 2004 - 2007 toteutettavan valtakunnallisen sosiaalialan kehittämishankkeen lastensuojelun kehittämissuositelmaan. Määrällisen tarkastelun ja nykytilan kuvauksen kohteeksi valittiin pääkaupunkiseutu sen kasvavien asiakasmäärien ja kiireellisten menetelmällisten kehittämistarpeiden vuoksi. Selvityksen aineisto koostuu pääkaupunkiseudun lastensuojelutilastoista, valtionapuhankkeiden haastatteluista, pääkaupunkiseudun asiantuntijahaastatteluista sekä ajankohtaisista tutkimuksista ja tutkimusraporteista.

Selvityksessä tarkastellaan aluksi lastensuojelunuorten tilannetta lukujen valossa ja pyritään löytämään näkökulma ikäryhmittäiselle tarkastelulle. Helsinkiä käytetään tilastollisena esimerkkinä lastensuojelun asiakaslukujen ja väestömäärien vertailussa. Selvityksen toisessa osuudessa tarkastellaan kriittisesti asiakkuuden arvioituihin syytekijöihin liittyviä kysymyksiä ja palvelujärjestelmän nykytilaa. Kolmannessa osuudessa tuodaan esille joitakin kansainvälisiä esimerkkejä uusista avohuollon tukimuodoista ja työmenetelmistä. Lopuksi esitetään kehittämistarpeet ja kehittämissuositukset lastensuojelun avohuollon vahvistamiseksi.

Lastensuojelun avohuollon piirissä olevien nuorten määrä on kasvanut jatkuvasti kuluneen kymmenen vuoden aikana. Nuorten huostaanottomäärät ovat kasvaneet ja asiakkuuden kestot ovat lyhentyneet. Nuorille ehditään tarjota entistä vähemmän avohuollon tukitoimia ennen tilanteen kriisiytymistä. Nuorten kriisien nopeutuminen ei ole muodostunut haastavaksi vain lastensuojelulle, vaan myös muille palveluille kuten koululle, päihdetyölle, nuorisotyölle ja psykiatrian avohoidolle. Ilmiön syiden selittäminen ja ongelmien vaikeusasteen muuttumisen tulkitseminen on ollut vaikeaa niin auttajille kuin tutkijoillekin.

Nuorten psyko-sosiaalisten palvelujen kokonaisuutta pidetään hajanaisena ja ongelmien mukaan eriytyneenä. Avohuollon kehittämisen näkökulmasta kiinnostuksen kohteena on pidetty perustoimijoiden kuten lastensuojelun, psykiatrian avohoidon, koulun ja nuorisotyön sekä hoitotason välimaastoa. Varhaisemman, ehkäisevän tuen näkökulmasta voidaan pitää haasteena kehittää ja löytää sellaisia työmenetelmiä, joilla kyettäisiin vaikuttamaan useisiin

riski- ja suojaaviin tekijöihin yhtä aikaa. Jos tarjottavien palvelujen työmenetelmät eivät kohtaa nuorten tarpeita riittävän monipuolisesti, nuoret jäävät ajelehtimaan löysillä sitoumuksilla aikuisten luomaan palveluviidaksoon kunnes elämäntilanne edellyttää hoitotason toimenpiteitä. Ongelman ratkaiseminen edellyttää intensiivisten ja monimenetelmällisten mallien kokeilua ja soveltamista nuorten avohuollossa.

1. NUORUUS IKÄVAIHEENA LASTENSUOJELUSSA

1.1. Nuoruuden käsite ja ikärajamäärittely

Nuoruus ilmiönä ja sanana ei ole kovin yleisesti paikannettavissa lastensuojeluun liittyvissä raporteissa ja tutkimuksissa. Lastensuojelu ammatillisena käsitteenä, instituutiona tai toimenpiteenä luo miellelyhtymän lapsuudesta, jolloin ikään kuin implisiittisesti käsitämme nuoruuden kuuluvan lastensuojelussa lapsuuden sisään mutta kuitenkin siten, että lapsuus on pääkäsite ja nuoruus on alakäsite. Tiedonhaku lastensuojelun ja nuoruuden yhdistelmällä tuottaa avoahuollosta varsin suppeita hakutuloksia. Tutkimuksissa pätkä nuoruutta on tavanomaisesti kirjoitettu jonkin muun tutkimusaiheen ja teeman sisälle yhdeksi kappaleeksi tai lyhyemmäksi viittaukseksi ikä- ja kehitysvaiheen mukaisesta tarkastelusta. Lastensuojelullista nuoruutta käsitteenä ja ilmiönä on tutkittu ainakin koulukoteihin, lastensuojelun ryhmätoimintaan ja jälkihuoltoon liittyvissä tutkimuksissa (esim. Kivistö 2006; Kitinoja 2005; Pösö 2004; Pekkarinen 2004). Tulkitseen siten, että nuoruuden, lastensuojelun ja avoahuollon sisällöllinen yhdistelmä on uusi ja mielenkiintoinen selvitystyön ja tutkimuksen osa-alue silloin, kun se liitetään lastensuojelunurille tarjottavaan avoahuollon tukeen.

Nuoruuden ikäraajat ovat lastensuojelussa varsin venyviä. Lisäksi niiden sanotaan omana aikanamme olevan yhteiskunnallisesti muuttuvia ja vaihtuvia. On myös väitetty, että nuoruus alkaa yhä aikaisemmin ja lapsuus loppuu aikaisemmin. Lastensuojelussa nuoruus käsitteenä ja sanana tulee näkyväksi parhaiten jälkihuollon yhteydessä eli 18-ikävuoden jälkeen. Kansainvälisissä raporteissa ja hankkeissa nuoruuden alku on ajoitettu aika tavanomaisesti 12-ikävuoden alkuun. Nuorisopsykiatriassa 12,5-ikävuotta on nuoruuden alku. Nuotta Projektin (2003, 16) loppuraportissa ikärajojen yhtenäistämistä ehdotettiin nuorisopsykiatriassa koskemaan 13 - 22- ikävuoden väliä. Ikärajojen määrittymiseen näyttävät vaikuttavan lasten ja nuorten institutionaaliset siirtymät kuten ala-asteelta yläasteelle, peruskoulusta ammatilliseen koulutukseen tai sijaishuollosta jälkihuoltoon. Ei ole siten itsestään selvää, milloin annetaan merkitys, ”hän on nuori”. Siihen vaikuttavat ajalliset, paikalliset ja kontekstuaaliset tekijät. Ikäraajat määrittyvät myös erilaisten projektien ja hankkeiden profiloitumisen mukaan. Koulunkäynnin tukemisen ja harrastustoiminnan yhteydessä nuoruuteen viittaavat ikäraajat saattavat alkaa 7-ikävuodesta ja venyä 20-ikävuoteen. Rikos ja päihdeongelmissa nuoruuden ikära

jat sijoittuvat 15 - 20-ikävuoden välille mutta jonkin verran myös 12 - 14-ikävuoden välille. (Ks. myös Virtanen & Jalava & Koskela & Kilappa 2006.)

Tässä selvityksessä nuoruus on rajattu 12 - 17- ikävuoteen. Perustelu rajaukselle on lastensuojelun näkökulmasta avohuollollinen. Lastensuojelun ja sosiaalityön näkökulmasta on tavanomaista, että 18- ikävuoden jälkeen nuori on aikuinen, ellei hän ole jälkihuollossa. Avohuollon tavoitteena on, ettei sijaishuoltoa ja jälkihuoltoa tarvita ja jälkihuollon tavoitteena on, että jälkihuoltovuosina sosiaalisia riskejä on mahdollisimman vähän ja että siirtyminen aikuisuuteen on sujuva. Jätän jälkihuollon ikävaiheena tämän selvitystyön ulkopuolelle. Sitä on tarkasteltava ja kehitettävä omana kokonaisuutenaan, koska nuoren jälkihuollon hyvinvointiin heijastuu se, miten sijaishuoltoa ja avohuoltoa on toteutettu.

Avohuollon tuen näkökulmasta 12 - 17- ikävuodet sisältävät merkityksellisiä nuoren arkeen vaikuttavia muutoksia ja siirtymiä kuten ala-asteiän, kaveripiirin vaikutuksen, nuorisotaloiän, lukioiän, ammatilliseen koulutukseen siirtymisen, harrastusten vaihtumisen ja löytämisen sekä mahdolliset rikos- ja päihdekokeilut. Myös monissa kansainvälisissä hankkeissa nuoruutta on tarkasteltu 12 - 17- ikävuoden välisenä kehitysjaksona ja nuorisohankkeiden aloitusikäraja on asetettu 12- ikävuoteen. (Ks. esim. El-Khoury 2005; Sundell 2005; Forster & Sundell 2005; Pylkkänen 2003; Lipsey & Derzon 1998.)

Yksi perustelu avohuollon ikärajukselle on tilastollinen. Ikärajaus antaa mahdollisuuden havainnollistaa asiakkuuden kehittymistä kahdessa ikäryhmässä: 12 -14-vuotiaat ja 15 - 17- vuotiaat, jotka molemmat ikävaiheina sisältävät nuoren näkökulmasta tärkeitä institutionaalisia siirtymiä. Nuoruuden jakaminen kahteen kolmen ikävuoden jaksoon on määrällisessä tarkastelussa havainnollinen ja riittävän selkeä.

1.2. Nuorten lisääntynyt tuen tarve – tulkintoja määrällisestä kehityksestä

Lastensuojelun tukitoimenpiteiden piirissä olevien lasten ja nuorten määrä on lisääntynyt tasaisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Aiheen kannalta lastensuojelun tilastoinnissa olisi kiinnostavaa kouluikäisten 7 - 15-vuotiaiden lasten ja nuorten määrällisestä kehitys tukitoimenpiteiden piirissä. Tilastoista on toistaiseksi vaikea saada faktaan perustuvaa

näyttää, että suurin kasvu avohuollon asiakkuuksissa olisi tapahtunut suurkaupunkien kouluikäisten lasten ja nuorten asiakkuuksissa. Oletamus on kuitenkin vahva ja tällaisia viitteitä on olemassa.

Koska nuorten kohdalla käytetään vähemmän avohuollon tukitoimia, tämä saattaa johtua siitä, että nuorten kriisit aktivoituvat lastensuojeluilmoituksiksi ja toimenpiteiksi niin myöhään, että psyykkiset ja sosiaaliset riskit edellyttävät nopeaa reagoitua nuoren tilanteen turvaamiseksi (ks. Myllärniemi 2006). Avohuollon tukitoimien vähäisempi käyttö saattaa johtua myös siitä, että nuorille on vähemmän omia palveluja ja tarpeeseen vastaavia tukitoimia. Se voi johtua myös siitä, että murrosikään ajoittuvat kriisit sosiaalisina riskeinä edellyttävät nopeampia toimenpiteitä, kun nuori samanaikaisesti on irtautumassa kodin vaikutuspiiristä ja sidos kodin ulkopuolisiin suhteisiin on vahvempi. Myös kulttuurisesti omaksutut tavat, käsitykset ja tottumukset eri ikävaiheisiin ajoittuvista riskeistä ja sosiaalistumisprosessin eroista saattavat vaikuttaa siihen, miten nopeita ja vahvoja toimenpiteitä nuorten kohdalla ammattilaisilta edellytetään. Tulkintaprosessiin erityisestä tuen tarpeesta osallistuvat useimmissa tapauksissa monet paikalliset lasten ja nuorten kasvu- ja kehitysinstituutiot. Siksi lastensuojelun toimintatavoissa ei ole kyse vain lastensuojelun omista tulkinnoista.

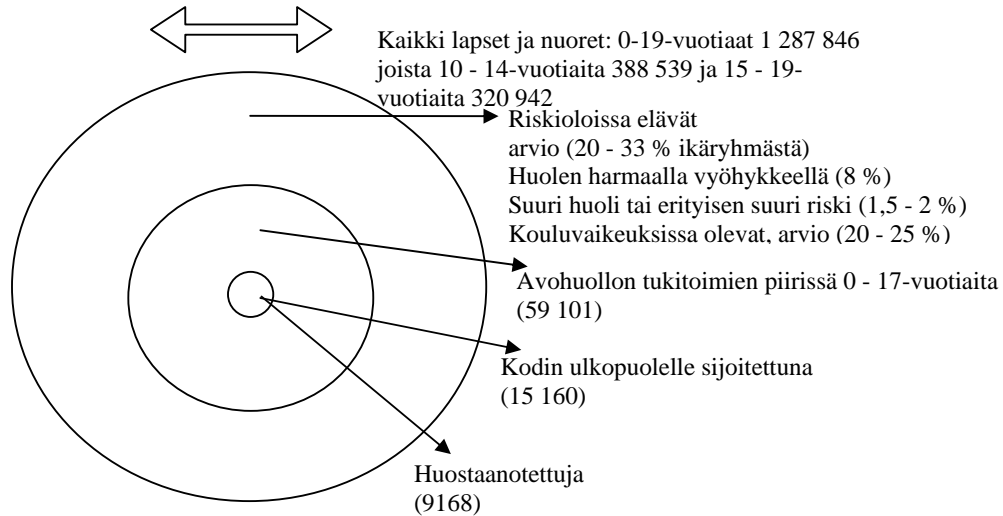
Riskiolosuhteissa elävien lasten määrät vaihtelevat eri tutkimuksissa 25 ja 33 prosentin välillä ja mielenterveyden häiriöistä kärsivien lasten määrä 7 ja 15 prosentin välillä. Luvut perustuvat eri tutkimuksiin ja arvioihin ja kertovat lasten hyvinvoinnin tilasta vain tietyillä kriteereillä. (Bardy 2001, 13-19; Törrönen & Vornanen 2004.)

Riskitutkimusten mukaan voidaan karkeasti arvioida, että suomalaisista kouluikäisistä pojista noin 20 - 25 prosentilla on arjen hyvinvoinnissa joitakin riskejä, jotka edellyttäisivät kohdennettua ammatillista interventiota (ks. esim. Pölkki 2001; Pulkkinen 2002; Karvonen & Rimpelä 2003). Stakesin Palmuke-projektissa vuosina 2001 - 2002 Kainuussa ja Länsi-Uudellamaalla tehty huolikartoitus kattoi noin 30 000 lasta ja nuorta koskevaa ammatillista kohtaamistilannetta. Huolikartoituksessa arvioituista tilanteista sosiaali- ja terveydenhuollon, koulun, poliisin ja seurakunnan työntekijät kokivat 64 % huolettomina tapauksina, pientä huolta koettiin 26 prosentissa tapauksia ja harmaalle vyöhykkeelle sijoitettiin 8 % tapauksista ja suuren huolen alueelle 1,5 prosenttia tapauksista. Harmaalla vyöhykkeellä tarkoitetaan aluetta, jossa työntekijä kokee huolen kasvavan ja omien mahdollisuuksiensa heikkenevän. Mielessä on tällöin toivomus lisävoimavaroista ja kontrollin lisäämisestä. Kontrollilla

tarkoitetaan hallinnan lisäämistä rajoittamalla jotakin epätoivottavaa asiaa, joka vaikuttaa lapsen tai nuoren arjen hyvinvointiin. (Eriksson & Arnkil 2005, 25 - 27.) Huolikartoituksen tulokset poikkeavat riskitutkimuksien tuloksista antaen noin kolme kertaa pienemmän arvion riskiolosuhteissa elävien lasten ja nuorten määrästä, mikäli huolen harmaa vyöhyke tulkitaan selkeästi jonkin tyyppisissä riskiolosuhteissa elävien vyöhykkeeksi.

Erilaiset tutkimusmenetelmät erilaisine aineistoinen antavat erilaisia vastauksia lasten ja nuorten riskien määrällisestä kehitymisestä. Tuloksia voidaan tulkita niin, että huolikartoituksessa huolelle annetaan käsitteenä erilainen merkitys kuin lastensuojelun, psykiatrian ja kouluterveyskyselyjen riskikartoituksissa riskille. Riskiä voidaan tulkita monesta näkökulmasta objektiivisin ja subjektiivisin kriteerein. Tyttöjen ja poikien turvattomuuden aiheiden vertailua koskeneessa tutkimuksessa (Vornanen 2000, 275) vain kaksi prosenttia 13 - 17-vuotiaista nuorista piti itse elämänsä turvattomana ja kahdeksan prosenttia epävarmana ja pelottavana. Näyttää siltä, että koulutyön yhteydessä tehdyt koulumotivaatioon, masennuksen kokemiseen ja terveyteen liittyvät tutkimukset antavat riskipopulaatiosta suurempia, 13 - 25 % välille sijoittuvia lukuja (mm. Luopa & Pietikäinen & Jokela 2005; Karvonen & Rimpelä 2003; Järventie 1999).

Arvioidessani varhaista ja erityistä tukea tarvitsevien lasten ja nuorten määrää Suomessa olen käyttänyt neljää erilaista tutkimus- ja kartoitushaaraa, joiden pohjalta voi tehdä karkeita oletuksia määrällisestä tuen tarpeesta: 1) riskitutkimukseen ja kehityspsykologiaan liittyvät tulokset, 2) huolen vyöhykkeistön tulokset, 3) kouluterveyskyselyn tulokset 4) lastensuojelun kaupunkikohtaiset tilastot ja 5) lastensuojelun valtakunnalliset Stakesin tekemät kuntakyselyn tilastot. Olen merkinnyt kuvan 1 kehille väestötilaston edellyttämän luokitusvälin mukaisesti koko väestön 10 - 14-vuotiaiden ja 15 - 19-vuotiaiden määrät. Väestö- ja lastensuojeluluvut perustuvat tilastokeskuksen väestötilastoon ja Stakesin lastensuojelutilastoon vuodelta 2005.



Kuvio 1. Varhaista ja erityistä tukea tarvitsevat sekä lastensuojelun tukea saavat mukaillen (Horwath 2003)

Vuonna 2005 oli Stakesin tilaston mukaan 0 - 17-vuotiaista lapsista ja nuorista 59 101 lastensuojelun avohuollon tukitoimien piirissä. Stakesin kuntakyselyn (Heino & Kuoppala & Säkkinen 2005) yhteenvedossa todetaan, että 5,4 % alle 18-vuotiaista lapsista ja nuorista oli vuonna 2004 lastensuojelun avohuollon asiakkaana. Koska asiakkaiden kokonaismäärä kasvaa nopeammin kuin vuosittain tilastoidut uudet asiakkaat, voi se kertoa myös siitä, että asiakkuus on pitkäaikaisempaa ja poistuvuus vähäistä. Kun avohuollon asiakasmäärää verrataan riskitutkimusten ja kouluterveyskyselyjen tuloksiin, on tulkittavissa, että vain neljäsosa koko arvioidusta riskipopulaatiosta on lastensuojelun avohuollon asiakkaana, jos erityistä tukea tarvitsevien ja kouluvaikeuksissa olevien määräksi arvioidaan noin 20 % lapsista ja nuorista. Pelkästään 10 - 14-vuotiaissa olisi tällöin noin 78.000 erityisen tuen tarpeessa olevaa, mikä on enemmän kuin koko lastensuojelun avohuollon nykyinen asiakkaina olevien 0-17-vuotiaiden määrä. On erittäin haastava tehtävä kertoa yksilöidysti, missä määrin asiakasmäärien muutoksissa on kyse hyvinvoinnin tai ongelmien vaikeusasteen muutoksista ja erityisesti nuorten kohdalla, millaista muutoksista erityisessä tuen tarpeessa on kyse? Tutkimukset antavat ristiriitaista tietoa ja erilaisia selityksiä ongelmien vaikeutumisesta (vrt. Jahnukainen 2006; Tuori & Sohlman & Ekvist & Solantaus 2006; Järventie 1999).

Mahdollinen lastensuojelun asiakkuuden kynnyksen mataloituminen, varhaisempi puuttuminen kouluvaikeuksiin, diagnostiikan kehittyminen, lisääntyvä psykologis-

medikaalisten määrittelyjen käyttöönotto, lastensuojelupalvelujen ”normaalistuminen” ja muiden palvelujen puuttumiskynnyksen tehostuminen saattavat kasvattaa tulevana vuosina lastensuojelun piirissä olevien nuorten asiakasmäärää. Lastensuojelun haasteena on, miten se kykenee resursseillaan vastaamaan mahdolliseen kasvavaan tuen tarpeeseen. Haaste ei kuitenkaan kosketa ainoastaan lastensuojelua, vaan useimpia lasten ja nuorten kanssa työskenteleviä perustoimijoita.

1.3. Nuorten ikäryhmittäinen asiakkuus pääkaupunkiseudulla

Kun tutkitaan lastensuojelunuorten asiakkuuden määrällistä kehitystä ja suhteita eri ikäryhmissä, voidaan aineistona käyttää Stakesin valtakunnallista lastensuojelun kuntakyselyä tai kuntien omia lastensuojelutilastoja. Ongelmana kuitenkin on, että valtakunnallisissa tilastoissa ei ole ikä- ja kehitysvaiheen mukaista tarkastelua. Valtakunnallista tietoa ei esimerkiksi ole siitä, miten lastensuojelun avohuollon asiakkuus on kehittynyt edellisenä vuotena tai viitenä viimeisenä vuotena kouluikäisten lasten ja nuorten osalta tai mihin ikäryhmiin avohuollon asiakkuuden painopisteet ovat kohdentumassa. Myöskään läänikohtaista tai seutukuntaakohtaista tietoa ei ole esimerkiksi siitä, miten lastensuojelunuorten asiakkuus on kehittynyt erikokoisissa kunnissa.

Julkisuudessa ja kunnallishallinnossa tilastoja käytetään seurausten, siis huostaanottomäärien ja kustannusten todentamiseen. Tilastot syntyvät siitä, mitä hallinto tarvitsee syrjäytymisen ja talouden hallinointiin, ei siitä, mitä nuoret kokevat tarvitsevänsä arkensa elämänhallinnan parantamiseksi. Tilastoista puuttuu laadullinen asiakasnäkökulma.

Tärkeäksi muodostuu tällöin kysymys, mitä lastensuojelun numerotiedolla halutaan kertoa ja tietää ja mikä on tärkeää numerotietoa lasten ja nuorten avun saamisen kannalta? Kun lastensuojelun tilastoista tehdään suoraviivaisia tulkintoja ja perustellaan niihin viitaten lasten, nuorten ja perheiden pahoinvoinnin taikka psykososiaalisten ongelmien kehitystä, varauksellinen kriittinen asenne on paikallaan. Myös muiden palvelujen taso heijastuu avohuollon asiakasmääriin. Jos peruspalvelut toimivat hyvin, niin voidaan olettaa, että asiakkuus ei ole yhtä runsasta. (Heino & Pösö 2003, 586-588.)

Ongelmaksi voi muodostua, että lastensuojelua saatetaan tarkastella suppeassa merkityksessä eikä laajassa merkityksessä, eri toimijoiden kuten koulun ja nuorisotyön konteksteissa. Tarja Heino ja Tarja Pösö (2003) toteavat, että suppeassa merkityksessä keskitytään vain toimenpiteiden seurauksiin ja irrotetaan ne muista palveluista ja arkielämän kehityskuluista. Edellä mainittua näkemystä voidaan kriittisesti täydentää ja todeta, että ei ole lainkaan varmaa, vähentääkö muiden palvelujen lisääminen sinänsä lastensuojelun avohuollon asiakkuutta vai saattaisiko se jopa lisätä sitä paikallisesti tietyissä olosuhteissa? Nuorilla on taipumusta olla päällekkäisissä asiakkuuksissa ja hakeutua toisen palvelun kautta toisen palvelun piiriin.

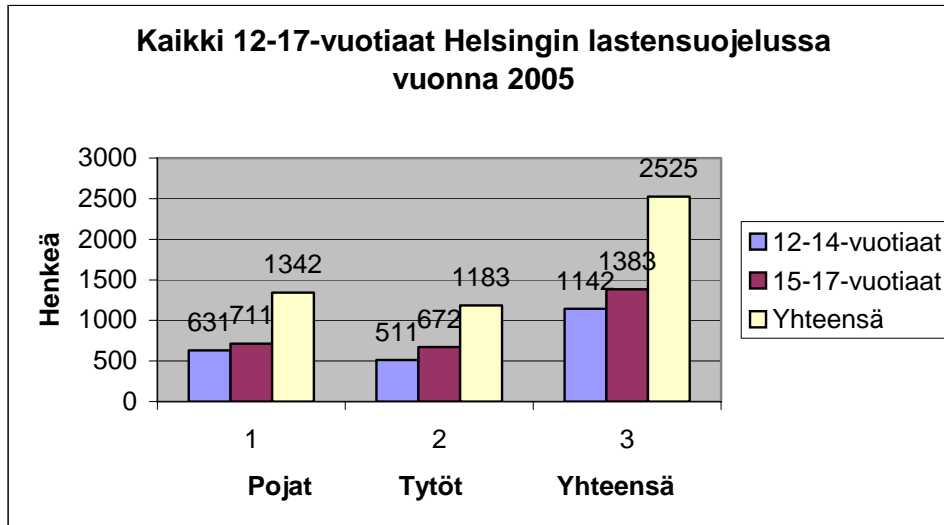
Numeerisen tiedon ristiriitaisuutta voidaan vielä lisätä paradoksilla, joka perustuu riski-ilmiöiden ennakointiin ammattityössä. Voidaan ajatella, että lastensuojelun avohuollossa on enemmän asiakkaita, jos se on toimintatavaltaan ennakoivaa ja varhaisemmin puuttuvaa. Tällöin voidaan kysyä, että kumpi on ensin, runsas lastensuojelutoiminta vai pahoinvointi (Pösö & Heino 2003, 589)? Runsas lastensuojelutoiminta saatetaan julkisuudessa arvottaa lasten ja nuorten pahoinvoinnin lisääntymiseksi ja lastensuojelun ehkäisevän toiminnan vajavaisuudeksi (mt. 2003). Tulkintaa voisi jatkaa kysymällä, minkä verran lastensuojelun avohuollon asiakasmäärän kasvu kuvastaa ehkäisevän toiminnan vahvistumista, lastensuojelupalveluihin hakeutumisen muuttumista matalakynnyksisemmäksi tai muun verkoston aktivoitumista riskien havaitsemisessa?

1.3.1 Nuoret Helsingissä

Olen koonnut Helsingin, Vantaan ja Espoon lastensuojelun avohuollon tilastoista vuodelta 2005 saatavilla olleet nuorten ikäryhmittäiset määrät. Olen pyrkinyt taulukoimaan ilmiön kannalta vain oleellisen tiedon. Erilaisia vertailutapoja tilastoista voisi olla monia. Tavoitteena on saada havainnollistettua populaation koko suhteessa koko lastensuojelun asiakaskuntaan sekä havainnollistaa kolmen suuren kaupungin avulla nykyhetken määrällistä kehityssuuntaa. Lastensuojelun tilastojen luotettavuus perustuu siihen, miten hyvin ja tarkasti tilastointi tapahtuu varsinaisen asiakastyön yhteydessä. Tilastoinnin luotettavuutta saattaa kaupungeissa heikentää esimerkiksi se, että nuoren tilanne saattaa muuttua ja vaihdella kiireellisen huostaanoton, määräaikaisten sijoituksen ja muiden avohuollon toimenpiteiden välillä. Tällöin jää pohdittavaksi, mikä on ollut kyseisen vuoden tilastointikriteeri henkilön kohdalla ja onko siinä ollut päällekkäisyyksiä? Oletus on

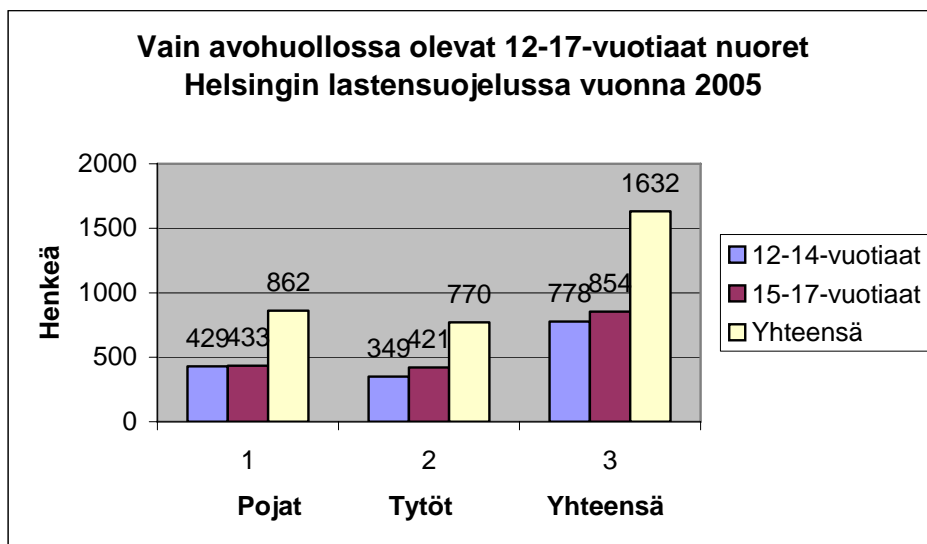
kuitenkin, että kyse ei ole merkittävistä määrällisistä virhemarginaaleista. Taulukoihin on pelkistetty nuorten määrälliset osuudet lastensuojelussa saatavilla olleiden lukujen perusteella.

Taulukko 1 sisältää sekä avohuollon että sijaishuollon asiakkaat Helsingissä, joista hieman yli kolmasosa on 12 - 17-vuotiaita (katso myös liitetaulukko 3).



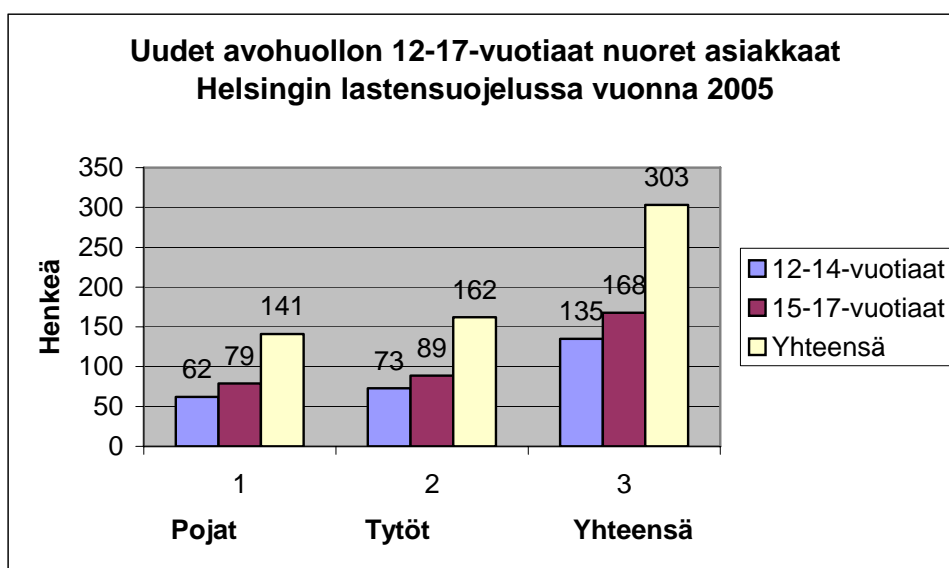
Taulukko 1. Kaikki 12 - 17-vuotiaat nuoret lastensuojelussa vuonna 2005 kun 0-17-vuotiaiden kokonaismäärä on 6969. Lähde: Helsingin kaupungin sosiaaliviraston lastensuojelutilasto 2005.

Kaupungin sisällä on lastensuojelun palvelualueita, joissa yli 40 % vain avohuollossa olevista lapsista ja nuorista on 12 - 17-vuotiaita. Taulukosta 2 nähdään, että 12 - 14-vuotiaiden ikäryhmässä poikia on avohuollon asiakkuudessa hieman tyttöjä enemmän. 15 - 17-vuotiaiden kohdalla tyttöjen ja poikien määrä on lähes sama. Molemmat ikäryhmät ovat suhteellisen tasasuuruisia ja muodostavat yli kolmasosan 0-17-vuotiaiden kokonaismäärästä avohuollossa, joka oli 4387. (Katso myös liitetaulukko 3.)



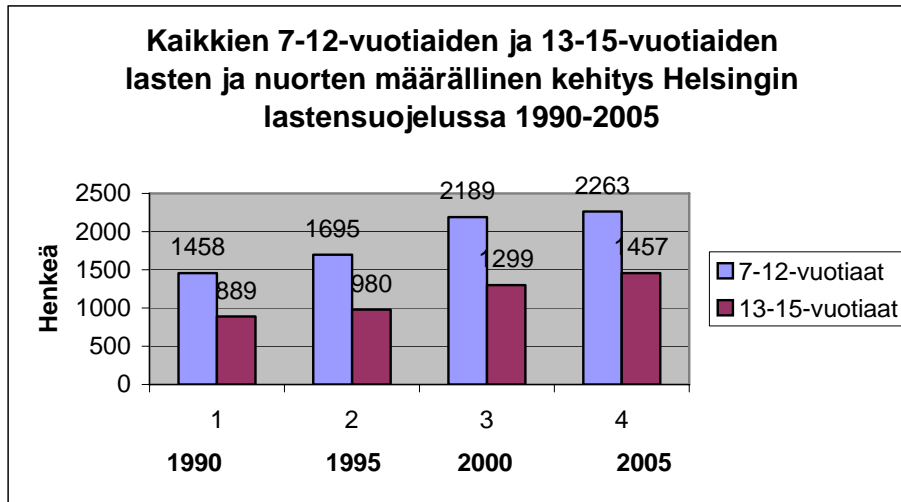
Taulukko 2. Vain avohuollossa olevat 12 - 17-vuotiaat nuoret vuonna 2005 kun 0 – 17 - vuotiaiden kokonaismäärä oli 4387

Taulukossa 3 on merkitty kahden ikäryhmän osuus kaikista uusista 0-17-vuotiaista avohuollon asiakkaista vuonna 2005. Lukujen valossa voidaan pohtia, jatkuuko vuosittainen kasvuvauhti pääkaupunkiseudulla siten, että se on nuorten kohdalla noin 1/3 kaikista uusista avohuollon asiakkaista ja kuinka pitkään? Mikä on poistuvuus lastensuojeluasiakkuudesta vuosittain tarkasteltuna kussakin ikäryhmässä? Poistuvuutta on ilmeisesti mahdollista seurata kokonaismäärän kehityksen kautta? (katso myös liitetaulukko 3)



Taulukko 3. Uudet avohuollon 12 - 17-vuotiaat asiakkaat vuonna 2005, kun 0 - 17-vuotiaiden uusien asiakkaiden kokonaismäärä on 1029

Taulukosta 4 nähdään viidentoista vuoden ajalta lastensuojelunurten asiakkuuden kasvu, joka on ollut suhteellisen voimakasta Helsingissä vuosina 1995 - 2000 välillä (katso myös liitetaulukko 3). Ikäryhmien prosentuaalinen osuus kaikista 0-17-vuotiaista lastensuojeliasiakkaista on säilynyt suhteellisen tasaisena. Asiakkuuden kasvu on jatkunut molemmissa ikäryhmissä vuoteen 2005.



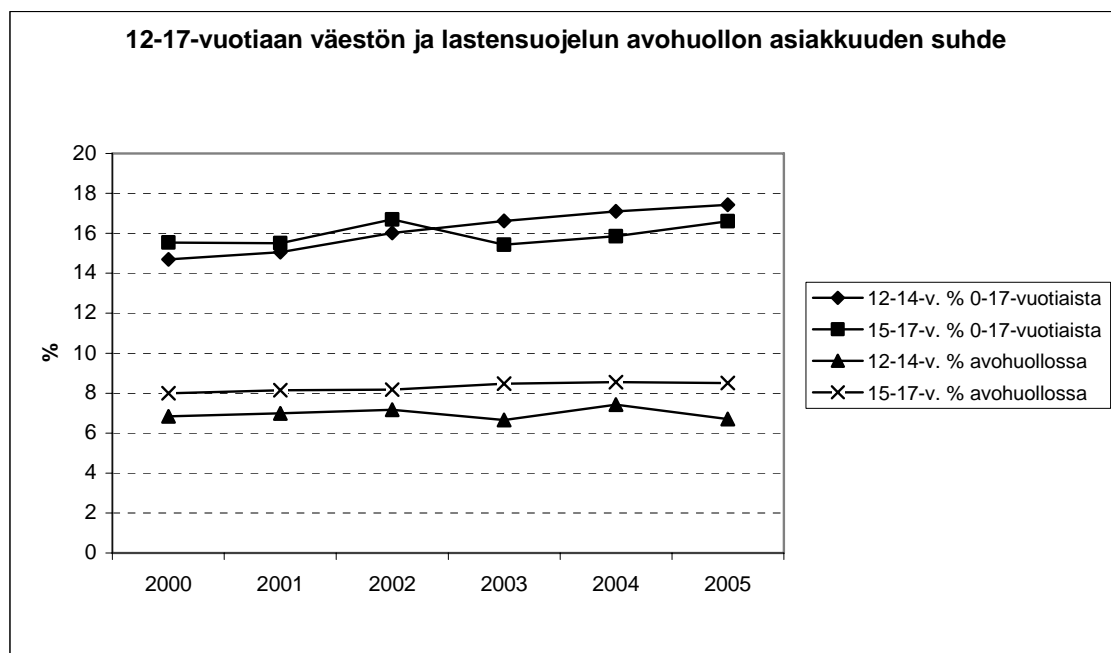
Taulukko 4. Kaikkien asiakkaina olleiden 7 - 12-vuotiaiden ja 13 - 15-vuotiaiden lasten ja nuorten määrällinen kehitys 1990 - 2005

Lastensuojelun avohuollon kuntayhteenvedossa (Heino & Kuoppala & Säkkinen 2005, 6) todetaan, että avohuollon uusien asiakkaiden määrä ei koko maassa lisäännä samassa tahdissa kuin asiakkaiden kokonaismäärä, vaan kokonaismäärä lisääntyy enemmän kuin vuosittainen uusien asiakkaiden määrä. Kysymys on samasta poistuvuuteen liittyvästä ongelmasta, jonka esitin taulukossa 3 uusista avohuollon nuorista asiakkaista. Tämä voi kertoa Heinin ym. (2005) raportin mukaan siitä, että avohuollon asiakkuus on yhä pitkäaikaisempaa tai siitä, että asiakas ei poistu tilastosta. Tämä pätee alle 18- vuotiaisiin lapsiin ja nuoriin. Kaikissa kunnissa asiakastilastoja ei ylläpidetä systemaattisesti.

