

Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki?

– tuki ja hoitomuodot sekä potentiaalisten
lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten
tekijöiden ehkäisevä kuntoutus



Raportti 17 | 2020

Taina Laajasalo
(toim.)

Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki?

– tuki ja hoitomuodot sekä potentiaalisten lapsiin
kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden ehkäisevä kuntoutus



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos



Barnahus

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Taina Ståhl

Kannen kuva: Rodeo

ISBN 978-952-343-587-2 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-587-2>

PunaMusta Oy

Vantaa, 2020

Esipuhe

Arvoisa lukija,

Lapsiin kohdistuu väkivaltaa edelleen merkittävässä määrin nyky-Suomessa. Tämä on tunnettu lapsen kasvun, kehityksen ja mielenterveyden riskitekijä, ja lapsen suojeleminen hänen hyvinvointiaan jollain tavoin uhkaavilta hyväksikäytön muodoilta on kaikkien YK:n lapsen oikeuksien sopimukseen (LOS) sitoutuvien jäsenvaltioiden velvollisuus.

Tämän raportin tarkoituksena on ollut kartoittaa fyysistä ja/tai seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden lasten ja nuorten hoitopolkuja. Raportti esittelee myös Suomessa käytössä olevia psykososiaalisia tukimuotoja ja niiden tutkimusnäyttöä. Raporttia varten on koottu tietoa kyselytutkimuksen ja haastattelujen avulla kattavasti sekä julkisen puolen ammattilaisilta sekä järjestökentältä.

Raportti toteaa, että Suomessa on väkivaltakysymyksiin liittyvää vakiintunutta ja vaativaa erityisosaamista. Käytössä on erilaisia tuki- ja hoitomenetelmiä sekä työtapoja. Maassamme on myös käynnissä alan tutkimusta.

Toisaalta raportti nostaa esiin monia puutteita, jotka eräs haastatelluista pukee hyvin sanoiksi:

”Olisi tärkeä saada sovittua yhteiset pelisäännöt, sopia eri toimijoiden rooleista, kehittää viranomaisten yhteistyöhön pohjaavia työmalleja ja tehostaa tiedonvaihtoa eri viranomaisten välillä, ettei perheen näkökulmasta tulisi sekametelisoppaa, jossa tehdään jatkuvaa arviointia eri paikoissa, toisiaan tukemattomia suosituksia tai muuta vastaavaa. Kun huoli on kova, saatetaan näille perheille tarjota vähän kaikenlaista. Hyödyllistä olisi tehdä rauhallinen, pysähtyvä arviointi ja ohjaus. Tällainen kohdentamisen järkevöittäminen säästää myös kustannuksia. Pitäisi pysähtyä miettimään, mistä on hyötyä ja missä vaiheessa ja järjestyksessä.”

Yhtenä keskeisenä lähempää tarkastelua ja toimenpiteitä vaativana osa-alueena nouseekin siis esiin väkivallan puheeksi ottamisen, tunnistamisen, arvioinnin, tuen ja näyttöön perustuvan hoidon menetelmien saatavuus ja käytön seuranta koko maassa. Puutteita todettiin myös tuen, hoidon, esitutinnan ja lastensuojelullisten tarpeiden koordinaatiossa sekä eri toimijoiden roolien yhteensovittamisessa.

Raportti nostaa esiin rakenteellisten ongelmien lisäksi laajamittaisen tarpeen lisätä väkivaltateemaan liittyvää koulutusta ja osaamista. Myös työnohjaus- ja

konsultaatiotarpeet näyttäytyvät mittavina, mikä on osaltaan syytä huomioida suunniteltaessa koulutustarjontaa. Ruotsissa käytössä oleva osaamiskeskusmalli voisi olla yksi ratkaisu koulutuksen kansallisen tason koordinoimiseen sekä osaamisen ja rakenteiden pitkäjänteiseen kehittämiseen. Tätä kautta olisi mahdollista myös keskitetysti tiivistää kansallisia asiantuntijaverkostoja sekä edistää poikkeusteellisistä ja moniammatillista kehitystyötä ja tutkimusta.

On tärkeää, että yksikään väkivaltaa kokenut lapsi ei jää näkymättömäksi, ja että kukaan ei tipu palveluiden väliin. Raportista esiin tulevat puutteet ovat riski tarpeisiin vastaamiselle sekä perheiden sitouttamiselle tukeen ja hoitoon. Myös potentiaalisten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden kuntoutuksen tarpeet on syytä ottaa entistä paremmin huomioon.

YK:n lapsen oikeuksien sopimuksessa todetaan, että vastuu asianmukaisista toimista väkivallan uhriksi joutuneen lapsen toipumisesta on viime kädessä sopimusvaltioilla. Vuonna 2019 julkaistu Väkivallaton lapsuus – toimenpidesuunnitelma määrittää kansalliset suuntaviivat lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisylle. Toimenpidesuunnitelma ja tämä raportti antavat yhdessä eväitä sekä kansalliselle ja alueelliselle kehittämistyölle sekä näyttöön perustuvien tuki- ja hoitomuotojen kansalliselle implementaatiolle.

Suomi on sitoutunut YK:n globaalin kestävän kehityksen tavoitteisiin. Kestävään kehitykseen kuuluu mm. köyhyyden poistaminen, ympäristön suojeleminen, naisten ja miesten tasa-arvo, mutta myös väkivallan kitkeminen. Suomella on vajaa vuosikymmen aikaa saavuttaa Agenda 2030-toimintaohjelman osa-tavoite 16.2, eli kitkeä maastamme kaikki lapsiin kohdistuva pahoinpitely, hyväksikäyttö, ihmiskauppa ja kaikki väkivallan muodot sekä lasten kiduttaminen. Haaste on suuri, ja sen eteen on tehtävä työtä. Tämän raportin kaltaiset selvitykset, niiden pohjalta laaditut toimintasuunnitelmat, kehittämistyön jatkuvuus, toimivat puitteet ja pitkäkestoinen rahoitus ovat välttämättömyys tavoitteeseen pääsyyn. Halua, sitoutumista ja motivaatiota muutostyöhön löytyy kentältä, kuten tämäkin raportti osoittaa.

18. joulukuuta 2020

Laura Korhonen

Lasten- ja nuorisopsykiatrian professori
Johtaja, Kansallinen osaamiskeskus Barnafriad
Linköpingin yliopisto, Ruotsi

Ritva Halila

Ylilääkäri
Sosiaali- ja terveysministeriö
Lasten ja nuorten yksikkö

Tiivistelmä

Taina Laajasalo (toim.). Barnahus-hanke. Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki? – tuki ja hoitomuodot sekä potentiaalisten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden ehkäisevä kuntoutus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 17/2020. 196 sivua. Helsinki 2020.

ISBN 978-952-343-587-2 (verkkojulkaisu)

Raportti kuvaa väkivaltaa kohdanneiden lasten tuen ja hoidon muotoja, palvelupolkuja sekä näiden kehittämistarpeita perus- ja erikoissairaanhoidossa, lastensuojelussa ja kolmannella sektorilla. Julkaisu on jaettu osiin, joista ensimmäinen osa luo katsauksen väkivaltaa kohdanneiden lasten näyttöön perustuvien hoitomallien periaatteisiin ja esittelee lähemmin kuusi hoitomallia. Toisessa osassa kuvataan väkivaltaa kohdanneiden lasten kansallisia ja alueellisia palvelupolkuja ja niiden sisältöjä aineistolla, joka koostuu kyselystä (n = 244) ja syventävistä haastatteluista (n = 25) lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa työssään kohtaaville eri alojen ammattilaisille. Kolmas osa tarkastelee potentiaalisten seksuaalirikosten tekijöiden tuen, hoidon ja kuntoutuksen tutkimustustaa, hoidon sisältöjä ja tämänhetkisiä hoitopolkuja sekä kehittämistarpeita.

Tulosten mukaan väkivaltaa kokeneen lapsen hoidollisten tarpeiden yhteensovittaminen esitutkinnan asettamien vaatimusten sekä suojelullisten tarpeiden kanssa on palvelupolun onnistumisen kannalta kriittinen vaihe. Tämä on kohta, jossa lapsen riski jäädä ilman oikea-aikaista tukea on suurimmillaan. Peruspalveluilta odotetaan keskeisempää roolia väkivaltaa kokeneen lapsen tunnistamisen lisäksi myös lapsen tukemisessa ja väkivallan seurausten hoitamisessa. Lisäksi näyttöön perustuvia arvioinnin, tuen ja hoidon menetelmiä on saatavilla alueellisesti vaihtelevasti, eivätkä menetelmät ole juurtuneet pysyvästi osaksi palveluvalikkoa. Potentiaalisten seksuaalirikosten tekijöiden osalta nousee esiin tarve siirtää vastuuta järjestökentältä julkisen sektorin toteuttamille palveluille, joita pitää olla saatavilla valtakunnallisesti tasa-arvoisesti.

Johtopäätöksissä todetaan, että meneillään olevan osaamis- ja tukikeskuskehityksen (OT) mukaiset linjaukset todennäköisesti parantavat osaltaan myös väkivaltaa ja traumaattisia kokemuksia kohdanneiden lasten tukea ja hoitoa. Tämä on mahdollista esimerkiksi tukemalla aiempaa tehokkaammin perustason ja kolmannen sektorin palveluntarjoajia vaativan erityistason tarjoamien konsultaatioiden ja koulutusten avulla. Lisäksi näyttöön perustuvien työmenetelmien systemaattinen levittäminen ja juurruttaminen vähentää alueellista eriarvoisuutta tarvittavien hoitojen saatavuudessa. Johtopäätöksissä kuvataan millä tavoin raportissa tehtyjä havaintoja hyödynnetään kansallisessa Barnahus-hankkeessa (2019–2023), jonka tavoitteena on varmistaa lapsiystävälliset rikos- ja oikeusprosessit sekä vaikuttava tuki ja hoito väkivaltaa kohdanneille lapsille.

Avainsanat: lapset, nuoret, perhe, väkivalta, hoito, hoitomenetelmät, mielenterveys, lastensuojelu, rikollisuus, alueelliset erot, erikoissairaanhoido, peruspalvelut

Sammandrag

Taina Laajasalo (red.). Projektet Barnahus. Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki? – tuki ja hoitomuodot sekä potentiaalisten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden ehkäisevä kuntoutus. [Hur förverkligas det psykosociala stödet för barn som blivit utsatta för våld? – stöd och behandlingsformer samt förebyggande rehabilitering av potentiella gärningsmän i sexualbrott]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 17/2020. 196 sidor. Helsingfors, Finland 2020. ISBN 978-952-343-587-2 (nätpublikation)

Denna rapport beskriver formerna för stöd och vård samt servicevägar för barn som har upplevt våld, och behovet av att utveckla dessa inom primärvården, den specialiserade medicinska vården, barnskyddet och i tredje sektorn. Publikationen har delats upp, och den första delen ger en översikt över principerna för evidensbaserade behandlingsmodeller för barn som har upplevt våld och presenterar sex behandlingsmodeller mer detaljerat. I den andra delen beskrivs de nationella och regionala servicevägarna för barn som har upplevt våld och innehållet i dessa servicevägar med hjälp av material som består av en undersökning (n = 244) och djupintervjuer (n = 25) genomförda med yrkesverksamma inom olika områden som möter våld mot barn i sitt arbete. I den tredje delen undersöks forskningsbakgrunden kring stöd, behandling och rehabilitering som ges till potentiella gärningsmän i sexualbrott, innehållet i behandlingen och nuvarande värdvägar samt utvecklingsbehov.

Enligt resultaten är sammanjämkningen av vårdbehovet för ett barn som har upplevt våld med kraven i förundersökningen och barnets omsorgsbehov ett kritiskt skede i arbetet för att skapa en lyckad servicebana, och risken att barnet inte får stöd i rätt tid är som störst då. Förutom att kunna identifiera barn som har upplevt våld förväntas grundläggande tjänster också ha en mer central roll när det gäller att ge barnet stöd och ta itu med konsekvenserna. Dessutom varierar tillgängligheten av evidensbaserade bedömnings-, stöd- och behandlingsmetoder regionalt, och metoderna har inte etablerats som en permanent del av de tillgängliga tjänsterna. När det gäller potentiella gärningsmän i sexualbrott avslöjar rapporten ett behov av att överföra ansvar från icke-statliga organisationer till de tjänster som implementerats av den offentliga sektorn, som måste vara lika tillgängliga i hela landet.

I slutsatserna fastställs att politiska beslut i linje med den pågående utvecklingen i kunskaps- och stödcentren å sin sida sannolikt också kommer att förbättra stödet och behandlingen som ges till barn som drabbats av våld och traumatiska upplevelser. Detta kan till exempel uppnås genom att mer effektivt stöd ges till grundläggande tjänstleverantörer och leverantörer i tredje sektor genom konsultation och utbildning av den krävande specialnivån. Dessutom minskar systematisk spridning och etablering av evidensbaserade arbetsmetoder regionala ojämlikheter vad gäller tillgången till nödvändig behandling. I slutsatserna beskrivs också hur observationerna i rapporten utnyttjas i det nationella Barnahus-projektet (2019-2023), som syftar till att säkerställa barnvänliga straffrättsliga förfaranden och rättsliga förfaranden samt effektivt stöd och effektiv behandling av barn som har upplevt våld.

Nyckelord: barn, ungdomar, familj, våld, behandling, behandlingsmetoder, mental hälsa, barnskydd, brottslighet, regionala skillnader, specialiserad medicinsk vård, grundläggande offentliga tjänster

Abstract

Taina Laajasalo (eds.). Barnahus project. Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki? – tuki ja hoitomuodot sekä potentiaalisten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden ehkäisevä kuntoutus. [How do children who have encountered violence receive psychosocial support? – support and forms of treatment along with preventive rehabilitation provided to potential sexual offenders] Finnish Institute of Health and Welfare (THL). Report 17/2020. 196 pages. Helsinki, Finland 2020. ISBN 978-952-343-587-2 (online publication)

This report describes the forms of support and care and the service paths of children who have encountered violence and the need to develop these in primary healthcare, specialised medical care, child welfare and the third sector. The publication has been divided into parts, the first of which provides an overview of the principles of evidence-based treatment models for children who have encountered violence and presents six treatment models in more detail. The second part describes the national and regional service paths for children who have encountered violence. It also describes the content of these service paths with the help of material consisting of a survey (n = 244) and in-depth interviews (n = 25) conducted with professionals of different fields who encounter violence against children in their work. The third part examines the research background of the support, treatment and rehabilitation provided to potential sexual offenders, the content of the treatment and the current care paths as well as the development needs.

According to the results, the reconciliation of the care needs of a child who has experienced violence with the requirements of the pre-trial investigation and the child welfare needs is a critical stage in terms of the successful service path. The risk that the child will not receive correctly timed support is then at its highest. In addition to identifying a child who has experienced violence, basic services are also expected to take a more central role in supporting the child and addressing the consequences. Furthermore, the availability of evidence-based assessment, support and treatment methods varies regionally, and the methods have not become established as a permanent part of the available services. With regard to potential sexual offenders, the report reveals a need to transfer responsibility from NGOs to the services implemented by the public sector, which must be equally available in the whole country.

In the conclusions, it is stated that policies in line with the development of the Centres of Expertise and Support currently under way are for their part likely to also improve the support and treatment provided to children who have encountered violence and had traumatic experiences. For example, this can be achieved by providing more effective support to basic-level and third-sector service providers through consultations and training provided by the highly specialised level. In addition, systematic dissemination and establishment of evidence-based working methods reduces regional inequalities in the availability of the required treatments. It is also described in the conclusions how the observations made in the report are utilised in the national Barnahus project (2019–2023), which is aimed at ensuring child-friendly criminal procedures and legal proceedings as well as effective support and treatment for children who have encountered violence.

Keywords: children, young people, family, violence, treatment, treatment methods, mental health, child welfare, crime, regional differences, specialised medical care, basic public services

Sisällysluettelo

Esipuhe	3
Tiivistelmä	5
Sammandrag	6
Abstract	7
Lyhenteet	10
Kirjoittajat.....	11
1 Johdanto	13
A-osa	
2 Väkivaltaa kokeneen lapsen näyttöön pohjautuva hoito	16
2.1 Lapsen kehitystason vaikutus hoitoon.....	17
2.2 Näyttöön pohjautuvasta hoidosta	17
2.3 Hoitomalleja.....	23
2.3.1 CPP	23
2.3.2 TF-KKT	23
2.3.3 NET/KIDNET	25
2.3.4 EMDR	26
2.3.5 CFTSI	27
2.3.6 CPC-CBT	29
2.4 Hoidon suunnitteluun vaikuttavia asioita	30
2.4.1 Lapsen ja perheen yksilöllinen tilanne.....	30
2.4.2 Lapsen häiriö ja sen vakavuus.....	30
2.4.3 Hoitomallien yhteiset elementit	31
2.5 Yhteenveto.....	32
B-osa	
3 Aineisto ja menetelmät	33
3.1 Kysely alueille	33
3.2 Haastattelut ja muu aineiston keruu	35
3.3 Aineiston rajoitukset	36
4 Kansallinen tilanne	37
4.1 Hoito- ja palvelupolut.....	37
4.2 Tuen ja hoidon tarpeen arviointi	38
4.3 Tuessa ja hoidossa käytetyt työmenetelmät	41
4.5 Peruspalveluiden rooli palvelujen tuottajana	46
4.6 Lastensuojelu palvelun tuottajana	49
4.7 Kolmas sektori palvelujen tuottajina	51
4.8 Poliisin näkökulma palvelupolkuihin	54
4.9 Työntekijöiden koulutustarpeet	55

5	Palvelupolut ja palvelujen kehittämistarpeet alueittain	58
5.1	HYKS erva-alueen vastausten tarkastelua	58
5.2	KYS erva-alueen vastausten tarkastelua	77
5.3	OYS erva-alueen aineiston tarkastelua	86
5.4	TAYS erva-alueen vastausten tarkastelua	100
5.5	TYKS erva-alueen vastausten tarkastelua	109

C-osa

6	Potentiaalisten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden hoito, tuki ja kuntoutus	125
6.1	Lapsikohtainen seksuaalinen kiinnostus ja rikosten tekijät	126
6.1.1	Mitä on lapsikohtainen seksuaalinen kiinnostus?	126
6.1.2	Miten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekemistä on selitetty? ...	128
6.1.3	Mitä tiedetään lapsiin kohdistuneiden seksuaalirikosten tekijöistä ja näiden rikosten uusimisesta?	130
6.2	Seksuaalirikoksen tekijöiden kuntoutus ja sen vaikuttavuus	132
6.3	Tuki-, hoito- ja kuntoutusohjelmat Suomessa	134
6.4	Hoidon, tuen ja kuntoutuksen tulevaisuus	138
6.4.1	Haasteet nykyisissä palveluissa	138
6.4.2	Lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten ennaltaehkäisy	140
6.4.3	Moniammatillisen tuen merkitys	145
6.4.4	Ehkäisevä hoitopolku primaari- ja sekundaaritasoilla	146
6.5	Yhteenvedo	150

D-osa

7	Pohdinta	152
7.1	Väkivaltaa kokeneen lapsen palveluketju	152
7.1.1	Tunnistaminen ja puheeksiotto	154
7.1.2	Arviointi	154
7.1.3	Varhaisen vaiheen (kriisi)tuki	156
7.1.4	Traumahoito	157
7.1.5	Muu tuen ja hoidon tarve	158
7.1.6	Palvelupolun superhetket	158
7.2	Kansalliset kehityssuunnat	160
7.2.1	Perustaso palveluntuottajana	160
7.2.2	Pohdintaa kunnallisen sosiaalityön asemasta	162
7.2.3	Kolmannen sektorin rooli	165
7.2.4	OT-keskukset ja kansallinen koordinaatiovastuu	165
7.2.5	Barnahus-malli	167
7.2.6	Oikeuspsykologian ja -psykiatrian yksiköiden rooli lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen kysymyksissä	170
7.3	Raportin keskeisimmät havainnot ja ehdotukset jatkotoimenpiteiksi	172
	Lähteet	174
	Liitteet	186

Lyhenteet

ABC	Attachment and Biobehavioral Catch-Up
CCP (IPP, PPP)...	Child-Parent (Infant-Parent, Preschooler-Parent) Psychotherapy
CFTSI	Child and Family Traumatic Stress Intervention
CPC-CBT	Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Therapy
CPT	Cognitive Processing Therapy
DDP	Dyadic Developmental Psychotherapy
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (suom. silmänliikkeillä poisherkestäminen ja uudelleen prosessointi)
erva	erityisvastuualue
HYKS	Helsingin seudun yliopistollinen keskussairaala
HUS	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
KIDNET	Lapsille muokattu sovellus narratiivisesta altistusterapiasta
KKT	Kognitiivinen käyttäytymisterapia
KYS	Kuopion yliopistollinen sairaala
NET	Narrative Exposure Therapy (suom. narratiivinen altistusterapia)
OYS	Oulun yliopistollinen sairaala
PCIT	Parent-Child Interaction Therapy
PTSD	Posttraumaattinen stressihäiriö (engl. Post-traumatic stress disorder)
TAYS	Tampereen yliopistollinen sairaala
TF-KKT	Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (engl. TF-CBT = Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy)
TYKS	Turun yliopistollinen keskussairaala

Kirjoittajat

Abrahamsson Outi, perhepsykoterapeutti, Barnahus-hanke, TYKS-erva
Turun yliopistollinen keskussairaala, Lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian
tutkimusyksikkö

Alatalo Marjo, projektipäällikkö, lastensuojelu
Helsingin kaupunki

Darth Marja, osastonylilääkäri, lastenpsykiatrian erikoislääkäri,
lastenpsykoterapian erityispätevyys, Kuopion yliopistollinen sairaala, Pohjois-
Savon sairaanhoitopiiri

Huittinen Matleena, sosiologi (VTM), suunnittelija, Barnahus-hanke
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Joki-Erkkilä Minna, LT, apulaisylilääkäri, Barnahus-aluekoordinaattori, TAYS-erva
Tampereen yliopistollinen sairaala, Lasten oikeuspsykiatrian yksikkö

Julin Essi, sosiaalityöntekijä (YTM), erikoissuunnittelija, Barnahus-hanke
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannisto Noora, Master of health care in clinical expertise and development
Kliininen asiantuntija, Barnahus-hankkeen psykososiaalisen tuen koordinaattori,
TAYS-erva
Tampereen yliopistollinen sairaala, Lasten oikeuspsykiatrian yksikkö

Laajasalo Taina, PsT, oikeuspsykologian dosentti, johtava asiantuntija, Barnahus-
hanke
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Lehtinen Miia, komisario, poliisiasiantuntija, Barnahus-hanke
Poliisihallitus

Luoma Ilona, lastenpsykiatrian professori, ylilääkäri
Itä-Suomen yliopisto ja Kuopion yliopistollinen sairaala

Matikka Laura, sosiaalityöntekijä (YtM), Barnahus-aluekoordinaattori, KYS-erva
Kuopion yliopistollinen sairaala, Lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian
tutkimusyksikkö

Nikkola Eeva, LT, lastentautien erikoislääkäri, sosiaalipediatri, Barnahus-
aluekoordinaattori, HYKS-erva
Uusi lastensairaala, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Nurminen Nina, yliopettaja, psykologi (PsM)
Rikosseuraamusalan koulutuskeskus, Rikosseuraamuslaitos

Nuutinen Teija, psykologi, PsM /TtM
Kuopion yliopistollinen sairaala, Lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian tutkimusyksikkö

Peltola Maria, Lastenpsykiatrian erikoislääkäri
Tampereen yliopistollinen sairaala, Lasten oikeuspsykiatrian yksikkö

Pirinen Johanna, psykologi, kouluttajapsykoterapeutti, Barnahus-aluekoordinaattori, TYKS-erva
Turun yliopistollinen keskussairaala, Lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian tutkimusyksikkö

Rajala Rika, sosiaalihuollintieteen maisteri (YTM), koordinaattori, Barnahus-hanke
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Rossi Maria, ylikonstaapeli, poliisiasiantuntija, Barnahus-hanke
Poliisihallitus

Taivaloja Nita, sosiaalipsykologi (VTM), sosionomi (AMK), seksuaaliterapeutti
Asiantuntija, SeriE-hanke
Kriminaalihuollon tukisäätiö

Tenhunen Tiina, lastenpsykiatrian erikoislääkäri, Barnahus-aluekoordinaattori, OYS-erva
Oulun yliopistollinen sairaala, Lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian yksikkö

Vehkaoja Sini, psykologi, Barnahus-hankkeen hoitokoordinaattori, HYKS-erva
Helsingin yliopistollinen sairaala, Lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian yksikkö

Öst Björn, psykologi, psykoterapeutti, Vaasan alueen Barnahus-vastuuhenkilö
Vaasan Lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian tutkimusyksikkö

1 Johdanto

Taina Laajasalo

Väkivalta on lapselle haitallista ja vaikuttaa tapoihin, joilla lapsi näkee ja kokee itsensä, maailman ja muut ihmiset. Väkivaltakokemusten yhteys lasten- ja nuorisopsykiatriseen sairastavuuteen sekä lapsuus- ja aikuisiän ongelmiin on tutkimusten mukaan niin vahva, että lapsiin kohdistuva kaltoinkohtelu on nimetty tärkeimmäksi ehkäistävässä olevaksi lapsuusiän psykiatrisen sairastavuuden riskitekijäksi (Teicher & Samson, 2016).

Väkivaltaa kokeneiden lasten ja nuorten tuessa ja hoidossa sekä näiden koordinaatiossa on Suomessa puutteita. Vuonna 2019 julkaistu Väkivallaton lapsuus – toimintasuunnitelma määrittää kansalliset suuntaviivat lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisylle (Korpilahti ym., 2019). Suunnitelmassa nousee toistuvasti esiin lasten ja nuorten psyykkisen tuen tarpeen arviointiin sekä palveluiden piiriin ohjaamiseen ja saatavuuteen liittyvä selkiytymättömyys sekä hoitopolkujen kartoittamisen tarve. Tämä raportti tukee osaltaan kansallisen tilanteen parantamista ja meneillään olevaa kehittämistyötä.

Väkivaltakokemusten aiheuttaman haitan ilmenemistavat vaihtelevat huomattavasti yksilöittäin ja seurauksiin vaikuttavat monet tekijät. Diagnostisista psykiatrisista häiriöistä väkivaltakokemuksiin liittyy selkeimmin traumaperäinen stressihäiriö, joka syntyy reagoitina voimakkaaseen traumaattiseen kokemukseen kuten väkivaltaan. Diagnoositasolla tarkasteltuna traumaperäinen stressihäiriö kuuluu silti verrattain pieniin häiriöryhmiin. Tarkasteltaessa vuoden 2019 osalta alle 18-vuotiaiden lasten ja nuorten avokäyntejä ja osastohoitoja lasten- ja nuorisopsykiatrialla oli traumaperäinen stressireaktio (F43.1) pää- tai sivudiagnoosina 1101 lapsella ja nuorella. Lisäksi erikoissairaanhoidossa hoidetaan vuosittain joi-takin satoja lapsia, joilla on diagnoosina kiintymyssuhdehäiriö, jonka syntyn yleisesti vaikuttaa psyykinen tai fyysinen väkivalta, seksuaaliväkivalta tai laiminlyönti (Huikko ym. 2017). Edellä mainittujen häiriöiden lisäksi lapsuudessa koettu väkivalta on riskitekijä kaikille väestössä yleisimmin esiintyvälle psykiatrisille häiriöille sekä lapsen emotionaalisille ja käyttäytymisen ongelmille. Tämän vuoksi väkivallan ehkäisyllä, uhrien tarvitseman hoidon sisällön ja hoitopolkujen kehittämisellä on laaja-alaista kansanterveydellistä ja taloudellista merkitystä.

Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava tutkimusnäyttöön, hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin ja oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8 §). Myös sosiaalihuoltolain mukaan (15 §) sosiaalityön asiakas- ja asiantuntijatyön toteutumista ja vaikuttavuutta on seurattava. Väkivaltaan ja traumaattisiin kokemuksiin liittyvien oireiden ja häiriöiden hoidon osalta on kansainvälisesti kiinnitetty huomiota toimintatapojen ja hoidon muotojen kirjavuuteen, vaikkakin näyttöön pohjautuvien käytäntöjen saatavuus on lisääntynyt (Kazlauskas ym., 2016; Schäfer ym., 2018). Heikosti toimiva

tuki ja hoito lisää inhimillistä kärsimystä, kasvattaa kustannuksia ja pahimmillaan aiheuttaa jopa haittaa.

Lasten traumaoireisiin liittyvän hoidon kansallista tilannetta on tarkasteltu edellisen kerran osana vuonna 2017 ilmestynyttä julkaisua (Huikko ym. 2017). Raportin mukaan traumaoireisiin kohdennettujen näyttöön pohjautuvien hoitojen saatavuus ja henkilöstön osaaminen ja erikoistuminen palvelujärjestelmässä on Suomessakin lisääntynyt. Silti esimerkiksi vahvimmin näyttöön pohjautuvaa traumahoidon muotoa, traumafokusoitua kognitiivista käyttäytymisterapiaa, oli saatavilla vain neljässä (20 %) sairaanhoitopiirissä. Tässä raportissa luodaan ajankohtainen syventävä katsaus traumaan kohdennettujen hoitojen sekä muun väkivaltaa kohdanneiden lasten psykososiaalisen tuen sisältöön ja saatavuuteen.

Lasten, nuorten ja perheiden palveluihin kuuluu paljon muutakin kuin sote-palveluita, muun muassa varhaiskasvatus, perusopetus, toinen aste, nuorisotyö ja vapaa-aika. Vaikka diagnosoitujen häiriöiden hoitovastuu kuuluu terveydenhuollon toimijoille, kohdataan väkivaltaa kokeneita lapsia kaikissa palveluissa, joissa lapsia ylipäänsä tavataan. Siksi tässä julkaisussa tarkastellaan palvelujärjestelmää laajasti niin perus- kuin erityistason palveluiden näkökulmasta, koulujen oppilashuoltoa ja kolmatta sektoria unohtamatta. Eri toimijoilla on erilaiset roolit ja tehtävät, mutta niitä kaikkia tarvitaan väkivallan haittavaikutusten minimoimisessa ja sujuvan hoidon ja tuen polun varmistamisessa.

Lapseen kohdistuva väkivalta kattaa luonteeltaan, vakavuudeltaan ja seurausiltaan huomattavan laajan kirjon erilaisia lapselle haitallisia tekoja: esimerkiksi lähisuhdeväkivallan todistamista, seksuaalista, fyysistä ja emotionaalista väkivaltaa ja näiden väkivallan muotojen erilaisia yhdistelmiä. Siksi myös tuen ja hoidon tarpeet ovat erilaisia. Jotkut väkivallan uhreista tarvitsevat vain verrattain vähän supportiivista tukea, toiset laaja-alaista koko perheeseen kohdennettavaa monimuotoista tukea, osa pitkäkestoista, intensiivistä yksilöterapiaa ja niin edelleen. Lisäksi samanlaisella väkivaltakokemuksella voi olla hyvin moninaisia seurauksia yksilön elämäntilanteesta ja perimästäkin riippuen. Väkivaltaa kohdanneen lapsen hoidon sisältöjen ja hoitopolkujen kuvauksen haasteena on väkivaltakokemusten ja niiden seurausten moninaisuus, ja tämän haasteen myös tämän raportin kirjoittajat tuovat esiin. Raportin kirjoittaminen lähti liikkeelle tarpeesta kartoittaa ja kuvata väkivaltaa kokeneen lapsen hoitopolkuja eri puolella maata. Matkan varrella kävi kuitenkin yhä selvemmäksi, että diagnoosi- ja häiriölähtöisenä terminä hoitopolku-termi sopii huonosti väkivaltaa kokeneen lapsen tarpeiden kokonaisvaltaiseen jäsentämiseen. Tämän vuoksi päädyttiin käyttämään ilmaisua palvelupolku.

Sote-palvelurakenteet ovat parhailaan suuressa muutoksessa. Lapsi- ja perhepalveluiden osalta kehitteillä olevat osaamis- ja tukikeskukset (OT-keskukset) tulevat jatkossa vastaamaan lasten, nuorten ja perheiden kaikkein vaativimpien palvelujen tuottamiseen, tutkimus- ja kehittämistoimintaan sekä palvelujen koordinointiin (Halila ym., 2019). Niille kuuluu myös perustason toimijoiden ohjaus ja kouluttaminen näyttöön perustuviin käytäntöihin ja menetelmiin (vertikaalinen

koordinointi). Vastaavasti tulevaisuuden mielenterveyspalveluiden toivotaan mahdollistavan yhteistoiminnallisuuden, jossa perustasolle tarjotaan erikoissairaanhoidosta aktiivisesti konsultaatiopalveluita, työntekijöitä, työmalleja, ohjeistusta ja vaikuttavia terapeutteja ja psykososiaalisia hoitoja, ja myös järjestöjen aktiivisuus ja osaaminen on merkittävä osa palvelukokonaisuutta (Pirkola, 2020). Edelleen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen ja uusi sosiaalihuoltolaki ovat haastaneet myös sosiaalihuollon ottamaan porrasteisuuden palvelujen organisoimisen lähtökohdaksi (Alatalo ym. 2019). Edellä mainitut linjaukset sopivat ohjaamaan myös väkivaltaa ja traumaattisia kokemuksia kohdanneiden lasten tuen ja hoidon kehittämistä ja järjestämistä, jossa perustason ja kolmannen sektorin osaaminen tulee hyödyntää maksimaalisesti, tarvittavaa tukea, konsultaatiota ja ohjausta tarjoten.

Raportin sisältö on jaettu neljään osaan. A-osassa tarkastellaan monipuolisesti ja laajasti sitä tutkimusnäyttöä, jota erilaisista terapeuttisista työmenetelmistä on saatu. B-osassa aineiston ja sen rajoitteiden kuvailu edeltävät kansallista ja alueellista palvelupolkujen ja niiden sisällön tarkastelua. C-osassa tarkastellaan lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden ja potentiaalisten tekijöiden vaikuttavan hoidon saatavuutta. Tämä teema liittyy muun raportin sisällön tavoin tärkeänä osana Suomen ratifioiman Lanzaroten sopimuksen sisältöön ja toimeenpanoon, jonka tavoitteena on torjua lasten seksuaalista riistoa ja seksuaalista hyväksikäyttöä. Seksuaalirikoksen tekijöiden hoitopolkuihin ja hoidon sisältöihin liittyvät puutteet on nostettu esiin kansallisella tasolla Väkivallaton lapsuus -toimenpidesuunnitelmassa (Korpilahti ym. 2019) ja kansainvälisellä tasolla mm. Euroopan komission taholta¹. Kolmas osa tarkastelee tekijöiden tuen, hoidon ja kuntoutuksen tutkimustaustaa, hoidon sisältöjä, kansallista hoitojen saatavuutta ja hoitopolkuja sekä kehittämistarpeita.

Viimeisessä osassa analysoimme millaisia eväitä raportin tulokset antavat sekä kansalliselle ja alueelliselle palvelupolkujen kehittämiselle että tietoperustaisen tuki- ja hoitomuotojen kansalliselle implementaatiolle. Tätä työtä tehdään seuraavina vuosina erityisesti kansallisessa Barnahus-hankkeessa, jonka tavoitteena on varmistaa lapsiystävälliset rikos- ja oikeusprosessit sekä vaikuttava tuki ja hoito väkivaltaa kohdanneille lapsille.

1 Member state responses to prevent and combat online child sexual exploitation and abuse. Baseline Mapping (toim Baines, V, 2019). Council of Europe. <https://rm.coe.int/191120-baseline-mapping-web-version-3-/168098e109>

2 Väkivaltaa kokeneen lapsen näyttöön pohjautuva hoito

Ilona Luoma, Maria Peltola, Marja Darth

Lapsen oikeus tulla suojelluksi kaikelta väkivallalta ja välinpitämättömältä kohtelulta jää vuosittain toteutumatta tuhansien Suomessa asuvien lasten kohdalla (Yleisopimus lapsen oikeuksista 1991). Erityisesti pitkäaikaisen ja toistuvan väkivallalle altistumisen seuraukset lapselle ovat traumaperäistä stressihäiriötä (PTSD) monimuotoisempia (Skelton ym. 2010). Väkivaltakokemusten voimakkuuden, keston, toistuvuuden ja laadun monimuotoisuuden lisäksi on huomattava, että kaikki lapset eivät oireile, kehityksellinen herkkyys vaihtelee eri ikävaiheissa, ja jotkin haitallisista seurauksista voivat ilmaantua vasta myöhemmin kehityksen kuluessa. Monet väkivaltatilanteille altistavista riskitekijöistä, esimerkiksi vanhemman päihde- tai mielenterveyden ongelmat tai lapsen kehitykselliset ongelmat, voivat edellyttää myös itsessään tukea ja hoitoa.

Väkivaltakokemusten aiheuttamat kehityksen riskit on tunnistettu ja hoitoon on luotu monenlaisia interventioita. Tutkimusnäyttöä on eniten hoitomalleista, joissa on ennalta määritetty rakenne, joissa perhe on mukana, joissa huomioidaan lapsen tarpeet, vanhemmuus ja perheen tukiverkosto, ja joiden kesto on riittävän pitkä (Carr 2014). Hoidon lapsi- ja perhekohtainen tuloksellisuus on kuitenkin valitun tai käytettävissä olevan hoitomallin näyttöön perustuvaa vaikuttavuutta laajempi yhtälö ja kytkeytyy siihen, miten hyvin ja oikea-aikaisesti hoito vastaa lapsen ja perheen yksilölliseen tilanteeseen ja tarpeisiin.

Yksi tapa jakaa väkivaltaa kokeneiden lasten psykososiaaliseen hoitoon luodut interventiot on luokitella ne vanhemmuuteen kohdistuviin, traumakeskeisiin ja sijaishuollon interventioihin (Goldman Fraser ym. 2013). Toinen tapa jakaa interventiot niiden tason mukaan primaaripreventioon (universaalit ehkäisytoimet ja proaktiivinen riskiryhmien tukeminen), sekundaaripreventioon (reaktiiviset interventiot väkivallan uhan tai kokemisen jälkeen) ja tertiaaripreventioon (lapsen kehityspotentiaalain varmistaminen; Bentovim ym. 2009). Tarkastelumme tässä rajautuu lapsuusikäisten (vauvaiästä murrosikään) vanhemmuuteen kohdistuviin ja traumakeskeisiin sekundaari- ja tertiaaripreventioon luokiteltaviin hoitomalleihin. Tarkemmin käsittelemme kuusi hoitomallia, joiden vaikuttavuudesta on kansainvälistä tutkimusnäyttöä. Tekstin luettavuuden vuoksi käytämme tekstissä hoitomallien suomenkielisiä nimiä ja kirjainlyhenteitä, ja alkuperäiset englanninkieliset nimet

on esitetty taulukoissa. Väkivalta-käsite on käytännön syistä rajattu tässä esityksessä fyysiseen pahoinpitelyyn ja perheväkivaltaan. Lapsuusiällä tässä katsauksessa tarkoitamme ikävuosia 0–13. Vanhempi-sanaa käytämme tarkoittamaan lapsesta ensisijaisesti arjessa huolta pitävää aikuista, olipa hän sitten biologinen, adoptio- tai sijaisvanhempi tai uusperheen äiti tai isä.

2.1 Lapsen kehitystason vaikutus hoitoon

Pikkulapsen psyykinen kehitys rakentuu vuorovaikutuksessa hänestä huolta pitävien aikuisten kanssa (Mäntymaa ym. 2016). Väkivaltakokemukset vaikuttavat tähän hoivaympäristöön oleellisesti: lapsi on voinut kokea trauman suoraan itseensä tai läheiseensä kohdistuvana. Väkivallan tekijä on voinut olla vanhempi. Lapsi on myös voinut kokea väkivaltaa useilla eri tavoilla. Väkivaltaa itse kokeneen vanhemman voi olla vaikea olla emotionaalisesti lapsen saatavilla. Saman vanhemman edustaessa sekä turvaa että vaaraa lapsen tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn kehitys vaikeutuu ja toistuvien kielteisten vuorovaikutuskokemusten myötä kehittyvä kuva itsestä ja muista vääristyy (Osofsky ym. 2017). Sekä lapsen että vanhemman turvallisuudesta on ensin huolehdittava. Kiintymyssuhde lapsen ja vanhemman välillä on myös väylä hoidon toteuttamiseen ja kiintymyssuhdepohjainen interventio voi auttaa sekä lasta että vanhempaa (Lieberman ym. 2005, Hagan ym. 2017). Väkivaltaa kokeneiden vauvaikäisten hoito on siis vanhempien, vuorovaikutuksen ja perhesysteemin kautta tapahtuvaa (Osofsky ym. 2017, Scheeringa 2009).

Kehitys varhaislapsuudesta keskilapsuuteen tapahtuu kehityksen kaikilla alueilla systeemisesti siten, että biologisessa, kognitiivisessa ja sosiaalisessa kehityksessä tapahtuvat muutokset kietoutuvat toisiinsa (Nurmi ym. 2014). Leikillä on tärkeä merkitys lapsen mielen kehityksessä 4–5-vuotiaana ja se heijastelee lapsen kokemusmaailmaa. Kouluiässä lapsella korostuvat oppiminen, tiedot ja taidot (Mäntymaa ym. 2016). Terapiassa kehityksen eri osa-alueet ja niiden asettamat vaatimukset tulee huomioida (Fredriksson ym. 2018). Leikki-ikäisen lapsen muistin ja kielen kehitys mahdollistaa enenevästi sanalliseen vuorovaikutukseen ja suoraan lapsen kanssa tapahtuvaan yksilölliseen työskentelyyn nojautuvien hoitomallien käytön (Scheeringa 2009). Kun lapsi pystyy verbalisoimaan kiintymyssuhteisiin liittyvää tietoa, mahdollistuu myös turvallisuuden kokemusten käsittely (Fredriksson ym. 2018).

2.2 Näyttöön pohjautuvasta hoidosta

Näyttöön pohjautuvalla hoidolla tarkoitetaan hoitomenetelmiä, joilla on tieteellisen tutkimuksen keinoin osoitettu olevan vaikuttavuutta. Vaikuttavuuden osoitus pohjautuu satunnaistettuihin kontrolloituihin tutkimuksiin ja tutkimusten riittävään laadukkuuteen. RCT-tutkimuksella tarkoitetaan satunnaistettua tutkimusasetelmaa,

jossa tutkittavalla hoitomenetelmällä hoidettavaa ryhmää verrataan muuta aktiivista hoitoa saavaan tai ilman hoitoa olevaan (esimerkiksi hoitoa jonottavaan) verrokkiryhmään. Väkivaltaa kokeneiden lasten hoitoon kohdistuvaa tutkimusta on jo paljon, mutta tutkimusten taso on vaihteleva ja erityisesti hoidon mahdollisia haittavaikutuksia koskeva tieto on vähäistä (Goldman Fraser ym. 2013, Macdonald ym. 2016, Bidonde & Meneses 2017). Johtopäätösten tekemisessä on siis hyvä olla varovainen. Vaikuttavuustutkimuksiin osallistuneiden tutkittavien ryhmien, hoitomallien ja tutkimusmetodologian vaihtelu on huomattavaa (Goldman Fraser ym. 2013, Leenarts ym. 2013, Macdonald ym. 2016) ja vauvaikäisten hoitoa koskeva tutkimustieto on erityisen niukkaa (Scheeringa 2009). Näyttöä kuitenkin on etenkin jo koulu- ja nuoruusikäen ehtineiden lasten traumaperäisten häiriöiden ja oireiden psykologisen hoidon vaikuttavuudesta (Gutermann ym. 2016, Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2020) ja hyödyn pitkäkestoisuudestaan (Gutermann ym. 2017). Lapsen traumaperäisen oireilun lievenemisen lisäksi vaikuttavuuden mittareita on muitakin ja kysymys hoidon vaikuttavuudesta kytkeytyykin siihen, mitä hoidolla tavoitellaan.

Spesifisti vauva- ja leikki-ikäisten traumaperäisiin oireisiin kohdistuvista hoitomenetelmistä on kansainvälisissä ja kotimaisissa suosituksissa (NICE 2018, Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2020) esitetty satunnaistettuun tutkimusasetelmaan pohjautuvaa näyttöä ainoastaan psykodynaamiseen teoriaan ja kiintymyssuhdeteoriaan pohjautuvasta lapsi-vanhempi -psykoterapiasta (CPP, Lieberman ym. 2005). Tästä hoitomallista on tarkempi kuvaus luvussa 2.3.1. CPP-hoitomallinkin osalta näytön taso jää kuitenkin vielä niukaksi (mm. Bidonde & Meneses 2017).

Muiden väkivaltakokemuksiin liittyvien kehityksen riskien vähentämisestä, kuten kiintymyssuhteen turvallisuuden lisäämisestä ja vanhemmuuden vahvistamisesta, on jonkin verran eri hoitomalleihin liittyvää tutkimustietoa. Kiintymyssuhdeteoriaan ja neurobiologiaan pohjautuvan ABC-hoitomallin (Dozier ym. 2011, Grube ja Liming 2018), kuten myös CPP:n on raportoitu lisäävän kiintymyssuhteiden turvallisuutta ja vähentävän niiden jäsentymättömyyttä (Macdonald ym. 2016). Leikki-ikäisten käytösoireiden lievittäminen on puolestaan tavoitteena sosiaalisen oppimisen teoriaan pohjautuvassa PCIT-vuorovaikutushoidossa (Eyberg 1988), jonka tavoitteena on vahvistaa myönteistä vanhemmuutta ja vähentää rankaisuvia ja kielteisiä vuorovaikutusmalleja. Tämän hoitomuodon onkin useissa tutkimuksissa todettu vähentävän lasten käytösoireita (Thomas ym. 2017). Fyysisen pahoinpitelyn uusiutumisen PCIT-hoitomallin sovelluksen jälkeen on todettu myös olevan harvinaisempaa, vaikka näytön taso on vielä riittämätön (Goldman Fraser ym. 2013). Kiintymyssuhteen vahvistamisen tilanteissa, joissa lapsi on kokenut turvatomuutta ja toistuvaa traumatisoitumista, on tarkoitettu myös DDP (Hughes 2004). Kooste keskeisistä kansainvälisessä käytössä olevista vuorovaikutuspohjaisista hoitomalleista on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Pikkulasten ja heidän vanhempiensa tai sijaisvanhempiensa kiintymyssuhdepoijaisten hoitomallien vertailua (Goldman Fraser ym. 2013, Macdonald ym. 2016, Osofsky ym. 2017, Bidonde & Meneses 2017).

	CPP (IPP, PPP) ¹	ABC ²	PCIT ³	DDP ⁴
Teoreettinen viitekehys	Psykodynaaminen teoria Kiintymyssuhdeteoria	Kiintymyssuhdeteoria	Sosiaalisen oppimisen teoria Kiintymyssuhdeteoria	Kiintymyssuhdeteoria
Tavoitteet	Kiintymyssuhteen turvallisuuden lisääntyminen Jaettu traumanarratiivi Lapsen ja vanhemman trauma- oireiden väheneminen Lapsen tunnesäätelyn ja käyttäytymisen säätelyn paraneminen	Kiintymyssuhteen jäsentymättömyyden riskin vähentäminen Vuorovaikutuksen synkronian ja vanhemman antaman hoivan vahvistaminen, tunkevan ja pelottavan käyttäytymisen vähentäminen Lapsen psykobiologisen säätelyn vahvistaminen	Autoritatiivisen vanhemmuuden vahvistaminen Vanhemman lämmön, ei-direktiivi- sen leikin ja ohjauksen lisääminen Lapsen käytösoireiden vähentä- minen	Kiintymyssuhdehäiriön oireiden vähentäminen (Sijais-)vanhemman turvan ja lohdun tarjoamisen lisääminen Surun ja menetyksen teemojen käsitteleminen Sosiaalisten suhteiden solmimis- kyvyn lisääminen Syy-seurassuhteiden hahmottamiskyvyn parantaminen Lapsen aggression ja käytös- oireiden vähentäminen
Lapsen ikä	0–6 vuotta	6–24 kuukautta (- 4 vuotta)	2–7 vuotta	5–16 vuotta
Trauman tyyppi	Traumakokemukset	Kaltoinkohtelukokemukset	Fyysiselle tai emotionaalille kaltoinkohtelulle tai perheväki- vallalle altistuminen Lapsen käytösoireet	Kiintymyssuhdehäiriöt Monimuotoinen traumatisoitui- minen
Vasta-aiheet	Tilanne ei turvallinen Vanhempi ei halukas osallistumaan	Tilanne ei turvallinen Vanhempi ei halukas osallistumaan	Tilanne ei turvallinen Vanhempi ei halukas osallistumaan Lapsella kohtalaisia tai vakavia traumaperäisiä oireita	Tilanne ei turvallinen Vanhempi ei halukas osallistumaan
Kesto	50 tunnin kestoista viikoittaista käyntiä tai kotikäyntiä	10 tunnin kestoista viikoittaista kotikäyntiä	12–20 tunnin kestoista viikoittaista käyntiä	Keskimäärin 23 istuntoa 11 kuukauden aikana

¹ CPP (IPP, PPP) = Child-Parent (Infant-Parent, Preschooler-Parent) Psychotherapy (Lieberman ym. 2005)

² ABC = Attachment and Biobehavioral Catch-Up (Dozier ym. 2011)

³ PCIT = Parent-Child Interaction Therapy (Eyberg 1988)

⁴ DDP = Dyadic Developmental Psychotherapy (Hughes 2004; Becker-Weidman 2008)

Suomessa on jo noin kahdenkymmenen vuoden ajan ollut kliinisessä käytössä The-raplay-vuorovaikutushoitomuoto, joka tähtää vanhemman sensitiivisyyden, myön-teisen ohjaamiskyvyn ja reflektiivisen kyvyn lisäämiseen (Mäkelä ja Salo 2011). Kan-sainvälinen tutkimustieto tämän hoitomuodon vaikuttavuudesta on kuitenkin vielä niukkaa. Kaikkiaan näyttöön pohjautuvaa tutkimustietoa eri vuorovaikutuksen hoi-tomallien soveltavuudesta erilaisiin tilanteisiin ja eri ikäryhmien hoitoon sekä mah-dollisista haittavaikutuksista tarvittaisiin lisää.

Traumakeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia on tutkituin lasten trauma-peräisten häiriöiden hoitomuoto. Kognitiivisia käyttäytymisterapioita (KKT) koskeva kirjallisuus ryhmittelee tämän laajan ryhmän eri interventioita eri tavoilla. Traumakeskeinen KKT-termi käsittää Käypä hoito -suosituksessa laajemmin tämän ryhmän interventioita kuin tässäkin katsauksessa käsiteltävä traumafokusoitu KKT (TF-KKT) (Käypä hoito -suositus 2020, Cohen ym. 2006). Traumakeskeinen KKT on Käypä hoito -suosituksen mukainen hoito kuukauden ajan jatkuneen PTSD:n tai kliinisesti merkittävien PTSD-oireiden hoitoon 5-vuotiailla ja sitä vanhemmilla lap-silla ja nuorilla (Käypä hoito-suositus 2020). Useimmat lasten kognitiivisen psyko-terapian tutkitut hoitomallit voidaan laskea kognitiivisiksi käyttäytymisterapioiksi (KKT). Kognitiivinen terapia on kehitysspesifistä ja kehityssensitiivistä, aikarajoit-teista, ongelmiin tai oireisiin kohdistettua sekä tavoitteellista (Kauppi ja Ranta 2016). KKT:ssa PTSD:n hoitoon on olemassa useita hoitomalleja, jotka yhdistelevät hoidol-lisia komponentteja ja menetelmiä eri tavoin, tai hoidossa voidaan soveltaa struktu-roitua mallia. Altistus eli traumaan liittyvien muistojen ja kokemusten kohtaami-nen on keskeinen menetelmä, jonka seurauksena tapahtuu tottumisen ahdistusta aiheuttaviin traumamuistoihin. KKT:n ydinkomponentti on myös vääristyneiden ajatuksien ja traumaan liittyvien tulkintojen tarkastelu ja kognitiivinen uudelleen-muotoilu. Altistus voi tapahtua KKT:ssa sekä mielikuvatyöskentelyn että suoran ongelmatilanteille altistuksen avulla. Useimmiten altistus tapahtuu traumanarra-tiivin (traumakokemuksta koskevan kertomuksen) käsittelyn kautta (Kauppi 2018). Altistaminen on keskeinen komponentti katsauksessa esitellyissä KKT:n sovelluk-sissa, joista manualisoitu traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia on tutkituin hoitomalli (TF-KKT). TF-KKT on tehokas 7–18-vuotiaiden lasten ja nuor-ten traumaperäisen stressihäiriön hoitomuoto ja alustavan arvion mukaan tehokas myös monimuotoisen traumatisoitumisen hoidossa. KKT:n sovelluksista narratiivi-nen altistusterapia (NET, KIDNET) ja CBITS ovat ilmeisesti tehokkaita myös seit-semän vuotta täyttäneillä lapsilla. Pakolaistaustaisten lasten osalta KKT-pohjais-ten menetelmien osalta näyttö on lupaavaa (NET, EMDR; Käypä hoito -suositus 2020). Pienten 4–7-vuotiaiden lasten ikäryhmässä on vähemmän tutkimusta ver-rattuna kouluikäisiin lapsiin ja tälle ikäryhmälle kehitettyjä hoitomalleja on vähem-män (Ranta ym. 2018). Lasten kognitiivisessa terapiassa keskeistä on myös ei-kie-llellisten, luovien menetelmien käyttö tunteiden, ajatusten ja käytöksen tutkimisessa sekä tiivis yhteistyö perheen kanssa. Lapsen ollessa alle seitsemänvuotias yksilötera-pia painottuu symboliseen kieleen, leikkiin ja sanattomaan epäsuoraan ja suoraan

viestintään sekä luoviin ja kehollisiin menetelmiin, kun kouluikässä voidaan käyttää enemmän suoria verbaalisia keinoja (Kauppi ja Ranta 2016).

Usealta vuosikymmeneltä kertynyt tieteellinen tutkimus on tuonut näyttöä EMDR-menetelmän hyödystä lasten PTSD:n hoidossa. Alustavaa tutkimusnäyttöä vaikuttavuudesta on saavutettu myös monimuotoisesti ja pitkäkestoisesti traumatisoituneiden lasten hoidossa. Tutkimustieto traumaoireiden lievittymisen johtamisesta kliinisesti todettavaan oireettomuuteen vaihtelee (Rodenburg ym. 2009). Toistaiseksi otokset ovat useissa tutkimuksissa jääneet kooltaan pieniksi ja monesti verrokkiryhmänä ovat olleet lapset vailla terapeutista tukea (waiting-list, treatment as usual).

Tutkimusnäyttö varhaisten, muutamasta vuorokaudesta kuukauden kuluessa käynnistyvien traumakeskeisten interventioiden, kuten alla kuvatun CFTSI-hoitomallin, vaikuttavuudesta on toistaiseksi vielä niukka. Useimmissa meta-analyyzeihin ja katsauksiin mukaan otetuissa tutkimuksissa lapset ovat olleet vähintään kouluikäisiä. Lupaavissa interventioissa on käytetty lomakeseulontamenetelmiä pitkitettyjen psyykkisten oireiden suhteen kohonneessa riskissä olevien tunnistamiseksi ja intervention piiriin ohjaamiseksi. Työskentelyn porrasteisuuden, vaiheittaisen etenemisen sekä useamman tapaamiskerran kokonaisuuden on todettu saattavan vähentää pitkäkestoisten psyykkisten traumaoireiden kehittymisen todennäköisyyttä (Kramer & Landolt, 2011). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Leikki- ja kouluikäisten lasten hoitomallien vertailua

	TF-KKT	NET	EMDR	CFTSI	CPC-CBT
Teoreettinen viitekehys	Kognitiivinen käyttäytymisteoria	Kognitiivinen käyttäytymisteoria ja on saanut vaikutteita altistusterapioiden sekä todistusterapian metodeista.	Silmänliikkeillä poisherkitämiseen perustuva informaation uudelleenprosessointi (Accelerated and Adaptive Information Processing Model)	Kognitiivinen käyttäytymisteoria	Kognitiivinen käyttäytymisteoria
Tavoitteet	Trauman jälkeisten stressioireiden vähentäminen. Altistuksella pyritään herkistämään henkilö traumamuistoihin ja poisherkitämään muistojen aiheuttamasta ahdistuksesta.	Trauman jälkeisten stressioireiden vähentäminen vaikuttamalla traumamuistojen laatuun. Altistuksen avulla pyritään poisherkitämään traumamuistojen aiheuttamasta ahdistuksesta. Traumamuistojen jäsentäminen osaksi elämänhistoriaa.	Traumakokemuksen neutralisoituminen ja liittyminen osaksi luonnollista informaation prosessointia ja elämäntarinaa pirstaleisten emotionaalisten ja fyysisten tunteiden, muistojen sekä kielteisten kognitioiden yhdistymisen ja uudelleenmuotoutumisen kautta	Trauman jälkeisten stressioireiden vähentäminen ja kroonisen trauman peräisen stressihäiriön kehittymisen ehkäiseminen	Positiivisen vanhemmuuden keinojen ja vuorovaikutuksen vahvistaminen, lapsen kohdistuvan fyysisen väkivallan uhan ja fyysisen väkivallan loppuminen, lapsen toipuminen kaltoinkohtelukokemuksistaan, koko perheen turvallisuuden vahvistaminen
Lapsen ikä	(3-)7-18 vuotta	8-18 vuotta	8-18 vuotta	7-18 vuotta	3-17 vuotta
Trauman tyyppi	Yksittäiset ja monimuotoiset traumakokemukset, traumaattinen suru	Useita traumatapahtumia kokeneet lapset.	Traumakokemukset, väkivallalle altistuminen	Fyysinen kaltoinkohtelu, emotionaalinen kaltoinkohtelu, väkivallalle altistuminen	Fyysinen kaltoinkohtelu, emotionaalinen kaltoinkohtelu (fyysisen väkivallan uhka), väkivallalle altistuminen
Vasta-aiheet	Lapsen elämäntilanteen tulee olla riittävän vakaa ja turvallinen. Tehtävät eivät saa aiheuttaa ahdistusta, joka ylittää lapsen sietokyvyn. Lapsella tulee olla muistikuva traumasta.	Tilanne ei ole turvallinen	Tilanne ei turvallinen Lapsi ei halukas osallistumaan tai lapsen turvallisiksi kokema yhteyttä terapeutin ja lapsen välille ei muodostu.	Tilanne ei turvallinen Vanhempi ja/tai lapsi ei halukas osallistumaan Lapsella vakavia psyykkisiä ja/tai käytösoireita	Perheessä korkeaksi arvioitu turvallisuusriski Vanhempi ja/tai lapsi ei halukas osallistumaan Lapsella vakavia traumaoireita, hoitamaton psykoottinen tai bipolaarihäiriö Perheen arjen käytännön järjestelyt eivät riitä tukemaan koko terapiajaksolle osallistumista
Kesto	8-20-(25) 45-90 minuutin kestoista käyntiä	Noin 10 käyntiä kestoaltaan 90 minuuttia	Kahdeksan 1-1,5 tunnin kestoista viikoittaista tai tiheämmin toteutettavaa käyntiä	4-6 1-1,5 tunnin kestoista viikoittaista käyntiä	16-20 1,5 tunnin kestoista viikoittaista käyntiä (yksittäiset perheet) tai 16 2 tunnin kestoista viikoittaista käyntiä (ryhmämuotoinen, max 5 perhettä)

2.3 Hoitomalleja

2.3.1 CPP

CPP kohdistuu lapsen ja vanhemman väliseen suhteeseen. Hoitomallin teoreettinen pohja integroi paitsi psykodynaamista ja kiintymyssuhdeteoriaa, myös perhesysteemistä ajattelua ja traumateoriaa sekä sisältää elementtejä sosiaalisen oppimisen teoriasta ja kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta (Toth & Gravener 2012, Osofsky ym. 2017). Hoidolla tavoitellaan lapsen kehitysvaiheen mukaisen vuorovaikutuksen vahvistumista, ongelmallisen käyttäytymisen muuttumista sekä vanhemman ja lapsen yhteisen narratiivin luomista traumaattisista kokemuksista. Hoidossa käsitellään myös suhdetta väkivallan tekijään tai poissa olevaan toiseen vanhempaan (Lieberman ym. 2005).

Hoitomalli sisältää 50 vanhemman ja lapsen viikoittaista käyntiä (Taulukko 1). Interventio alkaa vanhemman kanssa toteutettavilla käynneillä, joilla käydään läpi tutkimustulokset, tehdään hoitosopimus ja sovitaan, miten lapselle kerrotaan hoitokäynneistä. Vanhempaa tavataan hoidon mittaan tarvittaessa myös yksin (Lieberman ym. 2005). Lapsen ja vanhemman yhteisillä käynneillä terapeutin muuttamiseen tähdätään vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen ja spontaanin leikin kautta: terapeutti rohkaisee myönteistä vuorovaikutusta ja auttaa vanhempaa ymmärtämään lapsen viestejä sekä ikätasoisia kehityksellisiä tarpeita (Toth & Gravener 2012).

2.3.2 TF-KKT

TF-KKT on strukturoitu lyhytterapia, jonka tyypillinen kesto on 8–20 hoitokäyntiä. TF-KKT integroi traumasensitiivisiä interventioita, käyttäytymisterapian, kiintymyssuhdeteorian ja kehityksellisen neurobiologian teorian periaatteita (Cohen ym. 2006, Cohen ym. 2017, Allen & Armstrong Hoskowitz 2014). Hoitomalli kehitettiin alun perin seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten ja nuorten hoitomalliksi, mutta myöhemmin hoitomalli on osoittautunut tehokkaaksi myös muun tyyppisten traumojen hoidossa. Tutkimuksia monimuotoisen trauman hoidosta on vähemmän, mutta alustava näyttö kattaa myös monimuotoisen trauman hoidon, silloin kun lapsi kärsii traumaperäisistä oireista. TF-KKT soveltuu myös pienemmille (3–6-vuotiaille) lapsille, mutta heidän osaltaan on tehty selkeästi vähemmän tutkimuksia (Scheeringa ym. 2011, Cohen ym. 2017, Allen ja Armstrong Hoskowitz 2014). Pienten lasten kohdalla on tärkeää arvioida lapsen kielelliset valmiudet ja hoitomallin käyttämisen edellytys on, että lapsella on muistikuva traumasta. Vaikka pienten lasten traumakertomukset ovat tyypillisesti lyhyempiä kuin isompien lasten, pienetkin lapset kykenevät kuitenkin usein kuvailemaan traumatapahtumia (Cohen 2017, Pollio & Deblinger 2017). Masennusoireiden ja käyttäytymisoireiden osalta

näyttö TF-KKT:n vaikuttavuudesta ei ole yhtä selvää kuin PTSD-oireiden osalta (Ramirez de Arellano ym. 2014).

Hoitomallissa terapeutti mukauttaa hoidon kunkin lapsen ja perheen tarpeisiin sopivaksi, ja sitä voidaan soveltaa esimerkiksi monimuotoisen trauman hoidossa pidentäen terapiaa 25 hoitokertaan asti. Hoitomallia voidaan pitää perhekeskeisenä, sillä vanhemman mukanaolo hoidossa nähdään tärkeänä ja korostuu erityisesti pienten lasten kohdalla. Hoitomallissa sama terapeutti tapaa lapsen lisäksi vanhempaa (joka ei ole väkivallan tekijä tai vakavasti psyykkisesti sairas) jokaisella hoitokerralla ja myöhemmin yhteisillä käynneillä lapsen kanssa. Vanhemman osallistuminen antaa lapselle mahdollisuuden jakaa kokemuksensa henkilön kanssa, joka voi tarjota emotionaalista tukea kauan hoidon päättymisen jälkeen (Cohen ym. 2017, Allen & Armstrong Hoskowitz 2014).

Hoitomallissa hoito voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen ja tyypillisesti noin kolmasosa hoitokäynneistä omistetaan kullekin vaiheelle. Monimuotoisen trauman hoidossa tarvitaan usein enemmän aikaa ensimmäiseen vaiheeseen, jolloin siihen käytetään keskimäärin puolet hoitokäynneistä. Terapeutin arvio on tärkeä arvioitaessa jokaisen vaiheen kestoa ja oikea-aikaista siirtymistä seuraavaan vaiheeseen. Hoitomalliin sisältyvä ahdistuksen hallintaan liittyvien taitojen harjoittelu on tärkeää ennen lapsen traumakokemuksen käsittelyä, vaikka jonkin verran altistusta tapahtuu jo hoidon varhaisessa vaiheessa. Terapeutti myös valmistele lasta ja vanhempaa yksilöllisillä käynneillä lapsen traumanarratiivin yhteiseen läpikäymiseen.

Hoitomallin elementtejä ovat ensimmäisen vaiheen psykoedukaatio traumakokemusten vaikutuksista, rentoutusharjoitukset, vanhemmuustaitojen ohjaus, tunteiden säätelyn harjoittelu ja kognitiivisten selviytymistaitojen harjoittelu. Toisessa vaiheessa luodaan hoitomallissa keskeisessä roolissa oleva lapsen traumanarratiivi ja prosessoidaan traumakokemusta. Traumanarratiivi voidaan luoda monella tavoin kuten kirjoittamalla, piirtämällä, leikkimällä hahmoilla tai käyttämällä muuta lapsen valitsemaa menetelmää. Lasta autetaan kuvaamaan yksityiskohtia ja tunteitaan traumaan liittyen ja poisherkistämään näin asteittain traumamuiston aiheuttamaa ahdistusta. Viimeisessä vaiheessa toteutuu traumaa muistuttavien ärsykkeiden hallinnan harjoittelu, vanhemman ja lapsen yhteiskäynnit, turvataitojen opettelu ja tulevaisuuteen suuntaaminen. Käytännössä hoito-ohjelman vaiheet rakentuvat yhteydessä toisiinsa ja hoitomallin elementtejä painotetaan ja sovelletaan yksilöllisesti perustuen traumakokemuksiin ja lapsen oirekuvaan sekä vanhemmuuteen liittyviin tekijöihin. TF-KKT päättyy tyypillisesti opettamalla lapselle ja vanhemmalle turvataitoja, joiden tarkoituksena on estää tulevia traumakokemuksia (Cohen ym. 2017, Allen & Armstrong Hoskowitz 2014).

2.3.3 NET/KIDNET

Narratiivinen altistusterapia (NET) on uusi yksilöterapeuttinen manualisoitu hoitomuoto useita traumatapahtumia kokeneiden lasten ja aikuisten PTSD-oireiden hoitoon. Hoitomalli sisältää 4–12 käyntiä ja lapsilla tyypillisesti noin kymmenen käyntikertaa (Schauer ym. 2011). Aikuisten osalta terapian tehokkuudesta on vahvaa näyttöä, mutta lasten osalta näyttö on vielä niukempaa. Hoitomallin teho perustuu altistukseen ja yhtenäisen narratiivin luomiseen koko elämänkaaresta, minkä avulla pyritään jäsentämään traumamuistot autobiografiseen muistiin. NET:ssä käydään traumatapahtumien lisäksi myös elämänhistorian positiiviset tapahtumat (Schauer ym. 2011). Manuaalista on laadittu suomenkielinen versio, joka on saatavilla Mielenterveystalon verkkopalvelussa (Peltonen 2020). Narratiivisesta altistusterapiasta on lapsille muokattu sovellus KIDNET (Schauer ym. 2017), joka kehitettiin sotalaueilla asuville traumatisoiduille lapsille. Pilottitutkimus julkaistiin vuonna 2005 (Onyut ym. 2005). Hoitomallia on tutkittu suurimmaksi osaksi maahanmuuttajalasten hoitomuotona, mutta myös suomalaiset perheväkivaltaa kokeneet lapset ovat olleet mukana RCT-tutkimuksessa (Peltonen ja Kangaslampi 2019). Lapsia koskeissa RCT-tutkimuksissa ei ole ollut mukana alle kouluikäisiä lapsia. Kouluikäisten lasten osalta näyttöä on neljästä RCT-tutkimuksesta, joissa terapia vähensi merkittävästi lasten ja nuorten PTSD-oireita. Sen on todettu vähentävän sekä mieleen tunkeutuvia muistoja että ahdistusoireita (Peltonen & Kangaslampi 2019, Ruf ym. 2010, Catani ym. 2009, Ertl ym. 2011).

Hoitomallissa ensimmäisellä ja tarvittaessa toisella käynnillä annetaan psyykoedukaatiota lapselle ja aikuiselle ja tehdään strukturoitu diagnostinen haastattelu. Hoitokerta kestää 90 minuuttia, mutta elämänviivan rakentamiseen varataan aikaa tarvittaessa kaksi tuntia yhdelle hoitokäynnille. KIDNETIn ydinkomponentti on traumamuistojen liittäminen traumatapahtumien paikkaan ja ajalliseen kontekstiin. Aikajanaa rakennettaessa käydään läpi koko lapsen elämä kronologisesti syntymästä nykyhetkeen mukaan lukien traumat, menetykset, surut ja positiiviset hetket ja saavutukset. Aikajanan (naru) päälle asetetaan joko kiviä tai kukkia, joista kukin symboloi tiettyä tapahtumaa. Kivet edustavat traumaattisia tapahtumia ja kukat symboloivat tärkeitä suhteita, iloisia kokemuksia ja saavutuksia. Hoidon edetessä tapahtumat käydään läpi aikajärjestyksessä. Kivet, jotka kuvaavat traumaattisia tapahtumia ovat hoidon painopiste ja lasta pyydetään kertomaan tapahtumista yksityiskohtaisesti ja kuvailemaan tapahtumiin liittyviä surun, ilon ja pelon tunteita. Tapahtumia voidaan käsitellä myös leikkimällä, piirtämällä ja näyttelemällä. Terapeutti kirjoittaa lapsen kertomuksen ylös ja lukee sen seuraavalla käynnillä lapselle. Lapsen usein pirstaleinen kerronta traumaattisista tapahtumista pyritään muuttamaan johdonmukaiseksi traumanarratiiviksi. Narratiivissa keskitytään emootioita herättäviin kokemuksiin ja luodaan näin riittävän voimakas altistava komponentti. Terapiassa aistimuksiin perustuvat sensoriset muistot liitetään yhteen tietoisien aikaan ja paikkaan liittyvän muistin kanssa (deklaratiivinen muisti). Terapeutti vahvistaa lapsen

tietoisuutta ”siltoin siellä vs. täällä ja nyt” ja tarvittaessa ohjaa lasta pois välttämisestä ja dissosiaatiosta. Terapeutin toiminnassa empaattinen ymmärtäminen, aktiivinen kuuntelu ja varaukseton positiivisuus ovat keskeisiä elementtejä. Lapsen vanhempi voi olla viimeisellä hoitokäynnillä mukana kuulemassa lapsen koko kertomuksen (Schauer ym. 2017). Hoitomallin vahvuuksia ovat havainnollisuus, kivien ja kukkasten tuoma konkreettisuus. Menetelmässä ei harjoitella rauhoittumiskeinoja etukäteen eikä varauduta dissosiaatioon, mutta toisaalta lapsi pystyy säätämään sitä, mitä asiasta haluaa kertoa. Menetelmä soveltunee myös kaltoinkohdeltujen lasten hoitamiseen (Kauppi 2018, Peltonen 2020).

2.3.4 EMDR

Silmänliikkeillä poisherkeistämiseen ja uudelleenprosessointiin perustuva lyhytpsykoterapiateknikka EMDR sai alkunsa sattumahavainnosta oikea - vasensuuntaisten silmänliikkeiden yhteydestä kielteisesti painottuneen muistisisällön ja tiedonkäsitteilyn (negatiivisen kognition) vähenemiseen, ja tämän myötä ahdistusoireiden lievittämiseen (Shapiro 1989a, Shapiro, 1989b, Shapiro 2014).

Traumaattisen kokemuksen pirstaleinen muistijälki on sekoitus useiden eri aistikanaviin kautta tallentunutta tietoa, epämiellyttäviä fyysisiä tuntemuksia ja negatiivista kognitiota (van der Kolk 1994). EMDR-hoitomallissa tavoitteena on yhdistää osittain tiedostamattomat muistiosaset siten, että uudelleenmuotoutunut trauma-muisto voidaan työstää psyykkistä toipumista edistäen liittämällä se osaksi semanttista ja elämäkertamuistia. Strukturoidusti toteutettavan traumamuistolle altistamisen kanssa vuorotteleva tietoinen ja kohdennettu omien ajatusten ja tuntemusten tarkastelu vahvistaa trauman kokeneen itsetuntoa ja luottamusta omiin kykyihinsä. Tunnetason ylivirittyneisyyden ja äärimmäisen tarkkaavuuden laimeneminen sekä näiden välille rakentuva tasapaino todennäköisesti vaikuttaa suotuisasti keskushermostossa ainakin limbisen järjestelmän toimintaan ja tukee aivopuoliskojen välistä yhteistyötä. Tämä edistää kuormittavan tiedon käsittelyä ja psyykkistä toipumista (Coubard 2016).

EMDR toteutetaan yksilöhoitona kahdeksanvaiheisen protokollan mukaan. Työskentelyssä oleellista on etenkin lapsen turvalliseksi kokema vuorovaikutus terapeutin kanssa, onnistunut muistitoimintojen stimulointi ja lapsen turvallisuuden tunne yksittäisten hoitokertojen päättyessä. Aloituvaiheessa käydään läpi lapsen historiaa ja tehdään hoitosuunnitelma. Valmisteluvaihe sisältää edukatiivista ja vakauttavaa, lapsen oman kontrollin vahvistamiseen pyrkivää työskentelyä. Seuraavaksi arvioidaan traumatapahtumaa emootioiden, fyysisten tuntemusten, tapahtumamuistikuvan, negatiivisen kognition ja tavoiteltavan positiivisen kognition osalta. Trauman poisherkeistämisvaiheessa terapeutti kuljettaa nopeasti sormeaan tai jotain esinettä – joka lapsilla voi olla esimerkiksi käsinukke – vaakasuorasti (tai vinoit-tain ylös-alassuuntaisesti) potilaan seurattessa tätä silmillään. Kahdensuuntaisen

stimulaation hyöty saavutetaan myös puolta vaihtavan ääni- tai kosketusärsykkeen avulla. Juurruttamisvaiheessa tavoitellaan positiivisten vaikutusten integroitumista muistijärjestelmässä ja tulevaisuuden myönteisten toimintamallien vahvistumista. Kehon tarkistamisessa ja läpikäymisessä (body scan) työestetään jäljellä olevia häiritseviä tuntemuksia. Yksittäisten käyntien päätteeksi sekä koko EMDR-terapian päätösvaiheessa varmistetaan lapsen vakaa, turvallinen vointi. Uudelleenarvioinneissa seurataan uudelleenprosessoinnin tuloksia myös hoitokäynneittäin.