Taulukosta 5 nähdään 12 - 14-vuotiaan ja 15 - 17-vuotiaan väestön prosentuaaliset määrät kaikista 0-17-vuotiaista ja lastensuojelun avohuollon prosentuaalinen määrä molemmista ikäryhmistä Helsingissä. 12 - 14-vuotiaan väestön osuus 0-17-vuotiaista on kasvanut vuosien 2000 - 2005 välillä 14,7 prosentista 17,43 prosenttiin ja 15 - 17-vuotias väestö on kasvanut 15,54 prosentista 16,61 prosenttiin. Molempien ikäryhmien väestö on kasvanut yhteensä 3039

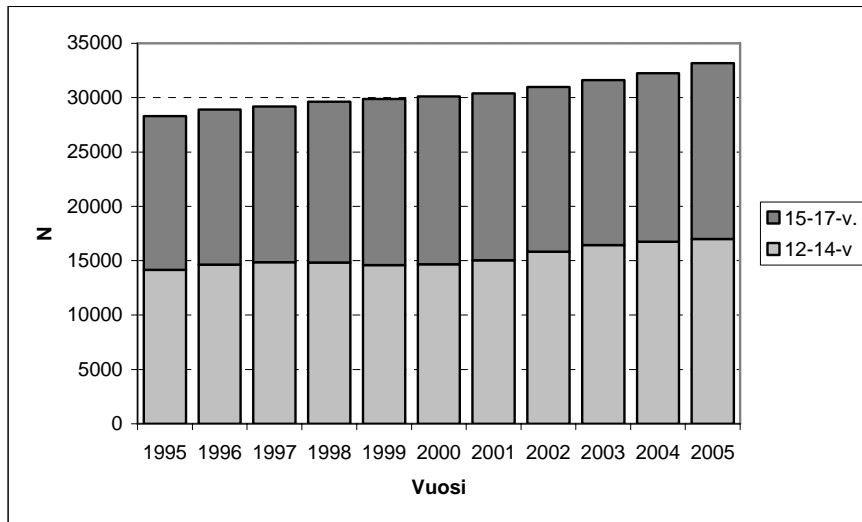
nuorella. Kun 12 - 17-vuotiasta on keskimäärin 7,6 % lastensuojelun asiakkaana, niin väestömuutosta on seurannut noin 230 nuoren lisäys lastensuojelun asiakkuudessa vuodesta 2000 vuoteen 2005. 12 - 14-vuotiaiden asiakasmäärä on vaihdellut 6,6 prosentin ja 7,4 prosentin välillä samanikäisestä väestöstä. 15 - 17-vuotiaiden osuus on vaihdellut avohuollossa 8 prosentin ja 8,5 prosentin välillä samanikäisestä väestöstä. Taulukosta on nähtävissä, että lastensuojelun tarve on nuorilla lähes vakio. Yhteiskuntapoliittisilla ja sosiaalipoliittisilla toimenpiteillä ei ole saatu vaikutettua nuorten hyvinvointiin siten, että lastensuojelutarpeen prosentuaalinen osuus ikäryhmän väestöstä olisi pienentynyt. Viime vuosina nuorten asiakkuus on ollut paremminkin kasvamaan päin.

Taulukko 5. 12 – 14-vuotiaiden ja 15 – 17-vuotiaiden ikäryhmien osuudet 0 – 17-vuotiaasta väestöstä ja lastensuojelun avohuollossa olevien prosentuaaliset osuudet molemmista ikäryhmistä.



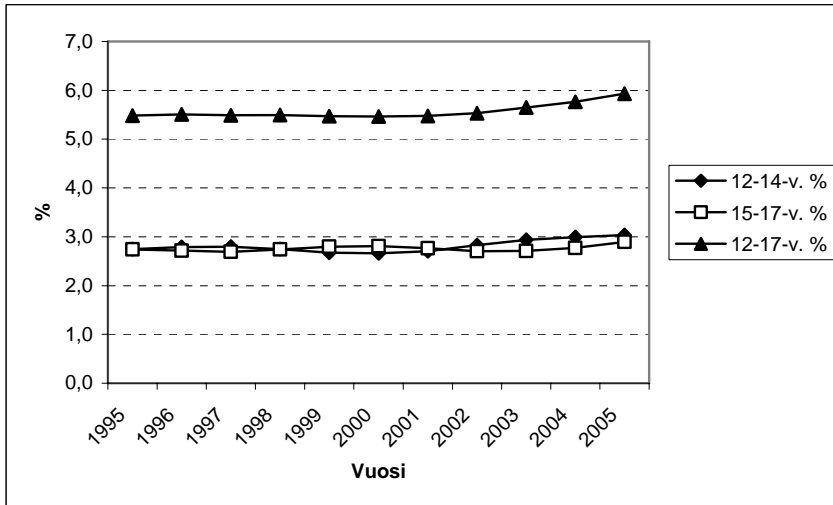
Taulukko 5. Väestön ja lastensuojelun avohuollon asiakkuuden määrällinen suhde kahdes-
sa ikäryhmässä Helsingissä vuosien 2000 ja 2005 välillä.

Taulukosta 6 on nähtävissä, että molemmissa ikäryhmissä väestön absoluuttinen määrä on kasvanut kymmenen vuoden aikana Helsingissä.



Taulukko 6. 12 – 14 ja 15 – 17-vuotiaiden nuorten absoluuttinen määrä koko väestöstä Helsingissä 1995 – 2005.

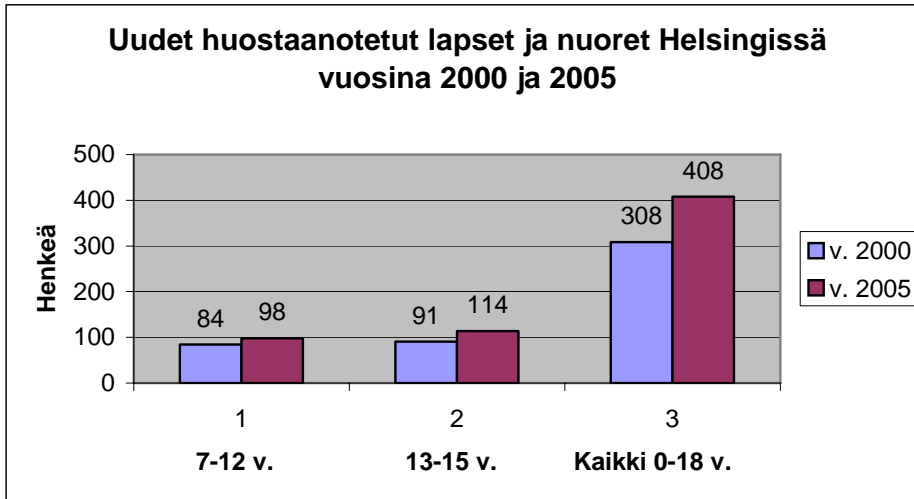
Taulukossa 7 on esitetty molempien ikäryhmien suhteellinen osuus koko Helsingin väestöstä vuosina 1995 – 2005. Suhteellinen osuus on alkanut kasvaa vuosien 2001 – 2002 taitteessa. Koko väestömäärään liittyvästä suhteellisesta näkökulmasta molemmat ikäryhmät ovat kasvaneet. Demografisesta näkökulmasta nuorten asiakkuus on lastensuojelun avohuollossa kasvamassa.



Taulukko 7. Nuorten suhteellinen osuus koko väestöstä Helsingissä 1995 - 2005.

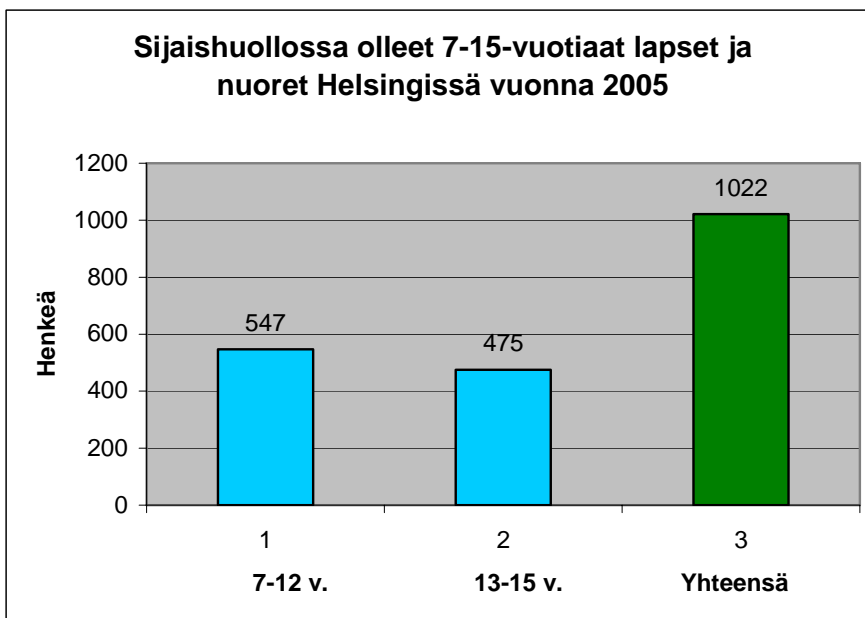
On varsin todennäköistä, että nuorten poistuvuus lastensuojelun asiakkuudesta on vähäistä. Pääkaupunkiseudulla on suhtauduttava kriittisesti nuorten arkeen liittyvien lastensuojelun ulkopuolisten psyko-sosiaalisten palvelujen ja kasvu- ja kehitysinstituutioiden interventioiden vaikuttavuuteen lastensuojeluasiakkuutta vähentävästi, erityisesti silloin, kun nuorilla ilmenee vakavampia kriisejä kuten esimerkiksi voimakasta päihteiden käyttöä tai koulutyön laiminlyöntiä. Näyttääkin siltä, että eri tukimuotojen ja palvelujen kehittäminen muilla sektoreilla, ei ole Suomessa vähentänyt lastensuojeluasiakkuutta, vaan päinvastoin, lisännyt sitä. Tämä herättää kysymyksen, tulisiko meidän kehittää enemmän intensiivisiä, eri ammattilaisten yhteiseen toimintaan perustuvia interventiotekniikoita ja vähentää kehittämistä, joka rajautuu tiukasti yhteen ongelmaan erikoistumiseen nuorten auttamisessa.

Taulukossa 8 on esitetty uudet huostaanotetut kahdessa kouluikäisten ryhmässä. Ikäryhmäjaottelu on Helsingin tilaston mukainen. Kun taulukon 5 mukaan uusia huostaan otettuja oli vuonna 2005 yhteensä 408 koko ikävälillä 0 - 18-vuotiaat, niin 7-15-vuotiaiden lasten ja nuorten osuus uusista huostaan otetuista oli yli 50 %. Puolet raskaammasta lastensuojelullisesta suojelun tarpeesta kohdentuu Helsingissä kouluikäisiin lapsiin ja nuoriin, jotka käyttävät avohuoltovaiheessaan pääasiassa koulun, lastensuojelun, nuorisosemien, psykiatrian avohoidon ja nuorisotyön palveluja. (Katso myös liitetaulukko 3.)



Taulukko 8. Uudet huostaanotetut 7 - 12-vuotiaat ja 13 - 15-vuotiaat lapset ja nuoret Helsingissä vuosina 2000 ja 2005

Stakesin valtakunnallisessa kuntakyselyyn perustuvassa tilastossa uusien huostaan otettujen osuus kaikista 0-17-vuotiasta on kohonnut 12 - 15-vuotiaiden ikäryhmässä kuluneen kymmenen vuoden aikana. Vuonna 1994 huostaanotetuista oli 12 - 15-vuotiaita 26 % (284 henk.). Vuonna 2004 vastaava osuus oli 30 % (646 henk.) ja vuonna 2005 31 % (739 henk.). (Liitetaulukko 2.)

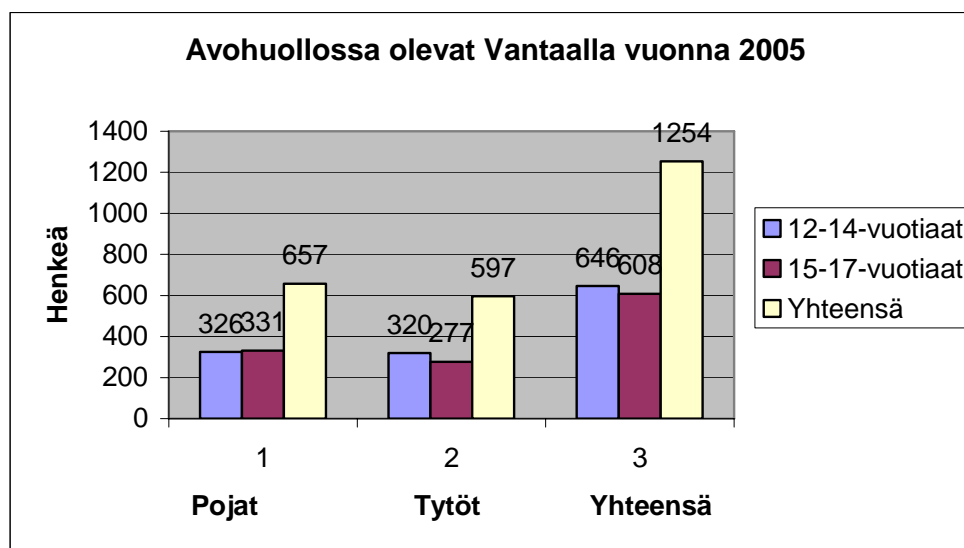


Taulukko 9. Lastensuojelun sijaishuollossa olevat (huostassa olleet) 7 - 12 ja 13 - 15-vuotiaat lapset ja nuoret vuonna 2005 kun kaikkien sijoitettujen kokonaismäärä Helsingissä oli 2431.

Stakesin valtakunnallisen kuntakyselyssä viimeisimmän sijoitusperusteen mukaan vuoden 2005 lopussa huostassa oli yhteensä 9162 lasta ja nuorta. Avohuollon tukitoimena sijoitettuja oli 3552. (Liitetaulukko 1.)

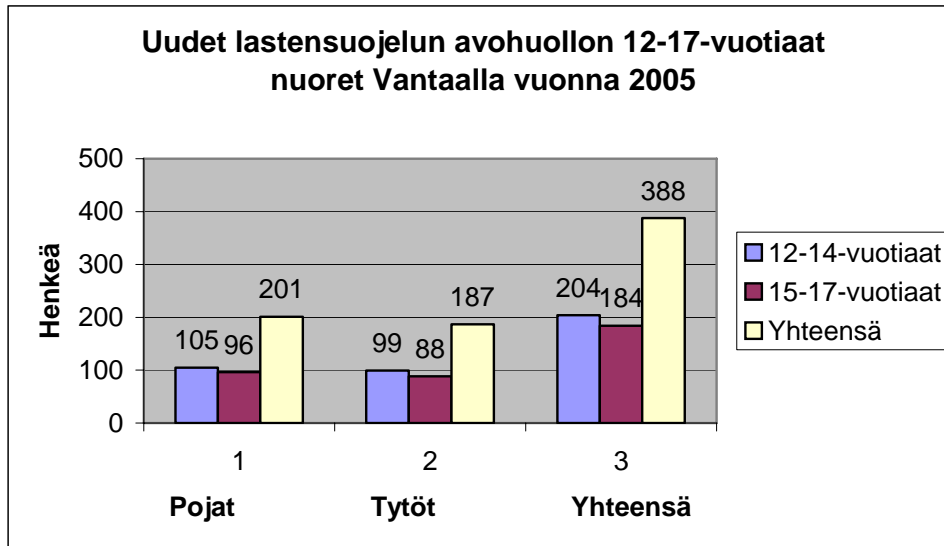
1.3.2 Nuoret Vantaalla

Taulukossa 10 ei ole verrattu nuorten prosentiosuuksia Vantaan lastensuojelun avohuollon koko 0 - 17-vuotiaiden asiakaspopulaatiosta vuonna 2005, vaan 12 - 17-vuotiaiden määrälliset osuudet niistä, jotka eivät ole siirtyneet sijaishuoltoon (liitetaulukko 5). Nuorten määrä avohuollon asiakkuudessa on Vantaalla väestömäärään suhteutettuna huomattavan suuri. Helsingin vastaavat määrät vain avohuollossa olevien osalta ovat 12 - 14-vuotiailla 778 ja 15 - 17-vuotiailla 854 kokonaismäärän ollessa 1632. Vuonna 2005 Vantaan väestöstä oli kouluikäisiä 7 - 15-vuotiaita 21.809 kun Helsingissä oli vuoden 2005 ja 2006 taitteessa väestötilaston mukaan vastaavan ikäisiä 7 - 15-vuotiaita 48.746. Suhteessa väestömäärään lastensuojelunuorten avohuollon asiakkuus on siten Vantaalla nuorten kohdalla määrällisesti kaksinkertainen Helsinkiin verrattuna. Koko Vantaan väestö oli vuonna 2005 yhteensä 185.429 ja Helsingin vuoden 2005 ja 2006 vaihteessa 560 905. (Vantaan väestötilasto 2005; Helsingin kaupungin tilastollinen vuosikirja 2006.)



Taulukko 10. Avohuollossa olevat 12 - 14-vuotiaat ja 15 - 17-vuotiaat nuoret Vantaalla vuonna 2005

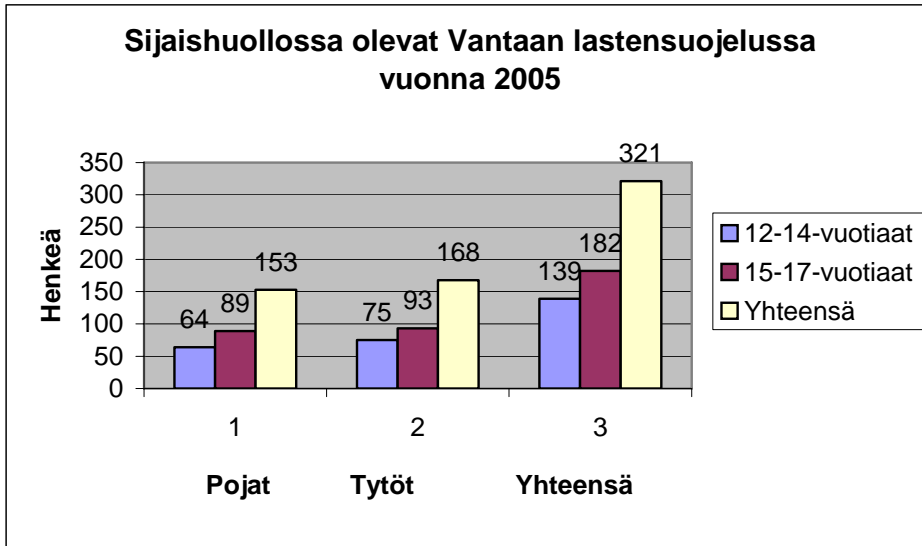
Taulukosta 11 nähdään, että Vantaan kasvuvauhti nuorten uusissa asiakkuuksissa on ollut voimakasta verrattuna Helsinkiin, jossa uusien asiakkaiden määrät ovat pienemmät eli 12 - 14-vuotiaiden kohdalla 135 ja 15 - 17-vuotiaiden kohdalla 168 yht. 303. Vantaalla 12 - 14-vuotiaiden uusien nuorten määrä lastensuojelussa on suhteellisen korkea verrattuna Helsingin vastaavaan lukuun ja kouluikäisten väestömäärään.



Taulukko 11. Uudet lastensuojelun avohuollon 12 - 17-vuotiaat asiakkaat Vantaalla vuonna 2005 kun kaikkien 12 - 17-vuotiaiden kokonaismäärä avohuollossa oli 1254

On mahdollista, että 12 - 14-vuotiaiden uusien asiakkaiden määrän kasvu kuormittaa lastensuojelun avohuoltoa tulevina vuosina kertautuvasti, ellei avohuollossa eri toimijoiden panostuksella saada tuettua perheitä ja nuoria itsenäisempään selviytymiseen ja lievennettyä lastensuojelun tarvetta aiheuttavia tekijöitä. Lastensuojelua tulisi tarkastella ja arvioida pääkaupunkiseudulla yhteisesti, niin määrällisesti kuin laadullisesti. Seudullinen kehittämistyö nousee entistä tärkeämmäksi alueellisen eriarvoisuuden vähentämisessä.

Taulukossa 12 ei ole uusien huostaanotettujen nuorten lukuja vuodelta 2005 kuten Helsingin taulukossa (ks. taulukko 5), vaan vuonna 2005 sijoitettuna olevat, joista osa on sijoitettu vuonna 2005 ja osa aikaisemmin (katso myös liitetaulukko 5).



Taulukko 12. Lastensuojelun sijaishuollossa olevat 12 - 14-vuotiaat ja 15 - 17-vuotiaat Vantaalla vuonna 2005

1.3.3 Nuoret Espoossa

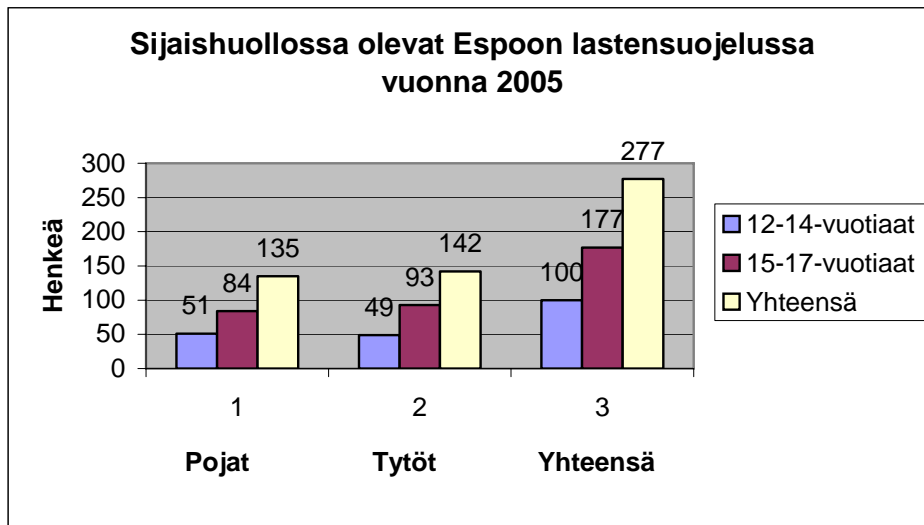
Espoon osalta on havaittavissa taulukosta 13, että kaikkien uusien asiakkaiden osuus vuonna 2005 oli noin kolmasosa kokonaismäärästä (katso myös liitetaulukko 6). Espoossa ei ole tilastoitu 12 -17-vuotiaiden uusien asiakkaiden määrää, vaan koko avohuollon populaatio.

Ikäryhmä	Yht.	%
0-18-vuotiaat	2179 (kaikki)	
0-18-vuotiaat uudet v. 2005	708	31,5 %

Taulukko 13. Kaikki 0 - 18-vuotiaat lastensuojelun avohuollon asiakkaat ja uudet 0 - 18-vuotiaat avohuollon asiakkaat Espoossa vuonna 2005.

Taulukossa 14 on esitetty sijaishuollossa olevien nuorten määrä (277), joka on Espoossa hieman pienempi kuin Vantaalla, jossa oli 321 sijoitettua nuorta (taulukko 9 ja liitetaulukko 6). 15 - 17-vuotiaiden sijoitettujen osuus on lähes sama molemmissa kaupungeissa mutta 12 - 14-vuotiaita sijoitettuja oli Espoossa vähemmän. Espoossa 9 - 15-vuotiaiden väestömäärä on

21.816 ja Vantaalla 7 - 15-vuotiaiden väestömäärä on 21.809. Jos molemmissa kaupungeissa olisi tarkka ikä- ja kehitysvaiheen mukainen lastensuojelun tilastoseuranta, kaupunkien keskinäinen vertaaminen olisi hyödyllistä koska nuorisopopulaation koko on lähes sama. Helsingissä on tilastoitu 7 - 15-vuotiaat huostassa olleet, joita oli yhteensä 1022 ja 13 - 15-vuotiaita huostassa olleita 475 vuonna 2005. Vaikuttaa siltä, että huostassa olevien määrä pääkaupunkiseudulla suhteutuu väkiluvun mukaan mutta avohuollon asiakasmäärä ja uusien asiakkaiden määrä vaihtelee kolmen kaupungin kesken.



Taulukko 14. Lastensuojelun sijaishuollossa olevat 12 - 17-vuotiaat Espoossa vuonna 2005.

Annina Myllärniemen (2006, 49-51) tutkimuksessa, joka perustui vuosien 2002 - 2005 huostaanottoasiakirjoihin Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla (N=134) kaikkien kolmen kaupungin yhteenlasketun jakauman mukaan 13-17-vuotiaiden osuus huostaan otetuista oli 53 % ja 7-12-vuotiaiden osuus oli 24 %. Espoossa 70 % huostaan otetuista oli 13 - 17-vuotiaita, Vantaalla 47 % ja Helsingissä 39 %. 13 - 17-vuotiaiden asiakkuudet olivat lyhyitä, 40 % ikäryhmästä oli ollut 0-1- vuotta asiakkaana. Nuorille 13 - 17-vuotiaille tarjottujen avohuollon tukitoimien määrä oli vähäinen. 43 % nuorista oli saanut 0-3 tukitoimeja ja 46 % oli saanut 4-6 tukitoimeja. Vähintään seitsemää tukitoimeja oli käytetty 12 % 13 - 17-vuotiaista. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että tulisi kiinnittää huomiota enemmän varhaisnuorten ongelmiin ja avohuollon tukitoimiin ennen murrosikää koska yhä useampi huostaanotto kohdentuu murrosikäisiin.

(Mt. 88, 96.)

Tämän selvityksen luvut uusien 12 - 14-vuotiaiden avohuollon asiakkaiden määristä tukevat Myllärniemen (2006) näkemystä siitä, että menetelmiä tulisi kehittää ja tukitoimia varhaistaa kaikissa kolmessa kaupungissa. Vaikuttaa varsin selvältä, että tukitoimia on kehitettävä yhdessä lastensuojelun sekä lasten ja nuorten arjen kannalta merkityksellisten instituutioiden kesken. Huostaanottomäärät kertovat nuorten kohdalla lastensuojelun omien tukitoimien vaikuttavuudesta tai perheiden lisääntyneestä pahoinvoinnista, samoin kuin myös koulun, psykiatrian avohoidon ja nuorisotyön menetelmällisestä kehittämistarpeesta 12 - 14-vuotiaiden nuorten kohdalla. Sektoreiden sisäinen vahvistaminen ja menetelmällinen kehittäminen ei ole näyttänyt taittavan lastensuojelun kasvavia lukuja ainakaan pääkaupunkiseudulla. Onko lastensuojelusta muodostunut välittynyt yleispalvelu, jonka tarve syntyy, kun nuori aloittaa asiakkuuden jonkin muun psykososiaalisen palvelun piirissä?

Avohuollon kasvava asiakkuus saattaa kertoa varhaisempien ongelmien laukeamisesta nuoruusvaiheessa, nuoruuteen liittyvien ongelmien nopeammasta syntyprosessista, herkemmästä yhteydenottokynnyksestä lastensuojeluun, koulun ja psykiatrian avohuollon psykososiaalisen työn tehostumisesta ja ongelmien herkemmästä havaitsemisesta palveluverkostossa, diagnoosien lisääntymisestä, perheiden taloudellisista vaikeuksista ja kasvatuseroista, nuorten arjen suoriutumiseen liittyvien vaatimusten kasvusta kodin ja koulun kontekstissa, teknistyvän yhteiskunnan suoriutumista vaativiksi liittyvästä nopearytmyksestä tai pääkaupunkiseudun kaupunkikulttuuriin ja asumiseen liittyvistä erityispiirteistä. Ilmiöön vaikuttavat sekä mikro että makrotason yhteiskunnalliset tekijät. Määrällisestä näkökulmasta lastensuojelun avohuollon tarve on vakiintunut nuorilla 6 ja 8,5 prosentin välille ikäryhmästä. Avohuollon tarve seuraa kasvavasti väestökehitystä. Lasten ja nuorten hyvinvointiin liittyvissä taloudellisissa ja poliittisissa ratkaisuisissa pitäisi kiinnittää huomiota siihen, että yhteiskunnassa on hiljaa hyväksytty lastensuojelun tarpeen vakiintunut prosentuaalinen taso.

2. NYKYTILAN TARKASTELU

2.1. Tulkitut tarpeet ja arvioidut syytekijät

Nuorten lisääntyneen palvelutarpeen taustalla on useimmiten perusteltu olevan perheiden päihteiden käyttöön sekä lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin liittyviä tekijöitä. Nuorten tarpeiden tulkinnat ovat helposti nähtävissä hankkeiden kohdentumisessa. Syrjäytymistä ehkäisevien EU-hankkeiden arviointia koskevassa selvityksessä (Virtanen ym. 2006, 13) projektien ja hankkeiden näkemys nuorten avohuollon tuen tarpeesta liittyi kouluvaikeuksiin, päihteidenkäyttöön, rikoksiin ja työllistymisen esteisiin. Yhteensä 33:sta EU- hankkeesta vain neljä liittyi suoraan tai välillisesti lastensuojelun avohuoltoon ja yhteensä kuusi hanketta keskittyi nuoriin (mt. 27).

Tarja Pösö (2004) havaitsi koulukotiin sijoitetuista nuorista tekemässään tutkimuksessa, että lastensuojeluasiakirjoissa yleisin mielenterveyden häiriö nuorilla oli käytöshäiriö, joka todettiin kolmella neljäsosalla nuorista. Manu Kitinojan (2005, 26) koulukotiasiakirjoihin perustuvassa tutkimuksessa lasten ja nuorten sijoitusta edeltäneitä vaiheita ja käyttäytymisen ongelmia kuvattiin käytöshäiriön käsitteellä. Se kuvaa Kitinojan mukaan laajaa pedagogista ongelmaa hyvin yksilö- ja häiriökeskeisesti. Timo Harrikari (2004 ja 2005) ja Manu Kitinoja (2005, 27-34) kuvaavat käsitteistön vaihtelevuutta historiallisesta näkökulmasta. 1800-luvun lopulla ei-toivottua käyttäytymistä kuvattiin lapsilla ilmaisulla ”nuori pahantekijä”, 1900-luvun vaihteessa lapset ja nuoret olivat huonohoitoisia, laiminlyötyjä ja pahatapaisia, 1950-luvulla käyttäytymishäiriöisiä ja sosiaalisesti sopeutumattomia, 1960-luvulla sosiaalisista sopeutumisvaikeuksista kärsiviä, 1970-luvulla käyttäytymishäiriöisiä ja käyttäytymisongelmaisia ja 2000-luvulla haasteellisesti käyttäytyviä. (Ks. myös Salo 1956 ja 1959.)

Susanna Hoikkala (2006, 83) toteaa, että lastensuojelun laitoshuollon kouluikäistä asiakaskuntaa kuvaavat nykyään ”vaikeahoitoisuuden” ja ”erityisen huolenpidon” käsitteet ja puhetaan. Asiakaskuntaa kuvataan ”vaikeahoitoisuuden” diskurssilla. Tämä on Hoikkalan mukaan johtanut lasten- ja nuorisopsykiatrian sekä lastensuojelun yhteisen asiakasaineksen lisääntymiseen. Sopeutumattomuuteen ovat syynä lisääntyneet mielenhäiriöt. Kollektiiviset ja

systemitason ongelmat ovat korvautumassa individualistisilla ja yksilötason häiriöillä. Hoikkala kysyykin, että jos nuoret ovat entistä vaikeahoitaisempia, niin miten heidän tarpeisiin tulisi vastata? (Mt. 84-86.)

Markku Jahnukainen (2006) tarkastelee nuorten elinoloihin liittyvässä artikkelissaan erityisopetuksen määrällistä kasvua ilmiönä. Kun erityisopetuksessa oli 2000-luvun taitteeseen saakka 100.000 oppilasta, on vuosikymmenen puolella välissä kivuttu jo yli 170.000 oppilaan. Erityisopetuksen määrällinen kasvu ei selity Jahnukaisen mukaan ainoastaan oppilasaineksen muuttumisella, vaan määrällistä kasvua voidaan tulkita tilastoteknisestä, kuntoutus-hoidollisesta, kriittisestä ja hallinnollisesta näkökulmasta. Tilastointi on muuttunut siten, että siihen vaikuttaa erityisopetukseen otettujen ja osa-aikaisen erityisopetuksen oppilasmäärän tilastoinnin osittainen päällekkäisyys. Hallinnollisesta näkökulmasta henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma (HOJKS) on lisännyt erityisoppilaisiksi laskettavien määrää. Kuntoutus-hoidollisesta näkökulmasta ei ole perusteltu, onko tarve lisääntynyt vai ovatko resurssit mahdollistaneet yhä lievempien tapausten tulon erityisen tuen piiriin. Vastakkaisena näkökulmana kriittinen näkökulma kysyy, missä määrin uusien diagnoosien laajentunut käyttö on itsessään lisännyt poikkeavuuksien havaitsemista. Esimerkiksi aivotoiminnan häiriöihin luokiteltujen ADD ja ADHD- diagnoosien erityisopetusperusteet ovat lisääntyneet vuodesta 1998 vuoteen 2004 yli kaksinkertaiseksi. Tarkkaavaisuus ja ylivilkkaus häiriöön liitetään määrittelyissä myös käyttäytymisvaikeuksia. Aivotoiminnan häiriöiden ja liikuntavammojen osuus on jatkanut edelleen kasvuaan. Myös tunne-elämänhäiriöiden ja sopeutumattomuuden vuoksi erityisopetusta saaneiden määrä on kääntynyt jälleen nousuun vuonna 2004. Jahnukaisen (2006, 126-128) tulkinnan mukaan on ilmeistä, että medikaalis - psykologisten määrittelyjen käyttöönotto on osaltaan kasvattanut erityisopetuksen kokonaisuutta. Hänen mukaansa ei ole syytä olettaa, että kouluikäinen väestö olisi muuttunut ratkaisevasti erilaiseksi. Erityisopetuksen laajuus kertoo koulujärjestelmän kehittyneisyydestä. Se pystyy tarjoamaan yhä useammalle erityistä tukea. Tässä mielessä erityisopetuksen kasvu ei ole Jahnukaisen mukaan huolestuttavaa. (Mt. 133.)

Pauliina Luopa ym. (2006, 46) toteavat vuoden 2005 kouluterveyskyselyn tuloksissa, että yleiskuva nuorten hyvinvoinnin kehityksestä on myönteinen. Elinolot ja kouluolot ovat joko parantuneet tai pysyneet ennallaan. Verrattuna kahdeksan vuoden takaiseen tilanteeseen ainoastaan oireisuus on lisääntynyt huomattavasti. Tutkimuksessa oireisuudella tarkoitettiin

esimerkiksi päivittäistä väsymystä, joka kaksinkertaistui peruskoulun yläluokkalaisilla kahdeksan vuoden aikana. Vuonna 2004 ja 2005 keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta oli 17 prosentilla peruskoulutytöistä ja 7-8 prosentilla pojista.

Matti Rimpelä (2006; ks. Karvonen 2006, 11) on tulkinut ristiriitaa, joka ilmenee hyvinvointia kuvaavien tietojen ja palvelujärjestelmästä kertyvien viestien välillä: samanaikaisesti viime vuosina nuorten hyvinvointi näyttää kokonaisuutena säilyneen ennallaan mutta palvelujärjestelmä raportoi kasvavaa huolta. Taustalla arvellaan olevan polarisaation kasvua. Rimpelän ym. (2006) mukaan järjestelmää kuormittaa pieni, mutta jatkuvasti yhä syvemmin marginalisoituva nuorten joukko.

Timo Tuori & Britta Sohlman & Marko Ekqvist & Tytti Solantaus (2006, 8) tarkastelivat 13 - 17-vuotiaiden nuorten psykiatrisen sairaalahoidon toteutumista vuosien 1995 - 2004 välillä ja havaitsivat hoidettujen nuorten määrän lisääntyneen 144 %. Sairaalahoidossa olleiden tyttöjen määrä on lähes kolminkertaistunut ja poikien määrä lähes kaksinkertaistunut. Poikien kohdalla ilmiössä saattaa olla kyse Kaivosojan (1996) mainitsemasta ilmiöstä, jonka mukaan pojat ajautuvat enemmän sosiaalihuollon laitoksiin ja tytöt terveydenhuollon laitoksiin samanlaisin oirein (ks. Tuori ym. 2006, 31). Voimakkain kasvu potilasmäärässä ja tahdosta riippumattomalla läheteellä psykiatriseen hoitoon toimitetuissa nuorissa on tapahtunut vuosien 1996 ja 2000 välillä.

Psykiatrisen hoidon voimakas kasvu on ajoittunut likipitäen samaan ajankohtaan kuin lastensuojelun avohuollon nuorten asiakasmäärän vahva kasvu pääkaupunkiseudulla. Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tahdosta riippumattomassa hoidossa olleiden nuorten määrä on kaksinkertaistunut vuosien 1995 - 2004 aikana. Helsingin sairaanhoitopiirissä tahdosta riippumatta lähetettyjen nuorten määrä on kaksinkertaistunut ja hoidossa olleiden määrä kymmenkertaistunut. Helsingissä hoidetaan alaikäisiä selvästi enemmän kuin muussa maassa keskimäärin. Hoitajaksojen kestossa ei ole tapahtunut suuria muutoksia.

Tuorin ym. (2006) tutkimuksen perusteella tahdosta riippumattomalla läheteellä psykiatriseen hoitoon toimitettujen nuorten määrä kolminkertaistui 100.000 nuorta kohden: Kun vuonna 1995 läheteellä toimitettiin 61 nuorta, niin vuonna 2004 tahdonvastaisella läheteellä toimitettiin 186 nuorta. Määrä on lisääntynyt merkittävästi erityisesti vuosina 1995 - 2000. Kun lähetteen sijasta tarkastellaan tahdosta riippumatonta hoitoa, sen määrä on

alaikäisillä nelinkertaistunut vuosina 1995 -2004. Nuoria hoidetaan tahdonvastaisesti 0-12-vuotiaisiin lapsiin verrattuna moninkertainen määrä. Tahdonvastainen hoito kohdentuu pääasiassa 13 - 17-vuotiaisiin nuoriin ja tyttöjä hoidetaan tahdonvastaisesti selvästi enemmän kuin poikia. Vapaaehtoisesti hoitoon tulleiden nuorten ottaminen tahdosta riippumattomaan hoitoon on lähes kaksinkertaistunut vuosien 1998- 2000 välillä, mutta sen jälkeen tasaantunut ja jäänyt ennalleen. (Mt. 18-21.)