EMDR-menetelmällä menestyksekkäästi hoidettujen lasten väkivaltatraumoissa kyse on ollut seksuaalisesta ja/tai fyysisestä väkivallasta ja väkivallalle altistumisesta. Lasten ikä on vaihdellut neljästä vuodesta kahdeksaentoista vuoteen. Nuorimmat hoidetut lapset ovat olleet alle nelivuotiaita. Osassa tutkimuksista suotuisan vaikutuksen on voitu todeta seurannassa säilyneen kuudesta kuukaudesta vuoteen (Fleming 2012).

8–18-vuotiailla EMDR-menetelmällä hoidetuilla traumaoireiden lievittyminen vertautuu TF-KKT-menetelmällä hoidetuilla saavutettuihin tuloksiin. Trauma-peräisessä stressihäiriössä EMDR on TF-KKT:n jälkeen suositeltavin hoitomuoto (NICE 2018, Traumaperäinen stressihäiriö: Käypä hoito -suositus 2020). Trauman liitännäisinä joillekin lapsille kehittyneiden masennus- ja hyperaktiivisten oireiden lievittämisessä EMDR-menetelmällä ei ilmeisesti saavuteta TF-KKT-hoitomallia vastaavalla tavalla merkitsevää lievittymistä (Diehle ym. 2015). Kuitenkin monimuotoisesti traumatisoituneilla lapsilla EMDR-hoitoa muihin menetelmiin kuten kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan tai lääkehoitoon verrattaessa on saatu näyttöä PTSD-oireiden lisäksi myös masennusoireiden lievittymisestä hoidon päättyessä sekä seurantavaiheen aikana.

EMDR:n ja kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä yhdistelevien hoitojen vaikuttavuudesta on alustavaa näyttöä, joskaan EMDR:n osuutta hoidon tuloksellisuudessa ei ole erikseen arvioitu (Dorsey ym. 2017). Toistaiseksi niukan tutkimustiedon perusteella ryhmämuotoisen EMDR-IGTP (EMDR-Integrative Group Treatment Protocol) -protokollan mukainen hoito tai EMDR psykodynaamiseen hoitoon yhdistettynä voi lievittää pakolaistaustaisten lasten PTSD-oireita ja kohentaa toimintakykyä (Oras ym. 2009, Perilli ym. 2019).

2.3.5 CFTSI

CFTSI on kognitiivisen käyttäytymistieteen teoriaan taustoittuva, neljästä hoitokerrasta koostuva sekundaaripreventiivinen varhainen interventio, joka toteutetaan 30 vuorokauden kuluessa potentiaalisesta traumatapahtumasta tai lapsen ilmaistua kokeneensa väkivaltaa (Berkowitz ym. 2011). Myös 5–8 käyntikerran interventiokokonaisuus on mahdollinen (Hahn ym. 2015). Menetelmällä hoidettujen lasten ikäjakauma on 7–18 vuotta (Berkowitz ym. 2011, Hahn ym. 2015). CFTSI on implementoitu laaja-alaisesti eri sosioekonomisesta taustasta tuleville, eri etnisistä

ryhmistä tuleville, maahanmuuttaja- ja pakolaistaustaisille ja yksittäisen trauman tai useita traumoja kokeneille (Childhood Violent Trauma Center 2012).

Vanhemman vihamielinen ja pakottava, vähän sosiaalista tukea tarjoava toimintatapa voi lisätä lapsen PTSD-oireiden riskiä (Valentino ym. 2010). Vanhemman omat traumaoireet voivat hankaloittaa vanhemman ja lapsen välistä vuoro-vaikutusta johtaen rankaisukeskeiseen toimintatapaan. Traumatilannetta koskevien lapsen ja vanhemman toisistaan eriävien käsitysten tiedetään myös lisäävän lapsen PTSD-oireiden kehittymisen todennäköisyyttä (Oransky ym. 2013). CFTSI-interventiossa vanhemman psyykkisen vahvistamisen myötä on sekundaarihyötynä todettu osalla itsekin traumaoireilevista vanhemmista oireiden kliinisesti merkitsevä lievittyminen (Hahn ym. 2019).

Interventio käynnistyy alkutilanteen arviolla. Lasta ja vanhempaa tavataan erikseen omilla käynneillä sekä yhdessä. Keskeisiä tavoitteita lapsen PTSD-oireiden kehittymisen estämiseksi ovat lapsen ja vanhemman välisen kommunikaation sekä selviytymiskeinojen edistäminen. Ulkoisten stressitekijöiden vähentämiseen kiinnitetään huomiota turvasuunnitelman laatimisen keinoin. Perheensisäisen tuen ja kommunikaation vahvistaminen saattaa olla oleellinen CFTSI-menetelmän positiivisen muutoksen mekanismi. Työskentely etenee vaiheittain ja sisältää psykoedukaatiota, vanhemman ja lapsen traumaoireiden kartoituksen ja tarkastelun yhteiseen ymmärrykseen pyrkien, trauman aiheuttaman stressin normalisoimista ja kotitehtävyyppistä taitomoduleihin perustuvaa työskentelyä. CFTSI-interventiossa traumatapahtumaa ei aktiivisesti rekonstruoida altistamistavoitteella. Varhaisen intervention toteuduttua tunnistetaan pidempää hoitoa tarvitsevat lapset ja heidät ohjataan jatkohoidon piiriin.

Toistaiseksi ei ole tutkittu, eroavatko CFTSI-intervention avulla saavutettavat hyödyt eri traumatyyppien välillä (kuten väkivalta, luonnonkatastrofit, onnettomuudet). Berkowitzin ym. 2011 julkaistuun pilottitutkimukseen osallistuneista lapsista noin viidesosalla kyseessä oli pahoinpitelytrauma ja sama osuus lapsista oli nähnyt väkivaltaa. Viittä prosenttia lapsista oli uhattu väkivallalla. Edeltävästi ja intervention jälkeen kartoitettuna todettiin lasten PTSD-oireiden ja ahdistusoireiden vähentyneen verrokkiryhmää enemmän. CFTSI-intervention saaneista lapsista 65 prosentilla todennäköisyys PTSD:n kehittymiselle väheni. Psyykkisessä ylivirittyneisyydessä ei todettu ryhmien välillä eroa. CFTSI ei merkitsevästi vähentänyt disosiaatio-oireiden todennäköisyyttä.

Suomalaisessa näytönastekatsauksessa (Haravuori & Luoma 2020) todetaan Berkowitzin ym. (2011) tutkimus asetelmaltaan ja toteutukseltaan tasokkaaksi. Lasten ja nuorten osalta tutkimus varhaisten, muutamasta vuorokaudesta kuukauden kuluessa käynnistettävien traumainterventioiden vaikuttavuudesta on orastavassa vaiheessa ja näytönaste toistaiseksi niukka.

2.3.6 CPC-CBT

CPC-CBT² on 3–17-vuotiaille lapsille ja heidän vanhemmilleen suunnattu positiivisen vanhemmuuden taitojen vahvistamisen menetelmä tapauksissa, joissa vanhempi on käyttänyt kaltoinkohtelevia kasvatukseen tai vanhemman lapsen kohdistaman väkivallan riski on kohonnut (Runyon ym. 2010). Hoitomalli taustoittuu kognitiivisen käyttäytymisterapian teoriaan hyödyntäen myös psykoedukatiivista ja motivaatio-, perhesysteemi-, trauma- ja kehitysteoreettista tietoa. Alkujaan ryhmäterapiaksi kehitetty CPC-CBT on toteutettavissa 16–20 tapaamiskerralla joko yksittäisen perheen hoitona tai ryhmämuotoisena samanaikaisesti useammalle perheelle. Terapian aikana lapsen kohdistuneita mahdollisia toteutuneita kurinpitokeinoja seurataan tiedustelemalla niistä viikoittain sekä lapsilta että vanhemmilta.

Traumasisällölle altistaminen tehdään vähitellen ja lapsen ja vanhemman yhteisten tapaamisten osuus kasvaa terapian edetessä. CPC-CBT koostuu neljästä strukturoidusta osiosta alkaen psykoedukatiivisella työskentelyllä. Tämän jälkeen fokus suunnataan muun muassa adaptiivisiin selviytymis- ja vihanhallintakeinoihin, väkivallattomiin ongelmanratkaisukeinoihin sekä vuorovaikutusdynamiikkaan. Kolmannessa vaiheessa rakennetaan ja harjoitellaan turvasuunnitelmaa. Päätösvaiheessa tavoitteena on edelleen vahvistaa vanhemman kokemusta omasta keskeisestä roolistaan positiivisessa muutoksessa sekä edistää lapsen empaattista kohtaamista ja vanhemman vastuunottoa lapsen kohdistuneesta väkivallasta tai väkivallan uhasta. Lapsen tuottaman väkivaltatraumakertomuksen työstämisen tapa ratkaistaan tapauskohtaisesti arvioiden tarkasti vanhemman kykyä kantaa vastuuta teoistaan ja pidättäytyä syyllistämästä lasta tai muutoin antamasta negatiivista palautetta lapselle.

Ainoastaan vanhemman omina käynteinä toteutettavaan vanhemmuuden taitoja vahvistavaan kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan verrattaessa CPC-CBT-hoitomallin etuna on lapsen mahdollisten PTSD-oireiden väheneminen sekä suurempi positiivisten vanhemmuuden taitojen lisäys ja lapsen kohdistuvan fyysisen väkivallan väheneminen (Runyon ym. 2009, Runyon ym. 2010). Myös lasten ja vanhempien masennusoireiden lievittymistä sekä lasten käyttäytymisongelmien vähenemistä on saavutettu. Hoitomallin kehittäjät ovat pyrkineet lisäämään kulttuurisensitiivisyyttä terapiaosallistujilta saamansa palautteen perusteella.

Etenkin lapsen kohdistuvan fyysisen väkivallan väheneminen näyttäytyy menetelmän vaikuttavuudessa vahvuutena. Tämä on todettu myös ruotsalaisesta aineistosta tehdyissä tutkimuksissa (Kjellgren ym. 2013, Thulin ym. 2020). Thulin ym. tutkimuksessa lisäksi lasten trauma- ja masennusoireiden, vihan ja aggressioiden todettiin lievittyneen hoitojakson tuloksena. Myönteinen tilanne pysyi kuuden kuukauden seurannassa. Kjellgrenin ym. tutkimuksessa CPC-CBT-hoitomallilla

2 Menetelmää Suomessa pilotoi Ensi- ja turvakotien liitto on ehdottanut työmenetelmästä käytettäväksi suomenkielistä nimeä Lasten kaltoinkohtelun katkaiseminen (LKK)

saavutettiin merkitsevä masennusoireiden väheneminen vanhemmilla sekä lapsilla kuten myös lasten traumaoireiden väheneminen. Myös lasten arvioimana vanhempien myönteiset kasvatuskäytännöt vahvistuivat.

2.4 Hoidon suunnitteluun vaikuttavia asioita

2.4.1 Lapsen ja perheen yksilöllinen tilanne

Hoitomenetelmän valintaan vaikuttavat lapsen iän ja kehitystason lisäksi hoidon painotus: hoidetaanko pääasiallisesti lasta, vanhempaa, vuorovaikutussuhdetta vai perhesysteemiä. Edelleen hoitolinjoihin vaikuttaa, minkä tyyppiselle traumatapahtumalle lapsi on altistunut, miten usein ja miten pitkään, mitkä ovat olleet koettujen tapahtumien seuraukset lapselle ja miten pitkä aika traumatapahtumasta on kulunut. Väkivallan uhan yhteydessä tai heti väkivaltatapahtuman jälkeen toteutettavat interventiot tähtäävät tulevaisuuden väkivaltatapahtumien ehkäisyyn ja jo koettujen tapahtumien haittojen minimointiin, kun taas esimerkiksi traumafokusoituja hoitomuotoja käytetään todettujen traumaperäisten oireiden ja häiriöiden hoitoon. Hoitomuotojen keston kirjo ulottuu lyhytterapeuttisista interventioista aina pitkäaikaisiin, monimuotoisiin traumahoitoihin. Traumaperäisen häiriön diagnoosi tehdään käyttäen asianmukaisia diagnostisia kriteerejä. Samalla tulee kartoittaa, onko lapsella huomioon otettava muita kehityksellisiä tai psykiatrisia häiriöitä tai oireita, jotka tulee hoitaa. Kaiken hoidon eettisenä pohjana on, että lapsen tilanne on riittävän turvallinen ja lapsi itse sekä hänen vanhempansa ovat motivoituneita hoitoon.

2.4.2 Lapsen häiriö ja sen vakavuus

Dissosiaatio ja sen vaikutus hoitoon

Lapsen traumaperäiseen oireiluun voi sisältyä dissosiativisia ilmiöitä. Dissosiativisiin ilmiöihin liittyy muistin, kehotietoisuuden ja ulkoisen ympäristön normaalin integraation muutoksia. Dissosiativisia oireita ovat esimerkiksi ajan ja paikan tajun kadottaminen, muistin menetys, havaintojen vääristyminen, oman itsen ja ympäristön kokeminen vieraana (Wieland 2015, Lauerma 2019). Kaltoinkohtelua kokeneiden lasten lisääntynyt riski dissosiaatioon on tunnistettu ilmiö ja se on systemaattisesti yhdistetty myöhempiin dissosiaatiohäiriöihin retrospektiivisissä tutkimuksissa (Dalenberg ym. 2012, Lanius ym. 2012, Lanius ym. 2018). Alle kouluikäisten lasten dissosiaation esiintyvyydestä on niukasti tutkimusta, eikä sen merkitystä ole laajalti huomioitu terapeuttien hoitojen vaikuttavuustutkimuksissa lapsilla. Kaltoinkohdelluilla lapsilla dissosiaation esiintyvyydeksi on raportoitu 17–63 prosenttia (Silberg 2000, Macfie ym. 2001, Hagan ym. 2015).

Traumatilanteessa tapahtuvan dissosiaation hermostollinen vaste voidaan nähdä suojaavana sopeutumisreaktiona ja se voi vaikuttaa syntyviin muistikuviiin traumasta (Schauer & Elbert 2010, Schmahl ym. 2010, Lanius ym. 2012). Myöhemmin alkuperäiseen traumaan liittyvä ärsyke voi laukaista tunnemuistoilta suojaavan dissosiativisen reaktion, joka esiintyessään toistuvana ja toimintakykyä haittaavana luokitellaan häiriöksi (Huttunen 2018). Hoitomalleissa käytettävät narratiiviset menetelmät voivat laukaista dissosiativisen reaktion, joka estää tunteiden käsittelyä ja prosessointia ja voi vaikuttaa heikentävästi hoitovasteeseen (Schauer & Elbert 2010, Waters 2016, Wieland 2015). Traumakeskeisessä KKT:ssä dissosiaatio voi joko estää työskentelyn tai tehdä sen tehottomaksi. Katsauksessa esitellyt lyhytterapeuttiset hoitomallit (TF-KKT ja NET) eivät kovin laajasti ota huomioon dissosiaatiota (Kauppi 2018).

Monimuotoinen traumaperäinen häiriö

Toistuneen monimuotoisen traumatisoitumisen seuraukset ovat vaativahitoisia eikä niihin lyhytterapeuttinen strukturoitu hoitojakso pääsääntöisesti ole riittävä. Monimuotoisen traumaperäisen häiriön hoito etenee vaiheittain. Kolmivaiheisen hoitomallin mukaan aluksi on työskenneltävä perusturvallisuuden ja vakauden saavuttamiseksi, minkä jälkeen vasta voidaan edetä traumaattisten muistojen työstämiseen, ja tämän jälkeen integroitumisen vaiheeseen (Loewenstein & Welzant 2010, Kauppi ja Turunen 2016). Vakauttamiseen ja turvaamiseen voidaan tarvita useita eri hoito- ja tukimuotoja. Tämän vaiheen kesto voi olla vaihtelevan pituinen ja siihen voi olla tarpeen palata hoidon aikana uudelleen. Traumamuistojen työstämisen puolestaan tulee olla suunnitelmallista, rakenteellista, terapeutin aktiivisesti ohjaamaa ja turvallisuusnäkökohdat huomioon ottavaa (Loewenstein & Welzant 2010). Mikäli lapsen tilanne ei ole turvallinen, traumaattisten muistojen työstämiseen eteneminen on vasta-aiheista ja sen sijaan keskeistä on työskennellä monialaisesti lapsen läheisten aikuisten kanssa turvallisuuden saavuttamiseksi (Kauppi & Turunen 2016).

2.4.3 Hoitomallien yhteiset elementit

Näyttöön pohjautuvien lähestymistapojen taustalla on voitu nähdä useita eri hoitomalleja yhdistäviä yhteisiä elementtejä (Bentovim ym. 2009, Garland ym. 2008). Näitä ovat terapeutin allianssin muodostaminen ja yhteistyöhön sitoutuminen, kiintymyssuhteen aktivoituminen ja turvallisen kiintymyksen vahvistaminen sekä moniammatillinen työskentely. Vanhemmuuteen kohdistuvassa työskentelyssä käsitellään hoivan, suojelun, emotionaalisen lämmön, kommunikaation, ohjauksen, säätelyn sekä vakauden osa-alueita. Eri hoitomalleille yhteisiä tekniikkoja ovat myös esimerkiksi myönteinen vahvistaminen, psykoedukaatio, systeeminen työskentely perheen eri kokoonpanojen kanssa, koherentin traumanarratiivin luominen

ja tavoitteiden toteutumisen tarkastelu (Bentovim ym. 2009). Nykyisen tutkimustiedon pohjalta keskeinen yleisen tason muutosmekanismi lasten traumaperäisten oireiden lievittymisen kannalta näyttäisi olevan ongelmallisten traumaperäisten kognitioiden muuttuminen hoidollisten interventioiden myötä (Kangaslampi & Peltonen 2019).

2.5 Yhteenveto

Esittelimme tässä katsauksessa väkivaltaa kohdanneiden lasten näyttöön perustuvien hoitomallien periaatteita ja lähemmin käsitelimme kuusi hoitomallia. Tämän katsauksen ulkopuolelle jää seksuaalinen väkivalta, jonka monet hoitomuodot ovat samoja kuin tässä katsauksessa esitellyt hoitomallit. Lisäksi rajasimme katsauksen ulkopuolelle sijaishuollon interventiot, lastenpsykiatrisen osastohoidon ja varsinaiset yksilö-, ryhmä- ja perhepsykoterapiat, jotka kuitenkin voivat sisältyä hoitokokonaisuuteen sen tärkeinä osina.

Käytännön kliinisessä työssä ammattilaiset usein yhdistelevät eri hoitomallien elementtejä. Tämä voi olla tarpeellista, koska näyttöön pohjautuvia hoitomalleja ei välttämättä ole vielä saatavilla hoitovalikoimassa. On myös huomattava, että yksittäisiä hoitomalleja koskeva tutkimustieto on edelleen niukkaa ja pääosin ulkomaista. Tutkimuksissa käsitellyt interventiot ovat heterogeenisiä ja näyttö perustuu usein pieniin aineistoihin, joista suurimmassa riskissä olevat lapset ja perheet ovat saattaneet pudota pois. Väkivalta ilmiönä on moniulotteinen, vuorovaikutteinen ja sen seuraukset usein muiden kuormittavien tekijöiden kanssa kasautuvia ja negatiivisia tapahtumaketjuja muodostavia. Lapset ovat kehityksellisesti, perhetilanteeltaan ja elämänsähistorialtaan yksilöllisiä, joten kunkin lapsen ja perheen hoitokokonaisuus ja sen aikataulutukset rakentuvat sen mukaan, mikä on arvion perusteella ensisijaista, tarpeellista ja mahdollista. Väkivaltaa kokeneen lapsen hoitosuunnitelman tulee olla yksilöllinen, ottaa huomioon lapsen ikä, kehitykselliset tarpeet ja perhetilanne, ja hoitokokonaisuus voi sisältää eri vaiheita lasten ja perheiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen eri tasoilla. Hankalissa tilanteissa voidaan tarvita lastenpsykiatrista osastohoitoa ja mahdollisesti sijoitusta kodin ulkopuolelle riittävän turvallisten olosuhteiden luomiseksi.

On ensiarvioisen tärkeää, että lapsille ja perheille tulee jatkossa olemaan yhä paremmin tarjolla vaikuttavaksi todettuja hoitomuotoja. Kertyvä tutkimustieto vahvistaa käsitystä, että väkivallan uhan alla eläviä ja väkivaltaa kokeneita lapsia ja heidän perheitään voidaan auttaa psykososiaalisen hoidon keinoin.

B-osa

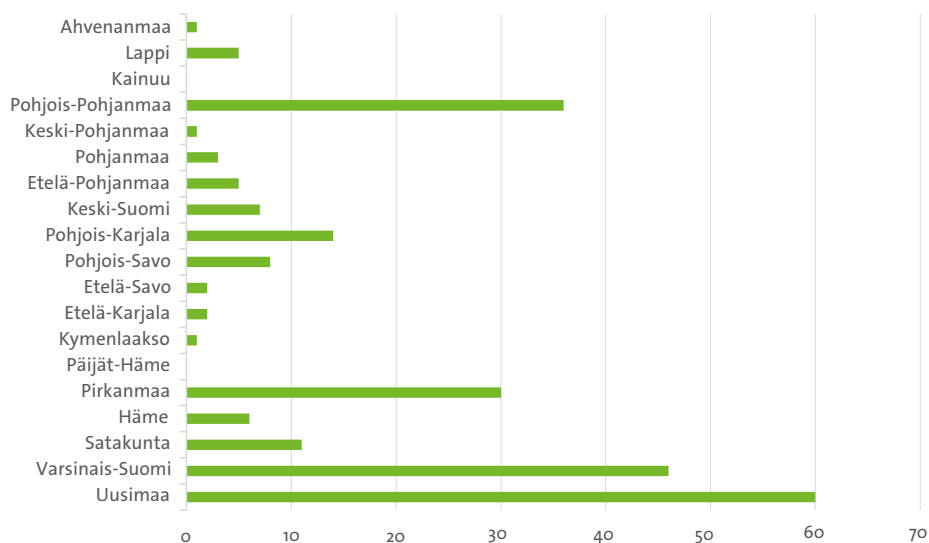
3 Aineisto ja menetelmät

Matleena Huittinen

3.1 Kysely alueille

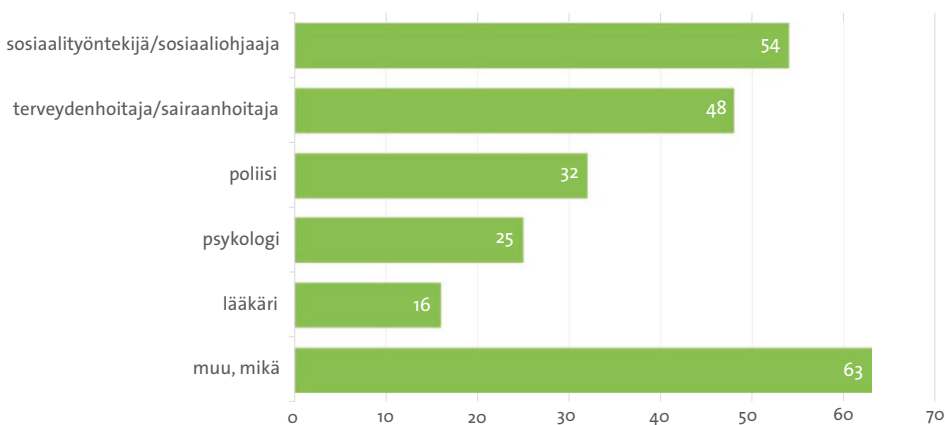
Julkaisun päätiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden lasten ja nuorten hoitopoluista. Kyselylomake laadittiin Barnahus-hankkeen asiantuntijoiden kanssa loppuvuodesta 2019. Kyselylomake löytyy liitteestä 1. Kysely julkaistiin 10.1.2020 ja se lähetettiin lasten, nuorten ja perheiden kanssa työskenteleville vastattavaksi. Vastausaikaa oli 13.3.2020 asti ja siihen oli mahdollista vastata sekä suomeksi että ruotsiksi.

Vastauksia kyselyyn saatiin määräaikaan mennessä 244. Vastaukset painottuivat väkiluvultaan isoimpiin maakuntiin (Kuvio 1).



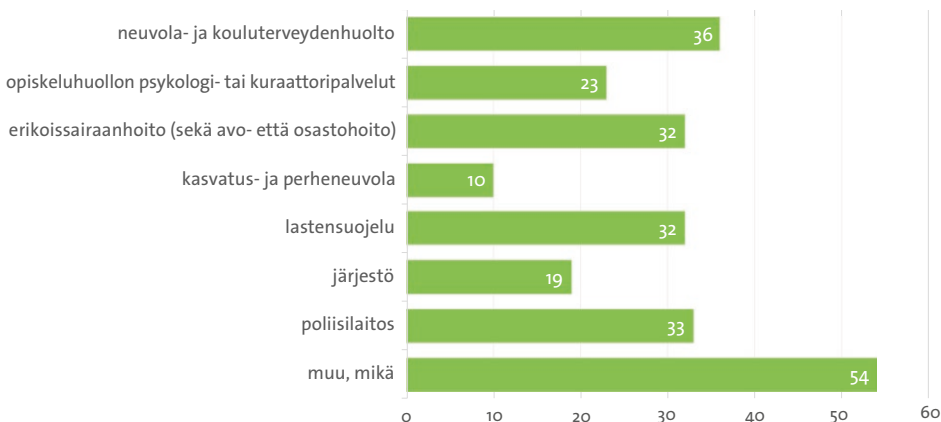
Kuvio 1. Kyselyn vastaajat maakunnittain (n = vastaajien määrä)

Vastaajien yleisimmät ammattinimikkeet ja niiden jakautuminen on esitelty kuviossa 2. Eniten vastaajia oli sosiaalityöntekijöissä ja sosiaaliohjaajissa ja lähes yhtä paljon terveydenhoitajissa ja sairaanhoitajissa. Lisäksi kyselyyn vastasi poliiseja, psykologeja ja lääkäreitä. Vastaajaryhmään muu (n = 63) kuului muun muassa koulu-kuraattoreita, psykoterapeutteja, seurakunnan työntekijöitä, nuorisotoimen edustajia, esimiestä tai muuta johtoa sekä perheneuvoja.



Kuvio 2. Vastaajien yleisimmät ammattinimikkeet (n = vastaajien määrä)

Vastaajat työskentelivät yleisimmin neuvola- ja kouluterveydenhuollossa. Poliisilaitos ja erikoissairaanhoito mainittiin seuraavaksi yleisimpinä palveluina. Muita työskentelypaikkoja olivat esimerkiksi varhaiskasvatus, nuorisotyö, seurakunta ja turvakodit. Kuvio 3 esittelee vastaajien jakautumista eri palveluihin.



Kuvio 3. Missä palveluissa vastaajat työskentelevät (n = vastaajien määrä)

Tekstissä on nostettu esiin useampia suoria lainauksia kansalliseen ja alueellisiin lukuihin kuvaamaan vastaajien näkökulmia. Sitaattien kohdalla mainitaan mitä ammattiryhmää tai organisaatiota vastaus edustaa ellei asia tule muuten asiayhteydestä selväksi. Vastaajien anonymiteettiä on suojeltu jättämällä lainauksista ne tiedot pois, joiden perusteella vastaaja olisi mahdollista tunnistaa. Lisäksi aineiston sisältöä kuvattaessa on pyritty hahmottamaan vastausten yleisyyttä kertomalla onko tietty vastaus noussut esiin vain yhden vastaajan toimesta vaiko useammassa vastauksessa/haastattelussa.

3.2 Haastattelut ja muu aineiston keruu

Julkaisua varten tehtiin kyselyaineiston keräämisen jälkeen myös 25 kappaletta tarkentavia haastatteluja lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa työssään kohtaaville eri alojen ammattilaisille. Haastattelut käsittelivät väkivaltaa kohdanneiden lasten ja perheiden hoito- ja palvelupolkuja ja havaittuja kehittämistarpeita muun muassa perus- ja erikoissairaanhoidossa, lastensuojelussa ja järjestöissä. Haastateltavien taustatiedot on esitetty julkaisun liitteessä 2. Haastattelurunko, jota käytettiin kaikkien haastateltavien kohdalla, löytyy julkaisun lopusta liitteestä 3. Runko laadittiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella keväällä 2020 ja hyväksyttiin Barnahus-aluekoordinaattoreilla yhteisessä palaverissa. Lisäksi tehtiin muutama koehaastattelu haastattelurungon toimivuuden testaamiseksi. Kun kysymykset oli todettu toimivaksi, haastattelut toteutettiin kesän ja syksyn 2020 aikana sekä hankkeen aluekoordinaattoreiden ja alueella toimivien hanketyöntekijöiden että THL:n henkilöstön toimesta.

Haastattelut analysoitiin kevyen sisällönanalyysin keinoin. Haastatteluista on nostettu vastaajien anonymiteetti turvaten lainauksia raportin lukuihin kuvaamaan, millaisia ajatuksia haastateltavat toivat esiin hoito- ja palvelupolkujen nykytilasta ja kehittämistarpeista.

Lisäksi toteutettiin erillinen kysely kaikkiin 20 sairaanhoitopiiriin lasten ja nuorten parissa työskenteleville ylilääkäreille. Kyselyssä kartoitettiin mitkä väkivaltaa kohdanneille lapsille suunnatuista ja väkivaltaan tai traumaan kohdennetuista hoitomenetelmistä ovat käytössä eri sairaanhoitopiireissä. Kyselylomakkeen löydät liitteestä 4. Vastauksia saatiin 13 sairaanhoitopiiristä, yhteensä 18 kappaletta. Kyselyn tuloksia on avattu ja kuvattu kuvion muodossa kansallisessa luvussa.

3.3 Aineiston rajoitukset

Aineisto on kerätty pääasiassa anonymilla kyselylomakkeella, joten tarkentavia kysymyksiä ei ole ollut mahdollista tehdä. Kyselylomakkeen rajoitteisiin kuuluu myös se, että tietty kysymys voidaan tulkita eri vastaajien näkökulmasta erilaisilla tavoilla, jolloin saadut vastaukset eivät välttämättä ole täysin vertailukelpoisia. Tulosten analysoinnissa on kuitenkin pyritty kiinnittämään tähän huomiota.

Osalta alueilta ja tietyistä palveluista vastaajia oli hyvin vähän, esimerkiksi kasvatus- ja perheneuvoloissa työskenteleviä vain neljä prosenttia ($n = 10$). Näin ollen raportoidut seikat ovat viitteellisiä ja kaikkiin tuloksiin tulee suhtautua suuntaa antavina. Vastaukset eivät myöskään ole alueellisesti kattavia. Niissä oli myös epäloogisuutta ja puuttuvia tietoja. Vastaaja on esimerkiksi voinut sanoa ohjaavansa lapsen tai nuoren hoidon piiriin, mutta kysyttäessä mille taholle asiakas on ohjattu, kohta on jätetty tyhjäksi.

Täydentävien haastatteluiden tarkoituksena on ollut osaltaan vastata kyselyn puutteisiin. Haastatteluissa on pystytty syventymään ja fokusoimaan haluttuihin aihealueisiin ja tarkentamaan lomakkeella avoimeksi jääneitä kysymyksiä. Lisäksi on tehty useampi haastattelu muun muassa aiemmin mainitulle kasvatus- ja perheneuvolan henkilöstölle, jotta tätä näkökulmaa on saatu huomioitua paremmin. Lisäksi on tehty haastatteluja niille alueille, joista vastauksia oli vähemmän.

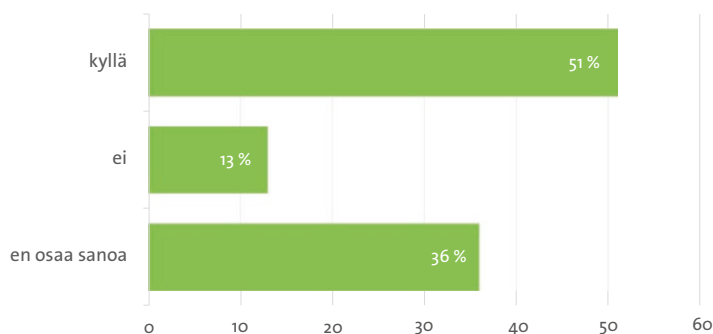
4 Kansallinen tilanne

Taina Laajasalo, Rika Rajala, Matleena Huittinen, Essi Julin

4.1 Hoito- ja palvelupolut

Käsitteinä hoitoketju, hoitopolku, palvelupolku ja palveluketju ovat toisiaan lähellä. Palveluketju voidaan määrittää tietyn asiakasryhmän hoitoketjuksi, jossa hoitotai palvelupolusta on sovittu perus- ja erityistason julkisten ja yksityisten palvelujen välillä³. Termit hoitoketju ja hoitopolku ovat käytössä ensisijaisesti terveydenhuollon toimintakentällä, jossa asiakas on potilas: hoitoketjulla tarkoitetaan tyypillisesti alueellista palvelukokonaisuutta, jossa on sovittu siitä, miten potilasta tietyssä tilanteessa tutkitaan ja hoidetaan terveydenhuollon eri tasoilla sekä potilaan että palvelujärjestelmän kannalta tarkoituksenmukaisesti (Karma 1999). Palvelupolku puolestaan voidaan nähdä asiakkaan erilaisten hoito- ja palveluprosessien koordinoimisena yli sektori-, organisaatio- ja ammattirajojen (Hujala & Lammintakanen, 2018). Eri termeille yhteistä on, että niillä kuvataan pyrkimystä tarjota asiakkaalle tarpeenmukainen, laadukas ja saumaton palvelu.

Kyselyyn 244 vastaajasta 207 (84 %) vastasi kysymykseen alueellisista hoitopoluista, näistä 106 (51 %) kertoi alueellaan olevan sovittuja hoitopolkuja tilanteisiin, joissa lapseen tai nuoreen on kohdistunut väkivaltaa, yli kolmannes ei osannut sanoa. Kyselyyn liitteenä saatiin 18 esimerkkiä alueellisista hoitopoluista. Nämä esitellään tarkemmin alueittain (Taulukko 4).



Kuvio 4. Alueella on hoitopolku tilanteisiin, joissa lapseen tai nuoreen on kohdistunut väkivaltaa % (n = 207)

3 <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio>

4.2 Tuen ja hoidon tarpeen arviointi

Vastaajista 164 (67 %) ilmoitti työhönsä kuuluvan lapsen ja perheen tuen ja hoidon tarpeen arviointia. Seuraavassa tarkastellaan neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa (terveydenhoitajat ja lääkärit), oppilashuollossa (psykologit ja kuraattorit), erikoissairaanhoidossa ja järjestöissä työskentelevien vastauksia arvioinnin tavoista ja välineistä. Sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien sekä poliisin työtä käsittelevissä luvuissa (4.6 ja 4.8) käsitellään tuen ja hoidon tarpeen arviointia suhteessa näiden ammattiryhmien toimintaan.

Neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa työskentelevien terveydenhoitajien ja lääkärien keskeisin väkivaltaan liittyvän tuen ja hoidon tarpeen arvioinnin väline oli kuuntelu, keskustelu asiakkaiden kanssa ja väkivallasta suoraan kysyminen. Näillä universaalipalveluilla on lakisääteinen rooli väkivallan ehkäisytyössä (VNA 338/2011), ja etenkin neuvolapalvelujen osalta tämä myös heijastui vastauksissa. Käytännössä tämä tarkoitti asiakkaiden väkivaltakokemusten puheeksiottoa, kartoittamista ja tunnistamista, ja jatkotoimien suunnittelua tämän pohjalta. Kyselyn 36 vastaajasta yhdeksän mainitsi väkivallan kartoittamiseen kohdennetusti suunnitellut lomakkeet (THL:n lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituskysymykset, Turva10). Tämän lisäksi yhdeksän vastaajaa mainitsivat vastauksissaan lomakkeet ja kyselyt yleisesti. Monet vastaajista mainitsivat arvioinnin tapahtuvan osana neuvolakäyntejä tai terveystarkastuksia.

” Kysyn ja kuuntelen. Käytän THL:n väkivaltaseulalomaketta. EPDS myös hyvä lomake. Näiden pohjalta jatkosuunnitelma.”
(terveydenhoitaja/sairaanhoitaja)

Osa vastaajista nosti esiin arvioinnin jälkeiset hankaluudet löytää sopiva jatko-
hoitotaho:

” Ei ole paikkaa mihin ohjata, täytyy olla tosi vakava tilanne ennen kuin lähete erikoissh. johtaa jatkotoimiin. Yhteistyö sosiaalipuolen kanssa olematon. Oma aika kortilla.” (lääkäri)

Opiskeluhuollon psykologit ja kuraattorit käyttivät lapsen tilanteen arviointiin erilaisia yleisesti käytössä olevia lapsen kehityksen ja psyykkisen tilanteen arvioinnin menetelmiä. Nämä eivät olleet väkivaltakokemusten kartoittamiseen tai seurausten arviointiin erityisesti kohdennettuja. Koulussa työskentelevät kokivat ylipääntään olevansa harvoin mukana väkivaltaa kokeneen lapsen tilanteen arvioinnissa tai jatkotyöskentelyssä.

- ” Ongelmana on, että psykologi ei saa tietoa mistään, jos lapsi on kokenut väkivaltaa. Ellei perhe tai lapsi itse kerro. Lastensuojelusta ei ole koskaan pyydetty oppilashuollon psykologia mukaan tukemaan lasta, joka on kokenut väkivaltaa (ainakaan minua). Eteneminen menee niin, että jos itse työssäni saan kuulla väkivallasta, teen ilmoituksen, mutta en pääse mukaan prosessiin ja asiaa on hyvin vaikea ottaa puheeksi.” (psykologi)
- ” Toivoisin, että kunnissa olisi mietitty asiantunteva tuki ja prosessit siten, että seksuaali- ja/väkivaltaa kokenut lapsi saisi asiantuntevaa tukea ja arviointikin olisi kattavampaa (koulussa tukeen ohjautuminen edeltää lapsen ulospäin näkyvää oireilua johon puututaan, jolloin sisäänpäin käänntyneet huolet tulevat viiveellä esille).” (kuraattori)

Osa psykologeista mainitsi arvioinnin välineenä yleisesti psykologin tutkimuksen, kuraattorit kuraattorin sosiaalisen selvityksen. Arvioinnin sisältöä yksityiskohtaisemmin avanneet mainitsivat eri tahojen haastattelut, kattavan tiedonkeruun (esim. lapsesta kirjoitetut vanhat lausunnot), luokkatilanteiden seuraamisen, oppilaan ja perheen tapaamiset sekä erilaiset mieliala-, ahdistuneisuus-, keskittymishäiriökyselyt tai koulupoissaolokyselyt. Traumaoireiden kartoittamiseen tarkoitettuista lomakkeista mainittiin yksi, Impact of Event Scale (IES), yhden vastaajan toimesta. Yleisistä lapsen tilanteen arviointiin ja tukemiseen sopivista menetelmistä mainittiin lisäksi muun muassa Lapset puheeksi -menetelmä⁴ ja tunnekortit.

Muun muassa perheneuvolassa työskentelevät kuvasivat lapsen tilanteen arvioinnin koostuvan vapaamuotoisesta ja tietyt teemat kattavasta alkuhaastattelusta, kuuntelusta, havainnoinnista ja läsnäolosta. Tilanteen niin vaatiessa, tähän yhdistettiin erilaisia nimettyjä seuloja tai kaavakkeita (mm. mielialamittarit, toivottomuus-kartoitus, ahdistuneisuusarvio). Väkivaltakyselyt mainittiin kahdesti, lisäksi yksi vastaaja hyödynsi Rikosuhripäivystyksen materiaaleja.

- ” Ensikäynti, mahdolliset lomakkeet esimerkiksi Juha Holmalta saamani väkivaltaa ja sen eri ilmenemismuotoja kartoittava lomake” (psykologi)
- ” Arviointi perustuu vuorovaikutukseen ja vuosien kokemukseen työskentelystä hoidollisella kentällä. Lomakkeita voi käyttää mutta saman tiedon saa myös kysymällä.” (psykologi)

4 Ks. esim. <https://kasvuntuki.fi/tyomenetelmat/toimiva-lapsi-perhe-menetelmat-lapset-puheeksi-keskustelu/>

”Utredet helhetssituationen och planerar vården därefter. Vår mottagning är inte enda vårdplatsen ifall våld i familjen förekommit, men vi kan vara en del av processen.” [”Tutkimme kokonaistilannetta ja suunnitteleimme hoidon sen mukaisesti. Vastaanotimme ei ole ainoa hoitopaikka, jos perheväkivaltaa on tapahtunut, mutta voimme olla osa prosessia.”] (perheterapeutti)

Järjestökentällä työskentelevät vastaajat antoivat yhtäältä akuuttivaiheen supportiivista tukea, toisaalta osa antoi varsinaista terapeuttista hoidollista tukea. Tämä heijastui siihen, millaisia menetelmiä lapsen tilanteen arvioinnissa käytettiin. Järjestöissä työskentelevät vastaajat nimesivät tyyppilliseksi tuen ja hoidon tarpeen arvioinnin tavaksi asiakkaan kokemuksen kartoittamisen keskustelujen kautta. Viisi vastaajaa käytti potentiaalisesti traumatisoituneen lapsen tilanteen arviointiin kehitettyjä traumaoirekyselyjä (Impact of Event Scale, IES-22 ja Trauma Symptom Checklist, TSC-40), sekä dissosiativisten oireiden mittareita (Dissociative Experiences Scale, DES ja DES-A). Muita mainittuja menetelmiä olivat lapsen hyvinvointia ja mielialaa yleisesti kartoittavat mittarit kuten Vahvuudet ja vaikeudet -lomake (SDQ) ja masennuskyselyt. Neljällä vastaajalla oli käytössä Feedback Informed Treatment (FIT) - palautekeskeinen hoidon mittari, jossa asiakas antaa käyntien jälkeen välitöntä palautetta omasta voinnistaan ja käynnin sisällöstä. Lisäksi arvioinnin keinoina mainittiin myös seksuaalianamneesi, toiminnalliset menetelmät, havainnointi ja leikin havainnointi, verkostopalaverit ja eri ammattiryhmien konsultaatiot (lääkäri, neuropsykiatri, psykoterapeutti).

”Asiakkuuteen tulevien on jo arvioitu tarvitsevan psykososiaalista tukea / hoitoa. Työssä kuitenkin koko ajan asiakassuhteen aikana seurataan hoidon riittävyttä ja vaikuttavuutta toki ihan keskustelun ja vuorovaikutuksessa tehtävien havaintojen kautta, mutta myös esim. käyttämällä erilaisia mittareita (R-BDI , IES-R jne). Lisäksi asiakkaan voinnin seurannassa sekä hoitosuhteen arvioinnissa on käytössä FIT (Feedback- Informed-treatment)” (järjestötyöntekijä)

Erikoissairaanhoidossa lapsella ja nuorella on jo lähtökohtaisesti arvioitu olevan merkittävästi toimintakykyä häiritsevää psyykkistä oireilua, johon perustason tuki ei riitä. Väkivaltakokemus sinänsä ei ole erikoissairaanhoitoon lähettämisen ja arvioinnin peruste.

”Yleensä lapsen kohdistunut fyysinen tai seksuaalinen väkivalta on vain yksi riskitekijä ja tavallisesti lapsen kontekstissa on monia muitakin riskitekijöitä ja toki myös suojaavia tekijöitä. Tutkimuksessa, hoidossa ja kuntoutuksessa on tarpeen ”tavanomainen lastenpsykiatrinen kokonaisvaltainen” ote, jossa otetaan huomioon kaikki yllä mainitut riskit ja suojaavat tekijät, ei pelkästään fyysinen tai seksuaalinen väkivalta.” (lääkäri)

Lapsen tilanteen arviointi erikoissairaanhoidossa oli laaja-alaista ja tyypillisimmin monipuolinen yhdistelmä esitietoihin tutustumista, nuoren ja verkoston haastatteluja, kyselylomakkeita sekä psykologin tutkimusmenetelmiä sekä moniammatillisen tiimin yhteisarvioita. Diagnostisista lastenpsykiatrisista haastattelumenetelmistä mainittiin DAWBA-haastattelu. Lapsen ja nuoren tuen tarpeen arviointiin käytettiin lukuisia erilaisia strukturoituja lomakkeita, jotka kartoittivat lapsen psyykkistä vointia yleisesti tai esimerkiksi mieliala- ja ahdistuneisuusoireita, päihteiden käyttöä, psykoosiriskiä tai itsetuhoisuutta. Lisäksi mainittiin väkivallan varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen toimintamalli (VISH). Traumakyselyt yleisesti mainittiin yhden vastaajan toimesta, ja toinen mainitsi Traumatic Antecedents Questionnairen ja Trauma Screening Questionnairen (TAQ ja TSQ), muita erityisesti traumaoireiden kartoittamiseen suunnattuja mittareita ei nimetty. Psykologin tutkimusvälineistä nostettiin esiin vanhemman ja opettajan haastattelu, lapsen haastattelu, lapsen havainnointi sekä erilaiset psykologin käyttämät testimenetelmät. Myös somaattinen tutkimus ja löydösten kirjaus sekä kotikäynnin sisältävä perhetutkimus ja videoitu vuorovaikutusarviointi mainittiin.

”Kehityshistorian ja perhetilanteen kartoitus yhdessä vanhempien ja nuoren kanssa. Nuoren tapaamiset kerran viikossa 4–6 viikon ajan, jolloin tavoitteena kartoittaa nuoren tilanne sekä oiretasolla että persoonan kasvun ja kehityksen suhteen. Tärkeänä fokuksena myös nuoren oman muutostoiveen ja työskentelyhalukkuuden ja kyvyn selvittäminen. Tarvittaessa käytetään arvioinnissa traumaoireiden tarkemmaksi selvittämiseksi TSQ ja TAQ kyselytutkimuksia tai pyydetään laajemmat psykologin tutkimukset.” (lääkäri)

4.3 Tuessa ja hoidossa käytetyt työmenetelmät

Kyselyyn vastaajat nostivat esiin tarpeen soveltaa lapsen tuessa ja hoidossa käytettäviä menetelmiä kohderyhmän tarpeiden mukaan. Varsinaisessa hoidollisessa työskentelyssä korostui lapsen vireystilan vaihtelun tunnistamisen, tunnesäätelyn tukemisen ja vakauttamiseen tähtäävän työskentelyn merkitys. Esimerkiksi pitkiä

psykoterapioita toteuttava vastaaja kertoi hoidon alkuvaiheen keskittyvän ensisijaisesti lapsen toiminta- ja ajattelukyvyn tukemiseen ja vasta tämän jälkeen lähestytään trauman aiheuttaneita tapahtumia ja vuorovaikutusta. Useat vastaajat kertoivat arvioivansa läpi hoitoprosessin sitä, onko työskentely lapsen kannalta turvallista tai voidaanko tiettyyn hoidon vaiheeseen edetä.

Kun vastaajat työskentelivät tehtävissä, joissa kontakti väkivaltaa kokeneiden lasten ja perheiden kanssa oli konkreettista akuutin kriisitilanteen selvittämistä, korostui työn sisällöissä kokonaistilanteen vakauttaminen ja palveluohjaus:

- ”” Akuutin vaiheen työskentely on pitkälti lapsen turvaamista ja tilanteen vakauttamista, josta toinen viranomainen jatkaa työskentelyä arkena.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)
- ”” Dialoginen perhe- ja verkostotyö sekä keskusteluapu, tilanteen turvaaminen esim. tilapäisen majoituksen keinoin ” (johtaja)

Näyttöön pohjautuvat trauma- ja väkivaltakokemusten hoitomenetelmät

Osa väkivaltaa kokeneista lapsista tarvitsee intensiivistä, monen eri palveluntarjoajan yhteistyössä toteuttamaa monipuolista ja pitkäaikaista tukea. Esimerkiksi tällaisissa tilanteissa väkivaltaspesifit strukturoidut hoitomuodot eivät yksinään riitä. Resurssien oikean kohdentamisen ja mahdollisimman vaikuttavien tulosten saamiseksi väkivalta- ja traumakokemusten hoitoon kohdennettujen näyttöön pohjautuvien työmenetelmien tulisi silti olla osa käytettävissä olevaa työkaluvalikkoa. Siksi raportin osana haluttiin kartoittaa erityisesti näiden saatavuutta.

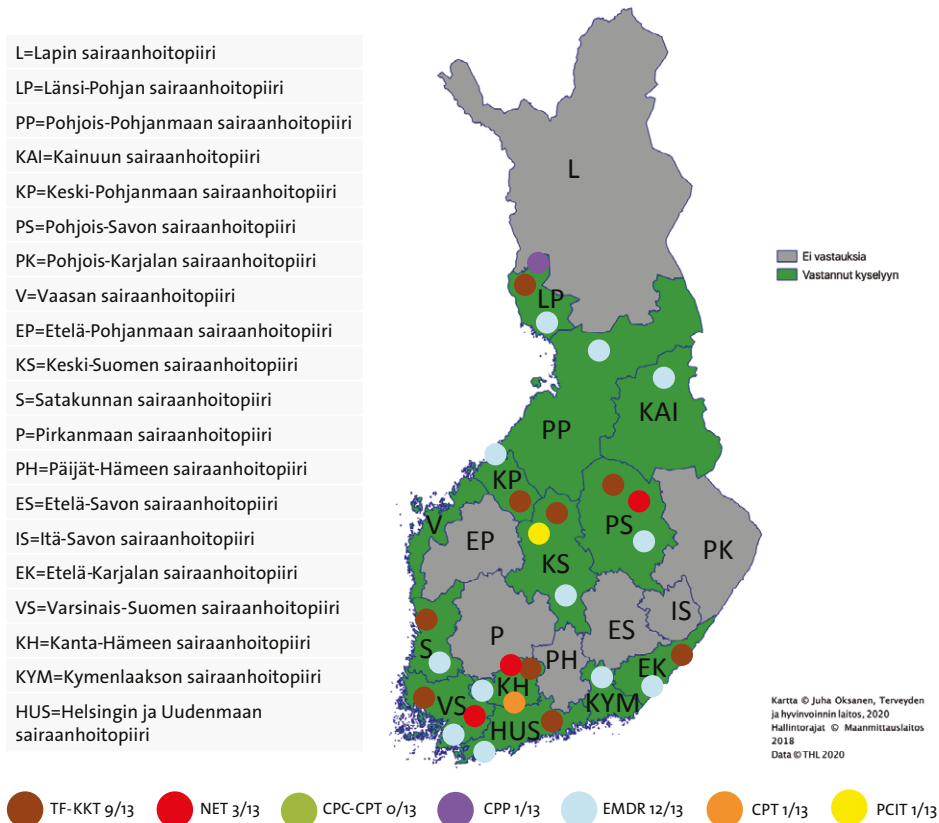
Kohdennetusti trauman ja väkivaltakokemusten hoidossa tutkittuja menetelmiä (ks. A-osa), nimettiin seitsemän kyselyyn vastanneen toimesta (EMDR, n = 4; Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-KKT) n = 2; Narrative Exposure Therapy (NET) n = 1). Väkivaltaa kokeneille lapsille suunnatuista työmuodoista mainittiin myös Trappan, josta tutkimusnäyttö on selvästi edellä mainittuja vähäisempää⁵. Lisäksi nimettiin kognitiivinen käyttäytymisterapia (n = 3), psykodynaaminen psykoterapia (n = 1), sekä Cognitive Processing Therapy (n = 4), osa vastaajista toi myös esiin yleisellä tasolla antavansa lapselle tai perheelle psykoterapiaa.

Vastauksia tulkitessa on huomioitava vastaajien taustaorganisaatiot ja -koulutustaustat: useimmat näyttöön pohjautuvista työmenetelmistä edellyttävät psykiatrian erikoislääkärin, psykologin, psykoterapeutin tai psykiatrisen erikoissairaanhoidajan koulutusta. Terveystieteiden alan ammattilaisia (sh, psykologi, lääkäri tai

5 <https://kasvuntuki.fi/tyomenetelmat/trappan-portaat/>

psykoterapeutti) oli vastaajista 95, ja ainoastaan 43 vastaajaa (18 % vastaajista) työskenteli kasvatus- ja perheneuvoloissa tai erikoissairaanhoidossa, jotka ovat tyypillisimpiä näyttöön pohjautuvien työmenetelmien sovelluskenttiä. Tästä huolimatta menetelmien kyselyaineiston valossa niukkaa levinneisyyttä ja alhaista käyttöastetta voidaan pitää jossain määrin yllättävänä.

Koska edellä mainittuja kyselyn tuloksia haluttiin tarkentaa, suunnattiin suoraan sairaanhoitopiirien ylilääkäreille tarkentava Webropol-kysely (liite 4), jossa kartoitettiin vaihtoehtokysymyksillä väkivalta- ja traumakokemusten hoitoon kohdennettujen interventioiden saatavuutta. Vastauksia saatiin 13 sairaanhoitopiiristä. Kuvio 5 esittelee tulokset sairaanhoitopiireittäin. Ylilääkäreille tehdyn kyselyn tulokset eivät nekään anna täysin aukotonta kuvaa työmenetelmien käyttöasteesta ja levinneisyydestä. Esimerkiksi Vaasan ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä pilotoidaan Ensi- ja turvakotien liiton hankkeen turvin A-osassa kuvattua CPC-CBT-interventiota⁶, mikä ei näkynyt annetuissa vastauksissa.



Kuvio 5. Sairanhoitopiirien ylilääkärien raportoimat alueella käytössä olevat tutkimusperustaiset lasten väkivalta- ja traumakokemusten hoitoon kohdennetut työmenetelmät.

⁶ <https://ensijaturvakotienliitto.fi/violary/kehittamistyoykk-hanke/>

Sairaanhoitopiirien ylilääkärrien avovastauksissa mainittiin alueilla tarjottavan väkivaltaa kohdanneille lapsille ja nuorille eri psykoterapeuttisiin viitekehyksiin liittyvää trauman hoitoa (psykodynaaminen ja kognitiivinen psykoterapia ja erilaiset perheterapiat), varhaislapsuuden vuorovaikutuspsykoterapiaa, psykofyysistä fysioterapiaa sekä traumaterapiaorientoitunutta eläinavusteista terapiaa.

Tarkasteltaessa työmenetelmien käyttöön liittyviä seikkoja mainittiin laajan kyselyn vastauksissa toistuvasti kokemus työskentelyyn liittyvästä aikapaineesta. Strukturoituja, aikarajallisia ja tutkitusti vaikuttavia työmenetelmiä toivottiin useissa vastauksissa lisää. Lyhyisiin näyttöön pohjautuviin menetelmiin kohdistui yhden vastaajan mukaan myös epäluuloa:

” Resurssivajeen vuoksi jäsentyneemmät ja keskittyneemmät työskentelymallit, lyhytterapiat, olisivat tarpeen niille jotka niistä hyötyvät. Myöskään varsinaista traumapsykoterapiaa ei sairaanhoitopiirissämme tai sen ostopalveluina ole tällä hetkellä saatavilla, tästä siis huutava pula. Osaamista ja resursseja ei ole riittävästi, ja lyhytterapioihin, näyttöön perustuviinkin, kohdistuu selvää epäluuloa niiden toimivuutta kohtaan.” (psykologi)

Arviointi-, tuki- ja hoitomenetelmien valinta

Kysymykseen arviointi-, tuki- ja hoitomenetelmien valinnan perusteista vastasi 105 vastaajaa. Useimmat vastaajat nimesivät useita erilaisia menetelmien valintaa ohjavia tekijöitä, jotka yhdessä ratkaisivat käytetyn lähestymistavan:

” Menetelmien valintaa ovat ohjanneet työskentelyn aikaraamit (pitää soveltua lyhytaikaiseen työotteeseen), tutkimusnäyttö ja organisaation arvopohja / ihmiskäsitys. Ryhmämuotoiset keinot on alaikäisten osalta jätetty pois valikoimasta ainakin toistaiseksi käytännön syistä.” (psykologi)

” Lomakkeet eivät tunnu omalta. Vuorovaikutus asiakkaan kanssa muotoutuu aina asiakkaan ja tarpeiden mukaan. Kädyt koulutukset ovat antaneet välineitä juuri vuorovaikutuksellisiin keinoihin. Toimisto-olosuhteissa muut hallussa olevat välineet (toiminnalliset) eivät ole mahdollisia, eikä välineistöä toiminnallisiin keinoihin ole. Lapset puheeksi -toimintamalli on käytössä kuntayhtymän linjauksen vuoksi.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)

Useimmin vastauksissa mainittu yksittäinen menetelmien valintaa ohjaava tekijä oli vastaajan työtehtävä ja työskentelyn konteksti: lähes puolet kysymyksiin vastanneista nosti esiin kohderyhmän tarpeet sekä oman tehtäväkuvan vaatimukset ja rajoitukset ainakin yhtenä valikoitumisen perusteena. Vastaajat toivat esiin työskentelyn aikarajoitteet ja niiden luoman paineen aikarajallisille, jäsenyneille malleille.

- ”Työni on matalan kynnyksen työtä, tarkoituksena on vakauttaa ja selkiyttää tilannetta, jotta palveluohjaus olisi mahdollisimman oikea-aikaista ja kohdentuisi oikeaan palveluun.” (etsivän työn tekijä)
- ”Näille on viime vuosina vapautunut kalenterista aikaresursseja, monelle muulle mallille ei. Jäsenyneitä ja hallittavia menetelmiä, ja sopivat siksi työhöni. NETin olen aloittanut vasta vuonna 2019.” (psykologi)
- ”Koska erityisesti perheväkivaltaa kokeneet lapset tarvitsevat mielestäni nimenomaan perheinterventioita eikä yksilöhoitoa” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)

Oma kokemus ja toisaalta käytyt koulutukset nimettiin menetelmien valintaa ohjaavana tekijänä kumpikin noin neljänneksessä vastauksista:

- ”Kokenut nämä mallit ja menetelmät hyödylliseksi. Ei tietoa kaikista muista mahdollisista menetelmistä.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)
- ”Pitkä kokemus. Oikeastaan meiltä puuttuu erityistä mallia väkivaltaa kokeneiden lasten hoitoon. Käytämme ”tavallisia” tutkimus- ja terapiamenetelmiä.” (psykologi)
- ”Ovat minulle luontaisia tapoja ja olen juuri ollut lasten EMDR koulutuksessa. Aikuisten EMDR terapettinen työskentely on jo tuttua.” (terveydenhoitaja/sairaanhoitaja)

Kahdeksan vastaajaa ei osannut sanoa, miksi käyttää juuri kyseisiä menetelmiä, yksi vastaaja totesi ettei hän tiedä muista malleista. Seitsemän vastaajaa mainitsi ainakin yhtenä valinnan perusteena tieteellisen tutkimuksen ja tutkimusnäytön. Kansalliset ohjeistukset mainitsi vähintään yhtenä valinnan perusteena neljä vastaajaa. Yksi vastaaja mainitsi alueellisen johdon tuen ja sitoutumisen valitun menetelmän käyttöön.

4.5 Peruspalveluiden rooli palvelujen tuottajana

Peruspalveluiden (neuvola, oppilas- ja opiskelijahuolto, perusterveydenhuolto, kasvatus- ja perheneuvola) rooli väkivaltaa kohdanneen lapsen ja perheen tukemisessa nähtiin avovastauksissa vastaajan alueesta, koulutuksesta ja taustaorganisaatiosta riippumatta tärkeänä. Viidennes vastaajista korosti avovastauksissa suoraan näiden palveluiden keskeistä, ensisijaista tai välttämätöntä roolia, erityisesti lapseen kohdistuvan väkivallan ehkäisyssä ja tunnistamisessa:

- ”Kasvatus- ja perheneuvolan rooli tärkeä. Neuvola, oppilas- ja opiskelijahuolto tunnistamisen vaiheessa. Perusterveydenhuollossa tunnistamisen tärkeys, mutta siellä vaikeampaa. Avainasemassa päiväkotia ja koulu.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)
- ”Peruspalvelut ovat avainasemassa. Lapselle/nuorelle tuttu työntekijä on ”aitiopaikalla”, kun lapsen elämä on läsnä kaikkina hetkinä. Kynnystä ilmoittamiseen ja KONSULTAATIOON pitää madalta entisestään, jotta perustason palveluissa uskalletaan olla huolissaan myös varsin vähäisillä taustatiedoilla. Perustasolla voidaan tehdä jo hyvin paljon. Painottaisin nimenomaan psykoedukaation ja ennalta ehkäisemisen osalta näitä perustason palveluita. Koulutus ja konsultaatio asiantuntijajyksiköistä on varmasti perustasolle tervetullutta.” (terveydenhoitaja/sairaanhoitaja)

Ensivaiheen tunnistamisen ja palveluohjauksen lisäksi peruspalveluiden toimijoilla nähtiin olevan myös oma tehtävänsä väkivaltaa kohdanneen lapsen ja nuoren tukemisessa ja hoidossa:

- ”Tilanteesta ja työntekijän työkokemuksesta riippuu pitääkö ohjata eteenpäin, vai pystyykö hoitamaan perustasolla vai ei. Joskus esim. nuoren on helpompi jäädä käsittelemään asiaa sen ihmisen kanssa, kenelle ensin on asiasta kertonut.” (psykologi)
- ”Jos luottamussuhde on syntynyt, toivon että perustason työntekijät uskaltavat ja pystyvät myös jatkamaan lapsen/perheen rinnalla asian tiimoilta pitemmän aikaa, eikä esim. heti paniikissa lähetettäisi erikoissairaanhoitoon ilman hyvää nivellettyä saattelua. Nopea eteenpäin sysääminen voi syventää traumaa ja tuottaa olon, että kipeän asian kertomisesta rankaistiin hylkäämällä. Auttaisiko erikoissairaanhoidon nopea/toimiva konsultaatiotuki perustasolle?” (psykologi)

- ”Erikoissairaanhoidosta on paine siirtää potilas nopeasti perustasolle, tässä valmiuksia tulisi olla perustason toimijoilla. Osallistuminen verkostopalaveriinhin tärkeää, tiedonsiirron onnistuminen auttaa lasta ja perhettä.” (erikoissairaanhoitaja)

Toisaalta perustason palveluiden ulkopuoliset vastaajat kokivat, että valmiuksia kohdata väkivaltaan liittyviä kysymyksiä ja antaa tarvittavaa tukea ja hoitoa puuttui. Vastaajat toivoivat lisää koulutusta ja konsultaatiomahdollisuuksia. Erityisesti lasten ja nuorten perustason mielenterveystyöstä huolehtivilta kasvatus- ja perheneuvoloilta toivottiin vahvaa roolia ja asiantuntemusta. Useampi vastaaja koki, ettei hoidon tarpeeseen pystytä riittävästi vastaamaan.

- ”Roolin pitäisi olla suuri, mutta esim. kasvatus- ja perheneuvola on ilmoittanut, että eivät omaa asiantuntemusta siihen, että antaisivat psykososiaalista tukea lapselle tai perheelle” (sosiaalityön johtaja)
- ”Oppilashuolto ja perheneuvola olisivat hyviä tahoja tukemaan perheitä, mutta näidenkin resurssit riittämättömät. Myös koulutusta näiden perheiden ja pp-asioiden kohtaamiseen olisi lisättävä” (lääkäri)
- ”Eivät halua ottaa roolia asiassa. Perheneuvolasta kerrottu, että ei ole tarpeeksi tietotaitoa väkivaltaa kohdanneiden lasten ja perheiden hoitoon saatikka tutkimukseen. Peruspalveluista asia siirretään lähestulkoon aina lastensuojeluun.” (sosiaalityöntekijä/sosiaalihoaja)
- ”Perheneuvola ei ota asiakkaaksi edes huoltoriidan keskellä olevaa lasta. Kuka kuulee lasta? Ei myöskään lastenvalvoja. Kouluterveydenhuolto ja oppilashuolto painottuu laisakin yhteisölliseen ja ennaltaehkäisevään sekä neuvovaan. Väkivaltaa kohdanneiden ja perheen kasvatustaidoissa suuria puutteita (jos käytössä uhkailut, fyysinen tai psyykinen väkivalta) oleviin tilanteisiin tarvitaan jo korjaavaa työtä sekä esimerkiksi terapeuttista osaamista. Tämä on aikaa vievää muutostyötä, joten tarvitaan aika- ja henkilöstöresursseja (riittävästi henkilökuntaa).” (kuraattori)

Perheneuvoloissa työskentelevät itse toivoivat enemmän välineitä erityisesti lapsen vanhempien kanssa työskentelyyn:

- ” Näillä on nyt pärjätty mutta toki asiaan perehtyminen vaatisi lisäkoulutusta sekä työyhteisön tasolla jonkinlaista sopimusta kuka perehtyy ja koulutetaan mihinkin. En ole löytänyt materiaalia, jolla voisin tukea vanhempia.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)
- ” Tässä kyselyä täyttäessäni syntyy tarve käyttää väkivalta-lomaketta ihan rutiininomaisesti kartoittaakseni tilannetta. Ehkä siitä puhuminen enemmän vielä julkisesti/psykoedukaatio, miten vanhemman tapa sädellä tunteita/toimia tilanteissa vaikuttaa lapseen ja miten vanhemman omalla säätelyllä ja vanhemman omalla hoidolla voi jo olla merkittäviä tuloksia. Monesti vanhemmat toivovat vielä hyvin akuuteissa tilanteissa ymmärrettävästi omalle rakkaalle lapselleen yksilöhoitoa ilman, että ovat valmiita itse muutokseen/apuun. Olisi mukava saada tarkoituksenmukaista ja perheneuvolatyöhön kohdennettua väkivaltaan liittyvää koulutusta vielä enemmän, esim. kaupungin tasolla, jotta esim. koko työryhmä voisi osallistua tai halukkaat niin, että ei tulisi maksaa itse, mikä rajoittaa osallistumista” (psykologi)

Muissa peruspalveluissa työskentelevät itse nostivat työskentelyn esteinä esiin osaamiseen liittyvät haasteet, mutta myös aika- ja resurssikysymykset sekä tiedonkulun haasteet:

- ” Olemme ns. eturintamassa ja meillä pitäisi olla enemmän aikaa alkuvaiheen selvittelyihin ja varhaisen tuen antamiseen. Kouluterveydenhuolto kulkee lapsen rinnalla koko kouluajan ja luottamus lapsen ja perheen kanssa on tärkeää, mutta mm. puutteellinen tiedonkulku hankaloittaa tätä.” (terveydehnoitaja/sairaanhoitaja)
- ” Kyky tunnistaa on heikko, ja kun vastaanottoon jää liian vähän aikaa, ei jää mahdollisuuksiakaan kohdata ja tunnistaa” (projektijohtaja, opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalvelut)

4.6 Lastensuojelu palvelun tuottajana

Tässä osiossa kuvataan kyselyyn vastanneiden sosiaalityöntekijöiden, sosiaali-ohjaajien ja perhetyöntekijöiden vastauksia sekä kaikkien vastaajien vastauksia lastensuojelun kehittämistarpeisiin. Yhtäältä vastaukset kuvaavat sitä, miten sosiaalityöntekijät ja sosiaali-ohjaajat arvioivat tilannetta ja omaa työtänsä itse. Toisaalta vastauksissa kuvautuu se, miten kaikki kyselyyn vastanneet toimijat arvioivat tilannetta lastensuojelussa sekä myös toimijoiden välistä yhteistyötä, jossa lastensuojelu edustaa yhtä tahoja. Kyselyyn vastanneista 22 prosenttia oli sosiaalityöntekijöitä ja sosiaali-ohjaajia. Kaikista vastaajista 13 prosenttia kertoi työskentelevänsä lastensuojelussa ja vastanneiden joukossa oli myös esimerkiksi sosiaalihuoltolain mukaisissa lapsiperheiden palveluissa työskenteleviä sosiaalityöntekijöitä ja sosiaali-ohjaajia. Eri alueilla sosiaalityöntekijöiden ja sosiaali-ohjaajien sekä lastensuojelussa työskentelevien määrät vaihtelivat jonkin verran. Kysymykseen, mitä kehitettävää näet lastensuojelun roolissa väkivaltaepäilyjen tuki- ja hoitoprosesseihin liittyen, vastasi 125 vastaajaa kaikista vastaajaryhmistä eli noin 51 prosenttia kaikista kyselyyn vastanneista.

Kaiken kaikkiaan vastaajat kuvasivat lastensuojelun resursoinnin sekä osaamisen olevan suurimpia haasteita väkivaltailmiöön liittyen. Sosiaalityöntekijöiden ja sosiaali-ohjaajien vastauksissa korostui se, että sosiaalityön tehtäväksi ei koettu hoitoa: tehtävänkuvaksi muotoiltiin palvelutarpeen arviointi, jonka perusteella lapsi voidaan ohjata toiseen tahoon, kuten yksi vastaajista kuvaa.

”En anna psykososiaalista hoitoa, palvelutarpeen arvioinnin perusteella lapsi ohjataan ja mahdollisesti saatetaan oikeaan paikkaan.” (sosiaalityöntekijä/sosiaali-ohjaaja)

Lastensuojelun arviointiprosessit arvioitiin yleisesti ottaen liian pintapuolisiksi ja kapea-alaisiksi väkivaltakysymysten äärellä ja todettiin, että tilanteissa tarvittaisiin pitkäkestoisempaa ja syvällisempää sekä kokonaisvaltaisempaa paneutumista. Vastaajat kuvasivat, miten lastensuojelutyössä tarvittaisiin enemmän ymmärrystä ja osaamista esimerkiksi eri väkivallan muodoista sekä tilanteen tarkastelemiseksi erityisesti lasten näkökulmasta. Tähän toivottiin konkreettisia menetelmiä sekä vanhempien että erityisesti lasten kanssa työskentelyyn.

”Lastensuojeluun saatava akuutimpi ote ja pysyvät työntekijät, koska työntekijän vaihto tekee koko lastensuojelutoiminnasta sirpaleista ja tehotonta. Systeeminen toimintamalli voisi auttaa, jos se saataisiin laajasti käyttöön. Nyt toiminta on liian hampaatonta ja laimeaa, eikä ota kokonaisuutta riittävästi huomioon.” (lääkäri)

” Tarvitsen enemmän työkaluja/koulutusta lapsen (ja aikuisen) kanssa väkivalta-asioista ja sen aiheuttamista tuntemuksista keskusteluun. Miten keskustelen niin, etten sabotoi mahdollista esitutkintaa tai avaa haavoja, joita en osaa sulkea.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)

Toisaalta vastanneiden joukossa oli myös henkilöitä, jotka arvioivat, että kaikki potentiaali sosiaalitoimen työntekijöiden osalta ei tule nykytilanteessa hyödynnetyksi riittävästi.

” Lastensuojelun sosiaalityöntekijä enemmänkin koordinoi lapsen tilannetta kuin itse osallistuu siihen. Lastensuojelussa on kokeneita työntekijöitä, mutta rooli jää koordinaattorin työksi ja vanhempien kanssa työskentelyksi, vaikka monilla olisi motivaatiota työskennellä myös lapsen kanssa tilanteen käsittelemiseksi ja sanallistamiseksi.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)

Toimintakäytännöt voivat olla kansallisesti myös hyvin vaihtelevia ja sattumanvaraisia, mikä asettaa lapset eriarvoiseen asemaan.

Hoitoon ohjaamisessa ja ohjautumisessa oli kyselyn vastausten perusteella paljon haasteita. Lastensuojelun ulkopuolelta ei ole varmuutta, ohjautuivatko lapset lastensuojelusta hoidon piiriin. Kaikkien vastanneiden mukaan sosiaalityöntekijöiden asema koettiin keskeiseksi tässä asiassa. Kysymykseen, mikä on tyypillisin hoitoon ohjaamisen tapa, kaikista vastanneista 44 prosenttia kertoi varmistavansa, että sosiaalityöntekijä hoitaa asiaa ja 21 prosenttia olettaa sosiaalityöntekijän hoitavan asian, ilman että asiasta on konkreettisesti sovittu. Suurin osa vastasi myös, että ei saa tietoa hoitoon ohjautumisesta tai että tietoa saadaan hyvin sattumanvaraisesti. Toisaalta taas lastensuojelusta arvioitiin, että hoitoon ohjaaminen on ajoittain hankalaa, kun jonot ovat pitkät ja terapeuteista on pulaa, eikä hoitoa ole välttämättä tarjolla akuuttiin tilanteeseen. Vastauksissa tuotiin esiin myös se, että lastensuojelun toimenpiteenä tehty sijoitus ei itsessään riitä hoidolliseksi tukitoimeksi, vaan hoidon tarvetta olisi arvioitava myös näissä tilanteissa.

Myös ammattilaisten välisessä yhteistyössä oli kyselyn mukaan edelleen haasteita useissa kohdissa prosesseja, niin väkivaltaepäilytilanteissa kuin hoitoon ohjaamisessakin, joskin hyvistä ja toimivista käytännöistä oli myös kokemusta. Vastaajat kaipaavat parempaa tiedonkulkua rikosepäilytilanteissa tutkintaa tekevien tahojen ja lastensuojelun välille, mutta myös ilmoituksen tehneen perustason toimijan ja lastensuojelun välille, jotta kukin toimija olisi riittävän tietoinen lapsen ja perheen tilanteesta voidakseen työskennellä perheenjäsenten kanssa.

”Tilanteissa, joissa neuvolasta tehty lastensuojeluilmoitus, on tiedonkulku lastensuojelusta neuvolaan päin hyvin vähäistä tai olematonta. Näissä tilanteissa neuvolassa joudutaan luottamaan vanhemman sanaan.” (terveydenhoitaja)

Viiveet poliisitutkintaan liittyen vaikeuttivat sosiaalityöntekijöiden ja sosiaali-ohjaajien sekä perhetyöntekijöiden näkökulmasta psykososiaalisen tuen antamista ja muuta työskentelyä.