Nuorten psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta selvittäneen työryhmän raportissa todetaan, että on vaikea sanoa, onko siellä, missä sairaalapalveluja käytetään vähemmän, hyvin toimiva avohuolto vai jäävätkö nuoret hoitamatta, vai onko niin, että siellä missä sairaalahoitoa tarvitaan paljon, on taustalla avohoidon toimimattomuus? Ilmiön ymmärtäminen ja selittäminen on vaikeaa, koska puuttuu perustietoa alaikäisten mielenterveysongelmien vaikeusasteen kehityksestä. Suomessa alaikäisten mielenterveys- ja psykiatristen ongelmien vaikeutumisesta ei ole saatavissa mitään tietoa. (Collishaw ym. 2004; Sourander ym. 2004; Luopa ym. 2006; ks. Tuori ym. 2006, 31.)

Hieman samankaltaiseen kriittiseen kysymyksenasetteluun voidaan päätyä lastensuojelun avohuollon nuorten ongelmien, asiakasmäärään ja huostaanottojen kasvuun liittyvässä kysymyksessä. Toimiiko avohuolto ja muut palvelut hyvin siellä, missä huostaanottoja ja avohuollon asiakkuutta on vähemmän? Toimiiko avohuolto ja muut palvelut huonosti siellä, missä huostaanottoja ja avohuollon asiakkuutta on paljon? Ehkä nuorten ongelmien lisääntymisen ja vaikeusasteen tarkempi laadullinen selittäminen ja ymmärtäminen on tutkimisen arvoinen asia. Tulisi tutkia myös sitä, millaiset erilaiset prosessit nuorten arjessa johtavat lastensuojelun asiakkuuteen. Näyttäisi siltä, että Rimpelän ym. (2006) polarisaatioteoriakaan ei saisi nuorten osalta vahvistusta ainakaan pääkaupunkiseudulla, koska kouluikäisten lasten ja nuorten määrä avohuollossa on kasvanut tasaisesti aikavälillä 1990 - 2005. Vastoin polarisaatioteoriaa, joukko onkin entistä isompi ja epämääräisemmin oireileva. Taustalla vaikuttavat olevan tunne-elämään, kouluvaikeuksiin, häiriökäyttäytymiseen ja perheen kasvatusvaikeuksiin liittyvät pulmakysymykset, jotka heijastanevat laajemmin koko yhteiskunnan henkistä tilaa.

2.2. Syytekijöiden vertailu

Erityisopetuksen, nuorten elinolojen ja psykiatrisen hoidon kehitystä voidaan verrata Helsingin kaupungin lastensuojelun avohuollon tarvetta aiheuttavien syytekijöiden pääluokkiin, joita on kolme: 1) lapsen ja nuoren kasvuolojen ja elinolojen pääluokka, 2) lapsen ja nuoren toimintaedellytysten ja niihin liittyvien puutteiden pääluokka ja 3) muut taustatekijät (katso myös liitetaulukko 4). Avohuollon tarvetta aiheuttavien syytekijöiden luokitus on suuntaa antava koska ei ole pitävää näyttöä siitä, kumpi on ensin syy vai vaikutus ja mikä on erilaisten, mahdollisesti asiakasprosessissa myöhemmin havaittavien arjen ongelmien vaikutus ensimmäiseksi havaitun ja kirjatun ilmiön syntymiseen. Tarvetta aiheuttavaksi tekijäksi on tilastoitu tietojärjestelmään tilastovuonna ensimmäiseksi merkitty tekijä. Kausaaliväittämään tulee siksi suhtautua kriittisesti ja varauksellisesti. Asiakasprosessissa myöhemmin havaittavan hyvinvoinnin esteen tai arvioidun syytekijän käsitettä on sanottu realistiseen arviointiin perustuvassa tutkimuksessa distaalimuuttajaksi - etäiseksi ja tavoiteltavaksi muuttujaksi. Realistiseen teoriaan perustuvan todellisuuskäsityksen mukaan se, mitä välittömästi havaitaan, ei välttämättä sisällä niitä mekanismeja, joihin vaikuttamalla asiakkaan hyvinvointi paranee. Sen sijaan tulisi kysyä, mikä toimii kenelle ja missä kontekstissa. Alla esitetty syyluokitus kertoo siten ainoastaan sen, mitä on ensiksi havaittu. (Ks. esim. Heikkinen 2006; Moren & Blom 2003, Kazi 2003.)

Sosiaalityöntekijät olivat kirjanneet asiakastietojärjestelmään vuonna 2005 kasvu- ja elinolojen pääluokassa eniten lastensuojelun avohuollon tarvetta aiheuttavaksi tekijäksi päihteiden käytön (katso myös liitetaulukko 4). Päihteiden käytöllä tarkoitetaan vanhemman, huoltajan tai muun perheen jäsenen päihteiden käyttöä. Sosiaalinen vuorovaikutus on kuitenkin kirjattu tarvetta aiheuttavana syytekijänä lähes yhtä suureksi. Seitsemän merkittävintä kasvu- ja elinoloihin liittyvää avohuollon tarvetta aiheuttavaa syytekijää jakaantuivat lapsilla ja nuorilla Helsingissä vuonna 2005 seuraavasti, kun avohuollossa oli yhteensä 6979 lasta:

Kasvu- ja elinolot arvioituna syytekijänä Yht.5091	Avohuolto Yhteensä	Avohuollon uudet asiakkaat 2005
1. Päähteet	1216	141
2. Sosiaalinen vuorovaikutus	1068	180
3. Fyysinen ja psyykkinen terveys	897	133
4. Kasvatuskysymykset	623	71
5. Muut elinolotekijät	532	91
6. Väkivalta	378	117
7. Huolto ja tapaamispulmat	272	33

Taulukko 15. Kasvu- ja elinolot arvioituna syytekijänä. Lähde: Helsingin kaupungin lastensuojelun tilasto 2005.

Uusissa asiakkuuksissa sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvät vaikeudet ovat suurin ryhmä. Sosiaalisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan ihmissuhteisiin liittyviä vaikeuksia, vanhempien keskinäisiä ihmissuhdevaikeuksia sekä sosiaalisen verkoston- ja ihmissuhteiden puutetta. Kun Uppsalassa vertailtiin sosiaalipalvelujen yhteydessä 12 - 20-vuotiaiden nuorten ja heidän perheidensä ongelmia, 69 % ongelmista liittyi perheen sosiaalisiin suhteisiin ja ihmissuhdevaikeuksiin, 47 % nuoren kouluvaikeuksiin, 26 % rikoksiin, 25 % nuoren hylkäämiseen tai hoidon laiminlyöntiin, 13 % mielenterveysongelmiin ja 8 % päihteisiin (Uppsala Stad 2001).

Päihteiden käyttö muodostaa Helsingin luokituksessa viidesosan kaikista avohuollon tarvetta aiheuttavista tekijöistä. Kouluterveyskyselyn (2005) mukaan vähintään kerran viikossa alkoholia juovien osuus kasvoi 14 - 16-vuotiailla vuosituhatteen taitteeseen asti ja pieneni sen jälkeen kahdeksan vuoden takaiselle tasolle. Nuorten terveystapatutkimuksessa lisääntyminen taittui pojilla vuoden 1999 jälkeen ja tytöillä vuoden 2001 jälkeen, mutta pojilla vähintään kerran viikossa alkoholia juovien osuus on alkanut lisääntyä jälleen vuonna 2005 (Luopa & Pietikäinen & Jokela 2005, 45).

Vaikuttaa siltä, että nuorten tunne-elämään, häiriökäyttäytymiseen ja mielenterveysongelmiin sekä kasvatukseen liittyvät pulmakysymykset ovat moderneja lastensuojelun tarvetta

aiheuttavia ongelmia ja määrällisesti yhä merkittävämpiä. Tähän suuntaan viittaisivat tutkimuksissa havaitut erityisopetuksen kehitykseen ja alaikäisten psykiatriseen hoitoon liittyvät tekijät. On lisäksi oletettavaa, että päihteillä ja mielenterveysongelmilla voi olla keskinäinen vaikutusmekaniikka mutta minkä verran suhteessa kaikkiin tapauksiin ja miten? Kuuden suurimman kaupungin kuusikkovertailussa (Kilponen & Kumpulainen 2006) vanhempien keskinäinen ja lapsiin kohdistunut väkivalta sekä kaltoinkohtelu olivat uusien asiakkaiden kohdalla neljänneksi suurin syytekijä, jolla on myös todennäköinen vaikutussuhde nuorten päihteidenkäytön, rikosten ja mielenterveysongelmien kanssa.

Toimintaedellytyksissä sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvät ilmiöt on kirjattu suurimmaksi syytekijäksi (katso myös liitetaulukko 4). Sosiaaliseen vuorovaikutukseen on liitetty alatekijöinä esimerkiksi kiusaaminen, väkivaltaisuus, liiallinen vastuunotto ikä- ja kehitystasoon nähden, vuorovaikutusongelmat, normeista piittaamattomuus, kypsymättömyys, tuen tarve itsenäistymiseen, teiniraskaus tai muu tekijä. Toimintaedellytyksiin ja niiden puutteisiin liittyvät syytekijät jakaantuivat Helsingissä seuraavasti:

Toimintaedellytykset ja/tai niiden puutteet Yht. 1347	Avohuolto yhteensä	Avohuollon uudet asiakkaat 2005
1. Sosiaalinen vuorovaikutus	416	54
2. Kouluvaikeudet	322	59
3. Fyysinen ja psyykinen hyvinvointi	322	49
4. Päihteiden käyttö	151	19
5. Rikolliset teot	90	16
6. Kuljeskelu	32	3
7. Muut tekijät	14	2

Taulukko 16. Toimintaedellytykset ja/tai niiden puutteet syytekijöinä

Kouluvaikeudet ovat toiseksi suurin ryhmä ja uusilla asiakkailla suurin ryhmä. Kouluvaikeudet sisältävät koulumotivaation puutteen, heikon koulumenestyksen,

oppimisvaikeudet ja koulutyön laiminlyönnin. Fyysinen ja psyykinen hyvinvointi on yhtä suuri syytekijä. Se sisältää diagnostisoidun ongelman, tunne-elämän vaikeudet, psykosomaattisen oireilun, somaattiset sairaudet ja neurologiset sairaudet. Rikolliset teot sijoittuvat syytekijöinä viidenneksi. Matti Marttusen (2006, 2) nuorisirikollisuuden ja lastensuojelun vertailussa rikoksesta epäiltyjen alaikäisten (alle 18-vuotiaat) osuus on nykyisin Suomessa jokseenkin samalla tasolla kuin 1990-luvun puolessa välissä. Toisaalta rikostilastoissa pojat ja miehet ovat merkittävästi yliedustettuina ja alle 15-vuotiaita syylliseksi epäiltyjä poikia oli lähes 8000 (48/1000) 10 - 14-vuotiaista, kun tyttöjä oli runsaat 3200 (20/1000) 10 - 14-vuotiaista vuonna 2005 (Gissler & Puhakka & Vuori & Karvonen 2006, 32). Määrällisestä näkökulmasta etenkin alle 15-vuotiaat rikoksista epäillyt pojat ovat edelleenkin merkittävä sosiaalinen signaali varhaisesta oireilusta, joka edellyttää laaja-alaista kasvatuksellista taustatyötä ja riittäviä psykososiaalisia palveluja.

Muut taustatekijät muodostavat määrällisesti marginaalisen osuuden kokonaisuuteen nähden (liitetaulukko 4). Yksinhuoltajuuteen liittyvät tarvetekijät ovat muista syytekijöistä suurin ryhmä. Niiden osuudeksi on kirjattu kuitenkin vain 1,4 % kaikista avohuollon tarvetta aiheuttavista tekijöistä.

Muut taustatekijät Yht.234	Avohuolto yhteensä	Avohuollon uudet asiakkaat 2005
1. Yksinhuoltajuus	111	14
2. Pakolaisuus/paluumuutto	41	4
3. Asunnon menetys, asumisen puutteet	28	7
4. Toimeentulovaikeudet	25	8
5. Laitos tai vankilaolosuhteet aikaisemmin	20	5

Taulukko 17. Muut lastensuojelun tarpeeseen vaikuttavat syytekijät

Kuuden suurimman kaupungin kuusikkovertailussa (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere, Oulu) oli luokiteltu lastensuojeluilmoitukset syyn mukaan ja lastensuojelun tarvetta aiheuttavat tekijät. Vaikka jako on karkea ja perustuu ensimmäiseen ilmoitukseen, on tulkittavissa, että hoidon laiminlyöntiin liittyvien tarvetekijöiden suuri prosentuaalinen määrä

kertoisikin enemmän nuoren reagoinnista vaikeaan perhetilanteeseen kuin omasta kapinallisuudesta kasvuympäristössä. Tämä asettaa yksilö- ja oirekeskeiset tulkinnat aiheellisesti syytekijöinä varsin kyseenalaiseen, epäyhteiskunnalliseen valoon. Hoidon laiminlyönnin pitäisi käsitteenä herättää enemmän keskustelua nuorten ja perheiden palveluista ja hyvinvoinnista. Jako hoidon laiminlyöntiin ja nuoren omaan käytökseen jättää kuitenkin tulkittavaksi, missä määrin hoidon laiminlyönti on aiheuttanut käytöksen ja oireilun. Neljästä eri kaupungista saatujen tilastotietojen mukaan lapsen hoidon laiminlyönti oli prosentuaalisesti suurin ilmoitusten syyperuste. Lapsen ja nuoren oma käytös tai oireilu oli toiseksi suurin ilmoituksen syyperuste. Vantaalla lähes 50 % ilmoituksista on tehty yli 13-vuotiaista ja Tampereella 30 %. Tarvetta aiheuttavista tekijöistä neljästä kaupungista saaduissa tilastotiedoissa lapsen ja nuoren hoidon laiminlyönti oli suurin tarvetekijä (60 - 80 %). Muut tarvetekijät jakaantuivat lapsen oman käytöksen tai oireilun (18 - 26 %) ja perhetilanteeseen liittyvien syiden kesken (10 - 33 %). (Kilponen & Kumpulainen 2006, 9-10, liite 6.)

Tilastomateriaalin ohella olen syytekijöiden palveluverkoston nykytilaa kartoittaessani käyttänyt tukena asiantuntijahaastatteluja eri sektoreilta. Taulukosta 18 nähdään kuinka asiantuntijat kiteyttivät selvitystyön haastatteluissa nro 1-10 nuorten tarpeet ja ongelmat neljäksi teemaksi, joista eniten painoutuivat nuorten kouluvaikeuksien ja mielenterveyden ongelmat syytekijöinä. Kuudessa haastattelussa kymmenestä asiantuntijasta painottivat tarvetta vaikuttaa nuorten lisääntyneisiin kouluvaikeuksiin. Tekstinotteet koostuvat nuorisotyön, nuorisoasemien päihdetyön, lastensuojelun sosiaalityön, lastensuojelun laitosten, psykiatrian avohoidon ja psykiatrian tutkimuksen näkemyksistä.

nro	Nuorten koulutyö	Mielentereys, masennus, käytöshäiriö, rikokset	Päihteet	Perhe, vanhemmuus
1	X	X	X	X
2	X			
3		X		
4	X	X		
5				
6		X		
7		X		X
8	X			X
9	X	X	X	X
10	X			X
yht.	6	6	2	5

Taulukko 18. Nuorten ongelmat ilmiönä

” 6-7- kouluvuosi ovat viimeisiä vaiheita puuttua syrjäytymisprosessiin ettei vakavia ongelmia synny. Pitäisi kiinnittää enemmän huomiota siirtymävaiheisiin kuten ala-yläasteen siirtymään. Vanha oppikoulu pitää palauttaa takaisin. Koko intensiivinen tukijärjestelmä voidaan sijoittaa koulutyön yhteyteen siten, että tuki fokusoituu oppilashuoltoon.”

” Kouluvaikeudet ovat lisääntyneet. Koulu on kurssimuotoinen ja yhteisöllisyys on heikentynyt. Nuorten ongelmiin tulisi antaa apua varhaisemmassa vaiheessa. Tällöin tulee pohtia neuvolaa, oppilashuoltoa ja erityisopetusta.”

” Keskeinen ongelma on koulujen muuttuminen luokattomiksi”

” Koulun suoritusvaatimukset ja koulutyön yhteisöllisyyden katoaminen on yksi ongelma. Koulu on kurssimuotoista ja luokkayhteisöt on purettu. Ala-asteen ja yläasteen ero on liian suuri. Samaan aikaan kun kouluyhteisö on muuttunut ovat tapahtuneet muut yhteiskunnalliset muutokset, jotka ovat lisänneet nuorten pahoinvointia ja turvan tunnetta. Tapahtaminen yläasteelta koulun ulkopuolelle on prosessina nopea. Juuri nämä tapahtamiset ovat nopeutuneet. Syrjäytymisen sykli on nopeampi.”

” Koska koulu on hierarkkinen ja aikuisia on siellä vähän, nuoret reagoivat raivolla. Sen sijaan, että olisi panostettu henkilökuntaan, on lisätty oppilaiden teknistä valvontaa. Oppilaiden virheistä ja laiminlyönneistä kodit saavat tiedon nykyään sähköpostitse. On lisätty kontrollia ja valvontaa. Preventiivinen työ pitäisi aloittaa tai ainakin tehdä valikointi jo kuudennella luokalla ja työ pitäisi aloittaa viimeistään seitsemännellä luokalla mutta palvelukoneistomme ei paljon tue tällaisia työmuotoja ja hankkeita eikä niihin ole resursseja”

Kuudessa haastattelussa korostettiin tarvetta vaikuttaa nuorten mielenterveysongelmiin, käyttäytymisongelmiin ja rikoksiin. Haastateltavat näkivät, että päihdeongelmien taustalla on varhaisempia mielenterveyteen ja perheiden kasvatusongelmiin ja hajoamiseen liittyviä tekijöitä. Masennus ja muut mielenterveysongelmat laukaisevat nuorilla päihteidenkäyttöä. Kokonaisuuteen vaikuttavat vanhemmuuden puuttuminen ja päihteiden käytön vapautuminen.

”Vanhemmuuden puuttuminen ja erityisesti äitiys on hukassa. Nämä vanhemmat, joiden nuorilla on ongelmia ovat itse nuoria, syntyneet 1970- luvulla. Lapset tai nuoret, joilla on nyt vaikeuksia ovat syntyneet 1990 - 1994. Tässä ongelmassa tulee erottaa yhteiskunnalliset sukupolvet ja yksilölliset sukupolvet. Aika, jota eletään on kovaa ja suomalaisen yhteiskunnan teknistyyvä kulttuuri on ajanut sisään pärjäämisen kulttuuria ja arvoja. On kyseessä erilaiset selviämisen sukupolvet.”

” Perheiden tukirakenteet lähiyhteisössä ovat murentuneet. Pääkaupunkiseudulla on avioeroja paljon ja perheet muuttavat paikasta toiseen. Pääkaupunkiseutu on aivan oma erityisongelmansa tässä asiassa.

Muutos on tässä suhteessa ollut iso. Pohjois-Suomessa ongelmat ovat aivan toisentyypisiä. Suhdanneherkkä aika ongelmien suhteen oli lama-aika 1990 – 1994. Silloin syntyneet ovat nyt noin 13-vuotiaita. Taloudellinen ahdinko lisäsi vanhempien alttiutta mielenterveysongelmille.”

” Ongelmat ovat vaikeutuneet koska perherakenteissa on tapahtunut muutoksia ja nuorten lähiyhteisössä. Nuorilla ei ole enää hyvää tarttumapintaa yhteisöön. Maailma on sirpaloitunut. Elämänrytmi on muuttunut kiihkeämmäksi. Vanhemmat eivät pysy yhteiskunnan vaatimassa rytmissä mukana. Nuorilta puuttuvat arjen rutiinit. Nuorten kanssa joudutaan harjoittelemaan arjen rutiineita. Niitä ei opita kotona.”

2.3. Palvelukokonaisuuden kirjava nykytila

Nuorten psykososiaalisten palvelujen kokonaisuus on hajanainen. Kokonaisuutta voidaan hahmottaa käsitteellisesti jakamalla eri tasoilla tarjottavia palveluja perustasolle, välitasolle ja kolmanneksi sijoitukseen, hoitoon ja kuntoutukseen. Avohuollon palveluja tuottavat kunnat, kuntayhtymät ja järjestöt. Karkeasti jaoteltuna perustason toimijoita nuorten kysymyksissä ovat sosiaalitoimen, koulun, psykiatrian avohoidon, perheneuvoloiden, nuorisoasemien ja -klinikoiden, kunnallisen nuorisotyön ja seurakuntien nuorisotyön toimijat. Myös järjestöt saattavat tuottaa paikallisesti perustason palveluja, kuten hoitoa, kuntoutusta ja terapiaa. Toimintatapoja voivat olla esimerkiksi nuorten turvatalot, kriisipisteet tai elämänhallintaa tukeva ryhmät. Hoidon ja kuntoutuksen toimijoina ovat perhehoidon, sairaaloiden, laitosten, nuorisokotien, koulukotien ja erilaisten arviointilaitosten toimijat.

Jari Helmisen (2005, 28) mukaan valtaosa nuorista käy läpi nuoruusiän kehitystehtävät saaden riittävän avun, tuen ja ohjauksen luonnollisista sosiaalisista verkostoista: vanhemmilta, ystäviltä sekä muulta lähipiiriltä. Avun ja tuen tarve kasvaa nuoren havaitessa odottamattomia ja yllättäviä muutoksia, joiden kohtaamiseen hän ei löydä selviytymiskeinoja. Psykososiaalista tukea voi antaa niin kanssakulkija kuin ammatti-ihminen. Psykososiaalinen tuki on olennaisen tärkeä tekijä nuoren kohdatessa elämäntilanteiden muutoksia ja tehdessä itseä sekä muita koskevia ratkaisuja. Helminen painottaa, että psykososiaalinen tuki kehittää nuoren autonomiaa ja kasvua kohti täysivaltaista osallisuutta niin omassa elämässä kuin suhteessa yhteiskuntaan (mt. 28.)

Psykososiaalisissa palveluissa perustason ja hoitotason toimijoiden rakenne ja palvelujen saatavuus ei ole Suomessa yhtenäinen, vaan vaihtelee eri kaupunkien ja läänien välillä.

Periaatteessa lastensuojelun sosiaalityöntekijä voi tukea nuorta taloudellisesti, asumiseen, koulunkäyntiin ja ammatinhankintaan liittyen, loma- ja virkistyspalveluilla, tukihenkilöllä, terapiapalveluilla, harrastuksilla tai muulla nuoren tai hänen perheensä selviytymistä tukevalla tukimuodolla. Avohuollon palvelujen ja tuen saamisen kannalta nuorelle on tavallaan kohtalonkysymys, missä kaupungissa tai läänissä hän sattuu asumaan kriisin tullessa. Perustason palveluihin ja toimijuuteen sekä nuorten hyvinvointiin liittyvissä kysymyksissä lastensuojelua onkin tarkasteltava nuorten kohdalla laajana kokonaisuutena ja on kysyttävä, miten lasten- ja nuorten suojeleminen yleisesti ja paikallisesti toimii. Tällöin sana avohuolto saa erilaisen merkityksen. Se ei tarkoita tällöin vain lastensuojeluinstituution toteuttamaa toimintaa, vaan eri toimijoiden tekemää työtä lasten ja nuorten kasvun ja kehityksen tukemiseksi. Haastatellut asiantuntijat kuvasivat kriittisesti avohuollon palveluverkoston toimivuutta. Tekstinotteet koostuvat nuorisotyön, nuorisoasemien päihdetyön, lastensuojelun sosiaalityön, lastensuojelun laitosten, psykiatrian avohoidon ja psykiatrian asiantuntijoiden näkemyksistä.

” Avohuollon tukitoimien määrä, joita nuorille tarjotaan, on vähäinen. Olisi tärkeää löytää uusia tapoja koulun psykososiaalisen oppilashuollon, kuraattorin ja lastensuojelun sekä psykiatrian avohoidon välille. Sillä kokoonpanolla pitäisi saada tiiviimpi yhteistyö kodin kanssa.”

” Nuorten tukemisen pitäisi rakentua avohuollossa koulun, lastensuojelun ja nuorisotyön yhteiseen toimijuuteen. Terveystoimi ja psykiatrian avohoito voisivat olla jotenkin sidoksissa tähän.”

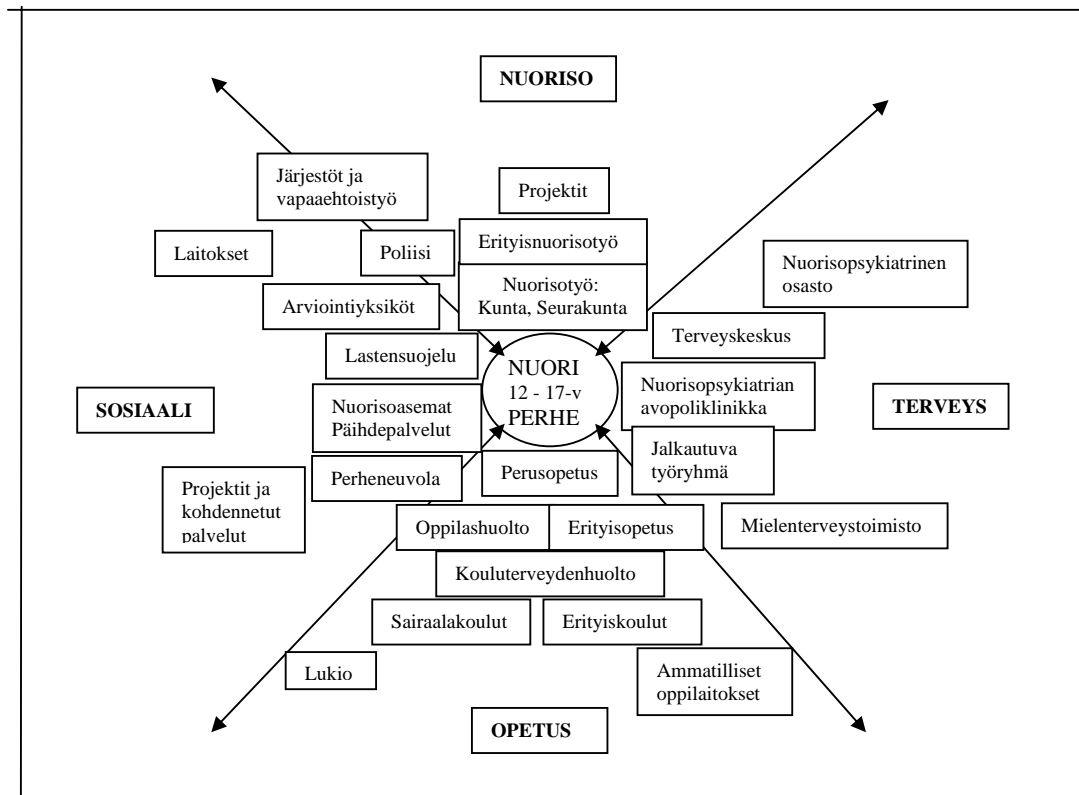
” Erityisesti kansalaisjärjestöjen puolelta olisi hyvä, jos olisi enemmän nuorille koulu yhteistyöhankkeita. Näyttää siltä, että oppilashuollollinen työ on aliresursoitu. Järjestöt ovat antaneet kentältä tällaisia viestejä. Lasten ja nuorten kasvaviin ongelmiin pitäisi saada opetusministeriö yhteistyökumppaniksi.”

” On tärkeää tietää, millainen tuote on kysymyksessä. Mitä ylipäänsä psykososiaalinen palvelu tarkoittaa nuoren kannalta ja tietävätkö nuoret itse olevansa avohuollon tuen piirissä silloin, kun he saavat palveluja. Psykososiaaliset palvelut pitäisi avata. Miten sektoroituminen vaikuttaa nuorten saamaan apuun? Tuotteistaminen on siinä mielessä riski, että saattaa käydä niin, ettei asiakas istu tuotteeseen. Moniongelmaisuus on tuoteriski.”

” Nuorten palvelujen kehittämisessä tulisi keskittyä ainakin koulun psykososiaalisen työhön paremmin. Tehtävärakenteeseen tarvitaan muutoksia koulun sosiaalityössä. Kouluihin täytyy palkata sosionomeja kuraattorien rinnalle. Vaikeisiin luokkiin pitää saada kaksi opettajaa. Kuraattorien työmäärä on liian suuri ja heitä on pääkaupunkiseudulla liian vähän. Terveystenhoitajat ovat ylikuormittuneita. Jokainen hoitaa työnsä omissa sektorissaan ja yrittää selviytyä siinä.”

” Avohuollossa pitäisi olla edes yritys hahmottaa 1) kuka on autettavissa ja 2) keneen ei kannata satsata avohuollon tukitoimilla ja 3) kuka selviää kevyemmällä tukitoimilla kuten tukihenkilö ym. Pitää kyetä erottamaan ajoissa ikä- ja kehitysvaiheen mukaiset kriisit, normaalin rajoilla olevat ja patologiset tapaukset toisistaan. Näyttää siltä, että nuorten löytäminen ja saaminen avun piiriin on haaste. Sen lisäksi, että on kyse yhteiskunnallisista ongelmista, niin on kyse myös työvälaineistä.”

Kuviossa 2 on 12 - 17-vuotiaiden nuorten kannalta merkittävät ja tärkeät psyko-sosiaalista tukea tarjoavat avopalvelut siten, että peruspalvelut sijoittuvat lähemmäksi kuvion keskustaa ja erikoistuneemmat avopalvelut kuvion uloimmille osille.



Kuvio 2. Nuorten avohuollon palvelukokonaisuus mukailten ja soveltaen Heino (2001, 84)

Vaikka järjestöt, vapaaehtoistyö ja poliisi onkin merkitty sosiaalityön ja nuorisotyön rajapintaan ne voivat periaatteessa toimia samalla tavoin sosiaali- ja terveystoimen sekä opetuksen rajapinnassa. Kuvioista nähdään, että nuoren tukiverkostossa voi olla yhtä aikaa ainakin 10 - 13 hyvinvointia tukevaa palvelua. Samansuuntaiseen tulokseen päädyttiin myös

Petri Uusikylän (1994, 74-77) lastensuojelun toimeenpanoverkostoihin liittyvässä tutkimuksessa Keravan ja Forssan kokoisissa kunnissa. Käytännössä on mahdollista, että pääkaupunkiseudulla nuoren tukiverkoston voi kuulua noin 20 eri organisaatiota tai toimijaa. Pienissä kunnissa tai kaupungeissa nuorten palvelut saattavat olla muutaman perustoimijan varassa. Seutukunnissa nuorten palvelut saattavat sijaita niin kaukana, ettei niitä voida sanoa paikallisiksi palveluiksi. Potentiaalisen palvelun nimeäminen nuorten palveluksi on eettisesti kyseenalaista koska nuoret käyttävät niitä palveluja, jotka sijaitsevat heidän lähiympäristössään. Nuorten kohdalla paikallisten psykososiaalisten palvelujen saatavuus ja kirjo kuvaavat vielä korostuneemmin eriarvoisuuden ongelmaa kuin alle 12-vuotiaiden lasten kohdalla. Lasten palveluja pidetään usein lähes itsestäänselvyyksinä mutta nuorten kohdalla saatetaan ajatella, että jotakin on periaatteessa saatavilla, kun aktiivisesti hakee ja jos ei löydä, niin nuoren perhe vastaa tuesta.

”Paikallisuus on tällaisessa nuorten työmuodoissa tärkeää. Seutukunnissa on ongelmallista, kun nuorella saattaa olla kuusikymmentä kilometriä matkaa lähimpään erityistä tukea tarjoavaan turvapaikkaan.”

Tarja Heino (2001, 83) kuvaa koko psykososiaalisen tuen palvelujärjestelmämme monimutkaisuutta siten, että on olemassa peruspalvelujen yhteydessä olevia erityispalveluja ja valtakunnallisia erityistason palveluja. Palvelukokonaisuus voidaan jakaa peruspalveluihin, erityispalveluihin ja sosiaali- sekä terveystyöpalveluihin. Peruspalvelut ja erityispalvelut sisältyvät sosiaali-, opetus- ja terveystoimen toimialoihin. Palvelukokonaisuuden saaminen samaan kuvaan kattavasti on Heinin mukaansa haasteellinen tehtävä, koska palveluista ei ole olemassa tietokantaa ja ne vaihtelevat alueellisesti. Samassa tutkimuksessa todetaan, että vaikka yhteistyö esimerkiksi lastensuojelun ja lasten- sekä nuortenpsykiatrian välillä onkin lisääntynyt ja konsultointia on kehitetty, ne eivät ole olleet riittäviä eikä kattavia (mt. 85). Selvitystyön haastatteluissa yhteistyön ja konsultoinnin lisäksi asiantuntijat korostivat uusien yhteisten työmenetelmien käyttöönottoa lastensuojelun ja nuorten psykiatrian avohoidossa:

” Tarvittaisiin kriisikeskus, jonka henkilökuntakokoonpano on laaja ja monipuolinen. Myös työmenetelmien tulisi olla monipuolisia.”

” Psykiatrialla on oma tontti, jonka se osaa hyvin ja lastensuojelulla on oma tontti, jonka se osaa. Nuorten ongelmiin tarvitaan kuitenkin uusi palvelu, uusi yhteistyön muoto. Kommunikatiivinen työ ei sovi esimerkiksi pojille ja terapia perustuu pitkälle puheeseen. Se, että pojat saisivat apua, perustuu pitkälle heidän kykyynsä kommunikoida asioista psykiatrian avohoidossa.”

” Palveluverkostossa verkostotyö on epäsystemaattista ja turhia kokoontumisia on paljon ja niihin käytetään paljon aikaa. Nuorisopsykiatriassa resursseja on liian vähän ja laissa ei ole edellytetty psykiatrian avohoidon kokoa. Sairaansijojä on riittävästi eli noin yhdelle prosentille kun jo 0.8 % on riittävä määrä. Avohoito on jäänyt jälkeen kehityksessä ja ydinkysymys on, miten erikoistuneempia menetelmiä kehitetään ja millaisia?”

Nuorten palvelujen kirjavuutta kuvaa vielä se, että nuorisotyön ja erityisnuorisotyön saatavuus vaihtelee kunnittain. On kuntia, joissa ei tehdä nuorisotyötä lainkaan. Kunnissa, joissa tehdään nuorisotyötä, on sosiaalista erityisnuorisotyötä saatettu painottaa eri tavoin. Se saatetaan nähdä strategisesti tarpeellisena tai vähemmän tarpeellisena. Sosiaalisen nuorisotyön toteuttaminen syrjäytymisen ehkäisyyn liittyvillä projekti- ja hankerahoituksilla on ollut yksi tapa lisätä tilapäisesti nuorten hyvinvointia paikallisella tasolla. Järjestöjen tuottamia paikallisia palveluja saattavat olla turvatalot, nuorten talot ja erilaiset kriisipisteet. (Esim. Aseman lapset, SPR, Pelastakaa lapset ry ja Mannerheimin lastensuojeluliitto).

2.4. Perustoimijat nuorten palveluissa

Kuntien tuottamissa palveluissa nuorten kannalta keskeisiä toimijoita avohuollossa ovat ainakin lastensuojelu, päihdepalvelut (nuorisoasemat), nuorisopsykiatrian avotyö, koulun oppilashuolto ja psyko-sosiaalinen työ (kuraattorit), perheneuvolat ja nuorisotyö. Perustoimijoiden palvelujen ydinsisältöjä voidaan kuvata tiivistettynä seuraavasti:

Lastensuojelu (sosiaalitoimi): Kohderyhmään kuuluu koko 0 - 17-vuotiaiden lasten ja nuorten populaatio sekä heidän vanhempansa ja sijoituksen jälkeen jälkihuollossa olevat alle 21 -vuotiaat nuoret. Työmenetelmänä nuoren tukemisessa käytetään case - orientaatioon perustuvaa tapauskohtaista sosiaalityötä (tapaamiset toimistolla), perhe- ja verkostotapaamisia, kotikäyntejä tai perhetyötä. Avohuollon tukitoimia voidaan järjestää lastensuojelun omana tukitoimena nuoren tukiasumiseen, toimeentulon turvaamiseen, koulunkäynnin tukemiseen ja opiskeluun, harrastustoiminnan turvaamiseen, vapaa-ajan tukemiseen, leiritoimintaan, ryhmätoimintaan, lomaperheeseen, terapiaan tai muihin tarpeen vaatimiin tukitoimiin. Uusina tukimuotoina lastensuojelun avohuollossa voi olla paikallisesti käytössä läheisneuvonpito tai verkostokonsultaatio. Avohuollon tukitoimena voidaan myös tukea koko perhettä tai heidän kuntoutustaan. Avohuollon tukitoimena voidaan järjestää perhehoitoa ja laituskuntoutusta yhdessä vanhemman tai huoltajan kanssa tai määräajaksi

lapselle yksinään. Manu Kitinojan (2005, 164, 314) tutkimuksessa avohuollon tukitoimia koulukotiin sijoitetuilla oli ennen sijoittamista kirjattu 94 erilaista avohuollon tukitoimea, joista merkittävä osa oli lastensuojelun ulkopuolisten toimijoiden tuottamia.

Nuorisoasema ja A-klinikka (sosiaalitoimi, nuorten päihdepalvelut): Kohderyhmänä alle 23-vuotiaat nuoret, jotka ovat huolissaan omasta tai läheistensä päihteiden käytöstä tai muista riippuvuuksista. Palvelut on tarkoitettu myös nuorten vanhemmille ja muille läheisille. Palveluina ovat neuvonta, tilanteen ja hoidontarpeen arviointi, yksilö- ja perhekeskustelut, ryhmät, laituskuntoutukseen ohjaaminen, lääkäripalvelut, huumeeseulat, konsultaatio, koulutus ja työnohjaus yhteistyökumppaneille. Nuorten päihdetyön järjestämisessä ja organisoimisessa käytännöt vaihtelevat eri kaupungeissa.