”Poliisilla kuluu tutkinnan aloittamiseen aivan liikaa aikaa. Tämä häiritsee tukitoimien toteutumismahdollisuuksia, koska poliisi on ohjeistanut, ettei saa puhua tutkintapyyntöön liittyvistä asioista.” (sosiaalityöntekijä/sosiaalihoaja)

Lastensuojelu kuvautui kyselyn vastausten perusteella myös tahona, jolle ikään kuin kaatui tehtäviä ja vastuita, kun muut toimijat rajasivat niitä ulos. Esimerkiksi poliisi saattaa rajata lievempiä väkivaltaepäilyjä pois tutkinnasta lastensuojelun selvitetäväksi tai perheneuvolasta voidaan rajata ulos väkivaltaa kokeneiden lasten hoito. Erityisesti näihin tilanteisiin kaivattiin menetelmiä ja osaamista lastensuojelutyön tueksi. Jatkuvan koulutautumisen ja työnohjauksen tarpeellisuutta näiden kysymysten äärellä tuotiin esiin vastauksissa. Lastensuojelun näkökulmasta haastavia olivat myös tilanteet, joissa oli taustalla riitaisa ero tai huoltoriitaa. Näissä tilanteissa lapsen näkökulma kuvautui hukkuvan vanhempien riitojen keskelle.

Lastensuojelun tehtävistä ja vastuista vastaajia mietitytti erityisesti asema seksuaalirikosepäilyissä. Lastensuojelun palveluvalikoimasta ei löydy suoraan keinoja lapsen ja perheen tukemiseksi näissä tilanteissa. Toisaalta taas esitettiin, että lastensuojelun asemaa voisi vahvistaa lievien väkivaltaepäilyjen kohdalla, jotta ne voitaisiin hoitaa lastensuojelussa ilman poliisitutkintaa.

4.7 Kolmas sektori palvelujen tuottajina

Kyselyyn vastanneista 21 henkilöä työskenteli järjestökentällä. Näistä vastaajista neljä oli järjestöjen johtotehtävissä toimivia, kymmenen väkivaltatyötä käytännössä tekeviä, seitsemän vastaajaa ei täsmentänyt positiotaan. Lisäksi kyselyyn vastasi kolme kirkon perheneuvojaa, jotka tekivät pari- ja perhetyötä. Väkivaltaa kohdanneiden asiakkaiden osalta heidän työnkuvassaan korostui palveluohjaus. Vastaajissa oli myös yksi kirkon nuorisotyöntekijä ja pappi.

Järjestöjen työ näyttäytyi vastauksissa kahdenlaisena: sekundaaripreventiona eli väkivallasta aiheutuneiden välittömien haittojen minimoimisena, sekä

tertiäripreventiona, uhriksi joutuneiden pitkäkestoisenakin tukemisena ja hoitamisena. Tätä jakoa heijastaen myös kontaktit lasten, nuorten ja perheiden kanssa vaihtelivat työtavasta riippuen yksittäisistä käynneistä useiden vuosien asiakkuuksiin. Asiakasvirta oli monisuuntainen: järjestötoimijoille ohjasivat asiakkaita niin perustason palvelut kuin erikoissairaanhoidokin ja vastaavasti järjestökentän toimijat ohjasivat asiakkaita lastensuojelun ja terveydenhuollon eri palveluiden asiakkaita.

Sekundaariprevention piiriin kuuluivat kuvaukset reaktiivisesta tuesta ja interventioista, jotka toteutettiin heti väkivallan uhan tai kokemuksen jälkeen. Kriisiapu oli useimmiten keskustelutukea, jonka sisältöä ei aina määritetty. Osa vastaajista täsmensi sen sisältävän esimerkiksi psykoedukaatiota väkivaltaan tai rikosprosessiin liittyen sekä tietoa saatavilla olevista palveluista. Asiakkaita ohjattiin saattaen esimerkiksi lastensuojelun alkuarviointiin, lastensuojeluun sekä sosiaalipäivystyksen, turvakotien, Tukinaisen tai poliisin ja terveydenhuollon ja Rikosuhripäivystyksen palveluihin.

”Avussa ei keskitytä traumatyöskentelyyn vaan tilanteen vakauttamiseen, tiedon antamisen lisäksi voimavaroihin ja toiveikkuuden vahvistamiseen. Lisäksi pyritään vahvistamaan arjessa selviytymistä ja tuetaan muun avun saamisessa. Toimintatavat perustuvat seksuaaliväkivaltatyöskentelyn ohjeistukseen (mm. THL) sekä nuoren kohtaamisen periaatteisiin.” (toimintaterapeutti)

Järjestökentällä oli myös valmiuksia tertiäripreventioon, koetun väkivallan jälkeiseen pitkäkestoiseenkin kannattelevaan työhön ja myös hoitoon. Kaksi vastaajaa antoi psykoterapiaa ja näiden lisäksi yhdellä vastaajalla oli psykoterapiakoulutus.

”Lapsella on yksilöaikoja työntekijän kanssa. Lapsen kohtaaminen tapahtuu lapsen ehdoilla, lapsen tahtisesti ja siinä arvioidaan koko ajan kokonaisturvallisuutta. Lapselle tarjotaan mahdollisuus jäsentää kokemuksiaan puolueettomasti. Lapselle annetaan tietoa siitä, että väkivalta on väärin, sekä väkivallan vaikutuksista ja tuetaan selviytymistä. Työskentelyssä harjoitellaan tunteiden säätelyä, se on voimavarakeskeistä, lapsen oikeuksia huomioivaa ja turvataitoja vahvistavaa. Työskentely nivotaan vanhemman omaan työskentelyyn.” (väkivaltatyön asiantuntija)

”Traumatisoituineen lapsen arviointiin kehitettyjä menetelmiä. Lapset tullessa psykoterapiaan ovat käyneet läpi jo poliisitutkimuksen ja heillä on usein lastensuojelun asiakkuus. Toimin siis vain ns. hoidollisella kentällä.” (psykologi)

Vastaajat toivat esiin puutteita väkivaltaerityisen tuen ja hoidon saatavuudessa julkisella puolella sekä järjestöjen resursseihin liittyvät haasteet:

- ”Etenkään seksuaaliväkivaltaa kohdanneille ei juuri ole palveluja julkisella puolella - psykiatria, joka ei usein vedä, eikä aina tunnista seksuaaliväkivallan erityispiirteitä.” (poliisi)
- ”Terveystieteiden ja sosiaalipuolella työntekijöillä pitäisi olla perusvalmiudet kohdata seksuaaliväkivaltaa kohdanneita lapsia / nuoria. Erityisesti tätä työtä tekevien ammattilaisten (järjestöissä) määrälliset resurssit tulisi taata niin, että ammattilaisten on mahdollista tehdä työtä pitkäjänteisesti ja kestävästi riittävät työn tukirakenteet huomioiden. Alle 16-vuotiaiden hoito tulisi keskittää lasten erityisosaamisen yksikköön.” (seksuaaliväkivaltatyöntekijä)
- ”Julkinen palvelujärjestelmä ei vedä ja yhteistyö psykiatrian kanssa tulisi olla joustavampaa. Lasten tuki pitäisi olla selkeämpää ja hoitopolut mietittyjä loppuun asti. Ylipäätänsä riittävät resurssit myös järjestötyössä, jotta odotusajat eivät ole liian pitkät.” (psykoterapeutti)

Järjestökentällä Rikosuhripäivystyksellä on erityinen asema rikoksen uhrien tukemisessa. Vuodesta 1994 toiminutta Rikosuhripäivystystä (RIKU) ylläpitävät Suomen Punainen Risti, Ensi- ja turvakotien liitto, MIELI Suomen Mielenterveys ry, Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Suomen Setlementtiliitto ja Kirkkohallitus. Toimintaa koordinoi valtakunnallisesti MIELI Suomen Mielenterveys ry. Oikeusministeriö antoi vuonna 2017 Rikosuhripäivystykselle vuosille 2018–2027) julkisen palveluvelvoitteen rikosuhridirektiivin mukaisten maksuttomien ja luottamuksellisten tukipalveluiden tuottamiseksi ja tarjoamiseksi. Palveluiden tulee olla saatavilla ennen rikosoikeudellista menettelyä, sen kuluessa ja tarvittavan ajan sen jälkeen. Palvelut koskevat myös uhrin perheenjäseniä.

Kyselyn perusteella RIKUn palveluita hyödynsivät sekä poliisi, kolmas sektori että julkisen puolen sote-toimijat. Asiakkaita ohjattiin RIKUn palveluihin sekä poliisista, kolmannelta sektorilta että julkisen puolen sote-palveluista. Yksittäisissä vastauksissa RIKU nimettiin palveluihin lähettävänä tahona ja RIKUn materiaaleja hyödynnettiin asiakastyössä. Edellä mainituista maininnoista huolimatta kyselyn perusteella jäi epäselväksi kuinka systemaattista yhteistyö Rikosuhripäivystyksen kanssa alueilla on, ja miten kattavasti kentän työntekijät tuntevat RIKUn palvelut.

4.8 Poliisin näkökulma palvelupolkuihin

Miia Lehtinen ja Maria Rossi

Kysyttäessä hankaloittaako poliisin keskeneräinen esitutkinta lapsen tuen tai hoidon saamista, koki 102 vastaajaa (40 %), että poliisin esitutkinnan keskeneräisyys haittaa lapsen tuen/hoidon saamista joissain tapauksissa.

- ”Poliisin työpaineen takia tutkimusajat venyvät joskus pitkäksi.”
(psykologi)
- ”Riittävää tietoa ei luovuteta, prosessit ja tutkinnat pitkiä”
(sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)
- ”Sosiaalityöntekijät eivät poliisin ohjeistukseen liittyen voi avata tutkintaan liittyviä asioita, on erittäin haastavaa työskennellä vanhempien kanssa, jos ei koko tilannekuvaa avata” (sosiaalityön johtaja)
- ”Todella pitkä viive ilmoituksesta tutkinnan aloitukseen”
(terveydenhoitaja/sairaanhoitaja)
- ”Voi joutua odottamaan esimerkiksi, että poliisi tapaa lasta tutkintapyyntön vuoksi, ennen kuin itse voi tavata lasta.”
(sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)

Vastauksissa korostuu esitutkinnan kesto ja epätietoisuus tapauksen tilasta. Selkeästi kaivataan tarkempaa tietoa siitä, milloin lapsen kanssa työskentely voidaan aloittaa ja miten asiassa saadaan edetä. Yhtenä ratkaisuna tilanteeseen voi toimia Barnahus-hankkeessa jalkautettava monialaisen yhteistyön LASTA-seula -malli⁷. Malli palvelee paitsi esitutkintaa, myös lapsen tilanteen kokonaisarviointia laajasti: sekä rikoksen ehkäisyn että lapsen suojaamisen, turvallisuuden ja hoidon näkökulmasta. On tärkeää, että poliisissa aloitetaan kaikki jutut johdetusti, jolloin myös niin sanotuissa lievimmissä tapauksissa tehdään nopeasti toimenpiteitä ja tutkinta rajoitetaan silloin, kun se on tarkoituksenmukaista. Seuraava vastaus kiteyttää sen, miten lapsen etu tulisi olla ensisijaista.

7 https://thl.fi/documents/10531/2851931/Barnahus_hankesuunnitelma_31082020.pdf/eed67f0e-aecdd86f-ea36-30b9cb41b4bd?t=1598881380276

”Lastensuojelu on oikeasti ainut taho, joka pystyy lasta suojaamaan, jos tarvetta on. Oikeusprosessin merkityksen liika korostaminen on johtanut ikäviin asioihin, ketä se sakko tai sakottomuus asiassa lämmitteää, jos muuta ei tehdä?” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)

Moniviranomaisyhteistyötä tulee kehittää alueellisesti niin, että jokainen lapsi, paikkakunnasta riippumatta, saa tarvittavan tuen ja hoidon oikea-aikaisesti. Kyselytutkimuksen perusteella poliisin ja muiden viranomaisten välisten pelisääntöjen sopiminen ja tapauskohtainen keskustelu siitä, mitä kukin voi tehdä, miten ja milloin, on ensiarvoisen tärkeää. Näin esitutkinta onnistuu, viranomaiset tekevät vain tärkeät ja olennaiset asiat oikea-aikaisesti, ja ennen kaikkea lapsen edun mukainen menettely toteutuu.

4.9 Työntekijöiden koulutustarpeet

Avoimeen kysymykseen koulutustarpeista väkivaltaa kokeneiden lasten arvion, tuen ja hoidon toteuttamiseen liittyen vastasi lähes puolet (n = 110) kaikista vastaajista. Avoimet vastaukset luokiteltiin aineiston sisällön perusteella seitsemään luokkaan. Yksi vastaaja saattoi antaa useampaan luokkaan kuuluvan vastauksen (Kuvio 6).



Kuvio 6. Vastaajien toivoma koulutus ja muu lisäosaaminen (n = 110)

Kolmannes kysymykseen vastanneista kaipasi kattavasti ja yleisesti väkivaltateemaan ja lapsen tukeen liittyvää koulutusta.

” Tarvitaan koulutusta ihan perusasioista, tunnistamisesta, jatko-ohjauksesta, laeista, hoitopoluista jne.” (kriisikeskuksen johtaja)

Lähes yhtä paljon kaivattiin koulutusta väkivaltaserityisiin tukemisen tapoihin, terapiamenetelmiin ja hoitomalleihin liittyen. Näissä toivottiin huomioitavan myös tapauksissa tarvittavat viranomaisyhteistyön vaatimukset.

” Käytännön hoitomalleja lastensuojelun tukipalveluihin ja perheneuvolaan väkivallalle altistuneiden lasten ja heidän perheidensä auttamiseen.” (perhe- ja lähisuhdeväkivaltatyön koordinaattori)

” Varsinkin poliisiin/lain näkökulmasta tarvitsisin tietojen pönkitystä ja päivitystä; mitä on ok tehdä tutkimus- tai hoitosuhteessa nuoren kanssa tilanteessa, jossa on rikostutkinta meneillään.” (psykologi)

” Kuinka herkästi tukea on tarjottava, minkälaista muuta tukea koulukuraattorina voin tarjota, mille tahoille ohjattava, mitä tehdä tilanteessa, jos lapsi kohtaa jatkuvasti asiakuuden alaisenakin fyysistä väkivaltaa tai mitä tehdä, jos konkreettista näyttöä ei ole fyysisestä väkivallasta, mutta piirteet antavat aiheutta epäilyyn?” (kuraattori)

Kolmanneksi eniten (n = 20) tuotiin esille koulutustarpeita liittyen hoitopolkuihin ja palveluohjaukseen.

” Paikallisten mahdollisuuksien selventäminen, eri toimijoiden roolien selkeytyminen, yhteistyö toimijoiden kesken.” (lääkäri)

” Tietoa perheväkivallasta ja sen hoitoprosesseista koko organisaatiolle, yhtenäiset linjaukset ja toimintaohjeet.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)

Työnohjauksen tarpeen toi esille 20 vastaajaa. Työnohjauksen tarvetta perusteltiin muun muassa jaksamisella. Toivottu työnohjauksen muoto, kuten yksilö-, ryhmä- ja konsultoiva työnohjaus, oli mainittu muutamassa vastauksessa.

- ”Toivoisin erilaisia toimivia menetelmiä tai sitten konsultaatiota tai työnohjausta ns. tapaus kerrallaan.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)
- ”Prosessinomaista konsultaatiota, johon casen ympärillä olevat kokoontuvat lisäämään ymmärrystään omiin toimiin ja yhteiseen tietoiseen toimintaan.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)

5 Palvelupolut ja palvelujen kehittämistarpeet alueittain

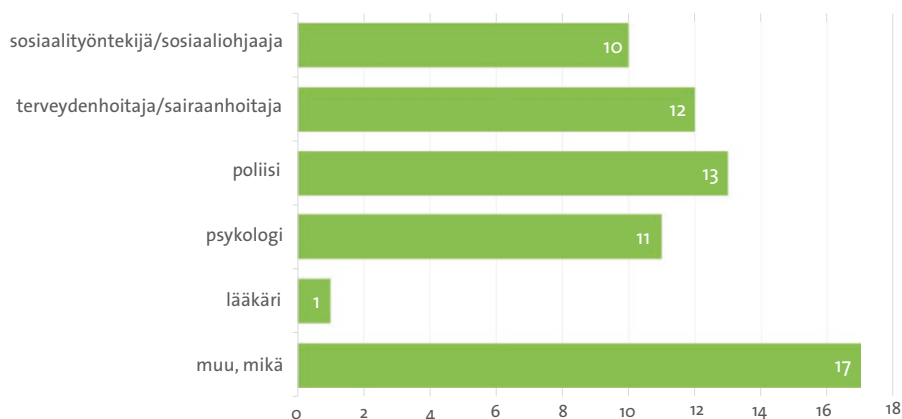
5.1 HYKS erva-alueen vastausten tarkastelua

Sini Vehkaoja, Eeva Nikkola

HYKS erva-alue

HYKSin erityisvastuualueeseen kuuluvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) lisäksi Etelä-Karjalan, Kymenlaakson ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirit. Erityisvastuualueen asukasluku on noin 2,1 miljoonaa.

Tarkasteltava alue on laaja ja asukasluvultaan suuri, mikä tekee alueen tilanteen tarkastelun ja kuvaamisen haastavaksi, eivätkä kaikki alueen tämänhetkiset toimitukset ja käytännöt ja toimintamallit todennäköisesti tulleet esille kyselyn vastauksissa tai täydentävissä haastatteluissa. HYKSin erva-alueelta hoitopolkukyselyyn vastanneita oli yhteensä 64, joista valtaosa (94 %) oli Uudeltamaalta, joten Uudenmaan alueen tilanne korostuu tarkastelussa. Vastaajat jakautuivat varsin tasaisesti eri ammattiryhmien suhteen terveydenhoitajiin/sairaanhoitajiin (12), sosiaalityöntekijöihin/sosiaalihoitajiin (10), psykologeihin (11) sekä poliiseihin (13). Lisäksi yksi vastaajista oli lääkäri ja 17 muun alan edustajia, kuten kuraattoreja, psykoterapeutteja sekä perheneuvoja (Kuvio 7). Suurin osa vastaajista sijoittui työkentällä neuvola- ja kouluterveydenhuoltoon sekä opiskeluhuollon psykologi- tai kuraattoripalveluihin. Vastaajista viisi työskenteli kasvatus- ja perheneuvolassa ja neljä lastensuojelussa. Poliiseja lukuun ottamatta valtaosa (80 %, n = 41) vastasi arvioivansa lapsen ja perheen hoidon tarvetta työssään ja lähes kaikki vastasivat tukevansa lasta ja perhettä sekä ohjaavansa heidät hoitoon.



Kuvio 7. HYKS erva-alueen vastaajat n = 64

Kyselyn lisäksi täydentäviä haastatteluja tehtiin HYKSin erityisvastuualueella yhteensä 11 kappaletta, kattaen sekä terveydenhuollon peruspalveluiden, sosiaalipalveluiden, erikoissairaanhoidon että järjestökentän edustajia.

Psykososiaalinen tuki ja hoito alueella

HYKSin erityisvastuualueella tuetaan väkivaltaa kohdanneita lapsia ja nuoria sekä heidän perheitään usean eri tahon toimesta ja alueelta löytyy monimuotoista osaamista. Erityisesti Uudenmaan suurissa kaupungeissa palveluverkosto on laaja ja valikoimaa löytyy kuntien sosiaalipalveluiden, perustason terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon monipuolisista palveluista kolmannen sektorin, seurakunnan ja yksityisten palveluntarjoajien laajaan kenttään asti.

Tehdyn kyselyn perusteella väkivaltaa kokeneiden lasten kanssa työskennellessä käytetään monenlaisia tuki- ja hoitomenetelmiä ja työtapoja. Työote on useimmiten eklektinen, eli monia näkökulmia yhdistelevä, riippuen muun muassa työntekijän koulutushistoriasta sekä siitä, minkälaiseen työskentelyyn työpaikassa on mahdollisuus. Kyselyyn vastanneista valtaosa työskentelee neuvola- ja kouluterveydenhuollossa sekä opiskeluhoollon psykologi- tai kuraattoripalveluissa, jotka ovat kunnan perustason palveluja. Näiden tahojen työssä korostuu ensivaiheen tuki ja vakauttava työskentely. Lapsen ja perheen tukemisen osalta vastauksissa painottuivat kohtaaminen, kuunteleminen, keskusteleminen, tiedon antaminen sekä jatkohoitoon ohjaaminen. Myös vanhempien ohjaus, neuvonta ja tuki nousivat jonkin verran esiin. Jonkin verran raportoitiin olevan käytössä myös lyhytterapeuttisia menetelmiä, riippuen ko. työntekijän koulutustaustasta, esimerkkinä erilaiset kognitiiviset ja ratkaisukeskeiset menetelmät.

” Riippuu työntekijän omasta motivaatiosta hankkiutua koulutuksiin, josta saisi malleja ja menetelmiä arjen työhön. Jokainen soveltaa oppimaansa ja tulkitsee tilanteen ja lähestymistavan siihen perustuen.” (lastensuojelun sosiaaliohjaaja/sosiaalityöntekijä, Uusimaa)

Peruspalvelujen roolista kysyttäessä nousi kyselyssä esiin erityisesti tärkeä rooli väkivallan tunnistamisessa ja ensivaiheen tuen antamisessa sekä toisaalta jatkohoitoon ohjaamisessa tarvittaessa. Myös pitempiaikaisen tuen tarjoaminen perustasolla nähtiin tärkeänä, mutta aika ja resurssipula johtavat vastaajien mukaan herkästi siihen, ettei esimerkiksi kasvatuskäytäntöjen muuttamiseen tähtäävään, aikaa vievään muutostyöhön, tai lapsen pitempiaikaiseen terapeuttiseen työhön aina ole mahdollisuuksia peruspalveluissa. Kuitenkin moni vastaaja näkee peruspalvelujen roolin erittäin tärkeänä myös lapsen psykososiaalisen tuen ja hoidon näkökulmasta.

Työntekijöiden terapeuttisen osaamisen ja trauma- sekä väkivaltaosaamisen lisääminen sekä mahdollisuus työnohjaukseen ja konsultointiin tukisivat sekä lapsen hoidontarpeen arviointia että perustasolla tehtävän tuen ja hoidon toteuttamista. Esimerkiksi kouluilla toimivat oppilashuoltoryhmän edustajat tarjoavat lapsille helposti saavutettavan, matalan kynnyksen tukipalvelun, joissa tarjotaan lapsille ja perheille hyvin tärkeää apua.

” Neuvolassa ja oppilashuollossa on mahdollisuus huomata ne lapset ja nuoret, jotka kokevat perheessä tai muualla väkivaltaa. Näin asioihin päästään puuttumaan varhain eikä koko lapsuus mene väkivallan varjossa. Asioista on uskallettava kysyä. Myös tukeen esim. oppilashuolto on erittäin tärkeä tekijä. Meillä on välineitä ja mahdollisuuksia tukea lasta ja nuorta. Toki lisää esim. traumaosaamista ja terapeuttista osaamista tarvitaan. Peruspalvelut tulisi ottaa tiiviimmin mukaan prosessiin.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)

Näyttöön pohjaavia trauman hoidon ja ehkäisyn malleja, esimerkiksi TF-KKT, toteuttavia työntekijöitä toimii HYKSin erityisvastuualueella jonkin verran, mutta he sijoittuvat erityisesti erikoissairaanhoidon, jonne ohjautuakseen lapsella tulee olla jokin lastenpsykiatrinen diagnostinen syy. Väkivaltakokemus ei useinkaan ole syy lähettää lasta erikoissairaanhoidon, ellei lapsi oireile niin vahvasti esimerkiksi traumanjälkeisin stressioirein, että PTSD-diagnoosin kriteerit täyttyvät. Erikoissairanhoidossa väkivalta tulee usein esiin vasta myöhemmin hoidon aikana. Erikoissairanhoidossa on TF-KKT:n lisäksi tarjolla muun muassa erilaisia vanhempainryhmiä, kotiinpäin tehtävää työtä sekä lapselle suunnattuja näyttöön pohjaavia interventioita, kuten EMDR sekä KIDNET, tosin näihin liittyen on tällä hetkellä

tiedossa vain joitakin yksittäisiä osaajia HUSin alueella. TF-KKT:n osaajia toimii HUSin lasten- ja nuorisopsykiatrialla tällä hetkellä noin 15. Traumahoitojen lisäkoulutukselle ja saatavuuden koordinoinnille sekä laajentamiselle myös muihin palveluihin kuin erikoissairaanhoitoon näyttäisi olevan kartoituksen pohjalta selkeä tarve.

Perheneuvoloiden toiminnan painotuksissa ja palveluvalikossa näyttää kartoituksen mukaan olevan yksikkökohtaista vaihtelua alueella. Tarjolla on monenlaisia mahdollisuuksia tukea ja hoitaa väkivaltaa kohdanneita lapsia ja perheitä muun muassa perheterapeuttisin menetelmin, vanhempainohjauksen, sekä lapsen kanssa tehtävän työskentelyn kautta. Näyttöön pohjautuvien traumahoitomenetelmien osalta perheneuvoloissa toimii joitakin yksittäisiä osaajia, mutta laajempi koulutus-tarve nousee esiin sekä kyselyn vastauksissa että täydentävissä haastatteluissa.

Tuen ja hoidon tarpeen arviointi sekä ohjautuminen palveluihin

Sekä lapsen tuen ja hoidon tarpeen arvioinnissa että lapsen ohjautumisessa eri tuki- ja hoitopalveluihin on HYKSin erityisvastuualueella vaihtelua ja niihin vaikuttavat sekä yksittäisen työntekijän koulutustausta ja osaaminen että alueen sovitut käytännöt ja tarjolla olevat palvelut. Väkivaltaa kohdanneiden lasten tuen ja hoidon tarvetta raportoitiin arvioitavan pääosin keskustelun, haastattelun ja havainnoinnin kautta. Jonkin verran raportoitiin myös käytettävän erilaisia testejä ja kyselylomakkeita, kuten väkivaltakyselyjä, sekä ahdistus- ja masennusmittareita. Lisäksi verkostoja ja moniammatillista yhteistyötä sekä tiedonhankintaa raportoitiin hyödynnettävän tarvittaessa. Lapsen ja perheen hoitoonohjauksen raportoitiin tapahtuvan muun muassa lääkärinarvion kautta, välillä ottamalla suoraan yhteys jatkohoitotahoon, tai antamalla perheelle jatkohoitotahon yhteystiedot. Tarvittaessa raportoitiin tehtävän lastensuojelu- ja rikosilmoitukset. Poliisista raportoitiin ohjattavan erityisesti kolmannen sektorin palveluihin, kuten Rikosuhripäivystykseen tai Tyttöjen- ja poikien taloihin.

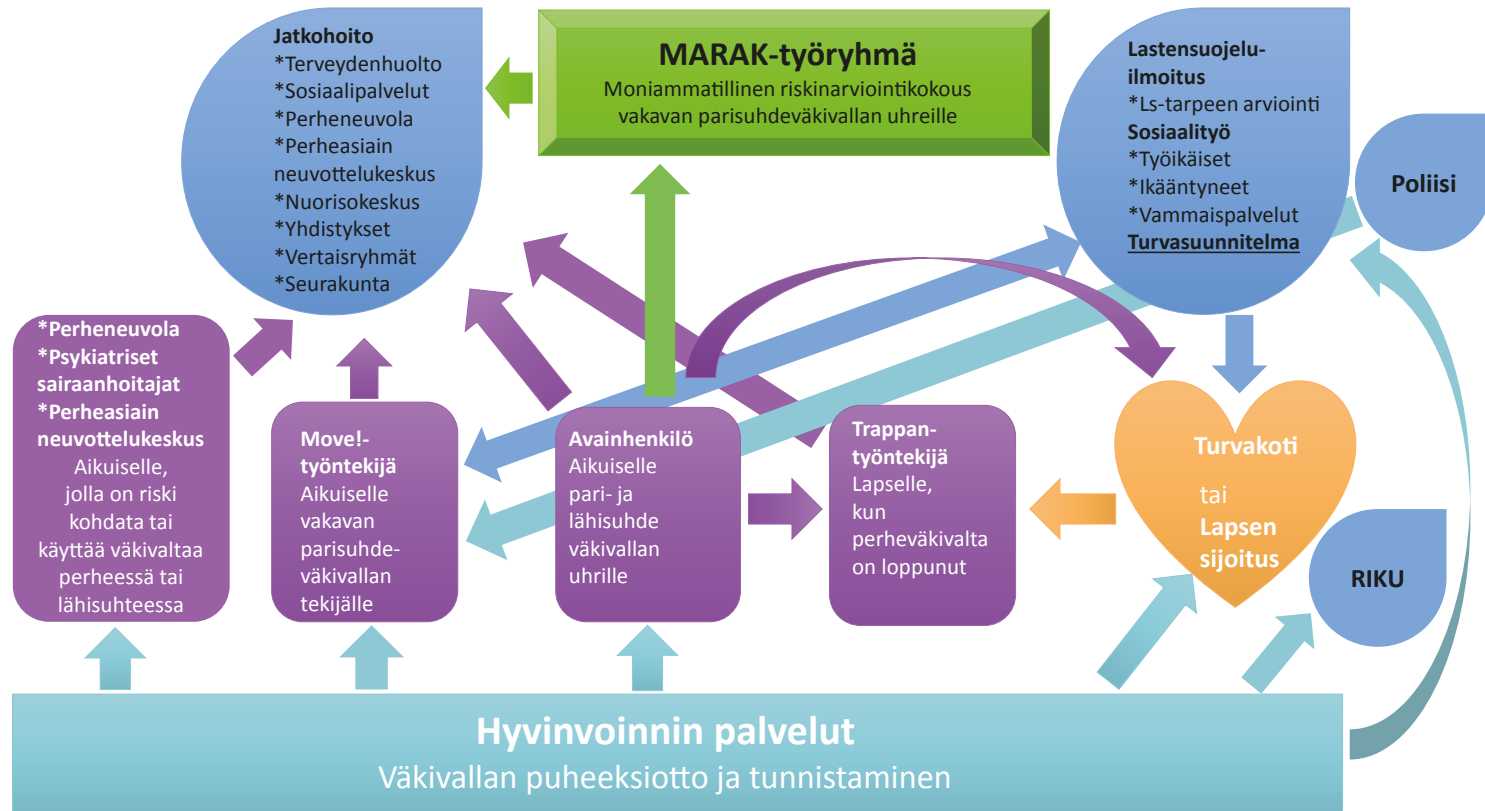
Joillakin alueilla, kuten Päijät-Hämeessä (PHHYKY) sekä Vantaan kaupungissa on käytössä palveluohjausnumero, jonka kautta perheet tai peruspalvelujen työntekijät voivat tiedustella tarjolla olevia tukipalveluita. Sitä kautta lapsi ja perhe voi ohjautua esimerkiksi perheneuvolaan. Päijät-Hämeen sosiaalihuollon ohjaus ja neuvonta Polku tarjoaa lapsiperheille lisäksi vastauksia kasvatukseen ja perhe-elämään liittyvissä kysymyksissä. Esimerkiksi Espoossa on käytössä palveluohjausportaali työntekijöiden sisäisessä verkossa, johon on koottuna erilaisiin tilanteisiin sopivia moniammatillisia prosesseja sekä keskeisiä toimijoita ja konsultaatiokanavia.

Hoito- ja palvelupolut alueella

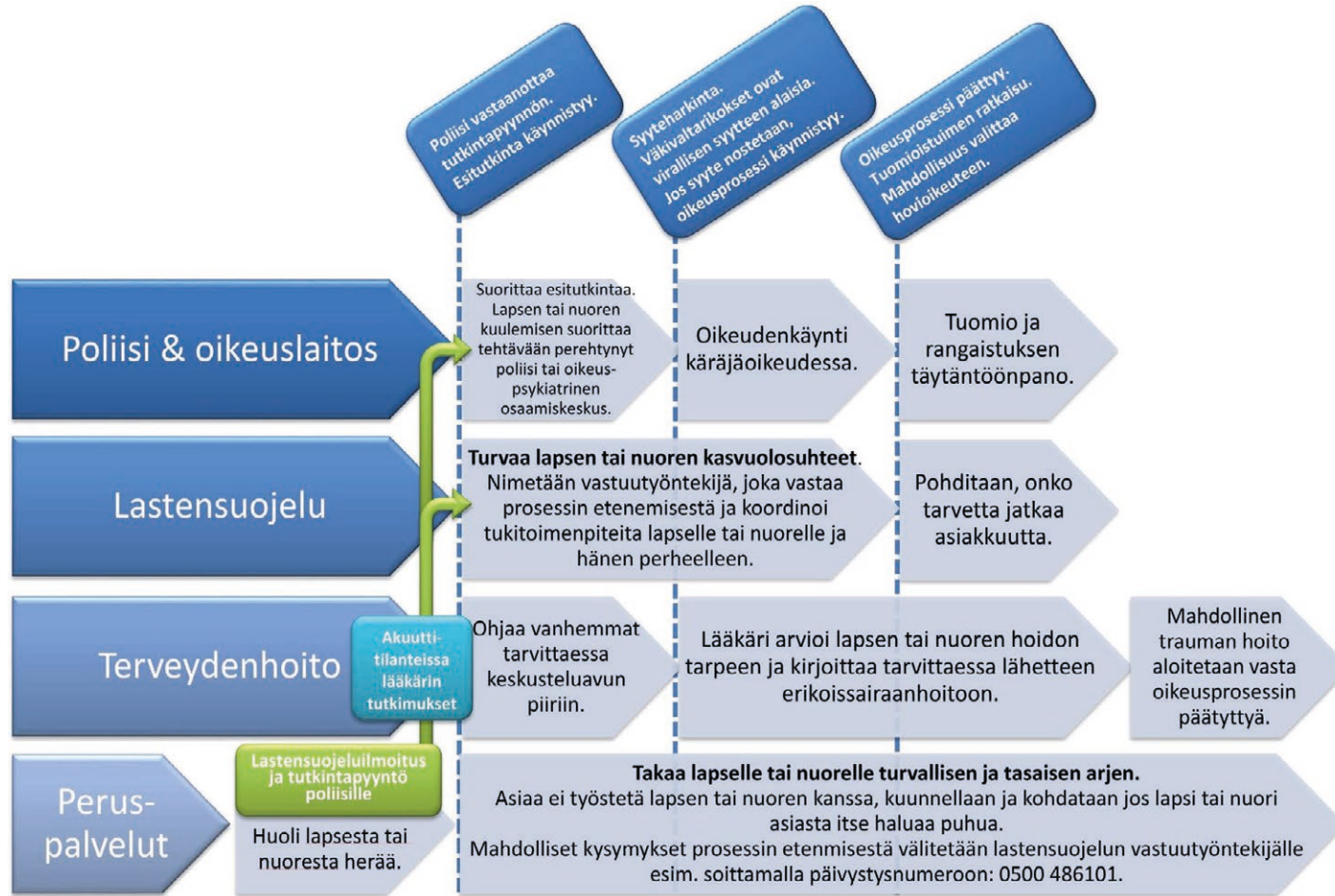
Tehdyn kartoituksen perusteella HYKSin erityisvastuualueen kaikissa sairaanhoitopiireissä on olemassa työntekijöille suunnattuja toimintaohjeita perhe- ja lähisuhdeväkivaltatilanteisiin. Esimerkiksi Lähisuhde- ja perheväkivallan vastaisen työn toimintamallissa Etelä-Karjalan alueella käydään varsin laaja-alaisesti läpi väkivallan eri muotoja, tunnistamista ja eri palveluntarjoajia sekä niiden tehtäviä alueella. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän (PHHYKY) alueella on julkaistu Viranomais-ten toimintaohjeisto lapsen kaltoinkohtelu epäilyn selvittelyyn (2019). Lapsiin kohdistuvan väkivallan osalta toimintaohjeissa kuvataan erityisesti lapsen kohdistuneen väkivalta epäilyn heräämistilanteisiin liittyviä ohjeistuksia ja kerrotaan muun muassa ilmoitusvelvollisuudesta sekä konsultaatiotahoista näihin tilanteisiin. Usein ohjeistuksissa on myös varsin kattavasti lueteltuna kunkin alueen tukea ja hoitoa tarjoavat toimijat, joihin lasta voidaan ohjata. Vähemmälle huomiolle näyttäisi ohjeistuksissa jäävän lapsen tukeen ja hoitoon liittyvät palvelu- ja hoitopolut.

Hoitopolkukyselyn ohessa pyydettiin osallistujia lähettämään mahdollisia oman alueensa palvelupolkukuvauksia. Hyksin erityisvastuualueelta kuvauksia lähetettiin muutamia. Helsingin kaupungin osalta lähetettiin Sosiaali- ja terveystieteiden pysyväisohje ”Lapsen pahoinpitelyn ja seksuaalisen hyväksikäytön selvittäminen”, joka on päivitetty 1.5.2014. Ohjeessa käydään kattavasti läpi, miten toimia, jos epäily lapsen kohdistuneesta väkivallasta herää. Lapsen psykososiaalista tukea ja hoitoa, tai palvelu- ja hoitopolkuja ei kyseisessä ohjeessa kuvata. Lohjan kaupungin Perhe ja lähisuhdeväkivaltatyön Lohjan malli (2019), kuvaa kaaviomuotoisena toimintaohjetta väkivallan tunnistamisesta ja puheeksiotosta aina mahdollisiin jatkohoitotahoihin asti (Kuvio 8).

Lohjan alueelta toimitettiin myös Lohjan alueen toimintaohje lasten ja nuorten kanssa työskenteleville seksuaalisen kaltoinkohtelun ja väkivallan kohtaamiseen (Kuvio 9), jonka on päivittänyt 15.8.2018 monialainen Seri-työryhmä. Toimintaohjeessa kuvataan kattavasti sekä kaavioiden että tekstien, miten toimia epäilyn heräessä ja miten kohdata ja auttaa lasta tai nuorta. Lisäksi huomioidaan myös kehitysvammaiset aikuiset erillisenä erityisryhmänä ja kuvataan konsultaatiokanavat tilanteisiin, joissa epäily kehitysvammaiseen kohdistuneesta seksuaalisesta kaltoinkohtelusta tai väkivallasta herää. Prosessikaaviossa, jossa kuvataan yhteistyötä ja työnjakoa toimijoiden välillä, terveydenhoidon osalta mainitaan akuuttitilanteissa tehtävät lääkärintutkimukset, vanhempien ohjaaminen tarvittaessa keskusteluavun piiriin, sekä lääkärin suorittaman hoidontarpeen arvio lapselle tai nuorelle ja tarvittaessa lähete erikoissairaanhoidon. Lisäksi mainitaan, että lapsen tai nuoren mahdollinen trauman hoito aloitetaan vasta oikeusprosessin päättyttyä, mikä on käytännön kannalta ongelmallinen ohje, kun rikos- ja oikeusprosessien tiedetään kestävän tällä hetkellä jopa useita vuosia.



Kuvio 8. Lohjan kaupungin perhe- ja lähisuhteiden väkivaltatyön malli (2019).



Kuvio 9. Lohjan alueen toimintaohje lasten ja nuorten kanssa työskenteleville seksuaalisen kaltoinkohtelun ja väkivallan kohtaamiseen (2018).

Sekä hoitopolkukyselyssä että täydentävissä haastatteluissa tuli esiin työntekijöiden selkeä toive entistä selkeämmille, eri toimijoiden rooleja ja yhteistyökäytänteitä selkiyttävälle sekä konsultaatiokanavia kuvaaville palvelupolkukuvauksille väkivaltaa kokeneiden lasten asioissa. Kartoituksen perusteella näyttää siltä, että yksittäisten väkivaltaa kohdanneiden lasten palvelu- ja hoitopolut ovat varsin moninaisia. Kyselyssä kysymykseen ”onko alueellanne sovittuja hoitopolkuja tilanteessa, jossa lapsen/nuoreen on kohdistunut väkivaltaa”, 33 prosenttia vastaajista vastasi, ettei osaa sanoa, mikä osaltaan vahvistaa tarvetta kehittää entistä selkeämpiä palvelupolkukuvauksia, jotka olisivat kaikilla keskeisillä tahoilla myös hyvin tiedossa. Olisi tärkeää, että polun jokaisessa vaiheessa olevat työntekijät tietäisivät, mikä on heidän roolinsa, miten toimia missäkin tilanteessa, mistä saa konsultaatioapua sekä minne lapsen ja perheen voi tarvittaessa ohjata.

”Toiveena olisi entistä yhtenäisemmät hoitopolkukuvaukset. Nyt on tosi paljon variaatiota siinä, mitä perhe saa ja mihin hoitoon menee riippuen siitä, mihin ohjautuu ja minkälainen tiimi lapsen asiaa hoitaa.” (psykologi, erikoissairaanhoido)

”Ne joiden kohdalla saadaan hyvä ja asianmukainen palvelupolku luotua ja semmoinen, jossa verkosto toimii hyvin yhdessä, niin minusta he saavat tosi hyvää ja pitkäjänteistä tukea. Mutta jos verkosto ei toimi ja sinne jää aukkoja tai putoamiskohtia, niin varmaan ne ei ole hyviä prosesseja eikä riittävää hoitoa silloin.” (lääkäri, Lastenpsykiatrinen yksikkö, Uusimaa)

Kehittämistyö alueella

Kartoituksessakin esiin nousseeseen tarpeeseen edelleen kehittää palvelu- ja hoitopolkukuvauksia pyritään HYKS-erityisvastuualueella tällä hetkellä vastaamaan monin paikoin. Käynnissä on aktiivista väkivaltatyön ja siihen liittyvien prosessien kehittämistä.

Myös monissa muissa kunnissa tai alueilla on kiinnitetty huomiota ja pyritty vahvistamaan monialaista yhteistyötä ja dialogia eri toimijoiden välillä. Erilaisia yhteisiä työtapoja on jo käytössä ja mahdollisuus konsultaatiolle on useaan suuntaan olemassa. Esimerkiksi Espoossa perustason toimijat, kuten oppilashuolto, voi matalalla kynnyksellä konsultoida kaupungin lastenpsykiatrista yksikköä, jonka yhtenä oleellisena tehtävänä on perustasolla tehtävän työn konsultatiivinen tukeminen, rinnalla kulkeminen, sekä tarvittaessa rinnakkainen työskentely siten, että peruspalvelujen työskentely on myös koko ajan olemassa ja tahot tekevät jatkuvaa yhteistyötä. Tällöin lapsi ei siirry erillisestä paikasta toiseen, vaan palvelut muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden.

Lastensuojelun ja perhesosiaalityön yhteistyö muun muassa perheneuvolan kanssa on monessa kaupungissa tiivistä ja esimerkiksi Vantaalla perheneuvola on jo varsin systemaattisesti mukana erilaisissa arviointitiimeissä. Perheneuvoloihin tulee enenevässä määrin työparipyyntöjä yhteistyökumppaneilta, kuten lastensuojelusta tai sosiaali- ja kriisipäivystyksestä tapauksissa, joissa on tiedossa lapseen kohdistunut väkivalta tai seksuaalinen hyväksikäyttö.

Yksi kartoituksen pohjalta varsin yleinen reitti jatkotuen ja hoidon piiriin kulkee juuri perhesosiaalityön tai lastensuojelun kautta. Väkivaltaa kohdanneiden lasten osalta perhesosiaalityö sekä lastensuojelu ovat tahoja, joihin nämä lapset kattavasti ilmoitusvelvollisuuden kautta ohjautuvat. Tällöin lapsen asiassa aloitetaan palvelutarpeen arviointi, ellei asiakkuus ole jo valmiiksi olemassa. Näissä tilanteissa on suositeltavaa, että arviointi voitaisiin tarvittaessa tehdä monialaisesti. Esimerkiksi voitaisiin sopia, miten terveydenhuollon ammattilainen voisi tarvittaessa liittyä yhteiseen arviointiprosessiin. Yhteinen arviointikäytäntö mahdollistaisi sen, että arvioinnit eivät ole päällekkäisiä. Yhdessä arvioimalla voidaan yhdistää eri alojen tietotaitoa ja aikaansaada todennäköisesti parempi kokonaiskäsitys kuin yksittäisten ammattilaisten erikseen tekemänä. Käytäntö on myös lapsi- ja perheystävällinen. Perheen ei tarvitse asioida samassa asiassa useassa palvelussa, kun ammattilaiset tekevät koordinoitua yhteistyötä. Toimintamalli antaa mahdollisuuden pohtia yhdessä mm. sitä, mitkä lastensuojelun tukitoimet ja/tai terveydenhuollon palvelut lasta ja perhettä mahdollisesti auttavat, missä ne toteutetaan ja missä järjestyksessä. Moniammatillisen yhteistyön ja eri toimijoiden yhteisten työtapojen kautta palveluketju näyttytyy perheen näkökulmasta yhtenäisenä ja saumattomana.

”Olisi tärkeä saada sovittua yhteiset pelisäännöt, sopia eri toimijoiden rooleista, kehittää viranomaisten yhteistyöhön pohjaavia työmalleja ja tehostaa tiedonvaihtoa eri viranomaisten välillä, ettei perheen näkökulmasta tulisi sekametelisoppaa, jossa tehdään jatkuvaa arviointia eri paikoissa, toisiaan tukemattomia suosituksia tai muuta vastaavaa. Kun huoli on kova, saatetaan näille perheille tarjota vähän kaikenlaista. Hyödyllistä olisi tehdä rauhallinen, pysähtyvä arviointi ja ohjaus. Tällainen kohdentamisen järkevöittäminen säästää myös kustannuksia. Pitäisi pysähtyä miettimään, mistä on hyötyä ja missä vaiheessa ja järjestyksessä.” (lastensuojelun asiantuntija, Helsinki)

Yhteistyötä erikoissairaanhoidon, terveydenhuollon peruspalvelujen sekä sosiaalipalvelujen välillä kehitetään niin ikään jatkuvasti ja erilaisia verkostotyöskentelytapoja sekä konsultaatiokanavia on käytössä, joskin käytännöt ovat vielä vaihtelevia ja systemaattiset yhteistyömallit vaativat lisäkehittämistä.

”Lastenpsykiatrialla on kaikki yhteistyömahdollisuudet kyllä käytettävissä, voidaan konsultoida ja esimerkiksi lastensuojelu voi pyytää työparia myös erikoissairaanhoidosta. Lisäksi verkostoneuvotteluja ja yhteistyöpalavereja järjestetään, mutta systemaattisia yhteistyömalleja on ollut vaikea toteuttaa, kun käytännöt vaihtelevat niin paljon ja resurssivajetta sekä työntekijöiden vaihtuvuutta on joka sektorilla.”
(psykologi, erikoissairaanhoido)

Mielenterveyspalvelujen kehittämisessä tiedostetaan tänä päivänä varsin hyvin eri viranomaisten välisen yhteistyön merkitys ja kokonaistilanteen tarkastelu yhteistyössä ja koordinoidusti. Eri tahojen palvelut ovat jo tälläkin hetkellä monin tavoin yhdistettynä toisiinsa. Väkivaltateemaan liittyy kuitenkin tiettyjä sellaisia erityispiirteitä, jotka tulisi ottaa systemaattisesti huomioon. Väkivaltaa kohdanneet lapset eivät esimerkiksi aina ole helposti tunnistettavissa, väkivaltaa kohdannut lapsi ei välttämättä oireile näkyvästi, tai oireilua ei ole helppo tunnistaa väkivaltaan yhteydessä olevaksi, jolloin lapsi saattaa jäädä vaille arviointia tai tarvitsemaansa tukea ja hoitoa. Lisäksi aihetta ei aina osata tai uskalleta ottaa puheeksi. Väkivaltaa kohdanneilla lapsilla on myös yksilöllisiä tarpeita tuen ja hoidon suhteen ja vain osa tarvitsee intensiivempää yksilöhoitoa. Jo pelkkä rikosprosessiin joutuminen voi kuormittaa sekä lasta että perhettä ja siihen liittyen tulisi olla aiempaa systemaattisemmin tarjolla supporttiivista sekä psykoedukatiivista tukea. Erityisosaamisen tarve on havaittu myös HYKSin erva-alueella ja väkivaltateemaan ollaan monin paikoin kouluttamassa osaajaverkostoja. Esimerkiksi Vantaalla ollaan pohdittu niin sanotun avainhenkilöverkoston kouluttamista väkivaltateemaan liittyen ja myös Helsingissä on mietitty vahvemmin koulutettujen avainosaajien tarvetta perhekeskuksissa. Avainosaajat voisivat Helsingissä sijoittua esimerkiksi palvelutarpeen arviointia tekeviin tiimeihin ja lastensuojelun avohuollon sosiaalityöhön.

Esimerkki Helsingissä tehtävästä kehitystyöstä lähisuhdeväkivaltateemaan liittyen

Marjo Alatalo

Helsingissä lähisuhdeväkivalta on valittu yhdeksi tietoon perustuvan osaamisen ja palvelusisältöjen kehittämisen kärjeksi. Helsingin strategisena päämääränä on lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäiseminen. Tavoitteeseen pääsemiseksi kaupungissa on muun muassa käynnistetty laaja-alainen, eri toimialojen yhteinen MUKANA-ohjelma, tehty toimenpiteitä alueellisen segregaation ja eriytymisen ehkäisemiseksi ja kehitetty edistyksellisesti perhekeskustoimintamallia. Huolimatta näistä yhä jatkuvista ponnisteluista, lastensuojelun erityis- ja vaativan tason sijaishuollon tarve

on palveluihin kokonaisuutena käytettävien kustannusten näkökulmasta selkeässä kasvussa.

Helsingissä tehdyn lastensuojelun asiakirja-aineistoon perustuvan selvityksen mukaan erityis- ja vaativan tason sijaishuoltoon sijoitettujen lasten ja nuorten asiakirjoissa oli runsaasti mainintoja lasten lähisuhteissaan ja kasvuympäristössään kokemasta väkivallasta. Selvityksen aineistosta oli hankala löytää konkreettisia vastauksia siihen, miten eri palveluissa oli lapsen ja perheen asiakkuuden aikana puututtu väkivaltaan tai varmistettu lapsen turvallisuutta.

Selvitys vahvisti tutkimuksen ja kansallisten selvitysten piirtämää kuvaa. Lähisuhdeväkivalta lapsiperheessä ja lapsen kokemana on keskeinen lasten ja nuorten mielenterveyttä sekä turvallista kasvua ja kehitystä uhkaava riskitekijä ja ilmiö, jonka kohtaamisessa, puheeksi ottamisessa, tunnistamisessa ja tuen tai hoidon tarjoamisessa emme tällä hetkellä palvelujärjestelmänä onnistu riittävän hyvin. Lähisuhdeväkivalta on esimerkki ilmiöstä, joka on samaan aikaan kaikkien ja ei kenenkään vastuulla – ja siksi sen ympärille tarvitaan systeemistä muutosta ja yhteistä vastuunottoa mahdollistavia järjestämisen työvälineitä.

Helsingissä tunnistettuihin palvelujärjestelmän haasteisiin on lähdetty etsimään ratkaisuja ilmiöpohjaisten palveluketjujen kautta. Palveluketjut ovat ensisijaisesti uudenlainen tapa järjestää, johtaa ja kehittää palveluita niin, että toiminnastamme kokonaisuutena muodostuu lapsen, nuoren ja perheen kokemana oikein kohdennettu ja ajoitettu, saumaton palvelupolku. Palveluketjukehittämisen ydintä on tietoon perustuva yhteiskehittäminen ja yhteensovittava, tavoitteellinen tiedolla johtaminen.

Palveluketjuilla pyritään yhteiseen ilmiön ymmärtämiseen, yhteiseen ja yhtenäiseen porrastettujen palvelujen kuvaamiseen, yhteisten kehittämistoimenpiteiden valintaan, tavoitteen määrittelyyn ja kokonaisvaikuttavuuden pitkäjänteiseen seurantaan.

Palveluketjuajattelulla voidaan irtautua pirstaleisesta palveluiden kehittämisen ja johtamisen tavasta. Tämä on oleellista, koska ilman riittävää koordinoitua yksittäisten ammattilaisten ehkä taitavastakin toiminnasta voi muodostua asiakkaalle haitallisia, ei aiottuja yhteisvaikutuksia. Johtamisen ja järjestämisen näkökulmasta palveluketjulla pyritään pois palvelujärjestelmässä usein tahattomastikin ilmenevästä osaoptimoinnista.

Lähisuhdeväkivalta lapsiperheessä palveluketjun valmistelussa on ehditty viedä läpi valmisteleva vaihe. Valmistelussa on luotu alustava kuvaus palveluketjusta ja kartoitettu keskeisimmät kehittämistarpeet. Osa ehdotetuista kehittämistoimenpiteistä on jo ehtinyt edetä konkreettisine, palveluiden arkeen nivottuina pilotteina.

Kehittämistarpeiden kartoittamisen keskiössä ovat olleet nykyisestä kokonaisuudesta löytyvät kriittiset palveluaukot, pullonkaulat, välinputoamiset ja ammattilaisten yhteistyön kitkakohdat. Palveluketjua valmistelleissa yhteiskehittämissyhmässä havaitsimme esimerkiksi, että lapseen kohdistuvan väkivaltaepäilyn selvittäminen osana palveluketjun kokonaisuutta vaatii toimenpiteitä.



Kuvio 10. Helsingin kaupungin Lähisuhdeväkivalta lapsiperheessä palveluketju (2020).

Havaitsimme, että nykytilanteessa poliisin tutkintaprosessiin sisältyvät kuulemiset ruuhkautuvat. Lastensuojelun ja poliisin lapsen kohdistuvan väkivallan epäilytilanteessa käyttämä esitieto ei ole tasalaatuista ja strukturoimaton tiedon keruun tapa tuottaa hukkaa ja lisätyötä. Lastensuojelun toimintaedellytykset lapsen kohdistuvan väkivaltaepäilyn tilanteissa ovat alkaneet kaventua tarpeettomasti etenkin lasten kuulemisen ja haastattelemisen osalta. Lapsen asiasta vastaavat lastensuojelun sosiaalityöntekijät ovat kokeneet epävarmuutta siitä, missä vaiheessa, mistä asioista ja miten he voivat näissä tilanteissa lapsen kanssa puhua. Tämän seurauksena lastensuojelussa ei aina saada tehdyksi riittävän huolellista ja kattavaa, myös lapsen kokemusta huomioivaa tilannearviota lapsen asiakassuunnitelman ja siihen sisältyvien tukitoimenpiteiden toteuttamisen pohjaksi. Tilanne on lasten edun ja oikeuksien toteutumisen kannalta katsottuna kestävä. ⁸

Helsingissä toteutetaan yhteistyössä Barnahus-hankkeen, HUS lasten ja nuorten oikeuspsykologian yksikön ja Helsingin poliisin kesken pilotti, jossa mainittuihin ongelmiin etsitään ratkaisuja. Pilotissa sosiaalityöntekijät saavat heille räätälöityä koulutusta lapsen haastattelemiseen ja kohtaamiseen. Työnjakoa ja roolituksia prosessin eri vaiheissa selkeytetään. Tiedon kulkua strukturoidaan yhteisesti käyttöön otettavilla työvälineillä, selkeillä konsultaatiokäytännöillä ja sopimalla siitä, miten lapsen ja perheen tilannetta ja tuen sekä hoidon tarvetta arvioidaan tarvittaessa monitoimijaisesti yhdessä.

Tavoitteena on luoda toimintamalli, joka voidaan jatkossa ottaa kattavasti ja pysyvästi käyttöön. Pilottikoulutusta hyödyntäen panostetaan osaamisen kehittämiseen suunnitelmallisesti. Pilottikoulutuksesta taltioitavat ja tarpeen mukaan täydennettävät materiaalit viedään kaupungin omalle verkkovalmennuslustoille. Tämä mahdollistaa jatkossa huomattavasti nykyistä kattavamman ja tavoitteellisemmän perehdytyksen ja koulutuksen sosiaalityöntekijöiden vaativan työn tueksi.

Esiselvittelyn selkiytymisen ja strukturoitumisen nähdään parantavan edellytyksiä arvioida nykyistä tarkemmin sitä, onko poliisitutkinta lapsen edun mukainen ratkaisu vai onko perusteltua edetä tarjoamalla lapselle ja perheelle koordinoitua, kohdennettua tukea. Lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden roolia selkeyttämällä, osaamista vahvistamalla ja ylisektorista yhteistyötä systematisoimalla Helsingin Barnahus-pilotissa tavoitellaan kahdenlaisia myönteisiä muutoksia: poliisin tutkintaprosesseissa ilmenevien viiveiden vähentämistä ja lastensuojelun tukitoimien oikea-aikaisuuden ja kohdentumisen parantamista. Helsingissä ajatellaan, että lapsen ja perheen näkökulmasta jo nämä muutokset selkeyttäisivät merkittävästi palveluista muodostuvaa kokonaisuutta nykytilanteeseen verrattuna.

Sekä koulutuksen että toimintamallin juurruttamisen osalta määritellään aikataulu ja tavoitteet, seurataan niiden toteutumista sekä arvioidaan uusien toimintamallien vaikutuksia asiakkaiden saamaan palveluun. Oleellista on, että pilottiin osallistuvat toimijat asettavat tavoitteet ja sopivat niiden seuraamisesta yhdessä.

⁸ <https://www.julkari.fi/handle/10024/139382>

Lisäksi palveluketjun kehittämistarpeiden kartoittamisessa on kiinnitetty erityistä huomiota tietoon perustuvan osaamisen vahvistamiseen. Osaamisen kehittämistarpeita on arvioitu kahdesta näkökulmasta. Ensinnäkin on jäsennetty, osataanko eri palveluissa tunnistaa ja ottaa puheeksi lapseen kohdistuvaa ja lapsen läheisyydessään kokemaa väkivaltaa ja käyttää tutkimuksissa hyödyllisiksi arvioituja apuvälineitä (esim. mittarit ja seurat). Toiseksi on arvioitu näyttöön ja tutkimukseen perustuvan tuen ja hoidon saatavuutta kaupungin omissa palveluissa. Molempien osalta on tunnistettu tarvetta pitkäjänteiseen ja tavoitteelliseen, harkiten kohdennettuun kouluttamiseen. Koulutusten yhteydessä nähdään tärkeänä seurata, tuottavatko sat-saukset koulutuksiin odotettuja hyötyjä ammattilaisille ja asiakkaille. Erityisesti on tärkeää arvioida, otetaanko koulutuksissa käsiteltyjä työvälineitä ja menetelmiä palveluissa tosiasiallisesti käyttöön ja miten niiden omaksumista ja käyttöä asiakkaiden parissa voidaan tarvittaessa tukea työyhteisöissä.

Tätä kohti on otettu ensimmäisiä askeleita yhteistyössä Barnahus-hankkeen kanssa. Pyrkimys on lisätä nimenomaan lyhytkestoisien, väkivaltakokemuksiin kohdennettavan traumafokusoidun hoidon osaamista ja oikea-aikaista saatavuutta. Konkreettisina ensiaskeleina tämä tarkoittaa pilottityöparien kouluttamista perhe-neuvolassa ja lastensuojelun perhekuntoutuksessa. Asiakastyössä kertyvien kokemusten perusteella voidaan arvioida osaamisen laajentamisen tarvetta.

Koettuja haasteita ja kehittämiskohteita

Tiiviimpää yhteistyötä eri viranomaisten välille sekä jatkuvaa tiedonvaihtoa toivottiin useassa HYKS-alueen vastauksessa. Viranomaisten välisen yhteistyön sekä tiedonjaon tärkeys korostuu väkivaltaa kohdanneiden lasten asioissa muun muassa siksi, että näin turvataan onnistuneet prosessit kaikilla tahoilla (rikosprosessi, somaattinen terveydenhuolto, lastensuojelu, psykososiaalinen tuki ja hoito).

” Mikäli lastensuojelun tukitoimet ja muilla tahoilla toteutettava tuki ja hoito toteutuvat liian erillään, on vaarana, että perhe näänny palveluiden alle. Palveluiden olisi hyvä muodostaa perheen näkökulmasta kokonaisuus, ettei samoja arviointieja tehtäisi useissa paikoissa toisistaan erillään, tai ettei annettaisi toisiaan tukemattomia suosituksia tms.” (lastensuojelun asiantuntija, Helsinki)

Tiedon vaihtuessa vältetään myös muun muassa tilanteet, joissa rikosprosessi pitkitää hoidon aloittamista. Noin puolet kyselyyn vastanneista raportoi kokevansa poliisin esitutkinnan hankaloittavan tuen tarjoamista ja/tai hoitoa. Kentällä vaikuttaakin kyselyn ja haastattelujen pohjalta elävän jonkin verran ajatus siitä, ettei hoitoa voida aloittaa tai jatkaa rikosprosessin ollessa kesken.

” Ongelmana se, että aika moni palvelu on siinä näkemyksessä, että kun on rikosprosessi, niin ei aloiteta hoitoa, jolloin nämä lapset voivat jäädä lastensuojelun palvelujen varaan.” (lastensuojelun johtava sosiaalityöntekijä, Vantaa)

Rikosprosessi ei useimmiten kuitenkaan ole este psykososiaalisen tuen antamiselle, eikä myöskään lapsen edun mukaista rikosprosessien viiveiden takia. Ideaalitilanne olisi, että viranomaiset yhdessä pohtisivat ja sopisivat, miten parhaiten turvataan sekä laadukas tutkinta, lapsen suojeleminen että tuki ja missä järjestyksessä eri toimenpiteitä kulloinkin toteutetaan. Tärkeää on toisaalta lapsen ja perheen avun, tuen ja tarvittavan hoidon aloittaminen ja takaaminen mahdollisimman nopeasti ja matalalla kynnyksellä, mutta toisaalta eri tukipalvelujen ja hoidon tarpeellisuuden ja oikea-aikaisuuden pohtiminen tarkkaan, jotta lapsi ja perhe eivät kuormitu heikosti koordinoitujen työskentelyn takia.

” Tärkeää olisi taata hoitopolku ja viranomaisten välinen yhteistyö, koska jos lapsi joutuu avaamaan haavojaan uudestaan ja uudestaan, voi se traumatisoida todella paljon.” (lääkäri, Lastenpsykiatrinen yksikkö, Uusimaa)

Yhtenä haasteena raportoitiin rikosilmoituksen tekijän tippuminen pois prosessista ilmoituksen teon jälkeen. Ilmoittava taho ei yleensä saa tietoa siitä, miten prosessi on edennyt tai mihin selvittelyissä on päädytty. Tämä voi hankaloittaa perheen kanssa tehtävää yhteistyötä sekä lapsen tilanteen arviointia. Samaa haastetta tuotiin esiin myös jatkohoitoon ohjaukseen liittyen. Hoitoon ohjaava taho ei välttämättä saa tietoa hoidon aloittamisesta tai muista aiemmista tai meneillä olevista prosesseista.

” Aina ei ole tietoa aiemmista tahoista tai tapahtumista. Lastensuojelu ei ota yhteyttä psykologiin, mikäli ilmoitus on tullut opettajalta. Psykologia ei pyydetä mukaan arvioimaan tilannetta, vaikka lastensuojelulla ei olisi antaa tilanteeseen mitään tukea.” (psykologi, opiskeluhuollon psykologi- tai kuraattoripalvelut, Uusimaa)

Työntekijöiden suuren vaihtuvuuden raportoitiin olevan haaste lähes joka sektorilla ja sitä kautta syntyy muun muassa vaikeus juurruttaa työtapoja tai hoitomalleja. Ajoittain pitkittävät jonot ja niukkojen resurssien aiheuttamat aikaviiveet jatkohoitoon pääsyyssä nousivat myös esiin useissa vastauksissa, kuten myös lastensuojelun kiire. Kiire vaikeuttaa eri tahojen yhteistyötä, kun yhteistä aikaa on vaikea löytää. Erityisesti erikoissairaanhoidon osalta pääsykriteerit arvioitiin varsin korkeiksi ja huoli siitä, etteivät lapset ja nuoret aina saa tarvitsemaansa jatkohoitoa, näkyi usean henkilön vastauksissa.

Kysyttäessä ketkä lapset ovat vaarassa jäädä tarvittavan tuen tai hoidon ulkopuolelle, nousi esille useampi erityisryhmä. Monet vastaajat mainitsivat maahanmuuttajataustaiset lapset ja perheet. Näillä perheillä raportoitiin muun muassa olevan kohonnut kynnys tulla palvelujen piiriin, mihin voi olla yhteydessä muun muassa heikko kielitaito sekä vaikeus hahmottaa suomalaista palvelujärjestelmää. Lapset, joiden vanhemmat eivät ole yhteistyöhaluisia, ovat vastaajien mukaan niin ikään vaarassa jäädä vaille tarvitsemiaan tuki- ja hoitopalveluita samoin kuin ne lapset, jotka eivät ole väkivaltaepäilyn ilmi tultua jo valmiiksi tuen tai hoidon piirissä, elleivät he oireile näkyvästi ja tule sitä kautta ohjatuiksi hoitotahoihin. Sijoitettujen lasten, tai lasten, joilla on hoitokontakti esimerkiksi lastenpsykiatriaan, tilanne ja terapeutin tuen tarve saattavat tulla herkemmin arvioiduksi jo olemassa olevien palvelujen kautta. Systemaattinen väkivaltaa kohdanneiden lasten tuen ja hoitotarpeen arviointi vähentäisi näiden edellä kuvattujen lasten riskiä jäädä palvelujen ulkopuolelle.

Yhdeksi väkivaltaa kohdanneiden lasten jatkohoitoon ohjaamisen haasteeksi raportoitiin resurssien ja toisaalta erityisosaamista omaavien tahojen sekä työntekijöiden puute, jolloin lapsi saatetaan ohjata jatkohoitoon lähinnä sen mukaan, mitä alueella on sillä hetkellä tarjolla, eikä sen mukaan, minkälaisesta palvelusta lapsi erityisesti hyötyisi.

”Toiveena olisi, että pystyisi ohjaamaan lapsen ja perheen hoitoon tarpeen mukaisesti, eikä resurssin mukaisesti.” (ylilääkäri, kaupungin peruspalvelut, Uusimaa)

Palveluihin ohjautumisen yhtenä haasteena tuli esiin sellaisen erikoistuneen tahon puuttuminen, jossa olisi sekä väkivalta- että traumaosaamista ja joka olisi ajantasaisesti tietoinen alueen kaikista palveluista ja voisi siten tarjota konsultaatiota ja taata, että palvelut tulevat tarkoituksenmukaisesti niiden lasten käyttöön, jotka niistä eniten hyötyvät. Tällainen taho voisi myös koordinoida ja seurata kentällä tehtävää työtä ja vastata koulutustarpeisiin. Täydentävässä haastattelussa eräs haastateltava toi esiin, ettei ole olemassa systemaattista tietoa, mitä tukea ja hoitoa nämä lapset saavat ja millä kriteereillä ohjautuvat tuen ja hoidon palveluihin.

Erään haastateltavan mukaan väkivaltatapauksissa ohjataan usein vanhempaa tai vanhempia tukipalveluihin tai otetaan asiaa heidän kanssaan puheeksi, mutta aina ei riittävästi pysähdytä tarkastelemaan, miten lapsi on asian kokenut ja miten lapsi voi. Lisäksi väkivaltaa kohdanneiden lasten voinnin ja tuen tarpeen pitkäaikainen seuranta ei useinkaan toteudu, etenkin, jos lastensuojelun asiakkuus ei ala tai päättyy, eikä lapsella ole pitempiaikaista hoitokontaktia, mitä harvoin on, jos lapsi ei oireile.

”Lastensuojelu voisi ottaa enemmän koppia lasten ja perheiden kanssa kulkemiseen läpi rikos- ja mahdollisen oikeusprosessin, mikäli viiveet näissä ei olisi niin pitkiä.” (lastensuojelun johtava sosiaalityöntekijä, Vantaa)

”Prosessi olisi hyvä olla paljon näkyvämpi eli kirjoitettu auki yhteistyökumppaneille. Oppilashuollon työntekijä tulisi osallistaa prosessiin jos hän on esim. huolen ilmaisija. Yhteistyö! Lapsi ja perhe tarvitsisivat pidemmän ajan seurantaa, ei niin että tavataan kolme kertaa ja sitten ei enää mitään. Usein kun tapaan lapsia sen jälkeen, tilanne ei perheessä ole muuttunut henkisesti vaikka ehkä väkivalta on jäänyt pois tai lapsi ei uskalla enää kertoa. Eli pidemmän aikavälin tuki ja seuranta ja lapselle oma tukihenkilö jota tapaa.” (sosiaaliohjaaja/sosiaalityöntekijä, opiskeluhuollon psykologi- tai kuraattoripalvelut, Uusimaa)

Järjestökentän merkitys alueella

Järjestötoimijoiden rooli väkivallan uhrien auttamiseksi on merkittävä. HYKS erva-alueella ja erityisesti pääkaupunkiseudulla väkivaltatyöhön keskittyneitä toimijoita löytyy useita ja järjestöt tarjoavat runsaasti palveluita väkivaltaa kokeneille lapsille ja nuorille sekä väkivallan tekijöille (Taulukko 3).

Esimerkiksi Vantaan kaupungin osalta nousi sekä hoitopolkukyselyssä että täydentävissä haastatteluissa esiin varsin toimivaksi koettu järjestöyhteistyö.

Vantaan turvakoti ry:n lähisuhdeväkivaltatyön yksikkö Koivula

Vantaan kaupungin työntekijä voi esimerkiksi saada Koivulasta työparin lähisuhdeväkivaltatapausten arviointiin ja hoitamiseen.

Lisäksi Koivulassa tehdään vastaanottotyötä lähisuhdeväkivallan eri osapuolten kanssa, myös lasten ja nuorten kanssa.

MLL:n Perheitä kohtaamassa -hanke, Koivukylän avoin kohtaamispaikka

Vantaan matalan kynnyksen lapsiperheiden avoin kohtaamispaikka Koivukylässä tuo eri palvelut saman katon alle ja sitä kautta auttaa perheitä löytämään palveluihin ja myös edesauttaa kunnan ja järjestöjen palveluiden välistä yhteistyötä.

Kohtaamispaikassa on edustettuna monipuolisesti Vantaan kaupungin lapsiperheiden palveluita sekä eri järjestöjen työntekijöitä ja vapaaehtoisia.

Koivukylän tiloissa toimii esimerkiksi

- Vantaan turvakoti ry,
- Yhteistyöllä parempi yhteisö,
- Nicehearts,
- SOS-lapsikylä,
- Rekolan seurakunta sekä
- Mannerheimin lastensuojeluliitto, joka koordinoi ja kehittää toimintaa yhdessä muiden toimijoiden ja perheiden kanssa.

Tyttöjen ja poikien talot on esimerkki seksuaaliväkivaltaa kohdanneiden nuorten tukemiseen keskittyneestä erityistoimijatahosta, jolla on merkittävä rooli psykososiaalisen tuen tarjoajana ja seksuaaliväkivaltatyön osaajatahona. Kirjoittamishetkellä Helsingin Tyttöjen talon toiminta on ruuhkautunut, eikä jonoon voida tällä hetkellä ottaa enempää asiakkaita. Tyttöjen taloon ohjataan asiakkaita laajasti eri toimijoiden kautta, kuten suoraan poliisin kautta, oppilashuollosta tai seritukikeskuksesta. Lisäksi asiakkailta on jonkin verran päällekkäisiä hoitoja ja Tyttöjen taloon saatetaan ohjata asiakkaita käsittelemään seksuaalista väkivallan kokemusta, vaikka muu terapeutin hoito olisikin kesken. Seksuaaliväkivallan kysymyksissä työntekijät saattavat herkästi kokea, että oma osaaminen ei riitä, vaan siihen tarvitaan erityisosaamista omaava taho. Perustason työntekijöiden konsultaatiokanavat ja mahdollinen työnohjaus voisivat vähentää kyseisiä esteitä ja lisätä kompetenssia ja rohkeutta kohdata myös väkivaltakokemuksia niillä tahoilla, joihin lapsi tai nuori on jo muodostanut hoitosuhteen.

Kolmannen sektorin toimijat ovat tärkeä osa palveluvalikkoa. Kuitenkin järjestöjen palveluiden ruuhkautuminen vahvistaa tarvetta kehittää erityisosaamista myös muilla sektoreilla ja samalla selkiyttää palvelu- ja hoitopolkuja sekä työnjakoa eri toimijoiden välillä siten, että olisi selkeämmin tiedossa, minkälaiset tapaukset ohjautuvat ja kuuluvat mihinkin palveluun.