Kasvatus- ja perheneuvola (sosiaalitoimi): Perheneuvola tuottaa erityistason mielenterveyspalveluita. Perheneuvola vastaa sosiaalihuoltolain mukaisesta kasvatus- ja perheneuvonnasta.

Oppilashuolto ja kouluterveydenhuolto (opetustoimi): Oppilashuolto vastaa nuorten sosiaalisesta, psyykkisestä ja fyysisestä hyvinvoinnista koulussa. Oppilashuoltoryhmään kuuluvat rehtori, kouluterveydenhoitaja, erityisopettaja, koulukuraattori ja koulupsykologi. Oppilashuoltoryhmien kokoonpano, ryhmien kokoontumistiheys sekä ryhmässä käsitellyt asiat vaihtelevat koulun koon ja vuosiluokkien mukaan. Oppilashuoltoryhmässä yleisimmin käsiteltyjä asioita ovat oppimisvaikeudet, poissaolot ja mielenterveysongelmat. Oppilashuolto käsittelee myös kiusaamiseen, väkivaltaan, päihteiden käyttöön ja erityisopetukseen liittyviä ongelmia. Oppilashuollon järjestämisessä edellytetään opetustoimen ja sosiaali- sekä terveystoimen keskinäistä yhteistyötä. Oppilashuolto kuuluu kahden eri ministeriön alaisuuteen ja siitä on säädetty erikseen niin opetus- kuin sosiaalilainsäädännössä.

Nuorisotyö (nuorisotoimi ja seurakunta): Nuorisotyötä tehdään nuorisotaloilla, nuorisotyön erityistoimipaikoissa ja projekteissa. Erityisosaamista vaativat hankkeet toteutetaan moniammatillisesti muiden toimijoiden kanssa. Toiminnan pääkohderyhmänä ovat 10 - 18-vuotiaat nuoret. Ydinprosesseja ovat toiminnat, jotka edistävät nuorten yhteisöllisyyttä. Toimintamuotoja ovat nuorisotalojen kerhot, kurssit, leirit, retket, tapahtumat ja nuorten yksilöllinen tuki. Nuorisotyö voi kohdentua nuorten ohjaukseen ja neuvontaan, voimavarojen vahvistamiseen ja työllistämiseen. Seurakunnissa nuorisotyö voidaan jakaa myös

varhaisnuorisotyöhön ja erityisnuorisotyöhön. Varhaisnuorisotyö sisältää esimerkiksi retkiä, leirejä ja erilaisia harrasteryhmiä. Erityisnuorisotyöhön kuuluu yhteistyö koulun erityisluokkien kanssa sekä päihde- ja mielenterveystyö.

Nuorisopsykiatrian poliklinikka (terveydenhuolto): Nuorisopsykiatriset poliklinikat palvelevat nuorisopsykiatriseen arvioon ja hoitoon hakeutuvia 12 – 17-vuotiaita nuoria ja heidän perheitään. Toiminnan keskeisenä tavoitteena on nuoren kasvun ja kehityksen tukeminen. Poliklinikalle hakeudutaan perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen tai oppilashuollon läheteellä. Läheteen voi antaa lääkärin lisäksi myös terveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä tai kuraattori. Nuoren asiakkuus alkaa tutkimusjaksolla, jonka jälkeen laaditaan hoitosuunnitelma. Nuoren ja perheen tutkimukseen ja hoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä. Perheenjäseniä ja nuoren verkostoa tavataan tarvittaessa.

Psykiatrian jalkautuva työryhmä (terveydenhuolto, Helsinki): Nuorisopsykiatrian jalkautuva työryhmä palvelee Helsingissä 13 - 17-vuotiaita ja heidän perheitään arvioimalla nuoren psykiatrisen hoidon tarvetta silloin, kun tarvitaan joustavaa ja intensiivistä otetta. Jalkautuvan työryhmän asiakkaaksi tullaan alueellisen nuorisopsykiatrian klinikan tai läheteellä päivystävän nuorisopsykiatrin kautta. Työryhmä arvioi hoidon tarpeessa olevat, ohjaa heidät hoidon piiriin, arvioi osastohoidon tarpeen, tunnistaa varhaiset oireet ja ohjaa hoitoon kiireellisissä tapauksissa.

Nuorten turvatalo (SPR): Nuorten turvatalon palveluihin kuuluu perhe- ja verkostotyö, kriisimajoitus, avoasiakkuuteen perustuvat yksilökäynnit, neuvonta, ohjaus ja terapiapalvelut. Turvataloja on Helsingissä, Vantaalla, Espoossa, Tampereella ja Turussa. Nuorten turvatalolla työskennellään yhdessä nuoren ja hänen perheen lähiverkoston kanssa. Nuorelle suunnitellaan yksilöllinen ja hänen tarpeidensa mukainen perhetyön ja sosiaalisen kuntoutuksen kokonaisuus. Palvelusta veloitetaan nuoren kotikuntaa sopimuksen mukaan. (www.redcross.fi.)

Nuorten kriisipiste (HELSINKIMISSIO): Nuorisopalvelut antavat vaikeuksissa oleville nuorille mahdollisuuden tulla kohdatuksi, tuetuksi ja hoidetuksi. Helsinki Mission nuorisopalvelut sisältävät kolme kriisipistettä, lastenkodin, koulutustoiminnan, vapaaehtoistoiminnan ja alueellisen nuoriso-projektin. (www.nuortenkriisipiste.com.)

Nuorten kohtaamispaikka Balanssi (Pelastakaa Lapset ry, Lapua): Nuorisokahvila balanssi on 13 – 18-vuotiaiden kohtaamispaikka. Balanssissa edistetään lasten ja nuorten keskinäistä kanssakäymistä ja vuorovaikutusta lapsen oikeuksien eettisten periaatteiden mukaisesti. Avainsanoja ovat arvostus ja kunnioitus niin itseä kuin kaveria kohtaan. Balanssin työntekijät ja vapaaehtoiset arvostavat lasten ja nuorten mielipiteitä, yhdenvertaisuutta ja puolustavat heidän etuaan. Hyvän kasvun ja kehityksen tukeminen on tärkeää. Toiminnan sisältö muodostuu arkisista asioista. Pelataan pelejä, leivotaan, harjaannutetaan käden taitoja, harjoitellaan tansseja, harjoitellaan ensiaputaitoja, pidetään peliturnauksia ja teemailtoja. Balanssissa voivat kokoontua myös lasten ja nuorten vanhemmat. Yhteistyöverkostossa ovat yläasteen opinto-ohjaajat, erityisopetus, koulukuraattori, kunnan nuorisotoimi ja seurakunnat. Balanssin toiminnalla on kolmevuotinen RAY:n rahoitus.

KOTA ry (Turku): KOTA ry on yleishyödyllinen ja sitoutumaton lasten ja nuorten hyvinvointia edistävä järjestö. Yhdistyksen perustehtävänä on edistää lasten ja nuorten hyvinvointia tukemalla heidän sosiaalisia taitojaan ja kasvuaan. Toimintaa ohjaavat arvot ovat oppiminen, turvallisuus ja yhteisöllisyys. Ydinosaamiseen kuuluvat seikkailukasvatusmenetelmien käyttö, arjenhallinnan taitojen tukeminen ja kouluttaminen sekä ryhmäprosessien ohjaaminen. Koija – ohjelmalla ja leirikouluilla kehitetään oppilaiden sosiaalisia taitoja, tuetaan opettajien kasvatustyötä, tuetaan uusien työmenetelmien käyttöönottoa opetussuunnitelmissa ja autetaan paikallisten ammattilaisverkostojen rakentamisessa. Koija – kurssien tavoitteena on 15 – 20-vuotiaiden itsenäistymisen ja arjenhallintataitojen lisääminen. Kurssit ovat 5-10 päivän kestoisia ja ne voidaan toteuttaa yhteistyössä lastensuojelun, oppilaitosten tai projektien kanssa. KOTA ry on jäsenä Varsinais-Suomen lastensuojelujärjestöt ry:ssä, Lastensuojelun keskusliitossa ja Suomen Nuorisoyhteistyö – Allianssi ry:ssä.

Icehearts (Vantaa ja Helsinki): Icehearts on vuonna 1996 koottu jääkiekkjoukkue, johon otettiin mukaan 24 lasta Vantaan päiväkodeista. Joukkueeseen valittiin lapsia, joilla ei ollut syystä tai toisesta muutoin mahdollisuutta harrastaa jääkiekkoa. Tyypillinen joukkueen jäsen on yksinhuoltajan, maahanmuuttajan tai suurperheen lapsi. Joukkueen valmentajat osallistuvat lapsen kasvun ja kehityksen tukemiseen. Tavoitteena on innoittaa lapset ja nuoret liikkumaan läpi elämän. Toimintafilosofiaan kuuluu, että ihmisestä kasvaa itseensä luottava ja toiset huomioonottava joukkueen jäsen. Perusajatuksena on että ”kaikki pelaavat”. Yksi joukkue toimii 12 vuotta. Kun pojat täyttävät 18 vuotta, kukin saa päättää itse jatkosta. Toiminta on

ollut RAY:n rahoittamaa. RAY:n tuella toiminta on laajentunut pääkaupunkiseudulla Helsinkiin, jossa on toiminut päiväkotilapsista koottu jalkapallojoukkue. (<http://icehearts.sporttisaitti.com>.)

Nuorten palvelukokonaisuuden luomisessa on todennäköisesti pidetty yllä ajatusta, että erilaisilla palveluilla ja kokonaisuuden eri osien asiantuntemuksella voidaan tunnistaa riskejä riittävän ajoissa, ohjata nuori oikean palvelun piiriin ja hoitaa ongelma riskin edellyttämällä erityis- ja yleisiasiantuntemuksella. Nuorten palvelujärjestelmä ei ole kuitenkaan aukoton. Nuoret voivat kokea, että osa palveluista on sellaisia, jotka eivät menetelmiltään ja sisällöltään vastaa heidän tarpeitaan arjen kokemuksen tasolla. Nuori ei tällöin kiinnity palveluun, vaikka tarvitsisikin apua ja kriisi syvenee.

Viime vuosina psykososiaalisen työn ammattilaiset ovat itse tuoneet usein esille riskien varhaiseen tunnistamiseen liittyvät ongelmat. On sanottu, että perustoimijat eivät havaitse riittävän hyvin lasten ja nuorten riskien varhaisia tunnusmerkkejä, ongelmien vaikeusastetta ja oireita, jolloin kriisit näkyvät lähes välittöminä kuntoutuksen ja hoidon tarpeina. Välimatka perustason avohuollon ja erityistason hoidon välillä lyhenee.

” Erityisesti nuorten kohdalla näkyy tilanteiden pitkittyminen. Riskeihin puuttuminen ja hoitoonohjaus tehdään liian myöhään. On tutkittu jo vuonna 1996, että lastensuojelusijoitus saattaa pahimmillaan viivästyä jopa kolme-neljä vuotta. Lisäksi neljäsosa asiakkaina avolaitoksessa hoidossa olleiden lastensuojelunuorten sukupolvista (omista lapsista) tulee asiakkaaksi laitokseen.”

” Nuorten kohdalla saattaa kulua puolitoista vuotta, kun ongelmaa vain seurataan. Lastensuojelu luulee, että ongelmat on korjattu, kun nuori pääsee psykiatriseen hoitoon, mutta yhä useammin se ei tuotakaan tulosta. Tällä hetkellä jopa 10 - 11-vuotiaat pojat tarvitsisivat nopeasti erityistä tukea.”

Ratkaisuksi on esitetty välimaaston kehittämistä. Välimaaston palveluissa yhdistyisi elementtejä eri sektoreiden ammatillisesta osaamisesta sekä avohuollon, hoidon ja kuntoutuksen soveltuvista osista.

”Avohuollon ja sijaishuollon välimaastoa tulee kehittää. Nuorille tulee kehittää myös avoimeen dialogiin, kuulemiseen ja kommunikaatioon perustuvia menetelmiä.”

” Nuoria tipahtaa ja jää lastensuojelun avohuollon ja sairaalahoidon väliin. Nämä tapaukset eivät sijoitu koulukotiin vaan avolaitokseen.”

”Mutta mitkä ovat nuorten tarpeet? Pitäisi saada tietoa nuorten omista käsityksistä mitä palvelut ovat ja miten he ne kokevat. Onko nopean puuttumisen kriisimalleja? Nuorten ilmiöt ovat nopeita ja ne vaativat nopeaa reagointia”

Taulukosta 19 nähdään, kuinka asiantuntijat kiteyttivät haastattelussa nro 1-10 nuorten kriiseihin liittyvät kehittämistarpeet erilaisiksi teemoiksi. Näistä painottuivat eniten nuorten palveluihin liittyvät puutteet nopeasti laukeavissa kriisitilanteissa (kriisityömalli) sekä nykyisen palveluverkoston hajanaisuus (verkoston kokoonpano). Kahdeksassa haastattelussa kymmenestä asiantuntijat painottivat tarvetta uudentyyppiseen kriisityömalliin, jossa asiantuntijuus on yhdistetty. Samoin kahdeksassa haastattelussa korostettiin teemana nykyisen tukiverkoston hajanaisuutta ja nuorten ongelmien osittamista erilaisiin asiantuntijapalveluihin. Haastateltavat näkivät, että uudessa tukimuodossa pitäisi olla joidenkin perustoimijoiden osalta kiinteämpi yhteistyö ja toiminta.

nro	Aika ja intensiteetti	Verkoston kokoonpano	Intervention ajoitus	Arviointi ja seula	Kriisityömalli
1	X	X		X	X
2	X	X	X		X
3		X		X	
4		X		X	
5	X		X		X
6	X	X	X	X	X
7		X	X		X
8		X		X	X
9			X		X
10	X	X			X
Yht.	5	8	5	5	8

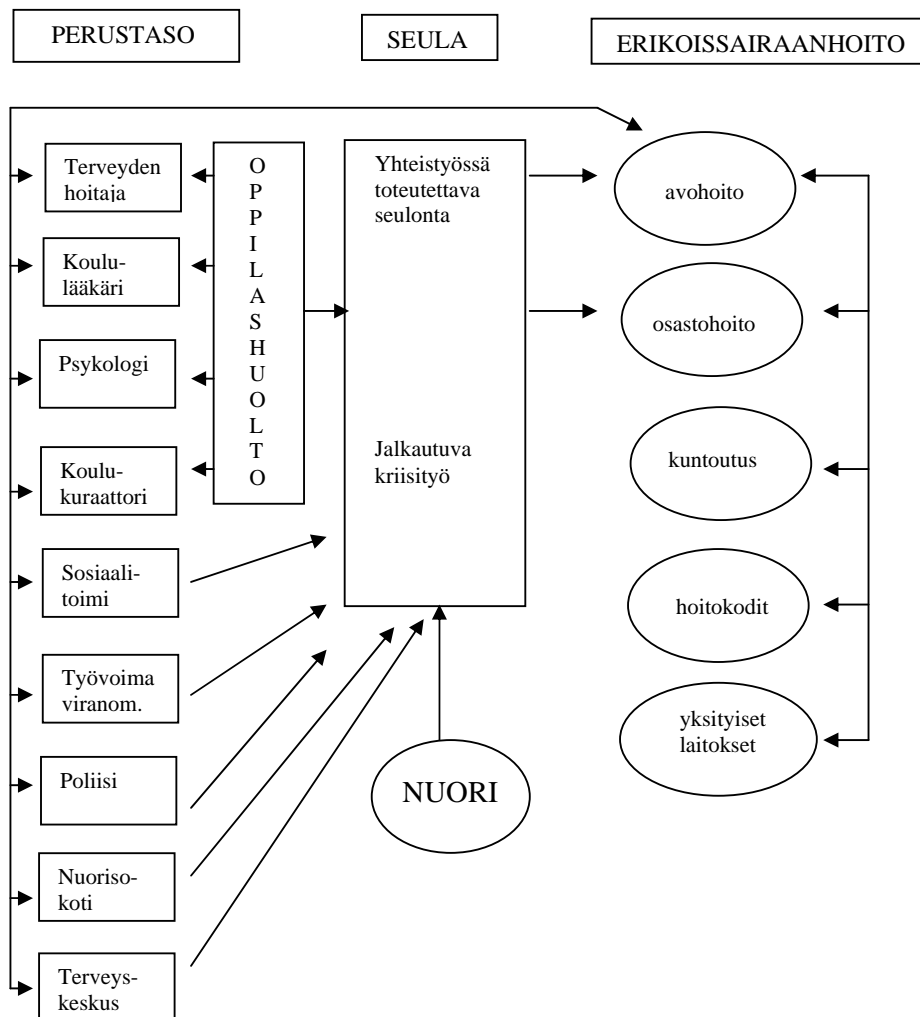
Taulukko 19. Nuorten palvelujen ja menetelmien kehittämisen kohdentuminen

Puolet haastateltavista painotti parempaa arviointia ja riskitapausten seulomisen merkitystä nuorten kriiseissä. Nuorten tukemisessa nähtiin ongelmalliseksi nykyisen tukijärjestelmän heikko ajallinen intensiteetti ja interventioiden ajoituksen sattumanvaraisuus. Ositetuissa palveluissa ei kyetä avohuollossa kriisitilanteessa tarjoamaan ajallisesti riittävän intensiivistä ja pitkäkestoista tukea. Auttajilla ei ole tarpeeksi aikaa asiakkaalle ja palvelut ovat ruuhkautuneet. Preventiivisten interventioiden ajoituksissa on huomioitu heikosti ikä- ja kehitysvaiheen mukaiset tarpeet siirtymävaiheisiin, kuten esimerkiksi ala- ja yläasteiän taitekohtaan.

paikallinen malli voitaisiin toteuttaa? Paikallisuus ja vaikuttava, nuorten hyväksi kokema ammatillinen tuki ja sen analyysi ovat jääneet useissa kehittämishankkeissa järjestelmäkeskeisen ajattelun varjoon.

Alla on esitetty kaavio NUOTTA- projektin hoidonporrastusmallista, jonka kautta voi hyvin hahmottaa kriisinuorten palvelukokonaisuutta terveydenhuollon ja nuorisopsykiatrian viitekehyksessä. Siinä välitasoa on rakennettu sektorin sisäisesti terveystoimessa. Se on esimerkki sektorin sisäisestä kehittämisestä.

HOIDON PORRATUSMALLIT NUOTTA-PROJEKTISSA



Kuvio 3. Nuorisopsykiatrian hoitotakuun auditointi 2001 - 2002. NUOTTA- projekti (2003) Yhteistyömallin rakentaminen välitasolle voi tapahtua eri sektoreiden yhteisenä toimintana.

Kun nuori tarvitsee tukea, on tyypillistä, että nuorella on päällekkäisiä asiakkuuksia useissa toimipisteissä.

Nuorten kriisitilanteisiin vaikuttamisen ei pitäisi avohuollossa perustua enää pieniksi paloiteltujen erilaisten projektien ja hankkeiden varaan kuten tapahtui 1990-luvulla, jolloin tavoitteena oli luoda uusia pysyviä toimintamalleja syrjäytymisen ehkäisyyn. Tässä pääosin epäonnistuttiin sosiaalialalla ja useimmissa syrjäytymistä ehkäisevissä hankkeissa. 1990-luvun poikkihallinnollisten ja moniammatillisten kokeilujen erityinen ongelma on ollut se, että eri hallintokuntien toimijat käynnistivät kehittämishankkeita nuorille ja osallistuivat niihin omasta tehtävästään käsin niin sanotulla ”löysällä sitoumuksella”. Kun perustason asiakasmäärä nuorten kohdalla lisääntyi ja kun hankerahoitus päättyi, toimijat palautuivat takaisin omaan sektoriinsa eikä nuorille jäänyt pysyvää, koeteltua ja levitettävää ”hyvää käytäntöä” tai palvelumallia. Sama 1990-luvun käytäntö lasten ja nuorten tukemisessa on pääosin jatkunut 2000-luvulla. Hankkeet ovatkin olleet perustason määräaikaista lisäresursseja.

Eryteisesti nuorille kohdennettuja intensiivisiä interventio- ja tukiohjelmaa, joissa nuori saa ajalliselta intensiteetiltään riittävää, osallistavaa, konkreettista ja toiminnallista tukea arkeensa, ei ole kuitenkaan kehitetty vakiintuneeseen ylisektoriseen käyttöön, jäsenetyn ja vaikuttavuudeltaan arvioidun työmenetelmän yhteyteen. Ollaan tultu tilanteeseen, jossa nuorten avohuollon asiakkuus ja huostaanottojen määrät kasvavat tasaisesti vaikka sinänsä arvokasta eri sektorien sisäistä kehittämistyötä tapahtuu kuntien, valtion ja EU:n hankerahoituksina. Ne eivät kuitenkaan näytä synnyttävän arvioituja ja koeteltuja malleja, joilla olisi vaikutusta lastensuojelulliseen tuen tarpeeseen.

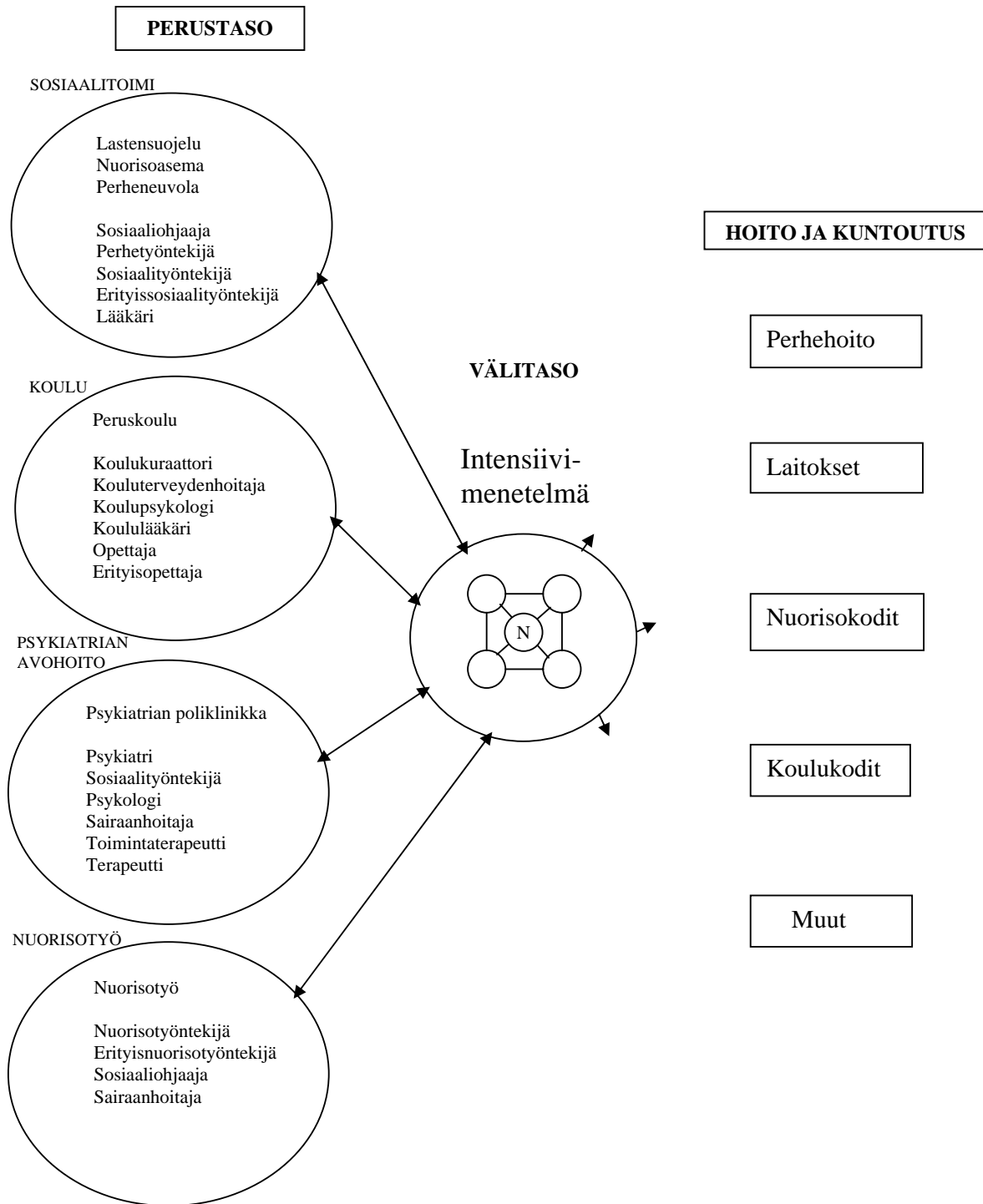
2.6. Intensiivimalli

Pohjoismaissa intensiivistä tukiohjelmaa nuorille on kehitetty MST- menetelmän (engl. Multisystem Therapy) yhteydessä. MST on monimenetelmällinen hoito, joka sisältää ajallisesti rajatun, intensiivisen ja arvioidun tukiohjelman (ks. intensiivimalleista enemmän luvussa 3). Norjan, Ruotsin ja Tanskan käyttöön ottaman MST – mallin ja muiden intensiivimallien perusajatuksia voisi soveltaa suomalaiseen nuorten avohuoltoon siten, että perustason toimijoiden keskuudessa toteutetaan tarkka ja huolellinen seulonta erityistä tukea

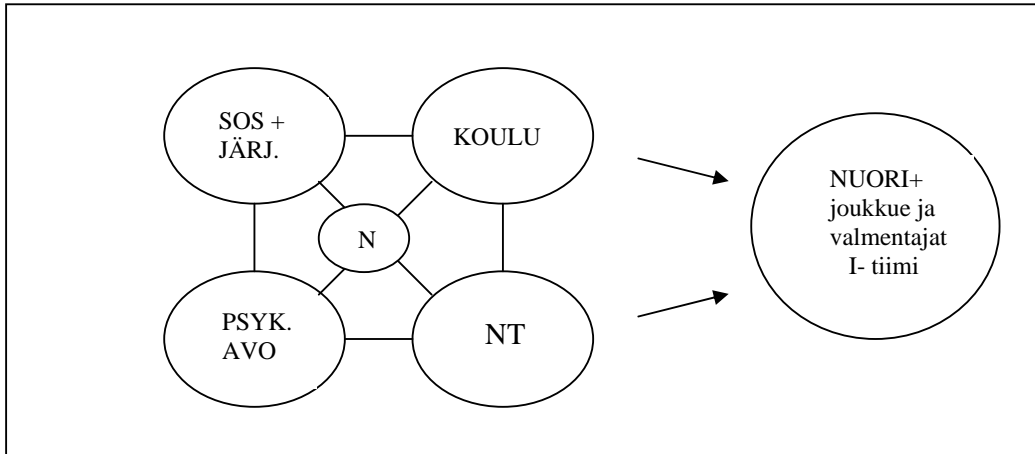
tarvitsevista. Paikallinen palvelurakenne ja perustason resursointi eri psykososiaalisen tuen ammattiryhmissä saattaa vaihdella kaupungeissa ja kunnissa, mutta se ei aseta estettä mallin toteuttamiselle, vaan siitä voidaan tehdä paikallinen sovellus. Kuviossa 4 käytän tausta-ajatuksena MST- mallin ja Itävallan JIP- ohjelman (Jugend-Intensiveprogramm) yhdistelmää esimerkkinä intensiivisestä, paikallisesta, moniammatillisesta ja monimenetelmällisestä mallista, jossa yksi tai useampi tiimi toimii kokopäiväisesti erityistä tukea tarvitsevien nuorten tukena.

Ajatuksena on myös, että perustason toimijoita pitäisi kouluttaa yhteiseen menetelmään huolimatta erilaisesta ammatillisesta taustasta. Tällöin välitason tiimi toimii perustasolla ja tukee sitä, mutta sisältää riittävän autonomian ja oman asiantuntemuksen, jolloin toimijat sitoutuvat pidemmän aikavälin tavoitteisiin. Samankaltaisia ajatussisältöjä yhteisen toimijuuden osalta on liittynyt läheisneuvonpitoon, verkostomalleihin, verkostodialogiin ja huolen puheeksi ottamisen menetelmiin, mutta niitä on toteutettu ammatillisessa työssä oman perustyön ohella ja ne ovat keskittyneet enemmän dialogiseen prosessiin. (ks. esim. Eriksson & Arnkil 2005). Kuviossa 4 ja 5 on havainnollistettu nuorten palvelu, joka sijoittuu avohuollossa perustoimijoiden ja hoitotason väliin. Tiimi koostuu neljästä eri alan ammattilaisesta, joilla nuorten määrä on tukiohjelman aikana riittävän pieni, jotta tarpeellinen ajallinen intensiteetti on mahdollinen. Hyvät perusainekset voisivat rakentua MST- ohjelman ja JIP mallin yhdistelmästä. (Katso luku 3.5, Esimerkkejä nuorille kohdennetuista työmenetelmistä.)

VÄLITASON INTENSIIVIMENETELMÄ AVOHUOLLOSSA



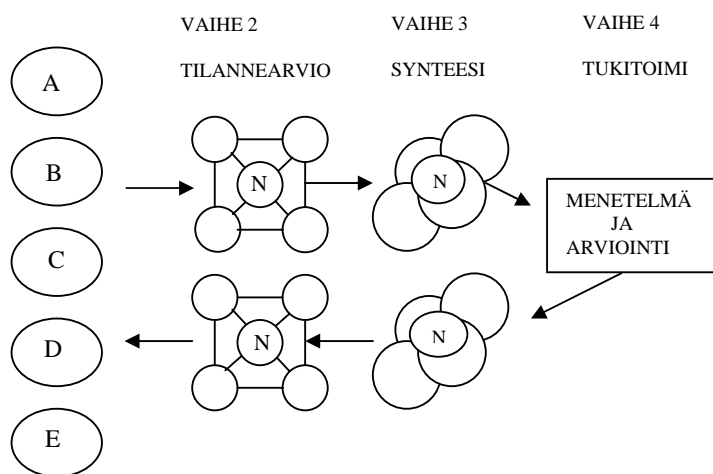
Kuvio 4. Nuorten välitason intensiivimenetelmä avohuollossa



Kuvio 5. Mahdollinen sosiaalitoimen ja/tai järjestön, koulun, psykiatrian avohoidon ja nuorisotyön kumppanuus intensiivimenetelmässä.

Nuorten tukiprosessin ongelmaa perinteisissä sektoripalveluissa voidaan hahmottaa visuaalisesti kuvion 6 avulla:

- Vaihe yksi sisältää nuoren kohtaamat potentiaaliset palvelut A-E. Nuorten tukeminen avohuollossa jää usein tähän vaiheeseen. Psykososiaalisen tuen verkostossa kukin palvelu kartoittaa omasta kontekstistaan ja tehtävästään nuoren riskit ja suojaavat tekijät. Lisäksi kukin palvelu selvittää ja kartoittaa nuoren tilannetta omassa aikataulussaan. Nuoren on vaikea hahmottaa rinnakkaisia, eriaikaisia ammatillisia tukiprosesseja. Vaiheen kaksi dokumentoitua tilannearvioita ei useinkaan ole tehty eikä siihen ole strukturoitua ja yhteisesti jaettua systemaattista mallia.



Kuvio 6. Avohuollon tukiprosessin perusongelma nuorten kriiseissä

- Vaiheessa kaksi ja kolme nuoren tuen kannalta tärkeät perustoimijat tekevät tarkat johtopäätökset ja synteesin nuoren riskeistä ja suojaavista tekijöistä. Myös arjen hyvinvointiin liittyvät tavoitteet asetetaan, mutta interventio jää vaiheeseen kolme, koska ei löydetä konkreettista tukitoimea tai sitä ei ole tarjolla. Tällöin interventiota hoidetaan seuraamalla tilannetta yksittäisessä palvelussa tai pitämällä yhteisiä verkostokokouksia, kunnes tilanne kriisiytyy ja tarve erityistason hoitoon tai kuntouttavaan palveluun syntyy.
- Vaiheen neljä konkreettinen tukitoimi voidaan käsittää perinteiseksi avohuollon tukitoimeksi kuten tukihenkilö, terapia, nuoren projektiin osallistuminen, avohuollon hoitajakso tai avohuollon arviointijakso hoitolaitoksessa. Nuoren lähiyhteisössä pitäisi olla riskien varhaisemmassa vaiheessa työmenetelmiä, jotka sisältävät prosessin kaikki vaiheet. Tällä hetkellä prosessi on pilkottu yksittäisten palvelujen sisälle, jossa kukin palvelu vie omaa vaiheistustaan läpi rinnakkain toisten palvelujen kanssa. Myös tavoitteiden toteutumisen seuraamiseen tarvitaan konkreettiset yhteiset arviointivälineet. Suomesta puuttuvat konkreettiset ja käytännölliset arviointivälineet, joilla voidaan seurata avohuollossa tapauskohtaisesti tai ryhmäkohtaisesti nuoren arjen hyvinvoinnin tavoitteiden toteutumista. Arviointia on kehitetty onnistuneesti laitoshoidon yhteydessä. Kun uusi lastensuojelulaki tulee voimaan, saattaa olla tarpeen kehittää oma alkuvaiheen tilanearviointimalli nuorille.

3. POHDINTAA TYÖMENETELMISTÄ

3.1. Riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden suhde menetelmiin

Preventiivisen toiminnan sisältöjä syrjäytymisen ehkäisyssä voidaan tarkastella suojaavien ankkureiden ja selviytyvyyden (engl. resilience) näkökulmista. Preventiivisiä suojaavia ankkureita, joilla ehkäistään esimerkiksi kouluvaikeuksia, väkivaltaista käyttäytymistä ja syrjäytymistä, ovat 1) spirituaaliset, 2) psykologiset ja 3) sosiaaliset ankkurit.

Spirituaaliset ankkurit ovat koossapitäviä voimia, jotka luovat elämään järjestystä, johdonmukaisuutta, tarkoituksen tunteen ja yhteyden toisiin ihmisiin. Spirituaalisilla ankkureilla tarkoitetaan tukirakenteita, joissa nuorilla on mahdollisuus kuulua ja liittyä instituutioihin, joissa voi käsitellä sellaisia kysymyksiä kuin kuka minä olen ja mikä on elämän merkitys. Nämä tukirakenteet antavat mahdollisuudet olla elämän syvempien merkitysten, eksistentiaalisten kysymysten äärellä. (Ungar & Dumond & Wanda 2005; Heikkinen 2006.)

Psykologisilla ankkureilla tarkoitetaan toimintaa, joka vahvistaa lasten ja nuorten selviytyvyyttä. Lapsella ja nuorella on tällöin mahdollisuus saada tiivis kontakti aikuiseen, joka reagoi vahvasti tapahtumiin mieluummin kuin välttelee passiivisesti. Psykologinen ankkuri sisältää lasten ja nuorten älyllisten kykyjen, itsearviointin, itseluottamuksen, selviytymisstrategioiden ja sellaisten kykyjen kehittämisen, että hän osaa hakea apua ja tukirakenteita myös kodin ulkopuolelta. Erityisesti pojille pitäisi kehittää sellaisia tukimalleja, joissa yhdistetään perinteisiä maskuliinisia ja feminiinisiä sisältöjä. Yhdistelmää kutsutaan androgyyniseksi.

Psykologiset riskit voivat vaihdella elämäntilanteen muuttuessa. Ihminen saattaa olla kasvotusten uusien riskien kanssa, jotka haavoittavat elämää, mutta paradoksina niiden yhteydessä kehittyy mahdollisuus vahvistaa selviytymiskykyä. Tärkeintä on kuitenkin riskien lieventäminen eikä vain toteutuneiden riskien aiheuttaminen vaurioiden myöhempi korjaaminen. (Ks. myös Bowes 2004, 17-18.)

Sosiaalisia ankkureita voidaan löytää esimerkiksi perheiden hyvinvoinnista, koulun tuesta ja lähiyhteisöstä. Yksi tärkeä sosiaalinen ankkuri on lapsen ja nuoren kasvuympäristöstä löytyvä

aikuinen, joka on ehdoitta valmis kohtaamaan heidän tarpeensa. Sosiaalinen hyvinvointi syntyy jatkuvuudesta, pysyvyydestä, turvallisuudesta, vakuuttavuudesta ja varmuudesta, riittävästä ajankäytöstä sosialisatioprosessissa, taloudellisesta tasavertaisuudesta ja demokraattisista julkisista instituutioista, jotka suojelevat ihmisoikeuksia. (Garbarino 2000, 150.)

Suojaavat ankkurit tukevat nuoren selviytyvyyttä (engl. resilience). Erja Sauraman (2002, 199) mukaan lastenpsykiatrisessa tutkimuksessa selviytyvydellä tarkoitetaan psykososiaalista joustavuutta, kimmoisuutta, sinnikkyyttä, lannistumattomuutta, elinvoimaisuutta, mukautumis- ja palautumiskykyä, taipumista vaan ei taittumista. Selviytyvyys tarkoittaa Sauraman mukaan mielenterveydeltään suhteellisen ehyeksi kasvamista sekä karaistumista ja vastoinkäymisten onnistunutta ratkaisemista. Garbarino (2000, 163-169) jakaa poikien syrjäytymistä koskettavassa tutkimuksessaan selviytymisen kannalta tärkeät tekijät kuuteen elementtiin, jotka auttavat selviytymään arkeen liittyvistä kriiseistä ja stressistä:

- Nuorella on oltava vähintään yksi stabiili sosiaalinen suhde aikuiseen, jonka kanssa on samanaikaisesti myös vahva positiivinen sosiaalinen kiinnittyminen.
- Nuorella on oltava kykyä selviytyä stressaavista tilanteista reagoimatta tuhoavasti tai liian voimakkaasti.
- Nuoren selviytymiseen vaikuttaa myös oma kyky hahmottaa ja tulkita monimutkaista todellisuutta ja ratkaista arkeensa liittyviä ongelmia.
- Aito ja kypsä itseluottamus auttaa kestämaan vastoinkäymisiä ilman paniikkia tai pelkoa siitä, että tilanteen ennusmerkit viittaavat kaiken päättyvän tuhoon ja hylkäämiseen.
- Nuorella on oltava mahdollisuus saada kodin ulkopuolista sosiaalista tukea ja apua. On tärkeää kokea kuuluvansa johonkin perheeseen tai yhteisöön, joka kehittää ihmisten välistä kanssakäymistä ja jossa on suhteellisen selkeät yhteisesti koetut ja jaetut arvot.