Taulukko 3. Esimerkkejä kolmannen sektorin toimijoista HUS-alueella

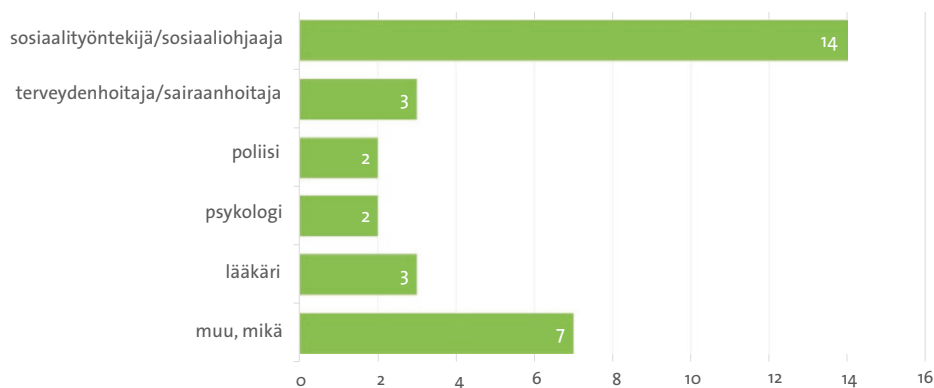
Tyttöjen talo, Loistosetlementti ry	Seksuaaliväkivaltatyö
Poikien talo, Loistosetlementti ry	Seksuaaliväkivaltatyö
Rikosuhripäivystys	Rikoksen uhrin, läheisten sekä rikosasian todistajan tuki- ja neuvontapalvelut
Ensi- ja turvakotien liitto, esim. Jussi-työ, nettiturvakoti	Turvakodit ja väkivallan ehkäisy, Väkivallan tekijän tuki
Vantaan turvakoti ry, Lähisuhdeväkivaltatyön yksikkö Koivula	Turvakoti, Lähisuhdeväkivaltatyö
Pääkaupungin turvakoti ry, Lähisuhdeväkivaltatyön yksiköt, esim. Kilpola	Turvakodit, Lähisuhdeväkivaltatyö
Punainen Risti, Nuorten turvatalot	Tukea nuorille ja heidän perheilleen, mm. tilapäinen majoitus ja keskusteluapu
Raiskauskeskus Tukinainen	Seksuaalirikosten uhrien, läheisten ja auttajien tuki ja kriisityö
Nicehearts ry	Vaikuttava työ tyttöjen ja naisten aseman edistämiseksi
Icehearts ry	Ennaltaehkäisevä lastensuojelutyö
Monika-Naiset liitto ry, Kriisikeskus Monika, Turvakoti Mona	Maahanmuuttajataustaisten naisten tukeminen ja aseman parantaminen Suomessa
Lyömätön linja Espoossa ry	Väkivaltatyö perheväkivallan osapuolten auttamiseksi
Miessakit ry	Miehiä tukeva hyvinvointityö
Maria-akatemia	Ehkäisevä väkivaltatyö
HelsinkiMissio, Nuorten kriisipiste	Yksinäisyyden vähentäminen yhteisöllisyyttä lisäämällä, Keskustelu- ja kriisiapu
Pelastakaa Lapset ry, esim. vapaaehtoistyö ja lastensuojelupalvelut	Lasten oikeuksien edistäminen vaikuttamistyön sekä moninaisten palvelujen kautta
Exit ry, Nuorten Exit	Nuoriin kohdistuvan seksuaalisen kaltoinkohtelun ennaltaehkäisy sekä kohtaava työ
MIELI, Suomen mielenterveys ry, esim. Sekasin-chat	Mielenterveyden edistäminen ja ongelmien ehkäisy, Matalan kynnyksen kriisiapu
Naisten linja Suomessa ry	Väkivaltaa pelkäävien tyttöjen ja naisten tukeminen
Amnesty International	Naisiin ja tyttöihin kohdistuvan väkivallan ehkäisy
Non Fighting Generation ry	Vertaiskeskusteluryhmiä sekä yksilötyötä väkivaltaisesti oireileville nuorille Etelä- ja Itä-Suomessa
Väestöliitto	Väestön hyvinvoinnin ja ihmisoikeuksien edistäminen vaikuttamistyön sekä moninaisten palvelujen kautta
Mannerheimin Lastensuojeluliitto, esim. Lasten ja nuorten puhelin, nuortennetti	Lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen vaikuttamistyön sekä moninaisten palvelujen kautta
Lastensuojelun keskusliitto	Laaja-alainen vaikuttamistyö lasten oikeuksien sekä lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi

5.2 KYS erva-alueen vastausten tarkastelua

Teija Nuutinen, Laura Matikka

Väkivaltaa kohdanneen lapsen hoitoon ohjautuminen

Hoitopolkukyselyyn KYS:n erityisvastuualueelta (Pohjois-Savo, Pohjois-Karjala, Keski-Suomi, Etelä-Savo, Itä-Savo) vastasi kaikkiaan 31 työntekijää. Vastaajista 45 prosenttia oli Pohjois-Karjalasta, Pohjois-Savosta 26 prosenttia, Keski-Suomesta 23 prosenttia ja Etelä-Savosta kuusi prosenttia. Ammatteina vastaajista olivat edustettuina sosiaalityöntekijä/sosiaalihoaja, sairaanhoitaja, poliisi, psykologi, lääkäri, perhetyöntekijä ja koulukuraattori (Kuvio 11). Vastaajat työskentelivät lastensuojelussa, erikoissairanhoidossa, opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalveluissa, neuvola- ja kouluterveydenhuollossa, poliisilaitoksella, muualla (perhepalvelut, nuorisopsykiatrian yksikkö perustasolla), kasvatus- ja perheneuvolassa ja järjestöissä.



Kuvio 11. KYS erva-alueen vastaajat n = 31

Vastaajista 90 prosenttia (n = 26) vastasi arvioivansa työssään lapsen ja perheen hoidon tarvetta. Arvioinnin sisältöjä selvitettiin myös avoimella kysymyksellä. Vastauksissa tulivat esiin keskustelut, konsultaatio, verkostoyhteistyö, yhteistyö perheen kanssa, työryhmässä arviointi, lastenpsykiatrinen ja -psykologinen arviointi ja tutkimus, lapsen psyykkisen voinnin arvio, lastensuojelutarpeen ja palvelutarpeen arviointi sekä vanhempien avun tarpeen arviointi.

Lähes kaikki vastaajat (93 %) raportoivat tukevansa lasta ja perhettä työssään. Avoimen kysymyksen ”miten tuet?” vastauksissa esiin nousivat psykoedukaatio, interventiot, keskustelut, kuunteleminen ja empatia, yksilöohjaus, palveluohjaus, sosiaalihojaus, tukihenkilötoiminta, lääkehoito, perhetyö, systeeminen

lastensuojelun sosiaalityö, perheterapeuttiset menetelmät, lapsen ja perheen tilanteen mukainen tuki, yksilökeskustelut, työskentely vanhempien kanssa/kasvatustyön tukeminen, kotipalvelu, verkostopalaverit ja avohuollon tukitoimet.

Yleisin hoitoon ohjauksen tapa (12 vastaajaa) on suullinen kertominen (83 %) ja toiseksi yleisin yhteydenotto palvelun tarjoajaan (50 %). Muut vastaukset jakautuvat seuraavasti: soittamme yhdessä (42 %), varmistan, että nuori pääsee hoidon piiriin (42 %), annan esitteen (33 %), annan nuoren yhteystiedot hoitotaholle (33 %), varmistan, että sosiaalityöntekijä hoitaa asiaa (33 %), oletan sosiaalityöntekijän hoitavan asian (8 %), hoitoneuvottelussa sopiminen (8 %). Avoimen kysymyksen vastauksissa nousevat esiin yhdessä keskustelu ja tapaaminen, ohjaus muihin palveluihin tai lähetteen tekeminen tai ajanvaraus, jatkohoito perustasolla, saattaen tukena oleminen muihin palveluihin, verkostoyhteistyö/yhteinen tapaaminen, tiedon välittäminen ja tukitoimien kartoitus.

Hoitoon ohjaamisen yleisyyttä selvitetiin kysymällä ”kuinka usein ohjaat väkivaltaa kokeneen lapsen/nuoren/perheen hoitoon?”. Vastausvaihtoehtoina oli aina, usein, satunnaisesti, harvoin, ei koskaan. Vastaajia oli yhdeksän. Vastausvaihtoehdot jakautuvat seuraavasti lähes aina (n = 4), usein (n = 1), satunnaisesti (n = 3) ja harvoin (n = 1). Vastaajista 59 prosenttia kokee tietävänsä riittävästi hoitotahoista, joille ohjata (n = 27). Lähettävänä tahona toimiessa suurin osa 89 prosenttia (n = 28) raportoi, ettei saa tietoa hoidon aloittamisesta.

Tukea ja hoitoa tarjoavat tahot

Vastaajista 72 prosenttia (n = 21) vastasi työssään ohjaavansa lapsia ja perheitä hoitoon. Hoitoonohjausta tapahtui monille eri tahoille: vastauksissa mainitaan lastensuojelu, perheneuvola, perustason palvelut (mm. terveyskeskus, kouluterveydenhuolto, oppilashuollon psykologit ja kuraattorit, perhekeskus), yksityiset toimijat (terapeutit), Kelan kuntoutuspsykoterapia, maksusitoumuksella ostettavat palvelut, mielenterveyspalvelut, erikoissairaanhoido/psykiatria, eva-yksiköt (erityisen vaikeahoitoisten lasten ja nuorten sairaalat), poliisi, poliisin kautta oikeuspsykiatria, kriisikeskus, turvakoti, Tukinainen (nuoret) Tyttöjen talo, Mobile (Jyväskylä), nuorisotoimi ja seurakunnan nuorisotyö.

Työskentelyn aloittaminen lähetteen tai asiakasyhteydenoton jälkeen vaihtelee tahosta riippuen sekä kiireellisyyden mukaan (vastaajia n = 28). Toisaalla on mahdollista aloittaa työskentely heti, esimerkiksi akuutissa tilanteessa akuuttiosastolla, toisaalla taas työskentelyn aloittamiseen saattaa mennä vuosi. Suurin osa (n = 26) vastasi työskentelyn aloittamisesta noin 0–3 kuukauden kuluttua lähetteen tai yhteydenoton saapumisesta.

Hoidon sisällöt

Menetelmiä, jotka ovat käytössä hoidon tarpeen arviointiin, on käytössä laajasti erilaisia. Vastauksissa (n = 22) esille tulevat masennus- ja ahdistuneisuusseulat, dissoasiaatio-oirekyselyt, psykoosiriskin arviointi, psyykkisen voinnin ja oireiden kartoitus, diagnostiset haastattelut, traumaoirekysely (IES-R The Impact of Event Scale -Revised), päihteiden käytön kartoitus, Lapset puheeksi-menetelmä ja FTF -kysely (Five-To-Fifteen). Erilaisten seulojen ja kyselyjen lisäksi vastauksissa tulevat esiin keskustelut, haastattelut, taustoihin sekä kehityshistoriaan perehtyminen, RIKUn materiaalit (Rikosuhripäivystys), sukupuoli, tikapuanamneesi, verkostotyö, tunnekorttien käyttö, luokkatilanteen seuraaminen, tilanteen kartoitus suhteessa toimintakykyyn (mm. opinnoissa menestyminen, poissaolot) ja kehitysvaiheeseen (sosiaaliset suhteet) ja uniseuranta.

Hoidossa ja tuessa käytettävien menetelmien (n = 23) kirjo on myös laaja. Vastauksissa esiin tulevat käyttäytymisterapeuttiset menetelmät, perheterapeuttiset menetelmät, ratkaisukeskeiset menetelmät, kriisityön periaatteet, Trappan, psykologin kehittämä työskentelymalli väkivaltaa kohdanneen lapsen auttamiseksi, vakauttamismenetelmät, altistaminen hoidon ollessa tiivis ja traumaattisiin tapahtumiin fokusoitu, kokemuksen validointi, tunne-, vuorovaikutus- ja ahdistuksen sietämisen taitojen opetus, motivoiva keskustelu, tulevaisuustyöskentely, arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelu, toiminnalliset menetelmät (esim. erilaiset kortit, piirtäminen), perhehoito, keskustelu/kuuntelu, työskentely sekä yksilö- ja ryhmätasolla, tulevaisuustyöskentely, verkostotyö ja hoitoneuvottelut.

Vastaajista 18 arvioi kuinka monta väkivaltaa kokenutta lasta/nuorta/perhettä työpaikalla hoidettiin vuosittain kyseisillä hoitomenetelmillä. Määrät vaihtelevat hyvin paljon työpaikkakohtaisesti (vaihtelu 1 – 200) ja vastauksissa esiin tulee myös, että määriä on usein mahdoton arvioida tai sitä ei osattu sanoa.

Hoitosuhteiden kesto vaihtelee laajasti. Vaihteluvälin ollessa alle kuukaudesta useisiin vuosiin ja osa vastaajista ei osannut sanoa miten pitkiä hoitosuhteet ovat. Eräs vastaajista kuvaili hoitosuhteiden kestoa seuraavasti:

”En tunne tilastoja, tuntumani on, että toistuvia; usein väkivaltaa kohdanneilla traumaperäistä oireilua, jonka hoito voi vaatia pitkää aikaa ja useitakin vakauttavia osastojaksoja.” (psykologi, erikoissairaanhoido)

Vastaajat tunnistavat haasteita nykyisissä toimintatavoissa ja työmalleissa. Haasteina nähdään muun muassa perheen sitoutuminen hoitoon ja tukeen, tukipalveluiden puute, tiedon puute olemassa olevista tukipalveluista, hoitopolun epäselvyys sekä ajan puute ja jonot.

- ”Jonkin verran epätietoisuutta eri organisaatioiden tarjonnasta.”
(sairaanhoitaja, erikoissairaanhoito)
- ”Ei ole aina selkeää kuvaa siitä, milloin perheen olisi hyvä saada apua muualta. Yhteystietojen puuttuminen sekä selkeiden hoitopolkujen puuttuminen.” (opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalvelut)
- ”Haaste on esim. arvioida mikä olisi parasta hoitoa/tukea lapselle tai perheelle kun vaihtoehtoja on vähän tarjolla.”
(sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja)

Vastauksissa kuvastuu myös toimintatapojen ja työtapojen suuri kehittämisen tarve. Toimivina asioina nähtiin matalan kynnyksen kriisiapu, väkivaltaa kokeneiden ja väkivaltaisesti käyttäytyneiden yksilötyö sekä ohjaus hoidon ja tukitoimien piiriin. Kehittämiskohteina useissa vastauksissa toistuu viranomaisyhteistyön kehittäminen.

- ”Viranomaisten keskinäinen yhteistyö vaatisi muutoksia, että lapsi saisi palvelua juuri oikeasta paikasta. Poliisi ohjaa liian nopeasti lastensuojelun selvittämään lapsen kohdistuneita väkivalta ilmoituksia, koska jonot pitkät ja resurssi poliisilla pieni.”
(sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, lastensuojelu)
- ”Kehittämistä olisi joka osa-alueella. Eniten kehittämistä olisi palveluiden oikea-aikaisessa saamisessa. Myös kohdentaminen oikeille asiakkaille tulisi tarkentua.”
(sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, lastensuojelu)
- ”Poliisiin pitäisi saada paljon lisää tutkijoita, jotta perheen kanssa päästään pian työskentelemään. Esimerkki: teen poliisille tutkintapyyntö perheväkivallasta, josta tulee ls-ilmoitus. Poliisi kieltää, etten saa puhua perheen kanssa ilmoituksesta. Ls-tarpeen selvitysaika (3 kk) menee umpeen ja perhe otetaan asiakkuuteen. Poliisilla kestää 14 kuukautta, ennen kuin esitutkinta alkaa. Perhe ei tiedä, miksi on asiakkuudessa ja itse asiaan ei päästä puuttumaan.”
(sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, lastensuojelu)

Kehittämiskohteena nähdään myös koulutuksen ja osaamisen lisääminen.

- ”Traumatietoutta kaivattaisiin laajemmin ja lisää.”
(psykologi, erikoissairaanhoito)

” Näillä on pärjätty mutta toki asiaan perehtyminen vaatisi lisäkoulutusta sekä työyhteisön tasolla jonkinlaista sopimusta kuka perehtyy ja koulutetaan mihinkin. En ole löytänyt materiaalia, jolla voisin tukea vanhempia.” (sosiaaliohjaaja/sosiaalityöntekijä, kasvatus- ja perheneuvola)

Kysymykseen ”onko alueellanne sovittuja hoitopolkuja, kun lapsen/nuoreen on kohdistunut väkivaltaa?” vastasi alueelta 28 vastaajaa. Vastaajista 36 prosenttia raportoi ”kyllä”, 36 prosenttia ”en osaa sanoa” ja 28 prosenttia ”ei”. Kyselyn liitteinä lähetettiin toimintaohje lasten seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn tutkimiseen ja hoitoon Keski-Suomessa (laadittu 10/2019) sekä tiivistetty versio toimintaohje epäilyihin lapsen tai nuoren seksuaalisesta hyväksikäytöstä (Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus). Lisäksi liitteenä oli LASTA-lomake. Myös Kuopion yliopistollisella sairaalalla on toimintaohjeet, kuinka toimia pahoinpitely -ja seksuaalirikosepäilyissä. Toimintaohjeet ovat olleet käytössä jo useiden vuosien ajan. Pahoinpitelyepäilyihin liittyen toimintaohje on päivitetty vuonna 2019 ja seksuaalirikosepäilyihin liittyvä toimintaohje on päivitetty vuonna 2020. KYS:n toimintaohjeiden pohjalta erä-alueen keskussairaalat ovat laatineet myös omat toimintaohjeensa. Hoitopolut nähdään epäselvänä tai puutteellisena.

” Hoitopolku on epäselvä. Teen lapsesta ilmoituksen poliisille sekä lastensuojeluun. Tämän jälkeen vastuu lapsen asioista siirtyy em. tahoille.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, opiskeluhuollon psykologi- ja kuraattoripalvelut)

” Mennään heikoilla hoitopoluilla, tilannekohtaisesti yritetään auttaa ja tukea. En tiedä onko mitään systemaattista kehittämistä menossa.” (lääkäri, neuvola- ja kouluterveydenhuolto)

” Hoidon strukturoinnin tarve? Valtakunnallinen hoitomalli?” (lääkäri, erikoissairaanhoido)

Perustason palveluiden rooli väkivaltaa kokeneiden lasten palveluiden tuottajana

Perustason palveluiden (esim. neuvola, oppilas- ja opiskelijahuolto, perusterveydenhuolto, kasvatus- ja perheneuvola) roolia väkivaltaa kohdanneen lapsen tutkimuksessa ja hoidossa osa vastaajista (9/23) pitää tärkeänä tai suurena. Tätä vastauksissa perustellaan sillä, että ne ovat ensimmäisiä paikkoja, joissa asia voi tulla esiin,

palveluilla on arkikosketus lapsen ja perheen kanssa, ovat helposti tavoitettavissa/ matalin kynnyksellä (esim. opiskelijahuolto).

- ”Ensiarvoisen tärkeä rooli. Heillä on arkikosketus lapseen ja mahdollisuus havainnoida erilaisilla kuin erityispalveluiden työntekijöillä. Heillä on siis rooli tuoda väkivaltaa kokeneet lapset näkyville.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, lastensuojelu)
- ”Hyvin vahvana roolina, matalan kynnyksen palveluja tulisi kehittää enemmän ja olla saatavilla.” (lastensuojelun työntekijä)
- ”Hyvällä ja osaavalla kohtaamisella näissä tahoissa on paljon merkitystä. Voi olla, että näitä asioita paljastuu/paljastuisi, jos näistä kyseltäisiin rohkeasti myös näissä tahoissa.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, poliisilaitos)

Toisaalta peruspalveluiden rooli nähdään nykyisellään liian pienenä ja tehottomana tai valjuna. Tätä kuvataan vastauksissa toisaalta sillä, että liian helposti asiat siirretään lastensuojeluun, toisaalta sillä, että pitäisi useammin tehdä lastensuojeluilmoituksia. Vastauksissa kuvautuu myös perustason merkityksen korostaminen.

- ”Liian pieni nykyisin, korostettava! Perheneuvolatoiminta tarvitsee täysremontin! Koko hoitoketju olisi määriteltävä valtakunnallisesti uudelleen, liikaa soveltamista alueittain.” (lääkäri, erikoissairaanhoido)

Moni vastaajista toivoo myös enemmän valmiuksia ja osaamista perustasolle kohdata väkivaltaa kohdanneita lapsia.

- ”Tietoa peruspalveluissa puuttuu niin väkivallasta, lastensuojelusta, tuen muodoista ja tahoista sekä toimintamalleista.” (järjestössä työskentelevä)
- ”Ovat tällä hetkellä jotenkin ulkokehällä hoidosta ja edelleen epätietoisuutta peruspalveluissa mitä pitää tehdä kun kohtaa väkivaltaa kokeneen lapsen.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, lastensuojelu)

Perustason palveluille nähdään myös ohjaava rooli muihin palveluihin.

”Tällä hetkellä eteenpäin ohjaavana. Olisi tärkeää, että lapsi saisi tukea omassa ympäristössään eli koulussa tai lähineuvolassa/kotikäynnillä.” (lääkäri, erikoissairaanhoido)

Syventävät haastattelut perustason palveluiden ja järjestökentän edustajien kanssa

KYS:n erityisvastuualueelta haastateltiin johtavaa psykologia perustasolta sekä Ensi- ja turvakoti yhdistyksen edustajia ja Viola - Väkivallasta vapaaksi ry:n edustajia.

Johtavan psykologin mukaan lapsiin kohdistuva fyysinen väkivalta on perustason palveluiden asiakaskunnassa tyypillisempää kuin seksuaalinen hyväksikäyttö, etenkin lasten ryhmässä. Nuorten ryhmässä seksuaalinen hyväksikäyttö nousee enemmän esille. Fyysinen väkivalta ei tule esille, vaikka siitä kysyttäisiin. Henkistä väkivaltaa on myös paljon. Monen lapsen vanhemmalla on traumataustaa ja lapsuuden aikaista kaltointohtelua, ja siten ylisukupolvisuus näkyy työskentelyssä. Työyksikössä ei ole käytössä yhtenäistä mallia, kun työskennellään fyysistä väkivaltaa kohdanneen lapsen kanssa. Työyksikön työntekijöistä suurella osalla on terapiakoulutus taustalla ja lapsen hoito räätälöidään aina lapsikohtaisesti. Tuki ja hoito sisältää usein sekä yksilö- että perhekäyntejä. Verkostotyö ja perheen mukaan ottaminen nähdään tärkeänä osana hoitoa. Myös nuorten kohdalla vanhempien ja muun läheisverkoston sitoutuminen nähdään tärkeänä. Erityisryhmänä työntekijä mainitsee neuropsykiatrisen häiriön omaavat lapset. He tarvitsevat hyvin yksiselitteistä mallia, miten suojata itseään muilta. Työntekijä kokee, että yhtenäinen valtakunnallinen malli tai linjaus voisi olla hyvä asia työn tukena, kun työskennellään väkivaltaa kokeneen lapsen tai nuoren kanssa. Omaa työskentelyä voisi peilata valtakunnalliseen malliin. Lisäksi työntekijä toivoo keskustelua yleisesti väkivaltailmiöstä ja miten työntekijät kokevat väkivallan puheeksi ottamisen. Koulutustarpeena traumaosaaaminen nähdään tarpeellisena väkivaltatyötä perheiden kanssa tekeville.

Kuopion ensikotiyhdistyksen Pelotta -väkivaltatyön työntekijät tuovat esiin Ensi- ja turvakotien liiton valtakunnallisia linjauksia liittyen tapaamisiin väkivaltaa kohdanneiden lasten ja perheiden kanssa työskennellessä. Yksilölliset tekijät asiakkaiden tilanteissa kuitenkin huomioidaan palvelukokonaisuutta suunniteltaessa. Yksittäisistä menetelmistä työntekijät tuovat esille lasten kanssa käytettävän Trappan -menetelmän, ja sitä käytetään silloin, jos menetelmä soveltuu asiakkaalle tai asiakasperheelle. Työ on sekä yksilötyötä että perheen kanssa tehtävää työtä. Perhe on aina mukana työskentelyssä, kun lapsen kanssa työskennellään. Työntekijät näkevät tuen ulkopuolelle jäävän muun muassa perheitä, jotka ovat taloudellisesti hyvässä asemassa, mutta henkistä väkivaltaa esiintyy. Näissä tilanteissa erityisesti esiintyy tunnistamisen vaikeutta. Kuopion ensikotiyhdistys tarjoaa lisäksi ryhmiä väkivaltaa

kohdanneille. Ryhmäkeskusteluissa on teemana muun muassa se, millä tavalla lapsuusajan kokemukset voivat vaikuttaa ajankohtaisesti. Väkivallan puheeksi ottamisessa eri tahoilla järjestön edustajat näkevät haasteita: väkivaltailmiötä ei tunnisteta, eikä siitä välttämättä uskalleta puhua. Aihealue nähdään vaikeana tai aikaresurssi ohjaa työskentelyä siten, ettei sitä aina ikään kuin ehditä ottaa puheeksi. Yhdistys on kehittänyt yhdessä neuvolan työntekijöiden ja perhekeskusverkoston kanssa lähi-suhdeväkivallan puheeksi ottamisen ja ohjaamisen polkua.⁹ Työntekijät näkevät myös jatkotuen paikkojen puutteen ongelmana silloin kun perhe kertoo väkivalta-erä palveluissa. Ennaltaehkäisevän työn työntekijät näkevät erityisen tärkeäksi ja sen tulisikin olla osa jokaisen SISOTE-ammattilaisen työnkuvaa. Asiakkain toivotaan muun muassa vauvaa odottavia perheitä, joiden vanhemmilla on väkivalta-kokemuksia. Useimmilla asiakkailla on taustalla lapsuuden ajan väkivaltaa tai pari-suhdeväkivaltaa.

Työntekijät tuovat esiin, että lapsia ja nuoria voi jäädä tarvittavan tuen ulko-puolelle esimerkiksi silloin, jos tarjolla oleva palveluverkosto ei ole tuttu ohjaavalle työntekijälle. Tuki- ja työskentelymuotojen tuntemus liitettiin myös tukityöskente-lyn oikeaikaaisuuteen. Työntekijät näkevät, että julkisella puolella väkivalta-perheiden kanssa tehdään paljon arviointityötä, kun taas järjestötyön sisältä katsottuna tuke-minen ja työskentely voidaan aloittaa heti. Työntekijöillä on myös kokemuksia siitä, että julkishallinnossa työntekijät vaihtuvat tiheään ja tällöin yhteistyökumppanei-den toimintalogiikka voi muuttua äkisti. Tällä nähdään olevan vaikutusta myös sii-hen, minkälaista työskentelyä perheen kanssa voidaan toteuttaa.

Perheiden kanssa tehtävän väkivaltatyön haasteina tuodaan työntekijöiden taholta esiin esimerkiksi tilanteet, joissa vanhemmat eivät sitoudu työskentelyyn. Haastavina asiakkuuksina erityisesti lapsen tuen näkökulmasta kuvataan perheet, joissa oli pitkittynyttä huoltoriitaa sekä vainoperheet. Lisäksi on olemassa näkymä-tön joukko lapsia ja nuoria joiden ongelmat eivät ole tulleet toimijoiden tietoon eikä huolta ole vielä missään sanoitettu. Tämän vuoksi myös ennaltaehkäisevää väkival-tatyötä tarvitaan. Työntekijöillä on myös kokemusta monitoimijaverkostosta, jossa eri toimijat istuvat saman pöydän ääreen pohtimaan perheen asioita. Tämänkal-taista yhteistyötä kaivataan lisää.

Kysyttäessä väkivallasta puhumisesta ja kysymisestä, esiin nousevat sensitiivi-syys, tilannetaju, lapsen kehitystaso ja sen hetkiset käsitykset lapsen tilanteesta, jotka ohjaavat usein kysyjää. Nuoret pitävät siitä, että asioista kysytään suoraan. Joissain tilanteissa väkivaltaa voidaan lähestyä myös turvallisuuden teeman kautta. Kehitys-kohteena väkivallan puheeksi ottamisessa laajemmin nousevat esimerkiksi neuvolat ja koulujen terveystarkastukset, joilla tavoitetaan iso osa lapsista ja nuorista. Sinne tarvitaan työntekijöiden mukaan vahvistusta ja rohkaisua kysyä enemmän ongel-mista kotona ja mieluiten siten, että vanhempi ei ole paikalla.

9 <https://ensijaturvakotienliitto.fi/kuopionensikoti/kehittamistyö/vakivallan-puheeksiottamisen-malli/>

Mikkelin Viola – väkivallasta vapaaksi ry

Violassa tehdään vaativan tason väkivaltatyötä.

Viola tarjoaa perhe- tai lähisuhdeväkivaltaa kokeneille ja väkivaltaa käyttäneille mm.

- verkko-ohjelmia
- yksilötyötä
- ohjattuja ryhmiä
- työskentelyä koko perheen kanssa.

Perheitä tulee eniten lastensuojelun lähettämänä. Lastensuojelun kanssa tehdään myös eniten verkostotyötä mm. perhetyöntekijöiden kanssa työparina toimien.

Violassa on pilotoitu **CPC-CBT-mallia** (Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy) ja kokemukset siitä ovat olleet positiivisia.

Malli on koettu erityisen hyväksi, koska siinä työskennellään koko perheen kanssa yhdessä ja myös väkivallan tekijä saa apua.

Mallin osa-alueiden nähdään soveltuvan myös laajemmin perheiden kanssa tehtävään väkivaltatyöhön, esimerkiksi siihen, miten vanhempien ja lasten välistä vuorovaikutusta voidaan parantaa tai miten vanhempaa voidaan ohjata myönteiseen kasvatukseen.

Työskentelymenetelmistä perheiden kanssa työntekijät mainitsevat myös

- lapsen osallisuuden vahvistamisen
- turvallisuuden tunteen vahvistamisen
- tunnetyöskentelyn
- vakauttamisen
- turvallisuussuunnitelmat.

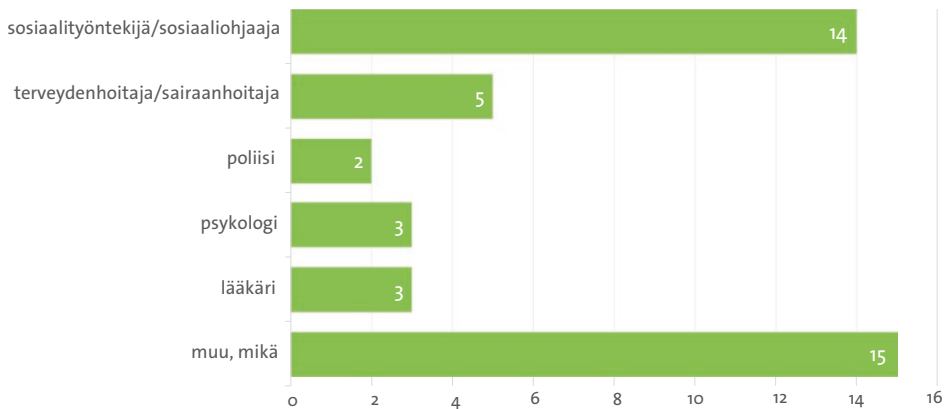
Koska lasten ja perheiden tilanteet ovat erilaisia ja lapsen kyky käsitellä asioita yksilöllistä, ei selkeää sapluunaa työskentelyyn aina ole, vaan sopiva toimintamalli löytyy työskentelyn edetessä.

5.3 OYS erva-alueen aineiston tarkastelua

Tiina Tenhunen

Väkivaltaa kohdanneen lapsen ohjautuminen palvelun piiriin

Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen (OYS-erva) kuuluvat Pohjois-Pohjanmaan, Länsi-Pohjan, Keski-Pohjanmaan ja Lapin sairaanhoitopiirit sekä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Alueeseen sisältyy 68 kuntaa, ja se kattaa 51 prosenttia Suomen pinta-alasta. Asukkaita on noin 740 000. Alueelta kyselyyn vastasi kaikkiaan 42 eri ammattiryhmiä edustavaa henkilöä (Kuvio 12), joista valtaosa toimi Pohjois-Pohjanmaalla. Eniten vastaajia, kolmasosa, työskenteli sosiaalipalveluissa ja neljäsosa toimi terveydenhuollossa. Muut vastaajat tulivat järjestökentältä, varhaiskasvatuksesta, kirkollisista palveluista tai poliisista. Kyselyiden lisäksi väkivaltaa kohdanneiden lasten hoitopolkuja kartoitettiin haastattelemalla erityisvastuualueelta neljää henkilöä, jotka edustivat lapsiperheiden sosiaalipalveluita/perheneuvola, yliopistosairaala, keskussairaala sekä järjestöä.



Kuvio 12. OYS erva-alueen vastaajat n = 42

Kyselyyn vastanneille ohjautui asiakkaita yli 50 eri toimijan taholta. Useimmin lähettävänä tahona mainittiin erilaiset terveydenhuollon yksiköt perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. Toiseksi eniten mainintoja saivat erilaiset perhe- ja sosiaalipalvelut (mm. sosiaalipäivystys, lastensuojelu ja perheneuvola). Asiakkaita vastaanotettiin myös esimerkiksi varhaiskasvatuksen, koulun ja oppilashuollon henkilökunnan sekä poliisin lähettämänä. Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalokuntayhtymä SOITEssa on ollut käytössä noin vuoden ajan puhelimitse tapahtuva ”Lapsiperheiden palveluohjaus”, jonka kautta esimerkiksi uudet

yhteydenotot Kokkolan sekä tarvittaessa myös muihin alueen perheneuvoloihin vastaanotetaan. Palveluohjauksesta kerrotaan tarkemmin seuraavassa.

SOITEn lapsiperheiden palveluohjaus

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus SOITessa on ollut käytössä vajaan vuoden ajan lapsiperheiden puhelimitse toteutuva ”Palveluohjaus”.

Numeroon voivat ottaa yhteyttä sekä yksityishenkilöt että ammattilaiset.

Palveluohjaus tarjoaa

- ohjausta ja neuvontaa lapsiperheille suunnatuista palveluista,
- vastaanottaa ensiyhteydenotot perheneuvolaan sekä
- järjestää Lapset puheeksi -neuvonpitoja ja verkostotapaamisia perheen tueksi.

Palveluohjauksessa tehdään ensiarvio perheen tilanteesta. Ensiarvion tekeminen on vaativaa sekä vaatii kokemusta, ja sen tekemiseen käytetäänkin riittävästi aikaa. Yhdessä perheen ja verkoston kanssa kartoitetaan, minkälaisesta tuesta perhe voisi hyötyä sekä järjestetään perheelle tarvittava tuki. Asiakasta voidaan neuvotellen ohjata eteenpäin tai asiakkaan luvalla voidaan olla yhteydessä palvelun tarjoajaan.

Palveluohjaus on nimenä koettu työntekijöiden taholta riittävän neutraaliksi, jottei tämä rajoita yhteydenottoja. Lapsiin kohdistuneeseen väkivaltaan liittyviä yhteydenottoja on ollut vielä vähän palveluohjauksen kautta.

Päivittäisten puhelinaikojen lisäksi toiminnassa on myös sähköinen yhteydenottokanava **Apu-Nappi**, jonka kautta voi laittaa yhteydenottopyynnön mihin vuorokauden aikaan tahansa.

SOITEn lastensuojelussa on käytössä myös systeeminen toimintatapa:

joko uuden tai jo olemassa olevan asiakkaan ympärille voidaan koota asiantuntijatiimi (esimerkiksi asiakasperhe, vastuutyöntekijä, koordinaattori, perheterapeutti perheneuvolasta tai erikoissairaanhoidosta, aikuispsykiatrian edustaja).

Systeeminen malli on taannut työntekijöille hyvät mahdollisuudet moniammatilliseen työskentelyyn ja avoimeen dialogiin.

Arja Seppälä
lapsiperheiden sosiaalipalveluiden vastuualueen johtaja, SOITE

Psykososiaalinen tuki ja hoito

Kolme neljästä vastasi työnkuvaansa kuuluvan lapsen ja perheen hoidon tarpeen arvioimista. Psykososiaalisen hoidon tarpeen arviointiin käytettiin kaiken kaikkiaan 33 erilaista menetelmää, mikä kuvasi hyvin vastaajien erilaisia toimintaympäristöjä. Käytetyimpiä menetelmiä olivat työskentely verkostojen kanssa, Lapset puheeksi -menetelmä, lapsen ja perheen haastatteleminen ja heidän kanssaan keskusteleminen, havainnointi sekä sukupuun ja elämänjanan kirjaaminen. Kuusi vastaajaa kertoi käyttävänsä erilaisia arviointilomakkeita esimerkiksi depression, päihteiden käytön sekä traumaoireiden kartoittamiseksi.

Vastaajat pääsivät aloittamaan työskentelyn asiakasyhteydenoton tai lähetteen saapumisesta vaihtelevasti. Kolmasosa vastaajista pystyi aloittamaan työskentelyn viikon sisällä ja 80 prosenttia kuukauden sisällä. Yhden vastaajan mukaan hoitoa saattoi joutua odottamaan yli kolme kuukautta ja kahden vastaajan mukaan seitsemän kuukautta. Vastanneista terveydenhuollon ammattilaisista puolet pystyi aloittamaan työskentelyn lähipäivien aikana.

Lähes kaikkien vastaajien työ sisälsi lapsen ja perheen tukemista. Myös psykososiaalisen tuen ja hoidon antamisessa käytettiin runsaasti erilaisia menetelmiä; vastaajat kertoivat antavansa tukea lähes 50 erilaisin keinoin. Haastatteleminen, keskusteleminen ja kohtaamisen sekä erilaisten terapiakorttien käyttämisen menetelmäkseen nimesi yhteensä neljä vastaajaa. Vähäisempi määrä vastaajista käytti muita menetelmiä, kuten lastenryhmiä, psykoterapiaa sekä erilaisia psykoterapeuttisia menetelmiä, psykoedukaatiota, EMDR-terapiaa (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), tunne- ja turvataitojen opettamista eri keinoin, luovia ja toiminnallisia menetelmiä, kehollisia tietoisuustaitomenetelmiä (kuten mindfulness), FIT (Feedback-Informed Treatment) -palautetietoista hoitoa ja Lapset puheeksi -menetelmää. Oma kokemus ja/tai koulutus oli yleisin syy käyttää juuri vastaajan mainitsemaa menetelmää. Osa vastaajista oli kuvannut vastauksissaan menetelmien sijaan työskentelyn tavoitettaan, esimerkiksi tilanteen turvaamista ja vakauttamista sekä arjen tasapainottamista, vahvuuksien ja voimavarojen kartoittamista sekä vahvistamista.