- Androgyynisyys: molempien sukupuolien näkökulmia tulee yhdistää ja erityisesti poikien kohdalla tulee lieventää maskuliinisia elementtejä, jotka sisältävät individualistisen yksinselviämisen ajatuksen.

Nuorille kohdennettujen interventioiden ja työmenetelmien tulisi sisältää sellaisia elementtejä, jotka perustuvat suojaaviin ankkureihin ja tukevat selviytyvyyttä. Selviytymiseen liittyvissä tutkimuksissa on osoitettu, että tietyt siirtymät ja ajankohdat, kuten esimerkiksi koulun aloittaminen tai yläasteelle siirtyminen, ovat optimaalisia ajankohtia interventioille ja tukiohjelmille. Johanna Mäenpää ja Maritta Törrönen (1996) havaitsivat lastensuojelun asiakirjojen pohjalta tehdyssä selvityksessä, että viranomaisyhteyksien eli puuttumisen huippu sijoittui 5-8-ikävuoteen ja toinen puuttumisen sijoittui varhaisnuoruuteen eli 11 - 14-ikävuoteen.

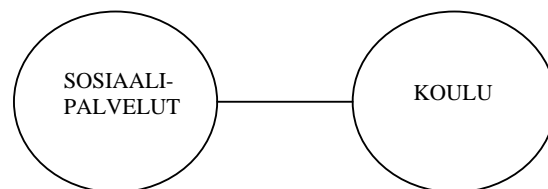
Ei ole selkeää näyttöä siitä, että nuorille tarjotut pelkästään terapeuttisesti painottuneet tai pelkästään toiminnallisesti painottuneet interventiot psykososiaalisessa tukijärjestelmässä kummatkaan yksin, tarjoaisivat nuorille riittävästi suojaavia tekijöitä tai selviytyvyyden elementtejä. Näyttääkin siltä, että erilaisia elementtejä saadaan parhaiten käyttöön yhdistämällä työmenetelmässä terapian (psykiatrian avohoito), sosiaalityön psykososiaalista (koulu ja lastensuojelu) ja nuorisotyön sosiaalipedagogista toiminnallista osaamista. Tämä tarkoittaa työvälineiden käytössä tapauskohtaisen, kommunikatiivisen, ryhmämuotoisen ja toiminnallisen työn yhdistämistä. Monissa hankkeissa ja kokeiluissa on pyritty tähän suuntaan mutta vakiintunutta, tavoitteellista, strukturoitua ja arvioitua työmallia niistä ei ole Suomeen syntynyt.

Ruotsissa ongelmien lisääntymisestä seurasi voimakas kritiikki koulun kasvatustyötä kohtaan ja samalla havaittiin, että vaikuttaminen johonkin yhteen tiettyyn ongelmaan ei vähentänyt ongelmakäyttäytymisen kasvua, vaan se jatkui esimerkiksi masennuksen, päihteidenkäytön ja kouluvaikeuksien osalta. Tämä sektorikeskeinen ongelmaspesifinen palvelukulttuuri saattaa olla diagnostiikan lisääntymisen ohella yksi selitys siihen, miksi lastensuojelun avohuollon asiakasmäärä kasvaa Suomessa jatkuvasti. Tällöin myös lastensuojelun omien avohuollon työmenetelmien täydentäminen nuoria osallistavilla keinoilla on tärkeää.

Tukholman kaupungin tutkimus- ja kehittämissyhteistyön FOU -raporttisarjassa (2005) on esitelty neljä esimerkkiä lapsiin ja nuoriin kohdennetuista interventioista. ”Perusta kasvulle” työmenetelmässä olivat kohderyhmänä 6 - 11-vuotiaat lapset ja 12 - 14-vuotiaat nuoret. ”Oppilaiden norminvastainen käytös” menetelmässä olivat kohderyhmänä nuoret yläasteen yhdeksännestä luokasta lukion 2-luokkaan saakka. CHARLIE JA KOMET -menetelmä oli rajattu peruskouluikäisille. Neljäntenä mallina oli KOMET- ohjelma vanhemmuuden tukemiseen.

Ruotsissa oli tietoa nuorten ongelmakäyttäytymisestä kansallisella tasolla mutta paikallista tietoa ongelmien erityispiirteistä ja laaduista puuttui. Huomattiin, että Tukholman eri alueilla ongelmien määrät vaihtelivat suuresti. Esimerkiksi alkoholin ja huumeiden käyttö eri koulujen välillä vaihteli 22 % ja 92 % välillä ja päihdekokeilujen määrä 0 % ja 36 % välillä. Huomattiin, että tarkka paikallinen tieto on muutoksen avain. Katsottiin, että on tarve kohdentaa tukitoimia 12 % koululaisista. (Sundell & Forster 2005, 6.)

”Perusta kasvulle” työmenetelmän tutkimusprojektissa pyrittiin löytämään keinoja siihen, miten ehkäistään käytöshäiriöihin ja haasteelliseen käyttäytymiseen liittyviä haitallisia vaikutuksia koulutyössä. Menetelmä rakentui sosiaalipalvelujen ja koulun yhteisen preventiivisen toiminnan kehittämiseen.



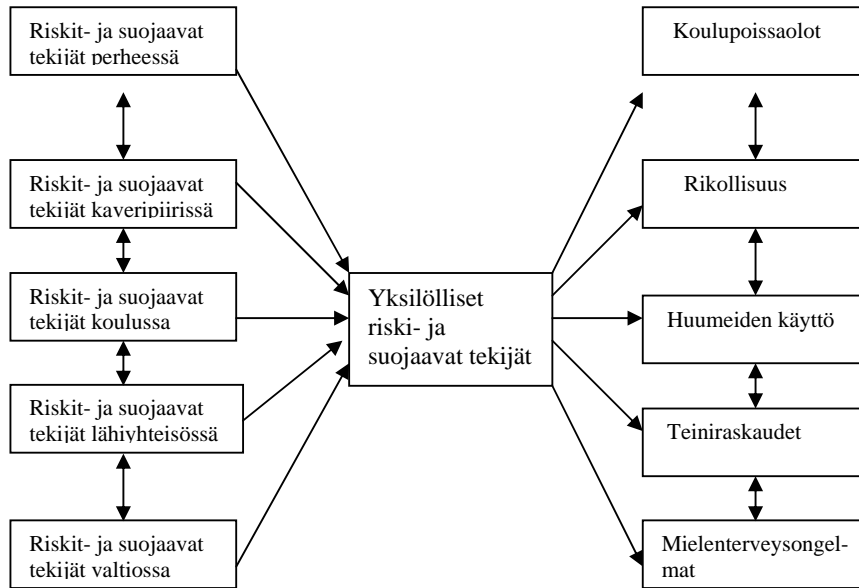
Kuvio 7. Kouluperusteisen intervention kumppanuus perusta kasvulle mallissa

Knut Sundellin ja Martin Forsterin tutkimuksessa (2005, 5-6) koskien Perusta kasvulle -mallia havaittiin, että preventiivisten toimien kohdentaminen lapsilla ja nuorilla havaittuun yhteen tiettyyn ongelmaan johtaa usein verkostossa muiden ammattilaisten preventiivisiin toimenpiteisiin muiden ongelmien osalta. Ruotsin kokeiluissa ehkäisevää työtä kohdennettiin ongelmakäytökseen ja käytösongelmiin yleensä sen sijaan, että olisi yritetty ehkäistä jotakin tiukasti rajattua spesifiä ongelmaa kuten päihteiden käyttöä, aggressiivisuutta tai

käytöshäiriöitä. Suurin kasvu käyttäytymiseen liittyvissä ongelmissa Ruotsissa tapahtui 12 - 14-vuotiaiden ikäryhmässä. Peruskoulun 9-luokkalaisten osalta päihteisiin liittyvät ongelmat kasvoivat Ruotsissa 1990-luvulla kolminkertaisiksi. Joka kymmenes poika oli käyttäytynyt väkivaltaisesti ja 5 % tytöistä oli käyttänyt väkivaltaa. Puolet nuorista oli tehnyt jonkin laittoman teon. Tästä huolimatta varsinainen rikollisuus oli vähentynyt kiinni jääneiden ja epäiltyjen osalta vuosien 1995 - 2000 välillä.

Sundell ja Forster (2005) arvioivat, että riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden osalta lähes kaikki preventio-ohjelmat perustuvat teorioihin, jotka perustelevat, mistä kaikki on saanut alkunsa (ks. myös luku 2, tulkitut ja arvioidut syytekijät). Riskit kuvaavat jonkinlaista todennäköisyyttä ongelmien kehittymiselle. Suojaavat tekijät sisältävät todennäköisyyden, että ongelmat heikkenevät tai vähenevät. Yksittäiset riskitekijät eivät takaa sitä, että ongelmat joko vähenevät tai lisääntyvät. Monissa preventio-ohjelmissa pyritään tämän vuoksi vaikuttamaan useisiin riski- ja suojaaviin tekijöihin, vaikka sinänsä yhteen ongelmaan vaikuttamisen ei tarvitse johtaa vaikuttamattomampaan lopputulokseen. Lipsey & Derzon (1998) osoittavat, että yhteys jonkin yksittäisen riskitekijän ja ongelmakäyttäytymisen suhteen ei ylitä korrelaationa lukua 0.40. Korrelaatio tulkitaan siten, että nolla merkitsee ettei tekijöiden välillä ole yhteyttä ja yksi merkitsee, että tekijöiden välillä on suora yhteys.

Kokonaistarkastelussa nuoren tilanteeseen vaikuttavia riskitekijöitä ja suojaavia tekijöitä voidaan koota yhteen yksilön, perheen, kaveripiirin, koulun, lähiyhteisön ja valtion näkökulmista.



Kuvio 8. Yhteen kootut riskitekijät ja suojaavat tekijät (Brounstein, Zweig & Gardner 2001; Sundell & Forster 2005)

Viisi suojaavaa tekijää Ruotsin kokemusten mukaan ovat (Hawkins & Catalano & Arthur 2002; Sundell & Forster 2005):

- Selkeät säännöt ja normidotukset: Alkoholia ei saa käyttää ja koulunkäynti täytyy hoitaa
- Sitoutuminen ja kiinnittyminen: Suhde vanhempiin, perheeseen ja kavereihin on rakentava
- Prosofiaalisuus: Sillä, miten toimin ihmisten kesken on merkitystä muille, ei vain itselleni
- Sosiaalisilla ja kognitiivisillä kyvyillä on merkitystä tulevaisuuden kannalta ja myönteinen tulevaisuusorientaatio on tärkeää
- Huomion kiinnittäminen nuoren positiivisiin toimintatapoihin

Riskitekijöitä on tavanomaisesti useita silloin, kun lapsella on ollut päihde- ja rikoskokeiluja 10 - 12-vuoden iässä. Hawkinsin (1995; ks. Sundell & Forster 2005) mukaan riskitekijöillä ja suojaavilla tekijöillä on karkeasti ottaen suhteellisen samankaltaiset vaikutukset eri etnisissä ryhmissä, eri sosiaaliluokissa ja eri kulttuureissa. Myös samat riskitekijät on tunnistettu eli päihteiden käyttö, rikollisuus, väkivalta ja koulunkäynnin laiminlyönti.

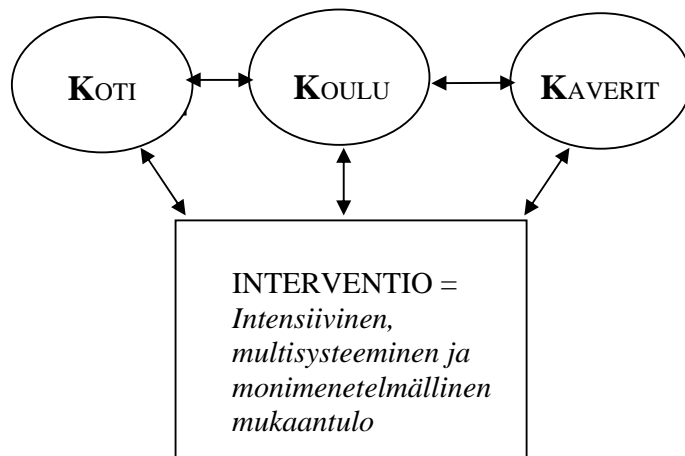
Riskitekijöiden liittyminen neljään eri osa-alueeseen (Hawkins & Catalano & Arthur 2002):

- Yhteiskuntaan liittyvät: Runsas ja helppo päihteiden saatavuus, liberaali lainsäädäntö, heikot tai puutteelliset psykososiaaliset palvelut, köyhyys, asuinalueiden eriytyminen
- Perheeseen liittyvät: Päihteiden käyttö, kasvatusongelmat, perheristiriidat, perheen ongelmiin ei kiinnitetä huomiota
- Kouluun liittyvät: Epäonnistuminen koulutyössä, koulutyöstä suoriutumista ei tueta ja sitoutuminen koulutyöhön jää heikoksi
- Kavereihin liittyvät: Varhainen epäsosiaalinen ryhmäytyminen, varhainen ongelmahistoria, eristäytyminen, kapinallisuus, myös kavereilla ongelmia, vertaiset tukevat epäsosiaalisia tekoja. (Mt.10-11.)

3.2. Multisysteemisyyss avohuollossa

Perusta kasvulle -mallin raportissa (Sundell & Forster 2005) todetaan, että preventio-ohjelman ja interventiotekniikan tulee olla sellainen, että sillä vaikutetaan useisiin riski- ja suojaaviin tekijöihin yhtä aikaa. Yhteen riskitekijään vaikuttamisella on rajallinen merkitys. Kun lapsella ja nuorella on ongelmia päihteiden käyttöön ja normien rikkomiseen liittyen vaikuttaa tällöin useita erilaisia riskitekijöitä, ei vain yksi tai kaksi, vaan paremminkin 6-12 riskitekijää. Riskitekijät esiintyvät erilaisissa konteksteissa. Työmenetelmien tulee tämän vuoksi olla sellaisia, että ne tukevat lapsen ja nuoren kehitystä laaja-alaisesti. Niiden ei tule kiinnittää huomiota vain yksilöön, vaan koko toimintaympäristöön ja lähiyhteisöön.

Sundellin ja Forsterin (2005) tulosten pohjalta voidaan kysyä, mikä interventio tai palvelu tukee lastensuojelun asiakkaana olevaa nuorta kaikilla kolmella, kodin, koulun ja lähiyhteisön tasolla yhtä aikaa multisysteemisesti. Jos paikallinen interventio rajoittuu yhteen K:n niin kuka hoitaa muut ja miten hyvin tieto ja toiminta näistä osa-alueista yhdistetään kasvun ja kehityksen tukemiseksi kokonaisvaltaisesti? Palvelun tulisi olla myös monimenetelmällistä. Sen pitäisi sisältää kommunikatiivista, terapeutista, toiminnallista, tapauskohtaista ja ryhmäkohtaista tukea tarpeen mukaan.



Kuvio 9. Kolme K:ta nuorten psykososiaalisessa tuessa

3.3. Menetelmien vaikuttavuuden tarkastelu

Sundellin ja Forsterin (2005, 19-20) tutkimuksessa mainitaan useisiin riski- ja suojaaviin tekijöihin vaikuttavista laaja-alaisista interventioista kouluperusteiset interventio-ohjelmat. Kouluperustaisten interventio-ohjelmien sisältö ja kohdentuminen voi heidän mukaansa jakaantua erilaisiin malleihin seuraavasti:

- koululuokkaan kohdentuviin interventioihin, joissa tuetaan luokan sosiaalista ilmapiiriä ja vaikutetaan luokan johtajuuteen ja rooleihin
- pedagogisiin ohjelmiin, joissa tuetaan suoriutumista koulutyöstä ja tehtävistä

- organisaatioiden toimintaan liittyvät ohjelmat, joissa tehostetaan yhteistyötä ja verkostoitumista koulutyön yhteydessä
- kodin ja koulun väliseen yhteistyöhön perustuvat mallit, joissa parannetaan vanhempien, oppilaan ja opettajan välistä yhteistyötä
- vanhempien valmennusohjelmat, joilla vaikutetaan nuoren ja vanhempien väliseen suhteeseen rajojen asettamisessa ja myönteisten voimavarojen vahvistamisessa
- sosiaaliseen apuun ja tukeen perustuvat mallit, joissa räätälöidään perheelle erilaisia palveluja ja tukimuotoja kuten kotiapua tai keskusteluapua
- perheterapiamallit, jotka ovat hieman samanlaisia kuin vanhempien valmennusohjelmat, joissa tuetaan nuoren asemaan osana perhettä kodin, koulun ja vapaa-ajan välisissä suhteissa
- informointityö, jossa vaikutetaan nuoriin tiedotuskampanjoilla
- mentoriohjelmat, joissa nuoren tukihenkilö valmentaa ja ohjaa nuorta koulunkäynnissä tai vapaa-aikaan liittyen. Mentori voi olla vapaaehtoistyöntekijä tai ammattilainen ja toiminta voi tapahtua kouluaikana tai vapaa-ajalla.

Muista ohjelmista ja työmenetelmistä, joita eri organisaatiot olivat suositelleet hyviksi ja toimiviksi työkäytännöiksi nuorten kanssa, nousivat esille systeemiset ja monimenetelmälliset vanhemmuuden ja perheen tukemiseen liittyvät perhe-ohjelmat kuten MTFC (Multidimensional Treatment Foster Care) sekä SFP (Strengthening Families) ja erilaiset nuoren omaan arjen ja elämänhallinnan taitoihin liittyvät konkreettiset tukimuodot kuten LST (Life Skills Training) ja MST (Multisystem Therapy). Myös kognitiivisen käyttäytymisterapian ja verkostojen yhtäaikaista vahvistamisesta (IKBT) oli saatu hyviä kokemuksia. Eri tyyppisten koulutyön tukemiseen liittyvien menetelmien vertailussa neuvonta, sosiaalityön asiakaskäynnit ja pelkkä terapia tuottivat heikkoja tuloksia alkoholinkäyttöön, rikollisuuteen ja kouluvaikeuksiin. Hyviä tuloksia saatiin erilaisilla

valmennus- ja management-ohjelmilla, joissa tuetaan sosiaalista kasvua ja ryhmiin sopeutumista nuoren omassa lähiympäristössä. (Forster ym. 2005, 15.)

Perheinterventioiden vaikuttavuuden kirjallisuuskatsauksessa (Westman & Haverinen & Ristikartano & Koivisto & Malmivaara 2005) interventiot jaotellaan lapsen käyttäytymisongelmien, nuoren monimutkaisen tai vaikean riskitilanteen-, perheen riskitilanteen-, ja perheen vähävaraisuuden interventioihin. Seitsemässä kansainvälisessä artikkelissa oli tutkittu *nuorten monimutkaiseen tai vaikeaan riskitilanteeseen* sovellettujen interventioiden vaikuttavuutta. Tutkimuksista kuusi oli yhdysvaltalaisia ja yksi englantilainen. Tutkimusten kesto vaihteli neljästä kuukaudesta neljään vuoteen. Nuoret olivat iältään 11 - 17-vuotiaita ja tutkimuksissa oli yhteensä 1197 osallistujaa. Interventiot, joita käytettiin olivat Specialist Support Teams for Adolescent, Multisystemic Therapy, The Family Check-up (FCU), Multidimensional Family Therapy (MDFT) ja Brief family Intervention: Iowa Strengthening Program. Neljässä tutkimuksessa kontrolliryhmä oli saanut tavallisia saatavilla olevia palveluja.

Nuoren vaikeassa riskitilanteessa multisysteemiset hoitoon, kuntoutukseen ja terapiaan rakentuvat ohjelmat (MDTF) vähensivät rikollisuutta ja kouluongelmia. Niiden välittömät vaikutukset olivat hyviä, mutta pitkäaikaisvaikutuksista on vähän tietoa, mitä voidaan pitää intensiivisten lyhytinterventio-ohjelmien heikkoutena (vrt. Ogden 2005a; 2005b; 2005c). 11 - 17-vuotiaiden nuorten kohdalla ryhmätyö ja vertaistuki vähensivät merkittävästi todennäköisyyttä tulla sijoitetuksi. MST- menetelmästä todettiin (Westman ym. 2005), että se ei mahdollisesti sovi vaikeasti päihdeongelmallisille ja nuorisorikollisille eli jo todennettuun vakavampaan ongelmaan, vaan ilmeisesti ongelmien varhaisempaan vaiheeseen. Toisaalta MST- menetelmää on käytetty tuloksellisesti myös nuorten vakavien rikosprosessien hoidossa, jolloin siinä yhdistetään hoitoon, kuntoutukseen ja terapiaan liittyvät elementit (Henggler & Melton & Smith 1992).

MST- ohjelman toimivuutta on testattu pohjoismaista Norjassa (Ogden 2005a; 2005b; 2005c). Vertailuryhmä muodostettiin satunnaisotannalla tavallisia palveluja käyttävistä nuorista. Kun tutkittiin 500 tapausta kahdessakymmenessäviidessä MST- tiimissä, oli ohjelmasta tipahtaneita 5 % ja keskeyttäneitä 10 %. Ohjelman jälkeen 80 % perheistä oli koossa, kun vastaava luku perinteisiä lastensuojelupalveluja käyttäneillä oli 55 %. Ohjelman jälkeen 72 % sen suorittaneista nuorista asui kotona, kun vastaava luku perinteisiä lastensuojelupalveluja

käyttäneillä oli 52 %. Pojista 79 % asui ohjelman jälkeen kotona, kun vastaava luku perinteisiä lastensuojelupalveluja käyttäneillä oli 39 %.

Scott Henggelerin (1990; 1998; ks. Garbarino 2000, 209) MST tutkimuksen mukaan rikollisen käyttäytymisen ehkäisyssä vain 22 % pojista, jotka osallistuivat ohjelmaan pidätettiin lähimmän neljän vuoden aikana, kun yksilöterapiaan osallistuneista 71 % pidätettiin uudelleen neljän vuoden sisällä. Menetelmän kustannusvaikuttavuutta tutkittaessa todettiin, että kun yksilöterapian ja laitoshoidon kulut olivat kolmen kuukauden ajalta yhdeltä rikoksin oireilevalta nuorelta 16.300- dollaria, niin MST- ryhmän yhden työntekijän ja neljän asiakkaan tiimissä hoitokulut avohuollossa olivat 2.800- dollaria asiakasta kohden kolmen kuukauden ajalta (Hengler ym. 1992).

Nordic Campbell Centerin (2005) metaevaluaatiossa, johon oli valittu mukaan vertailtavaksi kahdeksan eri tutkimusta Norjan, Canadian ja USA:n MST- ohjelmista, todettiin, että aikuisille kohdennettuna interventiona MST-ohjelman tulokset eivät olleet sen paremmat tai heikommatkaan kuin muiden interventioiden. Nordic Campbell Centerin arvioinnissa todetaan lisäksi, että MST on ollut suhteellisen kallis menetelmä eikä se ole vähentänyt laitoshoidon kuluja pohjoismaissa. MST on Campbell Centerin arvioinnin mukaan muita menetelmiä paremmin tutkittu, levitetty ja dokumentoitu mutta ei sen vaikuttavampi kuin muut vähemmän resursoidut nuorten intensiivimenetelmät

MST- interventio on alun perin kehitetty Amerikassa vaihtoehdoksi kodin ulkopuolisille sijoituksille lyhytaikaisena, 2-5 kuukautta kestäväenä interventiona perheen, vertaisten ja koulun konteksteissa. Julia Littell (2005) toteaa, että lyhytkestoisella, yksilö- ja perhekeskeisellä interventiolla saavutetuilla tuloksilla on omat rajoitteensa silloin, kun on kyse nuorista, joilla on paljon vaikeita sosiaalisia ongelmia. (<http://www.sfi.dk/sw28859.asp>.) Tulosten valossa lienee todennäköistä, että MST soveltuu paremmin ongelmien varhaisempaan vaiheeseen esimerkiksi 12 - 15-vuotiaille, kun välitöntä laitoshoidon ja syvemmän kuntoutuksen tai terapian tarvetta ei ole vielä syntynyt. Siten on arveluttavaa tulkita MST- menetelmä taloudellisesta kustannus-hyöty näkökulmasta laitoshoidoa tai lyhytaikaista perhehoitoa korvaavana menetelmänä, vaan paremminkin se on tehostettu varhaisemman vaiheen interventio.

Kansainvälisissä arvioinneissa ja tutkimuksissa nuorten vaikeisiin riskitilanteisiin oli valittu useimmiten hoitoon, kuntoutukseen ja terapiaan perustuva intensiivinen ja tehostettu, syvälliseen vuorovaikutukseen perustuva interventio. Myös aggressiiviseen käytökseen kohdennetulla perheinterventiolla oli merkittäviä vaikutuksia vielä neljän vuoden kuluttua, vaikka interventio oli lyhytaikainen (Spoth ym. 2000; ks. Westman ym. 2005, 41). Tämä saattaa viitata siihen, että intensiivinen malli toimii nuorten riskitilanteisiin paremmin. Toisaalta perheinterventioiden vaikuttavuuden kirjallisuuskatsauksessa (Westman ym. 2005) esitetty jako ja arvottaminen kevyisiin ja raskaisiin interventioihin ei ole nuorten kohdalla tarkoituksenmukaista, koska on kysyttävä paremminkin mikä toimii, kenelle ja missä kontekstissa. On ylipäättään kyseenalaista jakaa interventiot kevyisiin ja raskaisiin. (Vrt. Westman ym. 2005, 37, 40-41; Sundell & Forster 2005.) Tulokset tukevat käytännön kokemuksia siitä, että nuoren vaikeassa ja pitkälle edenneessä riskitilanteessa on harkittava tarkasti ja perusteellisesti, millaista interventiota käytetään sen sijaan että tarjotaan sitä, mitä on saatavilla.

Westman ym. (2005) toteavat, että *Käyttäytymisongelmissa* kohderyhmille tarjottujen interventioiden vaihteluväli voi olla tapaamiskertojen määrässä iso eri interventiomenetelmien välillä (5 - 45 krt). Käyttäytymisongelmiin liittyvien interventioiden kohderyhmänä ovat 12 - 17-vuotiaat lapset ja nuoret. Kun 12 tutkimusta sisältävässä arvioinnissa oli yhteensä 1379 osallistujaa, tarjottiin niissä interventioita keskimäärin 13 kertaa. Perheinterventiot toimivat hyvin 6 - 17-vuotiaiden käyttäytymisongelmien hoidossa ja ne olivat vaikuttavia myös pitkällä aikavälillä. Käyttäytymisongelmiin soveltuivat useat erilaiset menetelmät ja yhdestäkään menetelmästä ei saatu huonoja vaikuttavuustuloksia. (Mt. 39.) Vanhempien ohjaus ja vanhemmuuden vahvistaminen menetelminä toimivat parhaiten lapsen ollessa päiväkotitai esikouluiässä, jolloin vanhemmat ovat tärkein lapsen kehitystä tukeva tekijä (Ogden 2005).

Vaikka vaikuttavuustutkimuksien tuloksiin liittyy joitakin ristiriitaisuuksia, näyttää siltä, että nuorten kohdalla kohtuullisen hyvin toimivat intensiivisen tuen interventiomallit avoimuuden näkökulmasta sisältävät seuraavia piirteitä:

- Nuorella on mahdollisuus ottaa yhteyttä useasti viikon aikana tai tarvittaessa päivittäin.

- Viikkotapaamiset ja kotikäynnit perheessä ovat mahdollisia.
- Nuoren kanssa on mahdollista käyttää kokonaisia ja peräkkäisiä päiviä yksilötapaamisiin, vertaisryhmätoimintaan tai leireihin.
- Tarjottava intensiivinen tuki on suunnitelmallista, arvioitua ja tavoitteellista ja sillä on selkeä aikaraja esimerkiksi 6-12 kk. Arviointiin on olemassa omat työvälineet ja niiden käyttäminen on osa työtä. Tavoitteiden toteutumista seurataan jatkuvasti ja vuorovaikutteisesti nuoren kanssa.
- Tuki on multisysteemistä eli se sisältää kotiin, kouluun ja vertaisryhmään vaikuttamisen.
- Tuki on monimenetelmällistä eli se sisältää kommunikatiivista, terapeutista ja toiminallista tukea sekä niin tapauskohtaista kuin ryhmäkohtaista tukea. Tuki ei rajoitu pelkästään toimistotapaamisiin, terapiaan tai toiminnallisuuteen.
- Tukityö toteutetaan lähiyhteisössä, lähellä nuoren kotia ja koulua.
- Intensiivisen tuen aikana nuori ei asioi useassa eri ammattilaispisteessä, vaan palvelut on rajattu intensiiviohjelman ajan.
- Menetelmä on kulttuurisesti adekvaatti eli se on sovellettu paikallisiin erityisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin
- Työtiimi on ajallisesti joustava ja nopeasti reagoiva.
- Työntekijöillä on tiimissä jokin yhteinen menetelmäkoulutus. Pelkkä omasta ammatista tuleva tieto-taito ja omasta tehtävästä käsin toimiminen eivät näytä riittävän avohuollossa pysyvien moniammatillisten tiimirakenteiden luomiseen, eikä ainakaan tiimien koossapitämiseen. Yhteinen menetelmä sitouttaa ammattilaisia samoihin tavoitteisiin koko ohjelman ajan.

3.4. Nuoret jätetään härmistymään ja lillumaan

Asiantuntijahaastattelussa nuorten työmenetelmien kehittämistarvetta kuvattiin ammatillisen osaamisen yhdistämisen, ajallisen intensiteetin ja monimenetelmällisyyden käsitteillä. Haastateltavat kokivat, että nuorten tarpeet jäävät nykyisissä palveluissa huonosti arvioituiksi. Sen jälkeen nuorten ongelmat ja tuki jätetään ”härmistymään” ja ”lillumaan”. Härmistyminen kuvaa metaforana olomuodon muutosta, jossa nestemäinen ehtii muuttua kiinteäksi. Viivästynyt interventio aiheuttaa sen, että arjen ongelmat ovat vaikeammin muovattavissa ja korjattavissa.

” Työmenetelmässä tulisi yhdistyä moniammatillisuus, tieto ja toiminta. Pitäisi käyttää myös ryhmiä. Terapeuttisuus ja ajallisuus, ajallinen intensiteetti tulee ottaa huomioon. Yhdistelmässä voisivat olla mukana sosiaalityö, psykiatrian avohoito, erityisnuorisotyö ja koulu. MST- menetelmä tunnetaan hyvin. Myös dialogisia verkostomalleja on käytetty.”

” Erilaisia tukimuotoja pitäisi kehittää kuten tukihenkilöt, mentorit, ryhmät, MST ym.”

” Nuorten kohdalla on tärkeää rajata palveluverkosto ja vahvistaa tuen antamisessa ajallista intensiteettiä ja lisätä ammattilaisten vastuuta tavoitteiden saavuttamisessa. Työskentelyn pitäisi olla valikoivaa ja jonkin tahon pitää ottaa vastuu siitä, että asiat hoidetaan loppuun. Työskentely on nykyään jotenkin sattumanvaraista. Ongelmana on, ettei psykiatrian avohoidon jono vedä. Nuorten tukeminen ei ole pelkästään lastensuojelun menetelmää. Pitäisi käydä läpi verkostopohja ja tarkastella koko verkostoa.”

” Sellainen malli voisi toimia nuorille, jossa on selkeä struktuuri. Se sisältäisi 1) määräaikaisen intensiivisen avohuollon tuen, joka sisältää arvioinnin ja siihen liittyvät työkalut, 2) työmenetelmän pitäisi sisältää kenttätöitä, jota ei tarvita paljon, mutta joka on kuitenkin välttämätöntä tiedon syventämisen kannalta ja 3) tähän kenttätöihin liitetään klinistä arviointia. Peruslähtökohtahan on se, että 8 – 9-vuotiaiden oireet ovat jo aika selkeästi havaittavissa ja 11-vuotiailla jo selkeästi. Tällainen kokoonpano voisi olla lastensuojelun, nuorisotyön ja psykiatrian avotyön yhteinen.”

” 12 - 17-vuotiaille pitäisi olla nopean puuttumisen yksikkö, joka sisältää palvelutarpeen arvioinnin. Tapaamisia pitäisi olla ainakin 1-6 kertaa. Porukalla voisi olla yhteinen menetelmäperusta ja siinä voitaisiin kehittää yhteinen alkuarviointimenetelmä. Yhteistyökuviossa voisi olla lastensuojelu, koulu ja nopean puuttumisen perhetyö jossa olisi mukana ohjaajia ja sairaanhoitajia.”

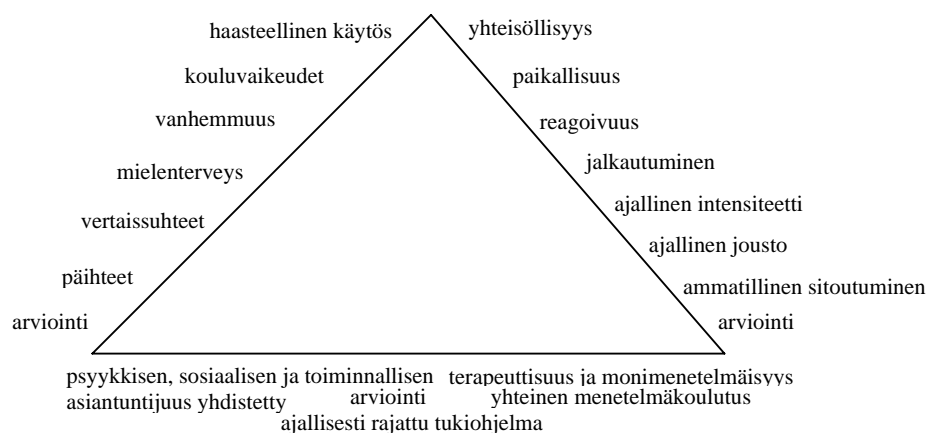
”Perusongelma on se, että nuorten palveluissa pitäisi kyetä tekemään vahva alkuinterventio. Se on avainkysymys nuorten tukemisessa. Näin saadaan jo ensimmäinen tapaaminen arvioitua eikä anneta asioiden ”härmistyä” siihen saakka kunnes sijoitus on välttämätön.”

” Perusongelmana on intensiivisyys. Auttaminen jää kriisitilanteessa lillumaan. Nuorten kanssa työmenetelmän täytyy olla konkreettinen ja arkeen nivoutuva. Nyt ongelmana on se, että kaikki sektorit siirtävät vastuuta toisilleen.”

” Tukimuodon pitää olla lähellä nuoren arkea. Yhdistelmähoidon tyyppinen työtapa saattaisi olla hyvä. Työtapa, jossa annetaan tukea intensiivisemmin. MST ja MDFT menetelmistä on hyviä tuloksia. MST on menetelmänä sen vuoksi hyvä, että siinä yhdistetään eri tyyppisten ongelmien hoito esimerkiksi käytöshäiriön ja päihdeongelman. Avohuoltoa olisi hyvä täydentää intensiivisellä yhdistelmähoidolla.”

Kuviossa 10 olen tiivistänyt ja abstrahoinut joitakin keskeisiä käsitteitä tarpeiden, työmenetelmien ja toimijoiden (joukkue) kokonaisuuden ajankohtaisista sisällöistä, kun tarkastellaan psyko-sosiaalisen tuen toimivuutta nuorten kriiseihin. Kolmion vasemman ja oikean sivun käsitteet perustuvat nuoria koskettaneiden tutkimusten havaintoihin sekä lastensuojelun syyluokitusten ja riskitutkimusten lähtökohtiin. Kolmion alaosan käsitteistö perustuu selvitystyön asiantuntijahaastatteluista, pohjoismaisten työmenetelmien kehittämisraporteista ja tutkimuksista koottuun menetelmätietoon. Joukkueella tarkoitan nuorta tukevaa ammattilaistiimiä, jonka jäsen hän on. (Ks. esim. Garbarino 2000; Pekkarinen 2004; Kitinoja 2005; Sundell & Forster 2005; Forster & Sundell & Melin & Morris & Karlberg 2005; Ogden 2005; Westman & Haverinen & Ristikartano & Koivisto & Malmivaara 2005; Heikkinen 2006; Hoikkala 2006; Forsberg & Ritala-Koskinen & Törrönen 2006.)

Tarpeet



Menetelmä

Joukkue

Kuvio 10. Työmenetelmän kehittämisen käsitteelliset lähtökohdat nuorten kriiseihin

3.5. Esimerkkejä nuorille kohdennetuista työmenetelmistä

Olen koonnut nuorten kriiseihin kohdennettuja menetelmiä suomalaisista, ruotsalaisista ja amerikkalaisista kehittämisraporteista ja tutkimuksista. Menetelmät ja interventiotekniikat voidaan nuorten kohdalla jakaa tiivistetysti ainakin seitsemään kokonaisuuteen:

- *Multisysteemiset intensiivimallit*
- *Intensiivimallien ja ryhmämuotoisten mallien sovellukset*
- *Kouluperusteiset interventiotekniikat (ryhmät ja luokkayhteisövalmennus)*
- *Perhevalmennusohjelmat*
- *Vanhempien valmennusohjelmat*
- *Mentoriohjelmat ja tukihenkilömenetelmät*
- *Dialogiset verkostomallit*

MST (Multisystem Therapy, USA, Ruotsi, Norja, Tanska): Perheen ongelmista lähtevä systeeminen intensiivimalli rikoksiin, oppimisvaikeuksiin, kouluvaikeuksiin, väkivaltaiseen käyttäytymiseen, vertaissuhteissa esiintyviin ongelmiin ja päihdeongelmiin. Menetelmässä voidaan yhdistää terapian ja psykososiaalisen työn elementtejä. MST- menetelmällä on saavutettu joissakin arvioinneissa parempia tuloksia kuin yksilöterapialla. Mallissa yhdistetään samanaikaisesti vanhempien huolenpityöhön ja kontrollin kehittämiseen liittyvä tuki ja nuoren vertaisryhmäsuhteisiin vaikuttaminen. MST- ohjelmassa nähdään, että ongelmat liittyvät perheen sisäiseen järjestelmään, ongelmiin koulussa, samanikäisissä lapsi- tai nuorisoryhmissä, kulttuuri-instituutioissa tai perheen lähipiirissä. Interventiot kohdentuvat käyttäytymisongelmia ylläpitäviin systeemeihin. Muutos nuoren ympärillä on yhtä olennaista kuin muutos nuorella itsessään. Toimenpiteet suunnataan yhteen tai useampaan näistä järjestelmistä. Tukiohjelma kestää mallista riippuen 2-6- tai 6-12 kuukautta. Erikoiskoulutetut MST- terapeutit, jotka voivat olla esimerkiksi nuorisotyöntekijöitä, sosiaalityöntekijöitä, sosiaalityöntekijöitä tai psykologeja, käsittelevät kukin ohjelman aikana 3-6 perhettä yhtä aikaa. Yhdessä MST- tiimissä on neljä terapeuttia ja kullakin tiimillä on konsulttina koulutettu MST- työnohjaaja. Auttajat ovat tiukasti sitoutuneet tavoitteelliseen ongelman ratkaisuun. Tapauksia on vähän ja rajattuna aikana. Interventio on ajallisesti rajattu ja

intensiivinen. MST- tiimi on perheiden saatavilla 24 tuntia vuorokaudessa seitsemänä päivänä viikossa.

Ohjelmassa asiakkaat valikoidaan tarkasti lastensuojelun asiakasperheistä. Kohderyhmänä ovat pääasiassa 12 - 17-vuotiaat nuoret, joilla ei ole välitöntä laitoshoidon tarvetta. Interventio kohdennetaan tarkasti määriteltyihin ongelma-alueisiin. Menetelmä sisältää tilannearvioinnin, henkilökohtaisen teraputin, dokumentoinnin ja arvioinnin SRD (Self Delinquency Scale) itsearviointilomakkeistolla ja CBCL-(Child behavior Checklist) lomakkeistolla. MST- työ lopetetaan, kun tavoitteet on saavutettu. Ohjelman kesto on keskimäärin 6 kuukautta.

MST menetelmää käyttävät USA, Australia, Hollanti, Kanada, Englanti, Irlanti ja Uusi-Seelanti. Pohjoismaista Norjassa on 21 MST- keskusta ja Ruotsissa yhdeksän. Myös Tanska on ottanut käyttöön MST:n valtion rahoittamana pilottikokeiluna vuonna 2003. Malli on lisensoitu Amerikassa Etelä-Carolinan osavaltiossa. Malli on luokiteltavissa multisysteemiseksi intensiivimalliksi. (<http://www.mstservices.com>.)

Vuoden 2005 tarjouksen mukaan ensimmäisen vuoden MST ohjelmamaksu yhdelle tai kahdelle tiimille on 48.000 dollaria ensimmäisenä vuotena ja sen jälkeiset lisätiimit 24.000 dollaria. Esimerkiksi kuuden tiimin ohjelmamaksu olisi 168.000 dollaria. Lisäksi ohjelman käynnistysmaksu neljältä tiimiltä olisi 10.000 dollaria. Master- tason lisenssi maksaa 4000 dollaria ja tiimilisenssi 2500 dollaria. Ensimmäisen vuoden matkakulut neljän tiimin valmennuksesta ovat 25 - 40.000 dollaria. Toisen vuoden matkakulut 12 - 30.000 dollaria.

IKBT (Individuel kognitiv beteendeterapi + nätverksbyggande): Lähinnä laitoshoidojakson yhteyteen kehitetty ruotsalainen malli käytösongelmiin ja asoosiaaliseen käytökseen. Menetelmällä vaikutetaan nuoren motivaatioon, ongelman ratkaisutaitoihin, kognitiivisiin kykyihin, itsekontrolliin ja verkoston tukeen. (FoU 2005.)

MTFC(Multidimensional Treatment Foster Care, Usa, Ruotsi): Vakavasti asoosiaaliset ja rikoksin oireilevat nuoret sijoitetaan erikoiskoulutettuun perhekotiin tai sijaisperheeseen lyhyeksi ajaksi. Sijoituksen aikana biologisille vanhemmille tarjotaan mahdollisuus osallistua intensiiviseen valmennukseen. (FoU 2005.)

ÖPP(Örebro Prevention Program): Ohjelmassa keskitytään päihteitä käyttäviin ja rikoksin oireileviin nuoriin. Malli perustuu vanhempien tapaamisiin koulutyön yhteydessä ja se on suunnattu 7-9-luokkalaisille. Vanhempien kanssa käydään läpi heidän suhtautumistaan päihteiden käyttöön ja rikoksiin ja miten niistä voisi keskustella nuoren kanssa. Menetelmässä yhdistetään nuorten lähiö- ja elinympäristökonteksti ja pyritään vaikuttamaan siinä esiintyviin epäkohtiin. Ohjelma on toiminut erityisen hyvin niille, jotka olivat aloittaneet alkoholinkäytön alle 13-vuotiaina ja joilla oli samanaikaisesti normirikkomuksia. Ohjelma on levinnyt laajasti Ruotsissa. (FoU 2005.)

ART(Aggression Replacement Training, Ruotsi ja USA): Aggressiiviseen ja häiriökäyttäytymiseen sovellettava työmenetelmä. Menetelmä sisältää kolme komponenttia: Itsekontrolliin vaikuttamisen, sosiaalisten taitojen kehittämisen ja moraaliharjoitukset. Lisäksi menetelmä sisältää 30 istuntoa, jotka toteutetaan kolme kertaa viikossa kymmenen viikon ajan. Osallistujat ovat ART- oppilaita. Menetelmä on standardoitu käsikirjaksi. Käytettäessä menetelmää New Yorkissa nuorten lähiöjengisiin, 13 % ohjelmassa mukana olleista 38 jengin jäsenestä pidätettiin uudelleen ohjelman jälkeen. Vertailuryhmässä, jossa oli 27 poikaa ja jotka eivät osallistuneet ohjelmaan, pidätettiin 52 % pojista. (Undomsalternativet 2006; FoU 2005.)

Toisen tutkimuksen mukaan (Goldstein 1994; ks. Garbarino 2000, 215) kuuden kuukauden ART- ohjelman jälkeen vain 15 % pojista, joiden vanhemmat olivat osallistuneet ohjelmaan, tulivat pidätetyiksi uudelleen ohjelman jälkeen. Vertailuryhmässä 30 % kahdestakymmenestä pojasta, joiden vanhemmat eivät osallistuneet ohjelmaan tulivat pidätetyiksi. 32:sta pojasta, jotka eivät lainkaan osallistuneet ohjelmaan joutui pidätetyiksi 45 %.

Big Brothers-Big Sisters of America (Usa ja Ruotsi): Mallissa organisoidaan vapaaehtoisia isoveljiä ja isosiskoja roolimalleiksi riskivyyöhykkeellä eläville nuorille. Menetelmä on kohdennettu 8-luokkalaisiin nuoriin, joilla on vähän aikuiskontakteja. Kyseessä on mentoriohjelma, jossa isovelji tai isosisko tapaa nuorta 2-4 kertaa kuukaudessa vuoden ajan. Mentori ja valmennettava voivat valita missä tapaavat. Mentoreita rekrytoidaan mm. yrityksistä. Satunnaistutkimuksessa on osoitettu, että mentoriohjelmalla on ollut positiivisiä vaikutuksia epäsosiaaliseen käytökseen jokaisessa tapauksessa lyhyellä aikavälillä. Malli on luokiteltavissa mentori- ja tukihenkilömenetelmäksi. (FoU 2005.)

SFP (Strengthening Families Program): Ohjelma sisältää seitsemän istuntoa vanhemmille ja nuorelle sekä neljä seurantalaveria. Vanhempia valmennetaan keskustelemaan erilaisista lapsen ja nuoren arjen ongelmiin liittyvistä kysymyksistä, kuten alkoholin käyttö, aggressiiviseen käytös ja käytösongelmat. Malli on luokiteltavissa perhevalmennusohjelmaksi. (FoU 2005.)

Charlie och Komet (Ruotsi): Preventiivinen menetelmä, jossa tuetaan oppilaan koulunkäyntiä sitouttamalla hänet luokkayhteisöön. Oppilaalla on vertaistutor. Ohjelma kestää kuusi kuukautta ja se on kohdennettu erityisesti normeja rikkoville, aggressiivisille ja hyperaktiivisille lapsille ja nuorille. Malli on luokiteltavissa ”School Management” (suom. luokkayhteisön valmennus) menetelmäksi. (FoU 2005.)

Good Behavior Game GBG (Ruotsi ja USA): Koulutyön yhteyteen kehitetty menetelmä, jolla pyritään vaikuttamaan häiritsevään ja aggressiiviseen käytökseen, joka mahdollisesti myöhemmin johtaisi rikolliseen käyttäytymiseen. Menetelmä sisältää ala-asteikäisille kolme kertaa viikossa toiminnallisia harjoituksia ja leikkejä, joiden avulla pyritään tukemaan myönteisiä ratkaisutapoja luokkayhteisössä. Interventio vähensi käyttäytymiseen liittyviä ongelmia kahden vuoden aikana ja erityisen hyviä vaikutuksia sillä oli kaikkein aggressiivimpiin poikiin. Luokkayhteisöön kohdennetulla interventiolla oli paremmat vaikutukset aggressiivisten lasten käyttäytymiseen kuin samanaikaisesti vertailussa vanhempainvalmennusohjelmassa. Menetelmän amerikkalaisessa versiossa vertaisista on muodostettu ryhmiä, joihin on sekoitettu ei-aggressiivisesti ja aggressiivisesti käyttäytyviä lapsia ja nuoria. Arjen ajallinen struktuuri murretaan toiminnassa siten, että ryhmille jää paljon aggressiovapaata aikaa ja luontaisesti syntyviä ristiriitatilanteita pyritään ratkaisemaan sanallisesti ja toiminnallisesti käymällä läpi tunnekokemuksia. Menetelmä luokitellaan niin sanottuihin ”classroom management” (suom. luokkayhteisön valmennus) menetelmiin. (Garbarino 2000: FoU 2005.)

Families First (Suomi, USA): Kognitiivinen menetelmä perheille, joita on jo autettu lastensuojelun keinoin ja jotka tarvitsevat lisätukea. Neljän viikon ohjelmassa standardoitujen harjoitustehtävien avulla pyritään lisäämään elämänhallintaa lukkiutuneisiin käytösmalleihin. Kunkin jakson aikana yhdellä työparilla on kaksi perhettä. Työntekijät ovat perheen tavoitettavissa klo 9 - 21. Ohjelma sisältää aloituskokouksen, tavoitteen asettamisen,

väliarvioinnin, loppuarvioinnin ja seuranta haastattelun puolen vuoden kuluttua. Malli on luokiteltavissa ”perhevalmennusohjelmaksi”. (Ensi- ja turvakotien liitto 2006; FoU 2005)

Lobby palvelupiste (Suomi): Nuorten ja perheiden palvelupiste, jossa toimijoina ovat järjestö, seurakunta ja kunta. Varhaisen puuttumisen malli yhdistää tiedon asuinalueen kouluista, nuorisotoimesta ja sosiaalitoimesta. Tavoitteena on etsiä ja kohdata erityistä tukea tarvitsevia lapsia, nuoria ja perheitä. Työmenetelminä käytetään vertaisryhmiä, vanhempainryhmiä ja moniammatillisten verkostojen rakentamiseen liittyvää koulutusta. (Olarin seurakunta 2006.)

Lastensuojelun ryhmätoiminta (Suomi): Lastensuojelun avohuollon tukitoimeksi on kehitetty ryhmämuotoinen tuki. Ryhmätoimintaan valitaan erityistä tukea tarvitsevia nuoria kodin, koulun ja lastensuojelutyön yhteydestä. Menetelmä sisältää verkostoyhteistyön sekä 10 - 15-vuotiaiden lasten ja nuorten vertaisryhmät, joiden yhteydessä käytetään useita erilaisia toiminnallisia menetelmiä. Ryhmissä on käytetty toiminnallisina välineinä esimerkiksi psykodraamaa, seikkailukasvatusta, psyko-educatiivisia menetelmiä, ekspressiivistä taiteilmaisua, lasten ja nuorten leirejä sekä perheleirejä. Ryhmiä on toteutettu tyttöryhminä ja poikaryhminä. Ryhmät voivat olla lyhytkestoisia 6 - 12 kuukautta tai pitkäkestoisia 1 - 3 vuoden mittaisia. Jokaisella ryhmän jäsenelle ja ryhmälle on asetettu omat tavoitteet. Ryhmällä pyritään tukemaan lapsen ja nuoren lähiympäristössä koulutyötä sekä kasvua ja kehitystä laaja-alaisesti. Ryhmätoimintaa on arvioitu suomessa Turun Lokki-projektissa (Nyqvist 1995), psykiatrisen hoitotyön yhteydessä (Caven & Piha 1995) ja Heikki Waris-instituutin kehittämishankkeessa (Heikkinen 2006c; Levamo 2006; Savolainen 2006; Parviainen 2006; Pekkarinen 2004). Tulosten perusteella noin puolella ryhmiin osallistuneista lapsista ja nuorista tilanne selkeästi kohenee ohjelman aikana. Toinen puoli osallistuneista jakaantuu kahteen ryhmään, joista toisilla tilanne joko heikkenee ohjelman aikana tai toisilla säilyy ennallaan. (Helsingin sosiaalivirasto 2006)

KoillisVäylä (Suomi): Nuoria ja heidän perheitään tuetaan kohdennetulla nuorisotyöllä yhdessä kaupunginosassa sosiaali-, terveys-, ja nuorisotoimen yhteishankkeessa. Menetelmä sisältää nuorten valikoinnin, yksilöllisen tuen, toiminnalliset ryhmät, koulunkäynnin tukemisen oppilashuoltotyön yhteydessä, verkostoyhteistyön ja vanhemmuuden tukemisen. (Helsingin nuorisoasiainkeskus 2006)

ItäLuotsi (Suomi): Nuoriso-, sosiaali- ja terveystoimen yhteinen työmuoto. Toiminta on suunnattu erityistä tukea tarvitseville 12 - 15-vuotiaille nuorille ja heidän perheilleen. Nuoret valikoituvat koulujen oppilashuoltoryhmien, lastensuojelun tai muiden ammattilaisten ohjaamina. Työmenetelminä ovat verkostoyhteistyö, henkilökohtainen tukiohjelma, vapaa-ajan toimintojen tukeminen ja koulutyön tukeminen. (Helsingin nuorisoasiankeskus 2006.)

Baro (Hollanti ja Suomi): Sosiaalityöntekijöille kehitetty systemaattinen ja strukturoitu haastattelumenetelmä. Menetelmää on sovellettu nuorten rikoksenteekijöiden elämäntilanteen arviointiin. Menetelmä sisältää systemaattisen työskentelytekniikan, puolistrukturoidut kysymykset nuorille, huoltajille ja mahdolliselle kolmannelle tietolähteelle kuten poliisille tai koululle, riskifaktoreihin perustuvan toimintakyvyn arvioinnin, joka jakaantuu yhdeksään eri elämänalueeseen, huoli-indeksiin ja huolen määrän arviointikehikon. Mallin kehittämistä jatketaan Suomessa 10 - 15-vuotiaiden tapauskohtaisena alkuarviointina, joka sisältää mallin systematisoinnin, menetelmän käyttöönoton ja koulutuksen. Baro keskittyy rikosperusteisiin lastensuojeluilmoituksiin ja muihin syihin, esimerkiksi pitkäaikaisiin poissaoloihin koulusta. Barosta on olemassa BARO- käsikirja. (Heikkilä 2006; Helsingin sosiaaliviraston nuorisoryhmä 2006)

Dialogiset toimintakäytännöt verkostotyössä (Suomi, Uusi-Seelanti): Dialoginen verkostotyö perustuu ajatukseen, että lapsen, nuoren ja verkostojen kohtaamisessa syntyy sellaista uutta ymmärrystä ja jaettua asiantuntemusta, joka ylittää yksittäisten toimijoiden asiantuntemuksen. Verkostodialogien menetelmäperheeseen kuuluu useita toisiaan lähellä olevia toimintakäytäntöjä: avoimet dialogit, läheisneuvonpito, huolen puheeksi ottaminen ja ennakoitdialogit. Ne voidaan sijoittaa ennakoitdialogien taustametaforana toimivalle huolen vyöhykkeistölle. Esimerkiksi läheisneuvonpidossa perheille ja heidän läheisilleen tarjotaan mahdollisuus asioiden selvittelyyn yhdessä, vastuunottamiseen ja päätöksentekoon viranomaisten tuella. Tavoitteena on saada lapsen ja nuoren ääni paremmin kuuluville. Prosessia ohjaa ulkopuolinen välittäjä eli koollekutsuja.

Ennakointidialogeja käytetään monitoimijaisiin ja jumiutuneisiin pulmatilanteisiin. Ne ovat selkeyttäviä verkostopalavereja, joita on kutsuttu tulevaisuuden muistelu -palavereiksi. Palaverilla pyritään tilanteen selkitymiseen ja tukitoimien aktivoitumiseen. Palaveria ohjaa kaksi ulkopuolista koulutettua verkostokonsulttia. Menetelmää voidaan käyttää erilaisiin yhteistyötilanteisiin kuten asiakas-, viranomais-, alue- ja teemapalaverihin sekä

suunnittelupalaveriinkin. Tulevaisuuden muistelu -palaverien toimivuutta on arvioitu. Kokko (2006, 159) arvioi, että vaikka menetelmä ei ilmeisesti sovellu hankalampiin kriisitilanteisiin, niin toisaalta tutkimuksessa mukana olleista 30 asiakkaasta ja 18 perheestä kolmasosa haastateltavista kertoi palaverin toimineen vaikeassa elämäntilanteessa näköalapaikkana ja käynnistäneen positiivisen muutosprosessin. Haastatelluista 30 perheenjäsenestä 27 arvioi palaverilla olleen myönteistä vaikutusta elämäntilanteissa tapahtuneisiin muutoksiin esimerkiksi toiveikkuuden lisääntymisenä ja parempana arjen sujumisena. (Kokko 2006; Eriksson & Arnkil 2005.)

Youth Intensive – Programme & Jugend- Intensivprogramm (YIP ja JIP Itävalta, Romania, Tšekki, Liettua, Intia): Menetelmä on Martina Gasserin (2006) Itävallassa kehittämä intensiiviohjelma nuorille. Ohjelma on tarkoitettu tytöille ja pojille, jotka eivät sopeudu tavanomaisiin ammatillisiin institutionaalisiin käytäntöihin. Se on tarkoitettu myös nuorille, joille sopii sosiaalisia taitoja ja terapiaan painottunut lyhyempi interventio-ohjelma. Ohjelmaan valikoituu nuoria, jotka tarvitsevat ryhmätyötaitoja, käyttävät päihteitä ja huumeita mutta eivät ole vielä addiktoituneet. Heillä voi myös olla käytöshäiriöitä siten, että he käyttäytyvät epätasapainoisesti tai akuutti tilapäinen kriisi johon lyhyen tähtäimen intensiivinen interventio vaikuttaa hyödylliseltä, jotta vältetään pitkäaikaiselta interventiolta. Arvioituun ohjelmaan osallistui 20 nuorta ikävälillä 13 - 14 ja 62 nuorta ikävälillä 15 - 18. Nuorista 38 oli poikia ja 44 tyttöjä. Heistä 23 oli peruskoulussa, 22 oli suorittanut peruskoulun ja 30 keskeyttänyt peruskoulun. 7 oli jatko-opinnoissa. Ohjelmassa on mahdollisuus tarvittaessa lisätä ajallista intensiteettiä siten, että asioiden työstäminen on tärkein arkea säätelevä tekijä. Tärkeimmiksi ongelmiksi, jotka ohjelman aikana tulee ratkaista nuoren arjessa, on havaittu nuoren vaikeus luoda sosiaalisia rakentavia kontakteja, vaikeus luoda suhteita toisiin, seksuaaliseen identiteettiin liittyvät tekijät, vetäytyminen, rikokset, epäsosiaalinen kaveripiiri, työttömyys, kodittomuus, totaalinen riippuvuus toisista, perheen köyhyys, väkivaltaisuus, murrosikään liittyvät ongelmat ja perheiden hajoaminen.

Ohjelma perustuu kokemukselliseen oppimiseen omassa arjen elinympäristössä sekä luonnossa. Ohjelman aikana nuorilla on päivittäinen strukturi (engl. daily structure), käyttäytymissäännöt (engl. rules), viikko-ohjelma (engl. weekly structures) ja ohjelman kokonaisuuteen liittyvä toimintarakente (engl. structure of the project). Työmenetelminä käytetään visiotyöskentelyä kysymyksiin, symbolimerkitysten ymmärtämistä, ryhmätyötaitojen opettelua, roolipelejä, johtajuuteen, riskinottoon, rentoutumiseen ja

rituaalien ymmärtämiseen liittyviä harjoituksia, jotka ovat siirrettävissä jokapäiväiseen elämään. Ohjelma sisältää lisäksi 30 tuntia vanhempien tapaamisia 23 viikon toimintajakson aikana, perheleirin, vanhempien leirin ja terapeuttien tapaamisia 10 tuntia perhettä kohden sekä nuoren voimavararepun. Voimavarareppu on liittoutuma nuorelle tärkeistä ihmisistä, jotka ovat halukkaita sitoutumaan ja ottamaan vastaan tehtäviä, jotta tärkeät tavoitteet saavutetaan (vrt. läheisneuvonpito s.50). Nuori ja hänen vanhempansa saavat nimetä ihmiset voimavarareppuun, minkä jälkeen pidetään vähintään kolme reppukokousta. Näistä yksi pidetään neljä kuukautta ohjelman päättymisen jälkeen.

Intensiiviohjelmaa on arvioitu kolmiportaisesti haastattelemalla osallisia ennen ohjelman alkua, välittömästi ohjelman jälkeen ja vuoden kuluttua ohjelman päätyttyä. Ennen ohjelman suorittamista nuorista 37 % suhtautui yhteisiin arvoihin ja tavoitteisiin myönteisesti ja 63 % negatiivisesti. Ohjelman päättymisen jälkeen 76 % nuorista arvioi yhteisesti sovitut arvot ja tavoitteet positiivisesti ja 24 % negatiivisesti. Vanhemmista 42 % arvioi ennen ohjelman alkua yhteisten arvojen ja tavoitteiden saavuttamista positiivisesti ja 57 % negatiivisesti. Ohjelman päätyttyä 87 % vanhemmista arvioi yhteisten arvojen ja tavoitteiden saavuttamisen positiivisesti ja 13 % negatiivisesti. Vuoden kuluttua 50 % vanhemmista koki edellä mainitut vaikutukset positiivisesti ja 49 % negatiivisesti. Ohjelman alussa 86 % työntekijöistä arvioi tavoitteet positiivisesti ja 13 % negatiivisesti. Ohjelman loputtua 57 % työntekijöistä arvioi tavoitteiden saavuttamista positiivisesti ja 42 % negatiivisesti. Vuoden kuluttua ohjelman päättymisestä 51 % työntekijöistä arvioi tavoitteiden saavuttamista positiivisesti ja 49 % negatiivisesti. Nuoret itse ja heidän vanhempansa kokivat edistyvänsä ja suhtautuivat positiivisemmin tavoitteiden saavuttamiseen ohjelman edetessä ja päätyttyä. Työntekijöiden näkemykset muuttuivat hieman positiivisista negatiivisiksi ohjelman jälkeen ja vuoden kuluttua sen päättymisestä. Malli sisältää multisysteemisen ja monimenetelmäisen intensiivimenetelmän piirteitä.

4. JOHTOPÄÄTÖKSET

Suomesta puuttuvat nuorten psykososiaalisesta avohuollosta vakiintuneesti käytössä olevat varhaisemman vaiheen intensiiviohjelmat ja -menetelmät. Erityisen tuen tarpeessa olevien nuorten palvelun tulee sisältää jämäkkä tavoitteenasettelu, alkuvaiheen tilanearviointi, ammattilaisten sitoutuminen, tarkat rutiinit, määräaikainen tukiohjelma, jälkiseuranta ja arviointi. Oleellista on, että nuori asuu kotona ensimmäisen tiiviin tukiohjelman aikana ja riskeihin puututaan intensiivisesti tukemalla sekä nuorta että vanhempia yhtä aikaa. Tämä edellyttää työmenetelmältä paikallisuutta ja huolellista seulontaa niistä, jotka ovat erityisen tuen tarpeessa. Moniammatilliselle kokoonpanolle tarvitaan selkeä ohjelma ja yhteinen menetelmä. Suomalainen projektikehittämiskulttuuri ei ole kyennyt kuluneen 15-vuoden aikana tuottamaan merkittävästi vakiintuneita malleja nuorille avohuoltoon eikä vaikuttamaan huostaanottojen tai avohuollon asiakkuuden määrälliseen kehitykseen.

Pääkaupunkiseudun lastensuojelutilastojen tarkastelu, selvitystyön asiantuntijahaastattelut ja tutkimukset (Luopa ym. 2006; Tuori ym. 2006; Forsberg ym. 2006; Myllärniemi 2006; Karvonen 2006; Bardy ym.2001) viittaavat selvästi siihen, että lasten ja nuorten kouluvaikeuksiin, häiriökäyttäytymiseen, mielenterveysongelmiin ja tunne-elämään liittyviin pulmakysymyksiin tulisi vaikuttaa nykyistä varhaisemmassa vaiheessa intensiivisemmin. Lastensuojelun asiakkaiden ikäryhmittäinen määrällinen tarkastelu antaa viitteen siihen, että erityistä tukea tarvitsevien nuorten määrän ja toimenpiteiden määrän kasvu eivät todennäköisesti taitu pääkaupunkiseudulla 12 - 14-vuotiaiden ja 15 - 17- vuotiaiden ikäryhmissä. Nämä nuoret ovat syntyneet 1990-luvun alkupuolella. Poistuvuus lastensuojelun asiakkuudesta on ilmeisen vähäistä. Tukitoimenpiteitä pitäisi kohdistaa erityisesti 12 -14-vuotiaiden riskeihin. Ellei näin toimita, pahoinvointi näkyy tulevina vuosina laitoshoidon, työttömyyden ja kuntouttavan työllistämisen kustannuksina sekä ylisukupolvisesti periytyvänä huono-osaisuutena.

Nuorten avohuoltoa on kunnissa hoidettu liian pienillä taloudellisilla resursseilla. Järjestöjen ja kansalaistoiminnan roolia erityisen tuen tarpeessa olevien nuorten tukemisessa avohuollossa pitäisi vahvistaa. Järjestöjen toiminta on painottunut enemmän lapsi- ja perhenäkökulmaan. Nuorten avohuollon kehittäminen sosiaalialalla on niin kunnissa kuin ministeriön ja läänien ohjaamissa valtion hankerahoituksissa pilkottu liian pieniin

kokonaisuuksiin. Nuorten palveluja ei kehitetä omana kokonaisuutena. Avohuollon hankkeiden tulisi olla isompia, paremmin resursoituja ja vaikuttavuudeltaan kattavampia, jotta niiden vaikutuksia lastensuojelun asiakasmäärän ja huostaanottojen tarpeen kehitykseen päästäisiin kunnolla arvioimaan. Kehittämisessä tarvitaan ainakin väliaikaisesti valtion lisäpanostuksia, jos halutaan vaikuttaa nuorten huostaanottojen ja avohuollon tarvetta aiheuttaviin tekijöihin sekä määrälliseen kehitykseen.

Tarvitaan uusi nuorten avohuoltoon kohdentuva intensiivinen moniammatillinen palvelu, jonka yhteydessä tehdään huolellinen vaikuttavuustarkastelu.

5. EHDOTUKSET TOIMENPITEISTÄ

Vahvistetaan lastensuojelun nuorten avohuollon työmenetelmiä yhdessä sosiaali-, terveys-, opetus-, ja nuorisotoimen sekä järjestöjen kanssa soveltuvin osin seuraavasti:

- A) Kehitetään 12 - 17-vuotiaiden nuorten tueksi avohuoltoon oma suomalaiseen yhteiskuntaan soveltuva 6-12 kuukauden moniammatillinen intensiiviohjelma. Mallin perusaineksina käytetään MST- ohjelman ja Itävallan JIP-intensiiviohjelman menetelmällisiä aineksia. Malli sisältäisi intensiivisen määräaikaisten avohuollon tuen ja arvioinnin. Tukimuoto olisi intensiivinen eli sisältäisi tarvittaessa päivittäistä ja viikoittaista tukea. Annettavalla tuella olisi multisysteeminen viitekehys eli sillä vaikutettaisiin yhtä aikaa nuoren kotiin, kouluun ja vertaisryhmään. Tukimuodosta kehitettäisiin monimenetelmällinen eli se sisältäisi hoidollisten, terapeuttien ja toiminnallisten menetelmien yhdistelmän. Hankkeen toteutus suunnitellaan vuonna 2007. Mallin kehittäminen ja juurruttaminen aloitetaan valtion tuella kolmivuotisena hankkeena vuonna 2008. Ohjelma tulisi kehittää isojen kaupunkien ja seutukuntien yhteistyönä, jotta menetelmälle saadaan sekä maantieteellinen kattavuus että väestöllinen vertailu- ja arviointiasetus.
- B) Vahvistetaan lasten ja nuorten omaa selviytyvyyttä tukevia, kouluperusteisia interventiomenetelmiä varhaisen tuen malleina. Luodaan ja kehitetään Suomessa vuosina 1995 - 2005 projektein toteutetuista hyvistä ja toimivista kouluperusteisista käytännöistä yksi tai useampia vakiintuneesti sovellettavia valmennus ja management malleja nuorille. Tämä edellyttää uudenlaista yhteistyötä, uudenlaisia tehtävänkuvia sekä panostusta ja sitoutumista opetus – ja sosiaaliministeriöiden ja kuntien opetus- ja sosiaalitoimien välillä. Malli voi rakentua lastensuojelun, nuorisotyön, järjestöjen ja oppilashuollon yhteiseen toimijuuteen.

Vahvistetaan osana lastensuojelutyötä:

- C)** Vahvistetaan nuorten oikeutta ja mahdollisuutta tukihenkilöön riippumatta kunnan koosta, resursseista tai maantieteellisestä asemasta. Muodostetaan tukihenkilötoiminnan paikallisia osaamisverkostoja. Lastensuojelun tukihenkilötoimintaan kehitetään valtakunnallinen, mahdollisimman yhtenäinen ja laajasti sovellettava käytäntö. Mallia voidaan soveltaa pohjoismaisista ja amerikkalaisista mentorimalleista. Tukihenkilötoiminnan vahvistaminen edellyttää koulutuksen ja palkkioiden tarkistamista.
- D)** Kehitetään nuorten lastensuojelutarpeen selvittämiseen oma malli. Menetelmän kehittäminen voidaan liittää Hollannissa kehitetyn Baro-menetelmän yhteyteen. Mallin soveltamiseen on olemassa Suomessa perusvalmius.
- E)** Kuntien lastensuojelun tilastointia tulee kehittää siten, että se sisältää nuorten osalta konkreettisen ja selkeän vuosittaisen ikä- ja kehitysvaiheen mukaisen määrällisen tarkastelun. Tämä mahdollistaa nuorten kohdalla nopeamman reagoinnin avun tarpeeseen, eri kuntien tilanteen vertailun ja resurssien tarkemman kohdentamisen.
- F)** Lastensuojelun tutkimustyötä on suomessa vahvistettava ja resursoitava paremmin, jotta saadaan tietoa ikä- ja kehitysvaiheen mukaista tarpeista ja niihin liittyvistä hyvinvoinnin muutoksista.

Selvityksen perusteella lastensuojelunuorten palvelujen kehittämiseen liittyvää valmistelutyötä jatketaan ja suunnitellaan vuonna 2007. Sisällön ja toteutuksen arviointi tehdään sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön sosiaalialan kehittämishankkeen lastensuojelun kehittämissuunnitelmassa.

Kirjallisuus

Bardy, Marjatta & Salmi, Minna & Heino, Tarja (2001) Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 263. Helsinki: Stakes.

Bowes, Jennifer M (toim.) (2004) Children, Families & Communities. Context and Consequences. Australia: Oxford University Press.

Brounstein, P.J. & Zweig, J.M & Gardner, S.E. (2001) Science based substance abuse prevention: a guide. http://modelprograms.samsha.gov/pdfs/pubs_Principles.pdf

Caven, Sini & Piha, Jorma (1995) Seikkailutoiminta käytöshäiriöisten lasten psykiatrisessa hoidossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Selvityksiä 1995:3.

Collishaw, Stephan & Maughan, Barbara & Goodman, Ropert & Pickles, Andrew (2004) Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Disciplines*, 45.

De Moura, Sergio (2002) The Social Construction of Street Children: Configuration and Implications. *The British Journal of Social Work*. The British Association of Social Workers. Volume 32, 3/2002, 353-367.

El-Khoury, Bassam Michel & Sundell, Knut (2004) Elevers Normbrytande Beteenden. Resultat från 2004 års Stockholmsenkät med elever i grundskolan årkurs 9 och gymnasiet år 2. FoU-rapport 2005:8. Forsknings- och Utvecklingsheten. Stockholms stadsledningskontor.

Eriksson, Esa & Arnkil, Tom (2005) Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 60. Helsinki: Stakes

Espoon kaupunki, sosiaalivirasto, Espoon lastensuojeluasiakkaat vuonna 2005, julkaisematon laskelma.

Forsberg, Hannele & Ritala-Koskinen, Aino & Törrönen, Maritta (2006) Lapset ja sosiaalityö. Kohtaamisia, menetelmiä ja tiedon uudelleen arviointia. Jyväskylä: PS-kustannus.

Forster, Martin & Sundell, Knut & Melin Lennart & Morris J. Richard & Karlberg, Martin (2005) Charlie och Komet. Utvärdering av två lärarprogram för barn med beteendeproblem. FoU-rapport 2005:2. Forsknings- och Utvecklingsheten. Stockholms stadsledningskontor.

Garbarino, James & Stott, Frances M & Faculty of the Erikson Institute (1989) *Eliciting, Interpreting and Evaluating Information from Children*. San Francisco: California, Jossey-Bass Publishers.

Garbarino, James (2000) *Lost Boys. Why Our Sons turn Violent and How we can Save Them*. New York: Free Press, Anchor Books.

Gasser, Martina (2006) *Jugend Intensivprogramm JIP. Sozial- und erlebnisorientierte Persönlichkeitsentwicklung für Burschen und Mädchen. Informationsbroschüre zur Arbeitsgemeinschaft*. Feldkirch: Institut für Sozialdienste Vorarlberg.

Gasser, Martina (2006) *Konzept Jugend-Intensiv-Programm für Menschen mit Persönlichkeitsstörungen*. Feldkirch: Institut für Sozialdienste, Jugend Intensiveprogramm.

Gissler, Mika & Puhakka, Tiina & Vuori, Mika & Karvonen, Sakari (2006) *Poikien ja tyttöjen hyvinvointi ja terveys tilastoina. Teoksessa Karvonen, Sakari (toim.) Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat ja tytöt*. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosaianneuvottelukunta, Stakes, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 18-37.

Harrikari, Timo (2004) *Alaikäisyys ja rikollisuuden muuttuvat tulkinnat suomalaisessa lainsäätämiskäytännössä. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Yhteiskuntapolitiikan väitöskirja*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Harrikari, Timo (2005) *Alaikäisyys ja rikollisuuden muuttuvat tulkinnat suomalaisessa lainsäätämiskäytännössä. Nuorisotutkimus 3/2005*. Helsinki: Nuorisotutkimusseura, 54-60.

Hawkins, J.D. & Catalano, R.F. & Arthur, M.W. (2002) *Promoting science-based prevention in communities. Addictive behaviors, 27, 951-976*.

Hawkins, J.D. (1995) *Controlling crime before it happens: Risk-focused prevention. National Institute of Justice Journal, 229, 10-18*.

Heikkinen, Alpo (2006a) *”olenko mä sitä riskiryhmää”*. Lastensuojelun poikaryhmien hyvinvoinnin muutostekijät – realistinen etnografia. Lapsi- ja nuorisososiaaliryhmien erikoistumiskoulutuksen lisensiaatintutkimus. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Helsingin yliopisto

Heikkinen, Alpo (2005b) *Realistisen arvioinnin ensimmäiset askeleet. FinSoc, työpapeita 3/2005*. Helsinki: Stakes, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Heikkinen, Alpo (2005c) Telakalta metsään – Lastensuojelun ryhmätoiminta. Teoksessa Satka, Mirja & Karvinen, Synnove & Nylund, Marianne & Hoikkala, Susanna (toim.) (2005) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki. Palmenia-kustannus, 322-340.

Heino, Tarja & Kuoppala, Tuula & Säkkinen, Salla (2005) Lastensuojelun avohuollon tilaston haasteet; kuntakyselyn yhteenveto. Helsinki: Stakes, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Heino, Tarja & Pösö, Tarja (2003) Tilastot ja tarinat lastensuojelun tietolähteinä. Yhteiskuntapolitiikka 68 (2003):6. Helsinki: Stakes, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 584-596.

Heino, Tarja (2005) Lapsen tieto tutkimuksessa ja käytännössä. Teoksessa Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes.

Helminen, Jari (2005) (toim.) Kiintopisteitä nuoruusaikaan. Psykososiaalinen tuki ja työ nuorten kanssa toimittaessa. B Raportteja 26. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Helsingin kaupunki, tilastollinen vuosikirja 2006. Helsingin kaupungin tietokeskus, tilastot ja julkaisut.

Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsingin väestö vuodenvaihteessa 2005/2006 ja väestömuutokset vuonna 2005.

Henggler, Scott W & Borduin, C. M. (1990) Family Therapy and Beyond. A Multisystemic Approach to Treating The Behavior Problems of Children and Adolescents. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Henggler, Scott W. & Schoenenwald, S.K. & Borduin, C.M. & Rowland, M.D. & Cunningham, P.B. (1998) Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescent. New York: The Guilford Press.

Henggler, Scott W. & Melton, Gary B & Smith, Linda A (1992) Family Preservation Using Multisystemic Therapy. An Effective Alternative to Incarcerating Serious Juvenile Offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology vol. 60:6, 953-961.

Hoikkala, Susanna (2006) Onko lastensuojelun laitoshuollon asiakkaista tullut vaikeahoitaisia ja erityisen huolenpidon tarpeessa olevia lapsia. Nuorisotutkimus 2:2006. Helsinki: Nuorisotutkimusseura, 80-87.

Horwath, Jan (2003) Different models and approaches towards assessing children in need. The University of Sheffield, United Kingdom (luentomoniste).

Jahnukainen, Markku (2006) Erityisopetuksen tarve ja muutos. Teoksessa Sakari Karvonen (toim.) Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat ja tytöt. Nuorten elinolot – vuosikirja. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisoasianneuvottelukunta, Stakes, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 119-131.

Järventie, Irmeli (1999) Syrjäytyvätkö lapset? Tutkimus 1990-luvun lasten perushoivasta, hyvinvoinnista ja lastensuojelupalvelujen käytöstä Helsingissä. Julkaisuja 1999:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 110-119.

Karvonen, Sakari (2006)(toim.) Sukupuolittunut hyvinvointi. Onko sukupuolella väliä? Hyvinvointi, terveys, pojat ja tytöt. Nuorten elinolot – vuosikirja. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisoasianneuvottelukunta, Stakes, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 8-13.

Karvonen, Sakari & Rimpelä, Matti & Luopa, Pauliina (2003) Kuntien väliset erot lasten ja nuorten terveydessä ja terveystottumuksissa. Peruseräraportti 2000-2002. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämiskeskus. Tutkimuksia 131. Helsinki: Stakes.

Kazi, Mansoor A.F (2003) Realist Evaluation in Practice. Health and Social Work. London: Sage.

Kilponen, Marja-Riitta & Kumpulainen, Aila (2006) Sosiaalityö Kuusikon kunnissa. Lapsiperheiden avoimuuden sosiaalityö ja sosiaaliohjaus. Helsinki: Sosiaalivirasto.

Kitinoja, Manu (2005) Kujan päässä koulukoti. Tutkimus koulukoteihin sijoitettujen lasten lastensuojeluasiakkuudesta ja kouluhistoriasta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 150. Helsinki: Stakes.

Kivistö, Jaana (2006) ”Missä mä olisin muuten” Nuorten kokemuksia lastensuojelupalveluista. Lisensiaatin tutkimus. Turun yliopisto 2006.

Kokko, Riita-Liisa (2006) Tulevaisuuden muistelu. Ennakointidialogit asiakkaiden kokemina. Helsinki: Stakes, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Levamo, Pauliina (2006) Jälkihuoltoon nuorten tyttöryhmä. Arviointitutkimus. Helsinki: Helsingin sosiaalivirasto, Heikki Waris-insituutti.

Lipsey, M.W & Derzon, J.H. (1998) Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. Ingår i R. Loeber & D.P.

Littell, Julia & Popa, Melania & Forsythe, Bume (2005) Multisystemic Therapy for Social, Emotional and Behavioural Problems in Youth Aged 10-17. NC2, 1:2005, <http://www.sfi.dk/sw28859.asp> luettu 7.1.2007. Kobenhavn: Nordic Cambell Centre.

Farrington (Eds.), Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions. Thousand Oaks, CA: Sage

Luopa, Pauliina & Pietikäinen, Minna & Jokela, Jukka (2006) Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996 - 2005. Kouluterveyskysely 2005. Työpapereita 25:2005. Helsinki: Stakes, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Marttunen, Matti (2006) Nuorisorikosoikeuden ja lastensuojelun rajapinta: Rikosperusteiset huostaanotot. Julkaisematon alustus. Oikeustieteiden päivät 5.9.2006.

Moren, Stefan & Blom, Björn (2003) Explaining Human Change. On Generative Mechanism in Social Work Practice. Journal of Critical Realism 2:1, 37-61.

MST Services, Multisystemic Therapy, <http://www.mstservices.com>. Luettu 5.12.2006.

Myllärniemi, Annina (2006) Huostaanottojen kriteerit pääkaupunkiseudulla. Selvitys pääkaupunkiseudun lastensuojelun sijoituksista, 7/2006. Helsinki: SOCCA ja Heikki Waris-instituutti.

Mäenpää, Johanna & Törrönen, Maritta (1996) Dokumentoitu lapsi – miten lapsi näkyy lastensuojelun asiakirjoissa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 4/1996. Helsinki: Stakes, 22-30.

Nygvist, Leo (1995) Onnistuuko räätälöity työ nuorisohuollossa? Ehkäisevän nuorisohuollon kokeiluprojekti (LOKKI). Arviointitutkimus. Sosiaalipolitiikan laitos, no:6/1995. Turku: Turun yliopisto.

Ogden, Terje & Hagen, Kristine A. (2005a) Multisystemic Treatment of Serious Behavior Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. The Norwegian Centre for Studies of Conduct Problems and Innovative practice. Oslo: Unirand.

Ogden, Terje (2005b) Multisystemic Treatment of Serious Behavior Problems in Youth: A two year follow up study of clinical outcomes. Luentomoniste, 29TH International Congress on Law and mental Health EFCAP – Paris, July 6TH, 2005. The Behavior Center – Unirand. Center for Studies of Conduct Problems and Innovative Practice, University of Oslo, Norway.

Ogden, Terje (2005c) Luentomoniste. The Behavior Center – Unirand. Center for Studies of Conduct Problems and Innovative Practice, University of Oslo, Norway.

Parviainen, Maaret (2006) Luovien ilmaisumenetelmien käyttö lasten ja nuorten ryhmissä. Helsinki: Helsingin sosiaalivirasto, Heikki Waris-instituutti.

Pekkarinen, Elina (2004) Tyttöryhmän dialoginen prosessi. Fenomenologinen lähestymistapa. Sosiaalityön Pro Gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos.

Pulkkinen, Lea (2002) Mukavaa yhdessä. Sosiaalinen alkupääoma ja lapsen kehitys. Jyväskylä: PS-kustannus.

Pulma, Panu (2004) Lastensuojelun kehityslinjoja. Teoksessa Puonti, Anna-Maija & Saarnio, Tuula & Hujala, Anne (toim.) Lastensuojelu tänään. Jyväskylä: Tammi, 11-20.

Pylkkänen, Kari (2003) Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. Nuotta-projektin loppuraportti. Selvityksiä 2000:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Pölkki, Pirjo (2001) Oppilaiden syrjäytymisuhkien tunnistaminen ja ehkäisy peruskoulun haasteena. Teoksessa Järventie, Irmeli & Sauli, Hannele (toim.) Eriarvoinen lapsuus. Porvoo, Helsinki: WSOY, 125-146.

Pösö, Tarja (2004) Vakavat silmät ja muita kokemuksia koulukodista. Tutkimuksia 133. Helsinki: Stakes.

Pösö, Tarja (2005) Kun paikka menee tutkijaan. Teoksessa Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.) Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes.

Rimpelä, Matti & Luopa, Pauliina & Räsänen, Minna & Jokela, Jukka (2006) Nuorten hyvinvointi 1996-2005. Eriytyvätkö hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin kehityssuunnat? Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes, sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus, 57-77.

Rintanen, Hannu (2000) Lasten ja nuorten syrjäytymisen taustatekijöitä pitkäaikaistutkimuksen valossa. Teoksessa Taskinen, Sirpa (toim.) Huono ennuste. Mitä on lasten ja nuorten syrjäytyminen. Raportteja 10/2001. Helsinki: Stakes.

Rousu, Sirkka & Holma, Tupu (1999) Laadunhallinnan perusteita lastensuojelutyöhön. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Salo, Reino (1956) Kunnallinen lastensuojelutyö sosiaalisen sopeutumisen kasvattajana. Tutkimus Vaasan kaupungissa vuosina 1924-1952 suoritetun lakisääteisen lastensuojelutyön tuloksista. Vaasa: Vaasan kirjapaino.

Salo, Reino (1959) Alaikäisten antisosiaalisen kehityksen syyt ja varhaiset oireet. Kunnallinen lastensuojelutyö sosiaalisen sopeutumisen kasvattajana, osa 2. Vaasa: Vaasan kirjapaino.

Saurama, Erja (2002) Vastoin vanhempien tahtoa. Tutkimuksia 2002:7. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus, 199-202.

Savolainen, Aili (2006) Kokemuksia psykodraaman käytöstä tyttöryhmässä. Helsinki: Helsingin sosiaalivirasto, Heikki Waris-instituutti.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006) Oppilashuoltoon liittyvän lainsäädännön uudistamistyöryhmä. Selvityksiä 33.2006. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaalivirasto, Helsingin kaupunki. Lastensuojelun asiakastilastot 2005.

Sourander, Andre & Santalahti, Päivi & Haavisto, Antti & Piha, Jorma & Ikäheimo, Kaija & Helenius, Hans (2004) Have There Been Changes in Childrens Psychiatry Symptoms and Mental Health Service Use? A 10-year comparison from finland. J Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 43.

Spoth, R.L. & Redmond, C. & Chin, C. (2000) Reducing adolescents aggressive and hostile behavior – randomized trial effects of a Brief family intervention 4 years past baseline. 1: Arch pediatr adolesc med. 2000 Dec; 154(12): 1248-1257.

Sundell, Knut & Forster, Martin (2005) En grund för att växa. Forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn. FoU-rapport 2005:1. Forsknings- och Utvecklingsheten. Stockholms stadsledningskontor.

Sundell, Knut & Kling, Åsa & Livheim, Fredrik & Mautner, Anna (2005) Komet för föräldrar. Vilka föräldrar deltar, vilka är barnen och vad tycker föräldrarna om Komet? . FoU-rapport 2005:7. Forsknings- och Utvecklingsheten. Stockholms stadsledningskontor.

Swadener, Beth B. (1995) Children and Families "at Promise": Deconstructing the Discourse of Risk. Teoksessa B.B. Swadener & Lubeck (toim.) Children and Families "at Promise" Deconstructing the Discourse of Risk. New York: State University of New York.

Säkkinen, Salla & Kuoppala, Tuula (2004) Lastensuojelu 2004. Stakes. Tilastotiedote 14/2005, luettu 8.11.2005 osoitteesta www.stakes.fi/info/files/pdf/tilastotiedote2005/Tt05.pdf

Taskinen, Sirpa (toim.) (2001) Huono ennuste. Mitä on lasten ja nuorten syrjäytyminen. Raportteja 10/2001. Helsinki: Stakes.

Tilastokeskus (2004) Väestörakenne ja väestömuutokset kunnittain 2004. Väestö 2005:5. Helsinki: Yliopistopaino.

Tuori, Timo & Sohlman, Britta & Solantaus, Tytti (2006) Ala-ikäisten psykiatrinen sairaalahoito Suomessa 1995-2004. Raportteja 13:2006. Helsinki: Stakes, sosiaali- ja terveyden tutkimus- ja kehittämiskeskus

Törrönen, Maritta & Vornanen, Riitta (2004) Lastensuojelun ehkäisevä työ. Teoksessa Puonti, Anna-Maija & Saarnio, Tuula & Hujala, Anne (toim.) Lastensuojelu tänään. Jyväskylä: Tammi, 154-201.

Törrönen, Maritta (2005) Lasten arjen yhteisöllisyys ja sosiaaliset verkostot teoksessa Satka, Mirja & Karvinen, Synnove & Nylund, Marianne & Hoikkala, Susanna (toim.) (2005) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki: Palmenia-kustannus, 218-239.

Ungar, Michael & Dumond, Camille & McDonald, Wanda (2005) Risk, Resilience and Outdoor Programmes for At-risk Children. Journal of Social Work 5(3). London: Sage Publications, 319-338.

UngdomsAlternativet (2006) Tanke, Handling, Konsekvens. ART och ungdomsAlternativet – träning för förändring. UngdomsAlternativet/UngArt, Sverige 2006.

Uppsala Stad (2002) Metropolitan Triangle. Julkaisematon luentomoniste ja muistiinpanot, Eu-Ensa- projekti.

Uusikylä, Petri (1994) Lastensuojelun toimeenpanoverkostot. Tutkimus yhteistyön rakenteista ja merkityksestä kuntien lastensuojelutyössä. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.

Vantaan kaupunki, väestötilasto 2005.

Vantaan kaupunki, sosiaalivirasto, lastensuojelun asiakkaat vuonna 2005, ikäjaottelu viimeisen palvelun mukaan, julkaisematon laskelma.

Vehviläinen, Juha & Paju, Petri (2001) Meil on metsässä nuotiopiiri. Nuorisoprojektit yhteiskunnallisen vallan käyttäjinä. Teoksessa Suutari Minna (toim.) Vallattomat marginaalit. Yhteisöllisyyksiä nuoruudessa ja yhteiskunnan reunoilla. Nuorisotutkimusverkosto. Helsinki: Nuorisotutkimusseura.

Westman, Riikka & Haverinen, Riitta & Ristikartano, Veera & Koivisto, Juha & Malmivaara, Antti (2005) Perheinterventioiden vaikuttavuus. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. FinSoc arviointiraportteja 5:2005. Helsinki: Stakes, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Virtanen, Petri & Jalava, Janne & Koskela, Tuomas & Kilappa, Janne (2006) Syrjäytymistä ehkäisevien EU-hankkeiden arviointi. Selvityksiä 2006:46. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vornanen, Riitta (2000) Turvallisuus elämäkysymyksenä. 13-17-vuotiaiden nuorten turvallisuuden aiheet. Sosiaalitieteiden laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 81.

KUVIOT

- Kuvio 1. Varhaista ja erityistä tukea tarvitsevien määrällinen tilanne sekä lastensuojelun tukitoimenpiteitä saavat.
- Kuvio 2. Nuorten avohuollon palvelukokonaisuus.
- Kuvio 3. Nuorisopsykiatrian hoitotakuun auditointi 2001 – 2002. NUOTTA- projekti.
- Kuvio 4. Nuorten välitason intensiivimenetelmä avohuollossa.
- Kuvio 5. Mahdollinen sosiaalitoimen ja/tai järjestön, koulun, psykiatrian avohoidon ja nuorisotyön kumppanuus intensiivimenetelmässä.
- Kuvio 6. Avohuollon tukiprosessin perusongelma nuorten kriiseissä.
- Kuvio 7. Kouluperusteisen intervention kumppanuus perusta kasvulle mallissa.
- Kuvio 8. Yhteen kootut riskitekijät ja suojaavat tekijät.
- Kuvio 9. Kolme K:ta nuorten psykososiaalisessa tuessa.
- Kuvio 10. Työmenetelmien kehittämisen käsitteelliset lähtökohdat nuorten kriiseihin

TAULUKOT

- Taulukko 1. Kaikki 12-17-vuotiaat nuoret Helsingin lastensuojelussa vuonna 2005
- Taulukko 2. Vain avohuollossa olevat 12-17-vuotiaat nuoret Helsingissä 2005
- Taulukko 3. Uudet 12-17-vuotiaat nuoret Helsingin lastensuojelussa 2005
- Taulukko 4. Kaikkien 7-12-vuotiaiden ja 13-15-vuotiaiden määrällinen kehitys Helsingissä 1990-2005
- Taulukko 5. 12-14-vuotiaiden ja 15-17-vuotiaiden ikäryhmien osuudet 0-17-vuotiaasta väestöstä ja lastensuojelun avohuollossa olevien prosentuaaliset osuudet molemmista ikäryhmistä.
- Taulukko 6. 12-14-vuotiaiden ja 15-17-vuotiaiden nuorten absoluuttinen määrä väestöstä Helsingissä 1995-2005.
- Taulukko 7. Nuorten suhteellinen osuus koko väestöstä Helsingissä 1995-2005.
- Taulukko 8. Uudet huostaanotetut lapset ja nuoret Helsingissä 2000 ja 2005
- Taulukko 9. Sijaishuollossa olleet 7-15-vuotiaat lapset ja nuoret Helsingissä 2005
- Taulukko 10. Avohuollossa olevat 12-17-vuotiaat Vantaalla 2005
- Taulukko 11. Uudet lastensuojelun avohuollon 12-17-vuotiaat nuoret Vantaalla 2005
- Taulukko 12. Sijaishuollossa olevat 12-17-vuotiaat Vantaalla 2005
- Taulukko 13. Kaikki 0-18-vuotiaat lastensuojelun avohuollossa ja uudet 0-18-vuotiaat Espoossa
- Taulukko 14. Sijaishuollossa olevat 12-17-vuotiaat Espoon lastensuojelussa 2005
- Taulukko 15. Kasvu- ja elinolot arvioituna syytekijänä Helsingin lastensuojelussa
- Taulukko 16. Toimintaedellytykset ja/tai niiden puutteet syytekijänä

Taulukko 17. Muut lastensuojelun tarpeeseen vaikuttavat syytekijät

Taulukko 18. Nuorten ongelmat ilmiönä asiantuntijahaastatteluissa

Taulukko 19. Nuorten palvelujen ja menetelmien kehittämisen kohdentuminen asiantuntijahaastatteluissa

LIITETAULUKOT

1. Sijoitetut lapset Suomessa viimeisimmän sijoitusperusteen mukaan.
2. Uudet huostaanotetut Suomessa vuosina 1994, 2004 ja 2005, 22.9.2006 tilanteen mukaan.
3. Lastensuojelutilastot Helsinki 2005 (17-sivua)
4. Lastensuojelun ja lastensuojelun avohuollon tarvetta aiheuttavat tekijät Helsingissä
5. Lastensuojelutilasto Vantaa 2005
6. Lastensuojelutilasto Espoo 2005

LIITETAULUKKO 1.

22.09.2006 Sijoitetut lapset viimeisimmän sijoitusperusteen mukaan
&kunta

	<i>Kiireellinen</i>		<i>Vastentahtoinen</i>		Huostassa yhteensä	Jälkihoito	Yksityinen sijoitus	Sijoitetut yhteensä
	Avohuollon tukitoimi	<i>huostaanotto</i>	<i>Huostaanotto</i>	<i>huostaanotto</i>				
1991	1 662	175	5 452	733	6 360	851	137	9 010
1992	1 975	195	5 363	821	6 379	1 138	140	9 632
1993	1 922	207	5 248	872	6 327	1 414	147	9 810
1994	2 312	235	5 165	936	6 336	1 554	161	10 363
1995	2 618	236	5 188	960	6 384	1 744	204	10 950
1996	2 790	239	5 254	1 008	6 501	1 882	193	11 366
1997	3 183	281	5 443	1 053	6 777	1 686	182	11 828
1998	3 335	328	5 381	1 095	6 804	1 656	178	11 973
1999	3 299	315	5 468	1 154	6 937	1 854	196	12 286
2000	3 363	369	5 663	1 282	7 314	1 999	175	12 851
2001	3 643	347	5 820	1 322	7 489	2 211	166	13 509
2002	3 625	433	6 095	1 440	7 968	2 405	168	14 166
2003	3 460	444	6 369	1 559	8 372	2 364	161	14 357
2004	3 583	488	6 667	1 577	8 732	2 340	131	14 786
2005	3 552	677	6 704	1 781	9 162	2 354	92	15 160

Lähde: SVT. Lastensuojelu. Stakes 22.9.2006

LIITETAULUKKO 2.**Uudet huostaanotot 22.9.2006**

(huostaanoton alkamispvm tilastovuonna eikä jatku edelliseltä vuodelta, avohuollon tukitoimena tehty sijoitus mahdollinen ennen huostaanottoa)

	1994	%	2004	%	2005	%
0-6	436	40	635	30	667	28
7-11	236	22	452	21	522	22
12-15	284	26	646	30	739	31
16-17	128	12	399	19	476	20
Yhteensä	1 084	100	2 132	100	2 404	100

Lähde: SVT. Lastensuojelu. Stakes 22.9.2006

Uudet huostaanotot 22.9.2006

(huostaanoton alkamispvm tilastovuonna eikä jatku edelliseltä vuodelta, avohuollon tukitoimena tehty sijoitus mahdollinen ennen huostaanottoa)

Peruste	1994	%	2004	%	2005	%
Kiireellinen huostaanotto	275	25	745	35	953	40
Huostaanotto	654	60	1129	53	1066	44
Tahdonvastainen huostaanotto	155	14	258	12	385	16
Yhteensä	1084	100	2132	100	2404	100

Lähde: SVT. Lastensuojelu. Stakes 22.9.2006

LIITETAULUKKO 3.

Lastensuojelutilastot

(17-sivua, 27 kpl)

Avohuolto ja sijaishuolto LASTENSUOJELU, HELSINKI 2005

Lastensuojelun tilastojen tiedonkeruujärjestelmä muuttui 1.1.1996. Luvut eivät ole täysin vertailukelpoisia edellisten vuosien lukuihin. Ennen vuotta 1996 lapsi/nuori kirjautui asiakkaaksi vain yhteen toimipisteeseen (yleensä vuoden ensimmäinen asioimipaikka) ja yhteisasiakkaat sosiaalikeskusten toimipisteisiin ja yhteispalveluosatolle.

1.1.1996 lukien lapsi/nuori on asiakkaana jokaisessa toimipisteessä, jossa hänen asiaansa on vuoden aikana hoidettu. Koko kaupungin yhteislukuihin sama lapsi/nuori sisältyy vain kerran. Vuodesta 1997 lastensuojelun asiakkaissa ovat mukana lastensuojelulain perusteella ensi- ja turvakoteihin sijoitetut.

Suurpiirikohtaiset taulukot on tehty asiakkaan osoitteen mukaan. Osoite on poimittu asiakastietojärjestelmästä väestörekisterin tietojen mukaisesti. Jos osoitetta ei ole löytynyt väestörekisteristä, on aluetietona käytetty sijoituksiin merkittyä aluetietoa (peruspiiri).

Lastensuojelulain perusteella avohuollossa ja sijoitettuna olleet lapset ja nuoret 1990-2005 ja suurpiireittäin 2005

Vuosi	Avo- sijaishuollossa Yhteensä ¹	1000 0-17v kohti	Avohuollossa		Sijoitettuna		Avohuollossa 31.12.
			yhteensä ¹	1000 0-17 v kohti	Yhteensä ¹	1000 0-17 v kohti	
1990	5 227	61	4 364	51	1 829	21	2 809
1991	4 891	56	3 978	46	1 765	20	2 958
1992	5 160	58	4 193	47	1 771	20	3 142
1993	5 263	58	4 251	47	1 757	19	3 136
1994	5 393	58	4 419	48	1 863	20	3 270
1995	5 577	59	4 578	49	1 917	20	3 485
1996	5 822	60	5 032	52	1 860	19	3 723
1997	6 446	66	5 216	53	2 199	22	3 930
1998	6 937	70	5 785	58	2 308	23	4 632
1999	7 121	72	6 028	61	2 258	23	4 740
2000	7 278	73	6 276	63	2 326	23	4 809
2001	7 408	75	6 494	66	2 399	24	5 501
2002	7 544	77	6 648	68	2 533	26	5 353
2003	7 659	78	6 848	70	2 421	25	5 520
2004	7 969	82	7 235	74	2 425	25	5 322
2005	7 734	80	6 969	72	2 431	25	4 866
Eteläinen	510	44	485	42	86	7	356
Läntinen	1273	78	1 183	73	359	22	957
Keskinen	722	103	654	93	224	32	422
Pohjoinen	551	63	489	56	190	22	381
Koillinen	1700	85	1581	79	533	27	1 139
Kaakkoinen	518	56	490	53	147	16	308
Itäinen	2003	93	1859	87	581	27	1108
Ruotsinkieliset							124
Ei osoitetta Helsingissä, laitoshoidossa ym.	457	..	228	..	311

Suurpiiri määräytyy asiakkaan osoitteen mukaan.

¹ Sisältää 18-21-vuotiaat (1996-1997 18-20-vuotiaat asiakkaat). Sama lapsi on voinut olla sekä avo- että sijaishuollossa.

Lastensuojelulain perusteella asiakkaina olleet lapset ja nuoret
1995-2005

Vuosi	Kaikki yht.	Pojat %	yht.	Uudet asiakkaat			Huostassa olleet yht.	Uudet huostaan- otetut
				Pojat %	yht.	uudet asiakkaat		
1995	5 577	52,7	1 211	..	4 578	1 190	1 296	269
1996	5 822	53,4	1 391	..	5 032	1 349	1 250	264
1997	6 446	53,8	1 402	53,5	5 216	1 162	1 396	261
1998	6 937	52,7	1 420	51,2	5 785	1 169	1 457	267
1999	7 121	52,7	1 318	53,8	6 028	1 009	1 524	348
2000	7 278	52,8	1 230	53,7	6 276	945	1 603	308
2001	7 408	52,9	1 202	52,7	6 494	907	1 678	320
2002	7 544	52,3	1 298	50,4	6 648	950	1 784	383
2003	7 659	52,1	1 200	53,8	6 848	904	1 780	323
2004	7 969	53,1	1 539	50,9	7 235	1 236	1 846	358
2005	7 734	52,9	1 388	52,6	6 969	1 029	1 909	408

Lastensuojelulain perusteella asiakkaina olleet lapset ja nuoret sukupuolen
mukaan
2000-2005

Vuosi	Kaikki			Avohuolto		Huostassa olleet	
	yhteensä		Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
2000	7 278	3 840	3 438	3 327	2 949	877	726
2001	7 408	3 916	3 492	3 452	3 042	905	773
2002	7 544	3 943	3 601	3 490	3 158	960	824
2003	7 659	3 991	3 668	3 556	3 292	963	817
2004	7 969	4 230	3 739	3 848	3 387	984	862
2005	7 734	4 090	3 644	3 679	3 290	1 018	891

Sama lapsi/nuori on voinut vuoden aikana olla sekä avohuollossa että huostaanotettuna, mutta vuoden kokonaislukuihin sama lapsi/nuori sisältyy vain kerran.

Liitetaulukko 3 jatkuu

1990-2005

Vuosi	Yhteensä	Ikä, vuotta					
		0-2	3-6	7-12	13-15	16-17	18-
1990	5 227	631	984	1 458	889	662	603
%	100	12,1	18,8	27,9	17,0	12,7	11,5
1991	4 891	549	865	1 364	807	692	614
%	100	11,2	17,7	27,9	16,5	14,1	12,6
1992	5 160	541	938	1 535	799	708	639
%	100	10,5	18,2	29,8	15,5	13,7	12,4
1993	5 263	529	963	1 591	833	647	700
%	100	10,1	18,3	30,2	15,8	12,3	13,3
1994	5 393	519	1 009	1 649	852	657	707
%	100	9,6	18,7	30,6	15,8	12,2	13,1
1995	5 577	541	1 020	1 695	980	677	664
%	100	9,7	18,3	30,4	17,6	12,1	11,9
1996	5 822	601	1 073	1 667	1 040	728	713
%	100	10,3	18,4	28,6	17,9	12,5	12,2
1997	6 446	659	1 211	1 919	1 099	787	771
%	100	10,2	18,8	29,8	17,0	12,2	12,0
1998	6 937	695	1 220	2 088	1 207	831	896
%	100	10,0	17,6	30,1	17,4	12,0	12,9
1999	7 121	660	1 238	2 151	1 239	911	922
%	100	9,3	17,4	30,2	17,4	12,8	12,9
2000	7 278	650	1 203	2 189	1 299	993	944
%	100,0	8,9	16,5	30,1	17,8	13,6	13,0
2001	7 408	627	1 214	2 200	1 305	1 006	1 056
%	100,0	8,5	16,4	29,7	17,6	13,6	14,3
2002	7 544	645	1 205	2 319	1 321	998	1 056
%	100,0	8,5	16,0	30,7	17,5	13,2	14,0
2003	7 659	632	1 195	2 318	1 384	1 013	1 117
%	100,0	8,3	15,6	30,3	18,1	13,2	14,6
2004	7 969	681	1 229	2 422	1 467	1 056	1 114
%	100,0	8,5	15,4	30,4	18,4	13,3	14,0
2005	7 734	696	1 173	2 263	1 457	1 058	1 087
%	100,0	9,0	15,2	29,3	18,8	13,7	14,1

Liitetaulukko 3 jatkuu

Uudet lastensuojelulain perusteella asiakkaina olleet lapset ja nuoret iän mukaan 2000-2005

Vuosi	Yhteensä ¹	Ikä, vuotta					
		0-2	3-6	7-12	13-15	16-17	18-
Keskus							
2000	1 230	273	228	295	264	144	26
%	100	22,2	18,5	24,0	21,5	11,7	2,1
2001	1 202	267	253	296	226	133	27
%	100	22,2	21,0	24,6	18,8	11,1	2,2
2002	1 298	289	227	367	243	141	31
%	100	22,3	17,5	28,3	18,7	10,9	2,4
2003	1 200	285	233	303	219	128	32
%	100	23,8	19,4	25,3	18,3	10,7	2,7
2004	1 539	353	281	413	307	147	38
%	100	22,9	18,3	26,8	19,9	9,6	2,5
2005	1 388	339	264	349	269	147	20
%	100	24,4	19,0	25,1	19,4	10,6	1,4

¹ Tieto perustuu asiakastietojärjestelmän arvionäytön käyttöön.

Uudet lastensuojelun avohuollon asiakkaat iän mukaan 2000-2005

Vuosi	Yhteensä ¹	Ikä, vuotta					
		0-2	3-6	7-12	13-15	16-17	18-
Keskus							
2000	945	240	191	215	178	99	22
%	100	25,4	20,2	22,8	18,8	10,5	2,3
2001	907	228	200	218	151	89	21
%	100	25,1	22,1	24,0	16,6	9,8	2,3
2002	950	236	174	274	152	94	20
%	100	24,8	18,3	28,8	16,0	9,9	2,1
2003	904	237	180	238	142	83	24
%	100	26,2	19,9	26,3	15,7	9,2	2,7
2004	1 236	324	228	323	229	104	28
%	100	26,2	18,4	26,1	18,5	8,4	2,3
2005	1 029	287	198	258	170	98	18
%	100	27,9	19,2	25,1	16,5	9,5	1,7

¹ Tieto perustuu asiakastietojärjestelmän arvionäytön käyttöön.

Liitetaulukko 3 jatkuu

Uudet lastensuojelulain perusteella sijoitetut iän mukaan 2000-2005

Vuosi Keskus	Yhteensä	Ikä, vuotta					
		0-2	3-6	7-12	13-15	16-17	18-
2000	209	73	36	35	32	30	3
%	100	34,9	17,2	16,7	15,3	14,4	1,4
2001	202	83	36	28	35	15	5
%	100	41,1	17,8	13,9	17,3	7,4	2,5
2002	269	98	47	61	31	27	5
%	100	36,4	17,5	22,7	11,5	10,0	1,9
2003	208	95	36	34	24	15	4
%	100	45,7	17,3	16,3	11,5	7,2	1,9
2004	247	107	46	37	36	14	7
%	100	43,3	18,6	15,0	14,6	5,7	2,8
2005	255	111	44	38	32	29	1
%	100	43,5	17,3	14,9	12,5	11,4	0,4

Uudet lastensuojelulain perusteella huostaanotetut iän mukaan 2000-2005

Vuosi Keskus	Yhteensä	Ikä, vuotta					
		0-2	3-6	7-12	13-15	16-17	18-
2000	308	34	44	84	91	51	4
%	100	11,0	14,3	27,3	29,5	16,6	1,3
2001	320	44	56	81	86	47	6
%	100	13,8	17,5	25,3	26,9	14,7	1,9
2002	383	62	61	96	99	55	10
%	100	16,2	15,9	25,1	25,8	14,4	2,6
2003	323	61	57	65	88	47	5
%	100	18,9	17,6	20,1	27,2	14,6	1,5
2004	358	46	64	97	97	46	8
%	100	12,8	17,9	27,1	27,1	12,8	2,2
2005	408	65	69	98	114	60	2
%	100	15,9	16,9	24,0	27,9	14,7	0,5

Liitetaulukko 3 jatkuu

Lastensuojelulain perusteella asiakkaina olleet lapset ja nuoret äidinkielen mukaan 2000-2005

Vuosi Keskus	Äidinkieli Yhteensä	Suomi	Ruotsi	Venäjä	Muu	Tuntema- ton
2000	7 278	6 310	181	121	598	68
%	100	86,7	2,5	1,7	8,2	0,9
2001	7 408	6 450	143	124	615	76
%	100	87,1	1,9	1,7	8,3	1,0
2002	7 544	6 504	150	136	657	97
%	100	86,2	2,0	1,8	8,7	1,3
2003	7 659	6 618	168	136	688	49
%	100	86,4	2,2	1,8	9,0	0,6
2004	7 969	6 780	186	163	769	71
%	100	85,1	2,3	2,0	9,6	0,9
2005	7 734	6 535	207	164	755	73
%	100	84,5	2,7	2,1	9,8	0,9

Lastensuojelulain perusteella asiakkaina olleet lapset ja nuoret kansalaisuuden mukaan 2000- 2005

Vuosi Keskus	Kansalaisuus Yhteensä	Suomi	Ruotsi	Muu Eu- rooppa	Viro	Venäjä	Muu, tieto puuttuu
2000	7 278	6 654	22	39	74	75	414
%	100	91,4	0,3	0,5	1,0	1,0	5,7
2001	7 408	6 779	18	33	83	85	410
%	100	91,5	0,2	0,4	1,1	1,1	5,5
2002	7 544	6 857	20	36	88	90	453
%	100	90,9	0,3	0,5	1,2	1,2	6,0
2003	7 659	7 034	18	49	79	81	398
%	100	91,8	0,2	0,6	1,0	1,1	5,2
2004	7 969	7 303	14	41	82	84	445
%	100	91,6	0,2	0,5	1,0	1,1	5,6
2005	7 734	7 097	17	32	86	80	422
%	100	91,8	0,2	0,4	1,1	1,0	5,5

	Yhteensä	Avohuollossa	Laitoshuollossa	Perhehoidossa
1994	5393	4419	1181	733
1995	5577	4578	1195	781
1996	5822	5032	1091	880
1997	6446	5216	1397	899
1998	6937	5785	1511	975
1999	7121	6028	1400	1066
2000	7278	6276	1406	1048
2001	7408	6494	1503	1030
2002	7544	6648	1531	1081
2003	7659	6848	1510	1004
2004	7969	7235	1505	1015
2005	7734	6969	1546	1005

	Avohuollossa	Sijoitettuna	Laitoshuollossa	Kiireellisesti huostaanotettuja
1994	4419	1863	1181	144
1995	4578	1917	1195	179
1996	5032	1860	1091	152
1997	5216	2199	1397	180
1998	5785	2308	1511	188
1999	6028	2258	1400	197
2000	6276	2326	1406	222
2001	6494	2399	1503	258
2002	6648	2533	1531	307
2003	6848	2 421	1510	254
2004	7235	2425	1505	292
2005	6969	2431	1546	329

Lastensuojelun avohuollon asiakkaat iän mukaan 2000-2005

Vuosi	Yhteensä	0-2	3-6	7-12	13-15	16-17	18-
2000	6 276	577	1 095	1 896	1 080	830	798
%	100	9,2	17,4	30,2	17,2	13,2	12,7
2001	6 494	563	1 109	1 906	1 097	841	978
%	100	8,7	17,1	29,4	16,9	13,0	15,1
2002	6 648	556	1 112	2 054	1 116	831	979
%	100	8,4	16,7	30,9	16,8	12,5	14,7
2003	6848	565	1120	2081	1175	852	1055
%	100	8,3	16,4	30,4	17,2	12,4	15,4
2004	7 235	634	1 157	2 196	1 272	913	1 063
%	100	8,8	16,0	30,4	17,6	12,6	14,7
2 005	6 969	650	1 087	2 029	1 273	898	1 032
%	100	9,3	15,6	29,1	18,3	12,9	14,8

Lastensuojelun avohuollon asiakkaat iän mukaan 1997-2003, %-osuus

	0-2	3-6	7-12	13-15	16-17	18-
1997	11,1	20,1	29,2	16,0	11,5	12,2
1998	10,6	18,8	30,1	16,5	11,3	12,7
1999	9,8	18,2	30,3	16,5	12,2	13,0
2000	9,1	17,4	30,5	17,2	13,2	12,6
2001	8,7	17,1	29,4	16,9	13,0	15,1
2002	8,4	16,7	30,9	16,8	12,5	14,7
2003	8,3	16,4	30,4	17,2	12,4	15,4
2004	8,8	16,0	30,4	17,6	12,6	14,7
2005	9,3	15,6	29,1	18,3	12,9	14,8

Lastensuojelun avohuollon asiakkaat sukupuolen mukaan 1990-2005

Vuosi	Yhteensä	Lukumä ära	Tytöt %	Lukumä ära	Pojat %
1990	4 364	2 024	46,4	2 340	53,6
1991	3 978	1 815	45,6	2 163	54,4
1992	4 193	1 955	46,6	2 238	53,4
1993	4 251	1 973	46,4	2 278	53,6
1994	4 419	2 074	46,9	2 345	53,1
1995	4 578	2 168	47,4	2 410	52,6
1996	5 032	2 324	46,2	2 708	53,8
1997	5 216	2 384	45,7	2 832	54,3
1998	5 785	2 715	46,9	3 070	53,1
1999	6 028	2 842	47,1	3 186	52,9
2000	6 276	2 979	47,5	3 327	53,0
2001	6 494	3 042	46,8	3 452	53,2
2002	6 648	3 158	47,5	3 490	52,5
2003	6 848	3 292	48,1	3 556	51,9
2004	7 235	3 387	46,8	3 848	53,2
2005	6 969	3 290	47,2	3 679	52,8

	Yhteensä	Tytöt	Pojat
1992	4 193	1 955	2 238
1993	4 251	1 973	2 278
1994	4 419	2 074	2 345
1995	4 578	2 168	2 410
1996	5 032	2 324	2 708
1997	5 216	2 384	2 832
1998	5 785	2 715	3 070
1999	6 028	2 842	3 186
2000	6 276	2 979	3 327
2001	6 494	3 042	3 452
2002	6 648	3 158	3 490
2003	6 848	3 292	3 556
2004	7 235	3 387	3 848
2005	6 969	3 290	3 679

Lastensuojelun sijoitetut asiakkaat 1995-2005

Vuosi	Yhteensä	Perhe- hoidossa	Laitos- hoidossa	Huostas- sa olleet	Niistä kiireellisesti huostaanotetut
1995	1 917	781	1 195	1 296	179
1996	1 860	880	1 091	1 250	152
1997	2 199	899	1 397	1 396	180
1998	2 308	976	1 511	1 457	188
1999	2 258	1 066	1 400	1 524	197
2000	2 326	1 048	1 406	1 603	222
2001	2 399	1 030	1 503	1 678	258
2002	2 533	1 081	1 531	1 784	307
2003	2 421	1 004	1 510	1 780	254
2004	2 425	1 015	1 505	1 846	292
2005	2 431	1 005	1 546	1 909	329

Sama lapsi/nuori on voinut vuoden aikana olla sekä perhehoidossa, laitoshoidossa että huostaanotettuna, mutta yhteensä-lukuun sama lapsi/nuori sisältyy vain kerran.

	Yhteensä	Perhehoidossa	Laitoshoidossa	Huostassa	Niistä kiireellisesti
	a	a	a	olleet	huostaanotetut
1993	1 757	712	1 103	1 261	139
1994	1 863	733	1 181	1 237	144
1995	1 917	781	1 195	1 296	179
1996	1 860	880	1 091	1 250	152
1997	2 199	899	1 397	1396	180
1998	2 308	976	1 511	1457	188
1999	2258	1066	1400	1524	197
2000	2326	1048	1406	1603	222
2001	2399	1030	1503	1678	258
2002	2533	1081	1531	1784	307
2003	2421	1004	1510	1780	254
2004	2425	1015	1505	1846	292
2005	2431	1005	1546	1909	329

Lastensuojelun sijoitetut asiakkaat iän mukaan 1995-2005

	Yhteensä	Ikä, vuotta					
		0-2	3-6	7-12	13-15	16-17	18-
1995	1 917	216	316	557	376	260	192
%	100	11,3	16,5	29,1	19,6	13,6	10,0
1996	1 860	174	313	540	370	264	199
%	100	9,4	16,8	29,0	19,9	14,2	10,7
1997	2 199	286	404	603	410	282	214
%	100	13,0	18,4	27,4	18,6	12,8	9,7
1998	2 308	291	393	642	424	306	252
%	100	12,6	17,0	27,8	18,4	13,3	10,9
1999	2 258	234	393	623	419	347	242
%	100	10,4	17,4	27,6	18,6	15,4	10,7
2000	2 326	228	354	669	463	351	261
%	100	9,8	15,2	28,8	19,9	15,1	11,2
2001	2 399	244	358	661	490	366	280
%	100	10,2	14,9	27,6	20,4	15,3	11,7
2002	2 533	270	359	744	464	395	301
%	100	10,7	14,2	29,4	18,3	15,6	11,9
2003	2 421	252	335	655	472	405	302
%	100	10,4	13,8	27,1	19,5	16,7	12,5
2004	2 425	236	344	675	475	386	309
%	100	9,7	14,2	27,8	19,6	15,9	12,7
2005	2431	256	340	634	487	409	305
%	100	10,5	14,0	26,1	20,0	16,8	12,5

	0-2-v.	3-6-v.	7-12-v.	13-15-v.	16-17-v.	18v.+
2 005	256	340	634	487	409	305
2 004	236	344	675	475	386	309
2 003	252	335	655	472	405	302
2 002	270	359	744	464	395	301
2 001	244	358	661	490	366	280
2 000	228	354	669	463	351	261
1 999	234	393	623	419	347	242
1 998	291	393	642	424	306	252
1 997	286	404	603	410	282	214
1 996	174	313	540	370	264	199
1 995	216	316	557	376	260	192
1 994	216	314	559	329	239	206
1 993	192	288	519	308	232	218
1 992	217	326	478	283	261	206
1 991	228	283	477	297	260	220

Huostassa olleet lapset ja nuoret 1990-2005 ja suurpiireittäin 2005

Vuosi	Huostassa olleet ¹	100 0-17 v kohti ²	Niistä uud et huo s- taan - otet ut	Vuoden aikana kiireel- lisesti huostaanotetut	Huostaa n- ottokerr at
1990	1 224	14	256	144	151
1991	1 231	14	248	162	166
1992	1 267	14	263	168	190
1993	1 261	14	246	139	148
1994	1 237	13	224	144	153
1995	1 296	14	269	179	193
1996	1 250	13	264	152	171
1997	1 396	14	261	180	192
1998	1 457	15	267	188	204
1999	1 524	15	348	197	208
2000	1 603	16	308	222	233
2001	1 678	17	320	258	285
2002	1 784	18	383	307	332
2003	1 780	18	323	254	288
2004	1 846	19	358	292	327
2005	1 909	20	408	329	374
Eteläinen	73	6	12	7	7
Läntinen	311	19	81	64	73
Keskinen	156	22	28	22	24
Pohjoinen	177	20	22	18	21
Koillinen	406	20	104	72	80
Kaakkoinen	107	11	29	25	29
Itäinen	413	19	119	97	108
Ei osoitetta Hgi:ssä, laitos- hoidossa ym.	266	..	13	30	32

¹ Sisältää vuoden aikana huostassa olleet, myös kiireellisesti huostaanotetut.

² Väkilukuna käytetty 1991-1992 väkilukua tilastovuonna 1.1. Vuodesta 1993 lähtien on käytetty väkilukua vuoden vaihteessa eli tilastovuotta seuraavan vuoden 1.1. (tarkoittaa vuoden 2005 osalta väkilukua 1.1.2006)

Huostaanotetut lapset ja niistä kiireellisesti huostaanotetut 1990
2003

Huostassa Kiireellisesti huostaanotetut
olleet

1990	1224	144
1991	1231	162
1992	1267	168
1993	1261	139
1994	1237	144
1995	1296	179
1996	1250	152
1997	1396	180
1998	1457	188
1999	1524	197
2000	1603	222
2001	1678	258
2002	1784	307
2003	1780	254
2004	1846	292
2005	1909	329

Kiireellisesti huostaanotetut lapset/nuoret ikäryhmittäin

	0-2	3-6	7-12	13-15	16-17
1996	53	41	28	25	5
1997	35	55	39	34	17
1998	47	52	42	28	19
1999	38	45	47	36	31
2000	32	35	59	56	40
2001	39	46	62	70	41
2002	54	56	72	73	52
2003	54	40	45	73	42
2004	39	57	68	86	42
2005	50	56	75	97	51

Liitetaulukko 3 jatkuu

Huostassa olleet lapset ja nuoret iän mukaan 1990-2005

Vuosi	Yhteensä	Ikä, vuotta					
		0 - 2	3 - 6	7 - 12	13 - 15	16 - 17	18 -
1990	1 224	87	184	364	280	200	109
%	100	7,1	15,0	29,7	22,9	16,3	8,9
1991	1 231	94	187	378	250	228	94
%	100	7,6	15,2	30,7	20,3	18,5	7,6
1992	1 267	91	216	406	237	220	97
%	100	7,2	17,0	32,0	18,7	17,4	7,7
1993	1 261	77	204	418	254	202	106
%	100	6,1	16,2	33,1	20,1	16,0	8,4
1994	1 237	71	176	442	260	195	93
%	100	5,7	14,2	35,7	21,0	15,8	7,5
1995	1 296	76	191	437	291	210	91
%	100	5,9	14,7	33,7	22,5	16,2	7,0
1996	1 250	71	172	392	272	274	69
%	100	5,7	13,8	31,4	21,8	21,9	5,5
1997	1 396	77	195	451	316	249	108
%	100	5,5	14,0	32,3	22,6	17,8	7,7
1998	1 457	80	195	461	328	252	141
%	100	5,5	13,4	31,6	22,5	17,3	9,7
1999	1 524	74	200	473	370	288	119
%	100	4,9	13,1	31,0	24,3	18,9	7,8
2000	1 603	57	188	497	406	306	149
%	100	3,6	11,7	31,0	25,3	19,1	9,3
2001	1 678	62	191	506	431	335	153
%	100	3,7	11,4	30,2	25,7	20,0	9,1
2002	1 784	84	191	539	429	372	169
%	100	4,7	10,7	30,2	24,0	20,9	9,5
2003	1 780	88	192	496	440	384	180
%	100	4,9	10,8	27,9	24,7	21,6	10,1
2004	1 846	77	201	541	451	377	199
%	100	4,2	10,9	29,3	24,4	20,4	10,8
2 005	1 909	98	204	547	475	390	195
%	100	5,1	10,7	28,7	24,9	20,4	10,2

**Lastensuojelun asiakkaat asiakkuuden keston ja iän mukaan
2005**

Ikä	Yhteensä asiakkaita	Asiakkuuden kesto ¹							Ei tietoa
		Alle 1 v	Uudelleen vireille tulleet	1 - 2 v	3 - 5 v	6 - 9 v	10 - 12 v	13 v -	
Yhteensä 2000	7 278	1 283	1 014	1 642	1 415	919	466	388	151
%	100	17,6	13,9	22,6	19,4	12,6	6,4	5,3	2,1
Yhteensä 2001	7 408	1 362	1 113	1 616	1 345	992	409	409	162
%	100	18,4	15,0	21,8	18,2	13,4	5,5	5,5	2,2
Yhteensä 2002	7 544	1 528	1 133	1 574	1 249	1 041	383	454	182
%	100	20,3	15,0	20,9	16,6	13,8	5,1	6,0	2,4
Yhteensä 2003	7 659	1 419	1 246	1 578	1 314	1 109	370	503	120
%	100	18,5	16,3	20,6	17,2	14,5	4,8	6,6	1,6
Yhteensä 2004	7 969	1 742	1 293	1 543	1 259	1 077	452	502	101
%	100	21,9	16,2	19,4	15,8	13,5	5,7	6,3	1,3
Yhteensä 2005	7 734	1 404	1 274	1 525	1 274	1 080	539	534	104
%	100,0	18,2	16,5	19,7	16,5	14,0	7,0	6,9	1,3
0 - 2	724	352	40	301	-	-	-	-	31
3 - 6	1 174	249	155	331	364	53	-	-	22
7 - 12	2 267	360	449	390	387	482	180	-	19
13 - 15	1 448	232	258	223	207	225	152	143	8
16 - 17	1 074	151	209	188	121	169	96	131	9
18 -	1 047	60	163	92	195	151	111	260	15

¹ Tieto perustuu arvionäytön käyttöön.

Sijoitetut asiakkaat asiakkuuden keston ja iän mukaan 2005

	Yhteensä	Asiakkuuden kesto ¹							
		Alle 1 v	Uudelleen vireille tulleet	1-2 v.	3 - 5v	6 - 9v	10 - 12v	13v -	Ei tietoa
Yhteensä 2000	2 326	264	258	348	443	382	258	245	128
%	100	11,3	11,1	15,0	19,0	16,4	11,1	10,5	5,5
Yhteensä 2001	2 399	274	320	400	400	418	212	253	122
%	100	11,4	13,3	16,7	16,7	17,4	8,8	10,5	5,1
Yhteensä 2002	2 533	348	309	393	406	431	205	287	154
%	100	13,7	12,2	15,5	16,0	17,0	8,1	11,3	6,1
Yhteensä 2003	2 421	299	322	396	381	414	201	309	99
%	100	12,4	13,3	16,4	15,7	17,1	8,3	12,8	4,1
Yhteensä 2004	2 425	314	357	362	379	400	222	307	84
%	100	12,9	14,7	14,9	15,6	16,5	9,2	12,7	3,5
Yhteensä 2005	2 431	287	374	350	364	393	256	314	93
%	100	11,8	15,4	14,4	15,0	16,2	10,5	12,9	3,8
0 - 2	256	114	14	98	-	-	-	-	30
3 - 6	340	46	49	74	130	19	-	-	22
7 - 12	636	43	138	59	87	181	111	-	17
13 - 15	485	41	74	54	53	88	69	100	6
16 - 17	409	32	59	54	44	72	44	95	9
18 -	305	11	40	11	50	33	32	119	9

¹ Tieto perustuu arvionäytön käyttöön.

Huostassa olleet lapset/nuoret asiakkuuden keston ja iän mukaan 2005

Ikä	Yhteensä	Asiakkuuden kesto ¹							Ei tietoa
		Alle 1v	Uudelleen vireille tulleet	1-2 v.	3 - 5v	6 - 9v	10 - 12v	13v -	
Yhteensä 2000	1 603	76	172	197	337	370	249	202	-
%	100	4,7	10,7	12,3	21,0	23,1	15,5	12,6	0,0
Yhteensä 2001	1 678	107	222	213	309	403	219	205	-
%	100	6,4	13,2	12,7	18,4	24,0	13,1	12,2	0,0
Yhteensä 2002	1 784	135	233	220	310	425	225	236	-
%	100	7,6	13,1	12,3	17,4	23,8	12,6	13,2	0,0
Yhteensä 2003	1 780	99	256	243	301	409	213	259	-
%	100	5,6	14,4	13,7	16,9	23,0	12,0	14,6	0,0
Yhteensä 2004	1846	117	287	210	311	416	242	262	1
%	100	6,3	15,5	11,4	16,8	22,5	13,1	14,2	0,1
Yhteensä 2005	1909	115	293	216	322	414	280	268	1
	100	6,0	15,3	11,3	16,9	21,7	14,7	14,0	0,1
0 - 2	98	34	12	52	-	-	-	-	-
3 - 6	204	13	31	32	109	19	-	-	-
7 - 12	549	22	103	36	77	192	119	-	-
13 - 15	473	29	62	48	55	94	80	105	-
16 - 17	390	17	54	41	41	77	54	105	1
18 -	195	-	31	7	40	32	27	58	-

¹ Tieto perustuu arvionäytön käyttöön

LIITETAULUKKO 4.
Helsingin lastensuojelu

Lastensuojelun ja lastensuojelun avohuollon tarvetta aiheuttavat tekijät 2005

Lastensuojelun tarvetta aiheuttava tekijä ¹	Kaikki yhteensä	% Niistä uudet asiakkaat	% Avohuolto yhteensä	% Niistä avohuollon uudet asiakkaat
Yhteensä lapsia	7 734	1 388	6 969	1 029
Yhteensä tekijöitä	7 734	100,0	1 388	100,0
Lapsen/nuoren kasvuolot/perheen elinolot yhteensä	5 469	70,7	1 017	73,3
Pähteet	1 421	18,4	221	15,9
Vanhemman/huoltajan alkoholin käyttö	1 005	13,0	150	10,8
Vanhemman/huoltajan huumeiden käyttö/lääkeriippuvuus	252	3,3	49	3,5
Vanhemman/huoltajan päihteiden sekakäyttö	147	1,9	17	1,2
Muun perheenjäsenen päihteiden käyttö	17	0,2	5	0,4
Fyysinen ja psyykkinen terveys	974	12,6	170	12,2
Vanhemman/huoltajan mielisairaus	185	2,4	21	1,5
Vanhemman/huoltajan mielenterveyden häiriöt	673	8,7	130	9,4
Vanhemman/huoltajan muu sairaus	116	1,5	19	1,4
Sosiaalinen vuorovaikutus	1 097	14,2	208	15,0
Perheenjäsenten vuorovaikutukseen/ihmissuhteisiin liittyvät vaikeudet	553	7,2	118	8,5
Vanhempien/huoltajien muut ihmissuhdevaikeudet	97	1,3	22	1,6
Perheen eristäytyneisyys, sosiaalisen verkon tuen puute, ihmissuhteiden puute	142	1,8	26	1,9
Kaottinen elämäntilanne	101	1,3	19	1,4
Muu elämänhallintaan liittyvä vaikeus	170	2,2	18	1,3
Kulttuuriristiriidat	34	0,4	5	0,4
Kasvatuskysymykset	642	8,3	113	8,1
Lapsen/nuoren kasvattamisen pulmat	451	5,8	85	6,1
Vanhemman/huoltajan kypsymättömyys vanhemmuuteen/avuttomuus	191	2,5	28	2,0
Huolto- ja tapaamispulmat	272	3,5	35	2,5
Huolto- ja tapaamisristiriidat	145	1,9	16	1,2
Avo- tai avioero	89	1,2	17	1,2
Muu elämäntilanteen/elinolojen äkillinen muutos	38	0,5	2	0,1

(jatkoa)

Lastensuojelun tarvetta aiheuttava tekijä ¹	Kaikki yhteensä	%	Niistä uudet asiakkaat	%	Avohuolto yhteensä	%	Niistä avohuollon uudet asiakkaat	%
Hoidon laiminlyönti	116	1,5	25	1,8	105	1,5	19	1,8
Lapsen hoidon laiminlyönti	70	0,9	10	0,7	61	0,9	6	0,6
Lapsen heitteillejätö	12	0,2	3	0,2	10	0,1	1	0,1
Lapsen fyysisen hoidon/terveyden ja sairauden hoidon puute	14	0,2	5	0,4	14	0,2	5	0,5
Muu hoidon laiminlyönti	20	0,3	7	0,5	20	0,3	7	0,7
Väkivalta	385	5,0	129	9,3	378	5,4	117	11,4
Perheen aikuisten keskinäinen fyysinen/henkinen väkivalta	261	3,4	93	6,7	259	3,7	84	8,2
Lapsen kohdistunut fyysinen väkivalta	88	1,1	21	1,5	83	1,2	19	1,8
Lapsen kohdistunut henkinen väkivalta ja muu kaltoinkohtelu, seksuaalinen hyväksikäyttö	36	0,5	15	1,1	36	0,5	14	1,4
Muut perheen elinoloihin liittyvät vaikeudet	562	7,3	116	8,4	532	7,6	91	8,8
Vanhemman/huoltajan väsymys	446	5,8	102	7,3	444	6,4	81	7,9
Vanhemman/huoltajan kuolema/katoaminen	77	1,0	10	0,7	52	0,7	6	0,6
Vanhemman/huoltajan rikokset	39	0,5	4	0,3	36	0,5	4	0,4
Lapsen/nuoren toimintaedellytykset ja/tai niiden puutteet	1 387	18	276	19,9	1 347	19	202	19
Fyysinen ja psyykinen hyvinvointi	337	4,4	61	4,4	322	4,6	49	4,8
Fyysinen turvallisuus/psyykinen turvallisuuden tunne	38	0,5	7	0,5	37	0,5	7	0,7
Diagnosoitu psyykinen sairaus	57	0,7	3	0,2	54	0,8	3	0,3
Tunne-elämän ongelmia	168	2,2	31	2,2	162	2,3	20	1,9
Psykosomaattinen oireilu	23	0,3	4	0,3	22	0,3	4	0,4
Somaattinen sairaus tai vammaisuus, neurologinen sairaus	51	0,7	16	1,2	47	0,7	15	1,5
Kouluvaikeudet	331	4,3	82	5,9	322	4,6	59	5,7
Koulumotivaatio/kouluhaluttomuus	89	1,2	18	1,3	88	1,3	16	1,6
Heikko koulumenestys	11	0,1	2	0,1	11	0,2	1	0,1
Eriyiset oppimisvaikeudet, koulupelot	27	0,3	6	0,4	26	0,4	5	0,5
Luvattomia poissaoloja/koulunkäynnin laiminlyönti	204	2,6	56	4,0	197	2,8	37	3,6
Sosiaalinen vuorovaikutus	423	5,5	65	4,7	416	6,0	54	5,2
Lapsen ikään ja kehitystasoon nähden liiallinen vastuunotto	12	0,2	5	0,4	11	0,2	4	0,4
Kiusanteko (kiusaaja)	8	0,1	2	0,1	8	0,1	2	0,2
Vaikeuksia kanssakäymisessä ihmisten kanssa	15	0,2	5	0,4	15	0,2	3	0,3
Uhoaminen/voimakkaat suuttumistilanteet	42	0,5	13	0,9	41	0,6	9	0,9
Väkivaltaisuus	28	0,4	11	0,8	27	0,4	10	1,0

Piittaamattomuus perheen säännöistä	22	0,3	8	0,6	22	0,3	7	0,7
Piittaamattomuus lähiyhteisön säännöistä	17	0,2	4	0,3	17	0,2	2	0,2
Kypsymättömyys/avuttomuus	25	0,3	-	0,0	24	0,3	-	0,0
Itsenäistymisen tuen tarve/epäitsenäisyys	210	2,7	6	0,4	207	3,0	6	0,6
Nuoren raskaus/synnyttäminen	7	0,1	1	0,1	7	0,1	1	0,1
Muu tekijä	37	0,5	10	0,7	37	0,5	10	1,0

(jatkuu)

(jatkoa)

Lastensuojelun tarvetta aiheuttava tekijä ¹	Kaikki yhteensä	%	Niistä uudet asiakkaat	%	Avohuolto yhteensä	%	Niistä avohuollon uudet asiakkaat	%
Hoidon laiminlyönti	116	1,5	25	1,8	105	1,5	19	1,8
Lapsen hoidon laiminlyönti	70	0,9	10	0,7	61	0,9	6	0,6
Lapsen heitteillejättö	12	0,2	3	0,2	10	0,1	1	0,1
Lapsen fyysisen hoidon/terveyden ja sairauden hoidon puute	14	0,2	5	0,4	14	0,2	5	0,5
Muu hoidon laiminlyönti	20	0,3	7	0,5	20	0,3	7	0,7
Väkivalta	385	5,0	129	9,3	378	5,4	117	11,4
Perheen aikuisten keskinäinen fyysinen/henkinen väkivalta	261	3,4	93	6,7	259	3,7	84	8,2
Lapsen kohdistunut fyysinen väkivalta	88	1,1	21	1,5	83	1,2	19	1,8
Lapsen kohdistunut henkinen väkivalta ja muu kaltoinkohtelu, seksuaalinen hyväksikäyttö	36	0,5	15	1,1	36	0,5	14	1,4
Muut perheen elinoloihin liittyvät vaikeudet	562	7,3	116	8,4	532	7,6	91	8,8
Vanhemman/huoltajan väsymys	446	5,8	102	7,3	444	6,4	81	7,9
Vanhemman/huoltajan kuolema/katoaminen	77	1,0	10	0,7	52	0,7	6	0,6
Vanhemman/huoltajan rikokset	39	0,5	4	0,3	36	0,5	4	0,4
Lapsen/nuoren toimintaedellytykset ja/tai niiden puutteet	1 387	18	276	19,9	1 347	19	202	19
Fyysinen ja psyykinen hyvinvointi	337	4,4	61	4,4	322	4,6	49	4,8
Fyysinen turvallisuus/psyykinen turvallisuuden tunne	38	0,5	7	0,5	37	0,5	7	0,7
Diagnosoitu psyykinen sairaus	57	0,7	3	0,2	54	0,8	3	0,3
Tunne-elämän ongelmia	168	2,2	31	2,2	162	2,3	20	1,9
Psykosomaattinen oireilu	23	0,3	4	0,3	22	0,3	4	0,4
Somaattinen sairaus tai vammaisuus, neurologinen sairaus	51	0,7	16	1,2	47	0,7	15	1,5
Kouluvaikeudet	331	4,3	82	5,9	322	4,6	59	5,7
Koulumotivaatio/kouluhaluttomuus	89	1,2	18	1,3	88	1,3	16	1,6
Heikko koulumenestys	11	0,1	2	0,1	11	0,2	1	0,1
Erityiset oppimisvaikeudet, koulupelot	27	0,3	6	0,4	26	0,4	5	0,5
Luvattomia poissaoloja/koulunkäynnin laiminlyönti	204	2,6	56	4,0	197	2,8	37	3,6
Sosiaalinen vuorovaikutus	423	5,5	65	4,7	416	6,0	54	5,2
Lapsen ikään ja kehitystasoon nähden liiallinen vastuunotto	12	0,2	5	0,4	11	0,2	4	0,4
Kiusanteko (kiusaaja)	8	0,1	2	0,1	8	0,1	2	0,2
Vaikeuksia kanssakäymisessä ihmisten kanssa	15	0,2	5	0,4	15	0,2	3	0,3
Uhoaminen/voimakkaat suuttumistilanteet	42	0,5	13	0,9	41	0,6	9	0,9

Väkivaltaisuus	28	0,4	11	0,8	27	0,4	10	1,0
Piittaamattomuus perheen säännöistä	22	0,3	8	0,6	22	0,3	7	0,7
Piittaamattomuus lähiyhteisön säännöistä	17	0,2	4	0,3	17	0,2	2	0,2
Kypsymättömyys/avuttomuus	25	0,3	-	0,0	24	0,3	-	0,0
Itsenäistymisen tuen tarve/epäitsenäisyys	210	2,7	6	0,4	207	3,0	6	0,6
Nuoren raskaus/synnyttäminen	7	0,1	1	0,1	7	0,1	1	0,1
Muu tekijä	37	0,5	10	0,7	37	0,5	10	1,0

(jatkuu)

(jatkoa)

Lastensuojelun tarvetta aiheuttava tekijä ¹	Kaikki yhteensä	%	Niistä uudet asiakkaat	%	Avohuolto yhteensä	%	Niistä avohuollon uudet asiakkaat	%
Rikolliset teot	91	1,2	24	1,7	90	1,3	16	1,6
Näpistely ym. alle 15-vuotiaana tehty rikos	44	0,6	11	0,8	43	0,6	11	1,1
Rikollinen teko	31	0,4	9	0,6	31	0,4	4	0,4
Rikoskierre	16	0,2	4	0,3	16	0,2	1	0,1
Kuljeskelu	37	0,5	9	0,6	32	0,5	3	0,3
Karkailu, vaeltelu, kadulla eläminen	37	0,5	9	0,6	32	0,5	3	0,3
Päihteiden käyttö	154	2,0	32	2,3	151	2,2	19	1,8
Alkoholin käyttö	40	0,5	8	0,6	40	0,6	4	0,4
Huumeiden käyttö	85	1,1	16	1,2	83	1,2	9	0,9
Sekakäyttö	29	0,4	8	0,6	28	0,4	6	0,6
Muu lapsen/nuoren toimintaedellytyksiin liittyvä tekijä	14	0,2	3	0,2	14	0,2	2	0,2
Lomavirkistystyksen tarve	7	0,1	2	0,1	7	0,1	1	0,1
Muu äkillinen elämäntilanteen muutos	7	0,1	1	0,1	7	0,1	1	0,1
Muut taustatekijät	237	3,1	41	3,0	234	3,4	38	3,7
Yksinhuoltajuus	111	1,4	17	1,2	111	1,6	14	1,4
Siirtolaisuus/paluumuutto, pakolaisuus/turva- paikan haku/perheen yhdistäminen, vähem- mistökulttuuriin liittyvät tekijät	41	0,5	4	0,3	41	0,6	4	0,4
Uusperhe	9	0,1	-	0,0	9	0,1	-	0,0
Asunnon menetys, asunnottomuus, muut asumisen puutteet	28	0,4	7	0,5	28	0,4	7	0,7
Toimeentulovaikeudet/Vanhempien ansiotyö/ opiskelu	25	0,3	8	0,6	25	0,4	8	0,8
Aiemmat elämäolosuhteet (laitos-/vankila- tausta), vankilassaolo	21	0,3	5	0,4	20	0,3	5	0,5
Muun palvelujärjestelmän toimimattomuus/ riittämättömyys	2	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Ei tietoa²⁾	641	8,3	54	3,9	297	4,3	4	0,4

¹ Tarvetta aiheuttavaksi tekijäksi on otettu tilastovuonna asiakastietojärjestelmään ensimmäiseksi merkitty tekijä.

Jos lapsi/nuori on ollut avohuollossa ja huostaanotettuna, tekijäksi kaikki yhteensä-lukuun on otettu huostaanoton tarvetta aiheuttanut tekijä.

² Asiakastietojärjestelmän arvionäytöltä puuttuu tarvetekijätieto

Lastensuojelun sijoituksen tarvetta aiheuttavat tekijät 2005

Lastensuojelun tarvetta aiheuttava tekijä ¹	Sijoitetut yhteensä	%	Niistä uudet sijoitetut	%
Yhteensä lapsia	2431		255	
Yhteensä tekijöitä	2431	100	255	100
Lapsen/nuoren kasvuolot/perheen elinolot yhteensä	1667	68,6	194	76,1
Päihteet	647	26,6	37	14,5
Vanhemman/huoltajan alkoholin käyttö	415	17,1	20	7,8
Vanhemman/huoltajan huumeiden käyttö/ lääkeriippuvuus	139	5,7	15	5,9
Vanhemman/huoltajan päihteiden sekakäyttö, muun perheenjäsenen päihteiden käyttö	93	3,8	2	0,8
Fyysinen ja psyykinen terveys	294	12,1	34	13,3
Vanhemman/huoltajan mielisairaus, muu sairaus	109	4,5	5	2,0
Vanhemman/huoltajan mielenterveyden häiriöt	185	7,6	29	11,4
Sosiaalinen vuorovaikutus	229	9,4	37	14,5
Perheenjäsenten vuorovaikutukseen/ ihmissuhteisiin liittyvät vaikeudet	107	4,4	16	6,3
Vanhempien/hoitajien/perheen muut ihmis- suhdevaikeudet	52	2,1	9	3,5
Kaottinen elämäntilanne, muu vaikeus	70	2,9	12	4,7
Kasvatuskysymykset	172	7,1	13	5,1
Lapsen/nuoren kasvattamisen pulmat	108	4,4	8	3,1
Vanhemman/hoitajan kypsymättömyys vanhemmuuteen/avuttomuus	64	2,6	5	2,0
Huolto- ja tapaamispulmat	22	0,9	4	1,6
Hoidon laiminlyönti	51	2,1	3	1,2
Lapsen hoidon laiminlyönti, muu laiminlyönti	43	1,8	2	0,8
Lapsen heitteillejätto	8	0,3	1	0,4
Väkivalta	111	4,6	43	16,9
Muut perheen elinoloihin liittyvät vaikeudet	141	5,8	23	9,0
Vanhemman/hoitajan väsymys	74	3,0	19	7,5
Muu tekijä	67	2,8	4	1,6

(jatkuu)

(jatkoa)

Lastensuojelun tarvetta aiheuttava tekijä ¹	Sijoitetut yhteensä	%	Niistä uudet sijoitetut	%
Lapsen/nuoren toimintaedellytykset ja/tai niiden puutteet	420	17,3	35	13,7
Fyysinen ja psyykinen hyvinvointi	127	5,2	7	2,7
Kouluvaikeudet	87	3,6	7	2,7
Koulumotivaatio/kouluhallittomuus	13	0,5	1	0,4
Luvattomia poissaoloja/koulunkäynnin laiminlyönti, muu vaikeus	74	3,0	6	2,4
Sosiaalinen vuorovaikutus	97	4,0	9	3,5
Rikolliset teot	19	0,8	0	0,0
Kuljeskelu, muu tekijä	26	1,1	1	0,4
Päihteiden käyttö	64	2,6	11	4,3
Muut taustatekijät	29	1,2	4	1,6
Ei tietoa²⁾	315	13,0	22	8,6

¹ Tekijäksi on otettu tilastovuonna asiakastietojärjestelmään ensimmäiseksi merkitty tarvetta aiheuttava tekijä.

² Asiakastietojärjestelmän arvionäytöltä puuttuu tarvetekijätieto.

Lastensuojelun huostaanoton ja kiireellisen huostaanoton tarvetta aiheuttavat tekijät 2005

Lastensuojelun tarvetta aiheuttava tekijä ¹	Huostassa yhteensä	olleet %	Niistä uudet huostaanotetut %	Kiireellisesti huostaanotetut yhteensä	%	Niistä uudet kiireellisesti huostaanotetut %	%
Yhteensä lapsia	1 909		408	340		71	
Yhteensä tekijöitä	1 909	100	408	100	340	100	71
Lapsen/nuoren kasvuolot/perheen elinolot yhteensä	1 248	65,4	263	64,5	218	64,1	49
Päihteet	583	30,5	97	23,8	85	25,0	16
Vanhemman/huoltajan alkoholin käyttö	368	19,3	64	15,7	59	17,4	13
Vanhemman/huoltajan huumeiden käyttö/lääkeriippuvuus	123	6,4	22	5,4	17	5,0	2
Vanhemman/huoltajan päihteiden sekakäyttö, muun perheenjäsenen päihteiden käyttö	92	4,8	11	2,7	9	2,6	1
Fyysinen ja psyykinen terveys	217	11,4	43	10,5	30	8,8	5
Vanhemman/huoltajan mielisairaus, muu sairaus	97	5,1	12	2,9	11	3,2	3
Vanhemman/huoltajan mielenterveyden häiriöt	120	6,3	31	7,6	19	5,6	2
Sosiaalinen vuorovaikutus	117	6,1	32	7,8	28	8,2	10
Perheenjäsenten vuorovaikutukseen/ihmissuhteisiin liittyvät vaikeudet	65	3,4	22	5,4	19	5,6	6
Vanhempien/hoitajien/perheen muut ihmissuhdevaikeudet	15	0,8	3	0,7	4	1,2	2
Kaoottinen elämäntilanne, muu vaikeus	37	1,9	7	1,7	5	1,5	2
Kasvatuskysymykset	131	6,9	38	9,3	27	7,9	5
Lapsen/nuoren kasvattamisen pulmat	81	4,2	26	6,4	21	6,2	5
Vanhemman/hoitajan kypsymättömyys vanhemmuuteen/avuttomuus	50	2,6	12	2,9	6	1,8	-
Huolto- ja tapaamispulmat	12	0,6	3	0,7	3	0,9	1
Hoidon laiminlyönti	45	2,4	10	2,5	10	2,9	2
Lapsen hoidon laiminlyönti, muu laiminlyönti	39	2,0	6	1,5	6	1,8	1
Lapsen heitteillejätto	6	0,3	4	1,0	4	1,2	1
Väkivalta	51	2,7	19	4,7	15	4,4	4
Muut perheen elinoloihin liittyvät vaikeudet	92	4,8	21	5,1	20	5,9	6
Vanhemman/hoitajan väsymys	35	1,8	15	3,7	15	4,4	3
Vanhemman/hoitajan kuolema/katoaminen	53	2,8	4	1,0	3	0,9	2
Vanhemman/hoitajan rikokset	4	0,2	2	0,5	2	0,6	1

(jatkoa)

Lastensuojelun tarvetta aiheuttava tekijä ¹	Huostassa yhteensä	%	Niistä uudet huostaanotetut	%	Kiireellisesti huostaanotetut yhteensä	%	Niistä uudet kiireellisesti huostaanotetut	%
Lapsen/nuoren toimintaedellytykset ja/tai niiden puutteet	352	18,4	99	24,3	78	22,9	13	18,3
Fyysinen ja psyykinen hyvinvointi	117	6,1	19	4,7	7	2,1	3	4,2
Kouluvaikeudet	65	3,4	25	6,1	19	5,6	1	1,4
Koulumotivaatio/kouluhaluttomuus	7	0,4	2	0,5	3	0,9	-	0,0
Luvattomia poissaoloja/koulunkäynnin laiminlyönti, muu vaikeus	58	3,0	23	5,6	16	4,7	1	1,4
Sosiaalinen vuorovaikutus	70	3,7	23	5,6	18	5,3	5	7,0
Rikolliset teot	20	1,0	6	1,5	6	1,8	0	0,0
Kuljeskelu, muu tekijä	29	1,5	8	2,0	10	2,9	1	1,4
Päihteiden käyttö	51	2,7	18	4,4	18	5,3	3	4,2
Muut taustatekijät	22	1,2	5	1,2	5	1,5	2	2,8
Ei tietoa ²	287	15,0	41	10,0	39	11,5	7	9,9

¹ Tekijäksi on otettu tilastovuonna asiakastietojärjestelmään ensimmäiseksi merkitty tarvetta aiheuttava tekijä.

² Asiakastietojärjestelmän arvionäytöltä puuttuu tarvetekijätieto.

LIITETAULUKKO 5.**VANTAAN LASTENSUOJELUN ASIAKKAAT VUODELTA 2005**

Pyydetyllä ikäjaottelulla viimeisen palvelun mukaan

1) Lastensuojelun avohuollon asiakkaat (mikäli ei ole siirtynyt sijaishuoltoon)

ikä	tyttö	poika	Yhteensä
12-14	320	326	646
15-17	277	331	608

2) Lastensuojelun sijaishuolto

ikä	tyttö	poika	Yhteensä
12-14	75	64	139
15-17	93	89	182

3) Lastensuojelun asiakkaat

ikä	tyttö	poika	Yhteensä
12-14	395	390	785
15-17	370	420	790

3) Lastensuojelun uudet avohuollon asiakkaat

ikä	tyttö	poika	Yhteensä
12-14	99	105	204
15-17	88	96	184

Lapsi tulkitaan uudeksi asiakkaaksi, mikäli hänellä on SOS-alalajilla ensimmäinen asiointi vuonna 2005.

LIITETAULUKKO 6.**ESPOON LASTENSUOJELUASIAKKAAT
2005****1) Lastensuojelun avohuollon asiakkaat**

Ikä	Yhteensä
alle 18- vuotiaat	2179

**2) Lastensuojelun
sijaishuolto**

ikä	tyttö	poika	Yhteensä
12-14	49	51	100
15-17	93	84	177

3) Lastensuojelun uudet avohuollon asiakkaat

Ikä	Yhteensä
-----	----------

1) Lastensuojelun avohuollon asiakkaat

Ikä	Yhteensä
alle 18-vuotiaat	2179

2) Lastensuojelun uudet avohuollon asiakkaat

Ikä	Yhteensä
alle 18- vuotiaat	708

ikä	tyttö	poika	Yhteensä
12-14	49	51	100
15-17	93	84	177

Helsingin kaupunki
Hallinto- ja kehittämiskeskus
Tietohallinto
Tietopalvelu
PL 7010
00099 Helsingin kaupunki
p. 09-310 43772
e-mail sosv.kirjasto@hel.fi

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä

2006

- 2006:1 Riitta Halttunen-Sommardahl ja Laura Sauramäki: Asiakasnäkökulma ja asiakashaastattelut varhaisen tuen hankkeissa 2001-2004
- 2006:2 Riitta Halttunen-Sommardahl: Vanhempien osallistuminen lasten päivähoidossa. Pilottialueina Ala-Malmi ja Arabianranta-Toukola
- 2006:3 Hennamari Mikkola, Ulla Tuominen, Marjo Pääkkö, Maarit Varis ja Arja Peiponen: Palvelusetelin käyttöönoton taloudellisten vaikutusten ennakointi vanhusten palveluasumisessa
- 2006:4 Maria Ahmaoja: Osallisena elämässä. Kokemuksia Neva-yhteisön kuntoutuksesta
- 2006:5 Tuula Jauhiainen: Päihdehuollon jälkikuntoutus. Asiakastyön seurantaraportti 2005
- 2006:6 Eeva Kaukoluoto (kirjoittaja): Selvitys koululaisten iltapäivätoiminnasta Helsingin kaupungin leikkipuistoissa

2007

- 2007:1 Alpo Heikkinen: Nuoret lastensuojelun avohuollossa – palvelujen ja menetelmien tarkastelu. Sosiaali- ja terveysministeriön Sosiaalialan kehittämishankkeen lastensuojelun kehittämissohjelman raportti