Lasten kanssa tehtävää yksilötyöskentelyä kuvattiin seuraavasti:

”Lapsen kohtaaminen tapahtuu lapsen ehdoilla, lapsen tahtisesti ja siinä arvioidaan koko ajan kokonaisturvallisuutta. Työskentelyssä harjoitellaan tunteiden säätelyä, se on voimavarakeskeistä, lapsen oikeuksia huomioivaa ja turvataitoja vahvistavaa.” (väkivaltatyön ammattilainen, järjestö)

”Mitä vaikeammin oireileva lapsi, sitä enemmän aikaa aikuisen kanssa mukavan tekemisen kautta. Vain kohtaamalla voi luoda vuorovaikutussuhteen.” (perhehoitaja/lähihoitaja/laitoksen ohjaaja, lastensuojelu)

Suoritettujen erikoissairaanhoidon ammattilaisten haastatteluissa kävi myös ilmi, että psykoterapian saatavuuden osalta lapset ja perheet ovat hyvin epätasa-arvoisessa tilanteessa; suurimmassa osassa OYS:n erityisvastuualueetta ei ollut saatavissa lasten traumapsykoterapiaa, eikä esimerkiksi Kainuussa alle 13-vuotiaille lapsille ollut tarjolla lainkaan psykoterapiapalveluita musiikkiterapiaa ja perheterapiaa lukuunottamatta. Traumatisoituneita lapsia autettiin kuitenkin vakauttamalla ja turvaamalla heidän arkeaan esimerkiksi toimintaterapialla, koulunkäynnin tukitoimilla, tukihenkilötoiminnalla, perhetyöllä ja tukemalla vanhempia muutoin. Mikäli lapsen arki ei ollut turvallista ja vakaata ulkoisten puitteiden osalta, oli havaittu, että yksistään lapsen psykoterapialla oli epätodennäköistä saada riittävä apua tilanteeseen. Haastateltujen mukaan erikoissairaanhoidossa väkivallan kokemukset sinänsä eivät määritä tarkoituksenmukaista tuki- ja hoitotahoa eikä työskentelyn sisältöä, vaan sen määrittävät lapsen psyykinen vointi, toimintakyky sekä kokonaistilanne, kuten perheen ja verkostojen tuki. Tärkeää on selvittää väkivallan taustalla olevat riskiseikat ja puuttua niihin.

Haastateltu järjestön edustaja kertoi, että nuorten tukemisessa ja hoidossa on hyvä huomioida, että käyntejä voidaan tarvita jaksoittain; esimerkiksi oikeuskäsittelyt eri oikeusasteissa voivat laukaista tuen tarpeen myös myöhemmissä vaiheissa. Haastateltu oli havainnut nuoruusvaiheeseen kuuluvan, että tahdotaan ”hoitaa asia nopeasti alta pois” ja jatkaa sitten normaalia elämää. Nuoret olivat myös ilmaisseet kokevansa heistä olevan viranomaisille ”vaivaa”, ja heidän tästä syystä herkästi alkavan vähätellä kokemustaan.

Jatkotukeen ohjaaminen

Kolme neljännestä vastaajista ohjasi työssään lasta ja perhettä saamaan jatkotukea tai hoitoa. Vastaajista vain 13 vastasi kysymykseen, kuinka usein hän ohjasi väkivaltaa kokeneen lapsen, nuoren ja perheen hoitoon. Heistä reilu puolet kertoi ohjaavansa väkivaltaa kokeneen lapsen, nuoren ja perheen hoitoon ”aina” tai ”usein”. Vastaajilta kysyttiin myös tyypillisintä hoitoon ohjaamisen tapaa (vastaajien oli mahdollista valita useampi vastausvaihtoehto). Vastausten mukaan (vastaajia 18) selvästi tyypillisin tapa oli suullisen informaation antaminen, mutta puolet työntekijöistä otti itse yhteyttä palveluntarjoajaan ja vajaa kolmasosa soitti sinne yhdessä asiakkaan kanssa. Reilu kolmasosa vastaajista myös varmisti, että nuori pääsi hoidon piiriin. Reilu neljäsosa oletti sosiaalityöntekijän hoitavan hoitoon ohjaamisen, vaikkei asiasta oltu konkreettisesti sovittu etukäteen.

Asiakkaita ohjattiin yli kahteenkymmeneen erilaiseen palveluun. Erilaiset lastensuojelu- ja sosiaalipalvelut mainittiin yli puolessa vastauksista ja perheneuvola tai perheneuvonta sekä Ensi- ja turvakoti kolmasosassa vastauksista. Muita mainittuja palveluntarjoajia olivat: Rikosuhripäivystys, Kriisikeskus, mielenterveyspalvelut, neuvola, oppilashuolto, Oulun kaupungin Lasten ja nuorten psykiatrinen työryhmä, muut erikoissairaanhoidon palvelut, perusterveydenhuollon palvelut ja kuntouttavat terapiat. Kymmenen vastaajaa kertoi myös lähettävänsä lapsen poliisille. Huomionarvoista on, että vastaajista kaksikolmasosaa vastasi kieltävästi kysymykseen ”Koetko tietäväsi riittävästi hoitotahoista, joille ohjata”.

Väkivaltaa kokeneiden lasten hoitopolut ja -ketjut alueella

Puolet vastaajista (16/31) näki perusterveydenhuollon roolin merkittävänä tai hyvin merkittävänä väkivaltaa kokeneen lapsen ja hänen perheensä tutkimuksessa ja hoidossa. Erityisesti ”matalan kynnyksen” tuen antamista arkiympäristössä korostettiin. Muutama vastaaja toivoi peruspalveluihin lisää kykyä tunnistaa väkivallan kohteeksi joutuneet asiakkaat sekä myös tietotaitoa hoitaa heitä. Vastauksissa toivottiin myös, että palveluiden tulisi olla nykyistä joustavampia ja niiden tulisi kyetä vastaamaan myös akuutteihin tuen tarpeisiin. Lisäksi toivottiin, että palveluiden tarjoajien roolit tulisivat olla selkeät päällekkäisen työn välttämiseksi, asiakkaan tulisi saada tukea saumattomasti eri palveluiden välillä sekä myös riittävän pitkään. Yksi vastaaja toi esiin, että huonoiten kohdataan nuori, jolla oli lisäksi päihde- sekä mielenterveysongelmia. Muutamat vastaajat ilmaisivat myös tyytyväisyyttään nykyisiin palveluihin.

Alueella toteutettujen erikoissairaanhoidon lääkäreiden haastatteluiden perusteella voidaan sanoa, että lasten tukemista ja tutkimista toteutetaan nykyään paljon perustasolla ennen heidän lähettämistä erikoissairaanhoidon. Esimerkiksi tällä hetkellä Oulun yliopistolliseen sairaalan lastenpsykiatrian klinikkaan saapuu vain vähän läheteitä perusterveydenhuollon lääkäreiltä, valtaosa läheteistä tulee muilta erikoissairaanhoidon klinikoilta tai kunnallisesta erikoissairaanhoidosta. Tämän suuntauksen vahvistamiseksi on erikoissairaanhoidossa tehty töitä edeltävinä vuosina. Haastateltavat kokivat, että lasta ja perhettä lähellä olevan perustason tuen ja tutkimisen keinot ovat lisääntyneet viimeisen kymmenen vuoden aikana, mutta edelleen olisi tarvetta tuen tehostamiseen, aikaistamiseen ja osaamisen lisäämiseen sekä eritoten ennaltaehkäisevään työhön. Alueelliset pitkään jatkuneet jonot perustason palveluihin ovat vaikeuttaneet oikea-aikaisen avun saamista. Mikäli lapsen hoitosuhteen aikana vanhemmalla itsellään on havaittu tarvetta omaan psykiatriseen työskentelyyn, on palveluntarjoajan löytyminen ollut vaikeaa, vaikkakin tässä on tapahtunut jonkin verran parannusta lähivuosien aikana.

Alueelta ei saatu yhtään kyselyvastausta perheneuvolan työntekijöiltä. Haastattelun lapsiperhepalveluiden/perheneuvolan edustajan mukaan perheneuvolat miellellään usein perusterveydenhuollon palveluksi, vaikka kyseessä on sosiaalipalveluiden

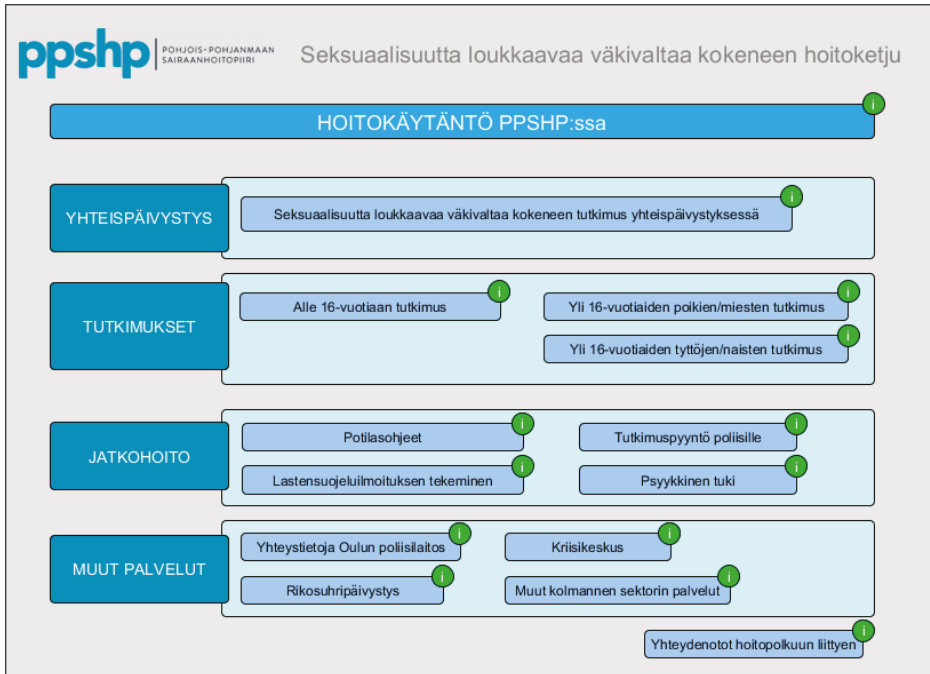
alainen toiminta. Hoidon sijaan toimintaa kuvataankin usein ”tukikäynteinä” tai ”perheterapiakäynteinä”. Toisaalta osassa perheneuvoloita työskentelee myös lääkäreitä ja lastenpsykiatreja, joiden tehtävänkuvaan kuuluu hoidontarpeen arviointi sekä hoidon suunnittelu. Lääkärin tekemät diagnoosit nähtiin tärkeinä mm. etuuksien ja kuntoutuksien saamiseksi.

Vastaajista puolet (21/40) oli sitä mieltä, että omalla alueella oli sovittuja väkivallan kohteeksi/uhriksi joutuneen lapsen hoitopolkua, lähes puolet ei osannut sanoa, oliko hoitopolkua vai ei. Kukaan vastaajista ei liittänyt vastaukseensa mukaan olemassa olevia hoitopolkua, joista kerrotaan seuraavassa enemmän. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (PPSHP) on laadittu vuonna 2017 (päivitetty vuonna 2018) hoitoketju lasten pahoinpitely- ja seksuaalisen hyväksikäytön selvittämisestä (*Lapsen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö ja niiden epäily*). Hoitoketju on tallennettu PPSHP:n sekä Terveysportti.fi -internetsivustolle. Hoitoketjussa määritellään muun muassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon roolit sekä kiireellisyys pahoinpitely- ja seksuaalisen hyväksikäytön selvittelyissä. Hoitoketjussa määritellään lapsen akuutin psyykkisen voinnin arvio tehtäväksi lastenpsykiatrian klinikan päivystäjän toimesta, mutta muissa eli ei-akuuteissa tilanteissa ei ole määritelyä, kuuluuko arviointi ja hoito perusterveydenhuollon vai erikoissairaanhoidon vastuulle. Riippumatta hoitopaikasta lapsen tarvitsema hoito on ohjeistettu aloittamaan siten, että rikosepäilyn selvittämisprosessi tulee huomioiduksi riittävällä tavalla. Lastenpsykiatrinen hoito suositellaan aloittamaan vasta sitten, kun oikeudelliseen prosessiin liittyvät kuulemiset on suoritettu. Hoitoketjussa todetaan, että lapsen hoito suunnitellaan ja toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä, mukana yhteistyössä ovat tapauskohtaisesti tarvittavat tahot. Sosiaalitoimen lastensuojelu on pääsääntöisesti mukana yhteistyötahona. Hoidossa tulisi huomioida lapsen yksilölliset tarpeet, vanhempien ja perheen kanssa työskentely ja lapsen lähiympäristön mahdollisuudet lapsen tukemiseen. Eri hoitomuodot valitaan ohjeistuksen mukaan aina viime kädessä tapauskohtaisesti paitsi lapsen traumatausta myös oirekuva huomioiden.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (PPSHP) on lisäksi laadittu vuonna 2018 hoitoketju seksuaaliväkivaltaa kokeneille *Seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneen hoitoketju*¹⁰ (Kuvio 13). Hoitoketju sopii akuutin tilanteen hoitoon, mutta huomioi myös myöhemmin apua hakevien auttamisen. Hoitoketjussa on huomioitu lapset, nuoret ja aikuiset. Myös tämä hoitoketju on tallennettu PPSHP:n sekä Terveysportti.fi -internetsivustolle. Hoitoketju sisältää pääasiassa tietoa PPSHP:n työntekijöille ja muille ammattilaisille sekä ohjeistusta myös uhreille. Lasten ja nuorten psyykkisen tuen ja hoidon osalta ohjeistuksessa on huomioitu OYS:n ja Oulun kaupungin erikoissairaanhoidon tarjoavat tahot, perusterveydenhuollon tai -palveluiden tasoa psyykkisen tuen ja hoidon antamisessa ei ole määritetty. Ohjeistuksessa

10 https://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp01243/seksuaalisuutta_loukkaavaa_vakivaltaa_kokeneen_hoitoketju_PPSHP.html

on tietoa myös alueen kolmannen sektorin palveluiden tarjoajista. Hoitoketjua ei ole päivitetty huomioimaan Oulun yliopistollisessa sairaalassa alkuvuodesta 2020 avattua Seri-tukikeskusta. Seri-tukikeskuksessa tutkitaan yli 16-vuotiaat seksuaaliväkivallan uhrit sekä tarjotaan heille alkuvaiheen psykososiaalista tukea.



Kuvio 13. Seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneen hoitoketju Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Avaa kuva selaimella painamalla tästä – vihreistä ympyröistä löytyy lisätietoja.

Edellä mainittujen lisäksi esimerkiksi Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus SOITessa on laadittu poliisin ja syyttäjälaitoksen kanssa yhteistyössä opas Alaikäisiin kohdistuva kaltoinkohtelu – toimintamalli ammattilaisille rikosepäilyn herästyessä ja Lapin keskussairaalassa ohjeistus seksuaalirikosten lapsiuhrien tutkimiseksi.

Työn haasteet

Suurin osa vastaajista koki lapsen ja perheen tuen tarpeen arvioinnissa, tukemisessa sekä jatkohoitoon ohjaamisessa olevan haasteita. Heistä yli puolet koki haasteita lapsen ja perheen psyykkisen avun saamisessa: hoitoon pääseminen oli vaikeaa, palvelut eivät pystyneet reagoimaan akuuttiin tarpeeseen, hoitoajat koettiin liian lyhyiksi, hoitopolut olivat epäselviä, psykoterapiaa ei ollut tarjolla tai siirtyminen

järjestöpuolelta julkisen terveydenhuollon puolelle kangerteli. Vajaa kolmannes vastaajista oli sitä mieltä, että vanhempiin ja perheeseen liittyvien seikkojen koettiin joissain tilanteissa hankaloittavan hoidon saamista: vanhempien ristiriitaiset käsitykset tilanteesta, vanhempien alentunut kyky kannatella lasta vaativan kuntoutuksen aikana, hoitomotivaation puute, vähäinen kyky ja halu vastaanottaa palveluita sekä kieltäminen. Muutama vastaaja koki myös työnjaon haasteelliseksi usean toimijan välillä ja vaihtelovollisuus viranomaisten välillä hankaloitti tilannetta. Erään vastaajan mukaan:

”Paine eri suunnista haastaa työtä. Avokriisityössä on rajallinen määrä yksilökäyntejä ja odotukset eivät aina kohtaa. Vanhemmalla voi olla iso huoli, jonka selvittämiseksi hän haluaa lapsen yksilöllistä työskentelyä. Lähettävä taho/ verkosto odottaa selvityksen tueksi lapsen kertomusta. Näiden paineiden ristiriidassa on vaarana, että lapsen yksilökäynteihin latautuu siinä määrin erilaisia odotuksia, että alkuperäinen työskentelyn lapsilähtöinen tarkoitus uhkaa jäädä jalkoihin.” (järjestön edustaja)

Poliisin keskeneräisen esitutkinnan koettiin noin puolessa vastauksista (16/31) hankaloittavan tuen tarjoamista ja/tai hoitoa. Näistä lähes kaikissa edellä mainittua perusteltiin tutkintojen ja oikeusprosessien viipymisellä ja sillä, että poliisi tahoi haastatella lasta itse ennen kuin muut toimijat pystyivät täysin tekemään omaa arviotaan. Meneillään olevan esitutkinnan koettiin tuovan työskentelyyn paineita ja varovaisuutta sekä epätietoisuutta suhteessa esitutkinnan etenemiseen. Eräs vastaaja totesi:

”Ennen kun lasta on kuultu asiasta, minua on ohjeistettu, ettei hänen kanssaan saa keskustella aiheesta. No miten häntä voi ohjata hoitoon sitten? Poliisin tutkinnat voivat kestää kuukausia, jopa kauemmin.” (sosiaalityöntekijä/sosiaalihoaja)

Vastaajilta kysyttiin myös, millaisia haasteita perheessä esiintyvä huoltoriita toi hoidon tarpeen arviointiin, hoitoon ohjaamiseen ja/tai hoidon tarjoamiseen. Kysymykseen vastasi 31. Neljä viidesosaa vastaajista oli kokenut huoltoriidan asettaneen runsaasti erilaisia haasteita lapsen hoitoasiassa. Lapsen asema riitaisten vanhempien välissä ja tämän aiheuttamat ikävät tilanteet sekä vaikutus lapsen vointiin nostettiin esiin useissa vastauksissa.

”Erittäin suuria haasteita. Yleensä keskellä huoltoriitaa olevaa lasta on mahdotonta psyykkisesti kuntouttaa, korkeintaan vakauttavaa hoitoa voi tarjota, mutta senkin vaikuttavuus on heikkoa, kun keskeisin psyykinen ympäristö on täynnä ratkaisemattomia ristiriitoja. Psykoterapian tarjoaminen huoltoriidan keskellä olevalle lapselle on mahdotonta, eikä hoito kannu, kun lähiympäristön (vanhemmat) kannattelu ei toimi.” (psykologi, erikoissairaanhoito)

Haasteina huoltoriidoissa esille nostettiin myös vanhempien erilaiset näkemykset lapsen hoidon tarpeesta ja yhteistyöhön pääsemisen vaikeus. Huoltoriidan koettiin vaikeuttavan tiedon liikkumista kodin ja muiden tahojen välillä. Keskusteluyhteyden puutteen koettiin muutamien vastaajien mukaan vaikuttavan sen selvittelyyn, mitä oikeasti oli tapahtunut. Kaksi vastaajaa otti esille huoltajuuskäsittelyiden ja liian pitkien oikeusprosessien vaikutukset arkeen, esim. hoidon järjestymiseen. Yksittäisten vastausten mukaan vanhemmat myös saattoivat ohjata lasta puhumaan työntekijälle tiettyjä asioita, mikä vaikeutti lapsen oman näkemyksen selvittämistä, vanhempia saattoi olla vaikea tavoittaa eikä riiteleville vanhemmille ollut riittävästi tukea tarjolla. Yksi vastaaja otti myös esille, että huoltoriita vaikutti asiakirjamerkintöjen kirjaamiseen, mikä loi mahdollisuuden siihen, että työskentely kääntyi lasta vastaan. Toisen vastaajan mukaan oli huoltajuutta arvioitaessa otettava huomioon myös vieraannuttamisen, vainon ja väkivaltailmiön vaikutus.

Haastavat erot -kehittäjäryhmä

Oulun ensi- ja turvakoti ry:n, Tukikeskus Varjon kokoamana on yhteistyössä Oulun kaupungin ja muiden toimijoiden kanssa aloittanut Haastavat erot -kehittäjäryhmä toimintansa vuonna 2019. Mikkelissä on aloitettu oma moniammatillinen ryhmä saman teeman ympärillä.

Ryhmien tavoitteena on luoda toimintamalleja eritasoisia pitkittyneitä ero- ja huoltoriitoja kohtaaville tilanteiden tunnistamiseen ja katkaisuun. Oulun kehittäjäryhmässä on keskitytty ennaltaehkäisyyn kehittämiseen, eli siihen, kuinka tunnistettaisiin perheet, joissa eroriidan kroonistuminen on mahdollista tai todennäköistä. Ennaltaehkäisyssä tarvitaan ilmiöstä tietoa ja kehittäjäryhmä onkin pitänyt seminaarin aiheesta loppuvuodesta 2020.

Lisäksi työryhmässä pyritään mallintamaan palvelupolkua, jonka avulla voisi tarjota matalan kynnyksen apua eroaville perheille. Palvelupolussa avainasemassa ovat näyttäytyneet yhteistyö perhesosiaalityön ja neuvolan sekä neuvolapsykologin välillä.

Mikkelin kehittäjäryhmä koostuu moniammatillisesta verkostosta, jossa käsitellään verkostoon tuotuja asiakastapauksia asianomaisten suostumuksella ja annetaan heidän tilanteensa ratkaisemiseen suosituksia.

Oulun ensi- ja turvakodilla on myös erillisiä vertaistukiryhmiä lapsille, joiden vanhemmat ovat eronneet.

Eveliina Nilosaari

Väkivaltatyön asiantuntija, Oulun ensi- ja turvakoti, Tukikeskus Varjo

Alueen toimintamallien ja työtapojen sekä lastensuojelun roolin kehittäminen

Vastaajista 13 kertoi kokemuksistaan nykyisten toimintamallien ja työtapojen toimivuudesta ja kehittämiskohteista. Puolet heistä oli kokenut käytetyt menetelmät riittäviksi ja toimiviksi. Yhtenäisten tai riittämättömien toimintamallien puuttumisesta raportoi neljä vastaajaa, samoin resurssipulasta tai täysin puuttuvasta palvelusta. Erään vastaajan (lääkäri) kokemuksen mukaan osa voi saada hyvää hoitoa ja toiset eivät saa hoitoa juuri lainkaan; lastensuojelutoimet olivat hänen mukaansa usein ensisijaisia ja hoito ”unohtui”. Toisaalta yksi vastaaja oli myös kokenut, että juuri hoitojonojen vuoksi lapsia oli jouduttu tukemaan lastensuojelullisilla toimenpiteillä, kuten sijoituksella tai tukihenkilöllä.

Vastaajista 21:llä oli ehdotuksia lastensuojelun roolin kehittämiseen väkivalta-epäilyiden tuki- ja hoitoprosesseissa. Viidesosa vastaajista ehdotti, että lapsia tulisi kuulla lastensuojeluprosessien aikana perusteellisemmin. Huolta oli siitä, tuliko

lapsen kokema väkivalta tunnistetuksi ja nähdyksi lapsen näkökulmasta ja saattoiko perheessä ollut väkivalta unohtua työntekijältä ajan myötä.

”Arjen struktuurien vakauttaminen pitäisi olla ensisijainen tavoite ja jokaisen lapsen oikeus. Nykyisessä lainsäädännössä vanhempien oikeudet korostuvat.” (psykologi, erikoissairaanhoido)

Viidesosa vastaajista kaipasi myös tiiviimpää yhteistyötä lastensuojelun kanssa sekä toivoi prosessien ja käsittelyaikojen lyhentymistä. Selkeitä hoitopolkuja / käytänteitä kaipasi muutama vastaaja. Lastensuojelun työntekijöiltä toivottiin uskallusta puuttua tilanteeseen, heidän kannanottojen olevan riittävän ”vahvoja” ja lastensuojelun asiakkuuksien riittävän pitkiä. Myös tämän kysymyksen kohdalla otettiin esille lastensuojelun toimien vertaaminen lapsen hoitamiseen: lastensuojelun toimet nähtiin ensisijaisina, koska ”hoito ei korvaa turvaa”, kuten eräs vastaaja totesi. Toisaalta nähtiin myös, että lastensuojelulaitoksista lapsia ja nuoria ei aina ohjattu hoidon piiriin. Yksi vastaaja toivoi, että lastensuojelun pitäisi tehdä aina tutkintapyyntö väkivalta-asta, jottei asian selvittäminen riippuisi työntekijästä. Lisäresursseja lastensuojeluun kaipasi vain kaksi vastaajaa.

Muutama vastaaja toivoi, että siirtymistä kunnalliselta puolelta järjestöpuolelle ja toisinpäin olisi syytä helpottaa sekä etsiä yhteistoiminnan muotoja, jotka palvelisivat lapsia ja perheitä. Seuraavaksi on kerrottu Raiskauskriisikeskus Tukinainen työparityöskentelymallista.

Raiskauskriisikeskus Tukinainen ry.:n työparityöskentelymalli Rovaniemellä

Raiskauskriisikeskus Tukinainen antaa tukea, apua ja neuvontaa seksuaalirikosten uhreille, heidän läheisilleen ja uhrien parissa työskenteleville. Tukinainen Rovaniemen toimipisteessä on ollut kehittämiskohteena ”työparityöskentely”, josta tiedotettiin laajalti hankekautena 2017–2020.

Julkisen terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon toimijoille on tarjottu mahdollisuutta pyytää Tukinainesta kriisityöntekijä työpariksi mukaan silloin, kun esimerkiksi nuoren asiakas- tai hoitosuhteessa on tullut ilmi seksuaaliväkivallan kokemus. Kriisityöntekijä on mukana käynneillä tarvittavan jakson, minkä jälkeen nuoren tapaamiset jatkuvat oman työntekijän kanssa. Työparia on tarjottu laajemmallekin alueelle Virtuaalipuhelimen avulla. Tiedottamisesta huolimatta työparipyyntöjä on tullut vähänlaisesti, kokemukset toteutuneista työskentelystä ovat kuitenkin olleet hyviä.

Kati Puhakka,
vastaava kriisityöntekijä, Raiskauskriisikeskus Tukinainen,
Rovaniemen toimipiste

Pohdintaa OYS alueen tilanteesta

Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella vastaajia kyselyyn oli kaikkiaan 42 ja he tulivat ammatillisesti sekä koulutuksensa osalta hyvin erilaisista taustoista ja organisaatioista. Edellä mainituista syistä johtuen tarkkoja tilastollisia vertailuja ei voitu toteuttaa. Vastausten perusteella ei myöskään pystytty kartoittamaan näyttöön pohjautuvien psyykkisen voinnin arvio- ja hoitomenetelmien käyttöä, koska kyselyyn vastanneista vain 12 toimi terveydenhuollossa. Tarkoitus oli myös pyrkiä kartoittamaan alueen lasten palvelu/hoitopolkuja, mutta vastausten perusteella ei tähänkään saatu riittävästi tietoa. Vastauksia voidaan kuitenkin käyttää kuvaamaan toimijoiden työskentelytapoja sekä tuomaan esiin heidän näkemyksiään tuen ja hoidon tilanteesta. Vastauksia täydennettiin haastattelemalla alueen neljää lapsiperheiden sosiaalipalveluiden ja perheneuvolan, järjestön sekä erikoissairaanhoidon edustajaa.

Lähes puolet vastaajista oli kokenut haasteita lapsen ja perheen psyykkisen avun saamisessa, erityisesti hoidon saatavuudessa. Myös asiakkaiden siirtymistä palveluiden välillä toivottiin nykyistä jouhevammaksi. Myös jatkotukeen/hoitoon ohjaamisessa oli epäselvyyttä; vastaajista kaksikolmasosaa ei kokenut tietävänsä riittävästi hoitotahoista, joihin ohjata lapsia perheineen. Kyselyn perusteella alueella onkin ilmeinen tarve nykyistä yhtenäisemmille toimintamalleille, hoitopoluille ja prosesseille. Näitä laadittaessa olisi hyvä käyttää apuna jo olemassa olevia hoitoketjuja sekä ohjeistuksia. On hyvä kuitenkin huomioida, että käytössä olevat hoitoketjut kaipaavat säännöllistä päivitystä. Harmittavasti myös ammattilaisten laajasti käyttämä Lääkäriseura Duodecimin laatima Lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöepäilyyn liittyvä Käypä hoito -suositus on poistettu käytöstä, eikä ole tietoa, tullaanko sitä laatimaan uudelleen.

Hoitoon ohjautumista sekä hoidon saamista voisivat parantaa myös toimivat konsultaatiomahdollisuudet, esimerkiksi lastensuojelun asiakkailta tulisi olla mahdollisuus lasten- ja nuorisopsykiatrian konsultaatioihin. Kyselyvastauksista oli nähtävissä jonkin verran vastakkainasettelua lasten/nuorisopsykiatrisen hoidon sekä lastensuojelun toimien välillä. Laajan systemisen työmallin käyttöönotto lastensuojelun asiakkaiden kohdalla mahdollistaisi paremmin lasten ja nuorten asioiden moniammatillisen käsittelyn ja voisi tuoda esimerkiksi lasten-/nuorisopsykiatrin näkemyksen lapsen asiaan nykyistä varhaisemmassa vaiheessa. Samalla voisi helpottua myös lapsen vanhemman ohjautuminen psyykkisen tuen piiriin.

Poliisin keskeneräisen esitutinnan, erityisesti rikosprosessi viipymisen, koettiin noin puolessa vastauksista hankaloittavan tuen tarjoamista ja hoitoa. Viime vuosina kirjallisuudessa, ohjeistuksissa, hoitoketjuissa sekä koulutuksissa on painotettu sitä, että lapsen psyykinen hoito aloitetaan vasta esitutinnan jälkeen (tai poliisin annettua siihen luvan), mikäli lapsi ei oireile vakavasti (esim. Joki-Erkkilä, Jaarto & Sumia, 2012). Tällä on pyritty suojelemaan lapsen rikosepäilyyn liittyvää

kertomusta muiden henkilöiden vaikutukselta sekä mahdolliselta johdattelulta. Kyselyvastausten perusteella ohjeistusta on pyritty noudattamaan; osasta vastauksista oli pääteltävissä, että kaikenlainen esitutkinnan aikainen lapsen kanssa työskentely ja keskusteleminen oli koettu kielletyksi. Koska lasten haastatteluita ei ole pystytty useinkaan suorittamaan välittömästi epäilyn herätessä, vaan erityisesti lievissä tapauksissa haastattelut ovat voineet viipyä kuukausia (jopa yli vuoden), on tästä saattanut seurata, että lapsi ja muu perhe ovat jääneet pitkäksi aikaa ilman asiallista tukea ja hoitoa. Esitutkinnallisten ja hoidollisten prosessien viivästyminen voivat heikentää luonnollisen toipumisen alkamista sekä tuen saamista oikea-aikaisesti.

Onkin hyvä huomata, että ohjeistuksissa puhutaan lapsen ”psykkisestä hoidosta”, jonka ajatellaan sisältävän myös epäilyn väkivaltatapahtuman käsittelyä lapsen kanssa. Ohjeistukset eivät kuitenkaan poissulje ensivaiheen psykososiaalisen tuen antamista sekä lapselle että vanhemmalle heti traumatapahtuman. Ammatitaidolla toteutettu ensivaiheen psykososiaalinen tuki (erotuksena hoidosta) lapselle ja vanhemmalle voi vakauttaa lasta siten, että hän kykenee puhumaan tapahtuneesta luotettavammin esitutkinnassa ja siten edesauttaa myös rikosprosessin etenemistä. Näin ollen voidaan nähdä tärkeänä, että viranomaisten yhteistyötä ja tiedonkulkua kehittämällä tunnistetaan tapauskohtaisesti hoidollisen työskentelyn aloittamisen oikea-aikaisuus sen sijaan, että tutkintaa suojataan aina kategorisesti. Lisäksi terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille tarvitaan koulutusta siitä, millaista psykososiaalista tukea voidaan antaa esitutkinnan aikanakin. Äkillisten kriisitilanteiden ensivaiheen psykososiaalisen tuen järjestämisestä on säädetty laissa (mm. Sosiaalihuoltolaki 11§ ja Terveydenhuoltolaki 27§). Psykososiaalisen tuen merkitys voi olla tärkeä luonnollisen toipumisen alkamisen sekä oireiden pitkittymisen kannalta. Mikäli kyseessä on perheen sisäinen väkivalta ja lapsi jatkaa asumistaan tekijän kanssa, ei lapsen turvallisuutta voida myöskään taata ilman arvioinnin ja työskentelyn aloittamista.

Puolet vastaajista näki perusterveydenhuollon roolin, erityisesti ”matalan kynnyksen” tuen arkiympäristössä, merkittävänä tai hyvin merkittävänä väkivaltaa kokeneen lapsen ja hänen perheensä tutkimuksessa ja hoidossa. Kunnallisten toimijoiden lisäksi myös alueen järjestöillä ja hankkeilla on paljon annettavaa väkivaltaa kokeneiden lasten ja nuorten auttamiseen. Kolmannen sektorin tarjoamat palvelut olisikin hyvä tuoda enemmän julkisuuteen ja niiden tulisi näkyä palvelu-/hoitopoluissa alueen ”lisäpalveluina”. Vastauksissa mainittiin esimerkiksi vain kertaalleen Oulussa toimivia Vuolle Settlementin ylläpitämä Tyttöjen talo, eikä Poikien taloa kertaakaan, vaikka nuorille tarkoitettu seksuaaliväkivaltatyö ja seksuaalineuvonta kuuluvat niiden palveluihin. Edellä kuvattu Rovaniemen Tukinainen ry:n toteuttama työparityöskentely vaikuttaa sellaiselta kunnallisia palveluita täydentävältä palvelulta, jota soisi järjestöjen tarjoavan ja jolle ajattelisi olevan tarvetta. Kyselyvastaauksissa ei otettu esille myöskään erilaisten hankkeiden tarjoamia palveluita,

esimerkiksi Oulun ensi- ja turvakodin sekä Vuolle Settlementin yhteistyöllä perustaman Tietoiseksi-hankkeen seksuaaliväkivaltatyötä ja seksuaaliväkivaltatyötä ei mainittu. Ihimiset.fi-internetsivusto pyrkii tuomaan näkyväksi Pohjois-Pohjanmaan järjestö- ja vapaaehtoistoimintaa.

Järjestöjen ja hankkeiden tarjoamaa tukea voi olla vaikea hahmottaa osaksi lapsen ja perheen hoitopolkuja, koska sitä ei yleensä saa luonnehtia hoidoksi vaan ”avuksi, tueksi ja neuvonnaksi”. Palveluiden sisällön tarkennustarve koskee myös perheneuvoloita/perheneuvontaa. Ne mielletään ammattilaisten taholta usein lasten mielenterveystyötä tekeväksi perustason hoitotahoksi, vaikka kyseessä on sosiaalipalveluiden alainen tukitoiminta. Toisaalta vaikuttaa myös siltä, että eri alueiden perheneuvolat/perheneuvonnat eroavat toiminnaltaan toisistaan ja esimerkiksi joissain niistä on käytössä lääkäripalveluita, jotka määritellään lapsen ”hoitamiseksi”. Asiakkaille saatetaan tarjota muun muassa EMDR-hoitoa, joka luetaan posttraumaattisen stressihäiriön tutkimuspohjaisiin hoitomuotoihin. Alueen tulevia hoitoja palvelupolkuja tehtäessä perheneuvolan ja perheneuvonnan asema sosiaalipalveluiden sekä terveydenhuollon välissä kaipaakin selkiyttämistä. Toisaalta on hyvä miettiä, onko perustasolla edes tarvetta tehdä jakoa psykososiaalisen tuen ja psykisen hoidon tarjoajien välillä.

Lastensuojelun palveluille vastaajilla oli kehittämissuhteita, kuten tiiviimmän yhteistyön luominen lastensuojelun ja muiden toimijoiden välille. Lisäksi toivottiin, että lapsen näkökulmaa väkivallan uhrina nostettaisiin paremmin esiin. Perheessä voi esimerkiksi olla useita lapsia ja aikuisia, joihin on kohdistunut väkivaltaa, minkä vuoksi olisi tärkeää arvioida jokaisen henkilön tilanne ja avun tarve yksilöllisesti. Lastensuojelulta toivottiin myös prosessien selkiyttämistä sekä joiltain osin tasalaatuisuutta, esimerkiksi tutkintapyyntöjen tekemiseen liittyen.

Usein perheen sisäisiä väkivaltatilanteita ennaltaehkäisemään tai uusien tapahtumien estämiseksi haetaan apua perhetyöstä, jota toteutetaan joko kunnan omana työnä tai ostopalveluna. Lähtökohdat työskentelyyn ovat jokaisessa perheessä omanlaisensa. Hyvin tyypillistä väkivallan uhkaa sisältävissä perheissä on, että merkittäviä traumaattisia kokemuksia on sekä lapsilla että vanhemmillä. Esimerkiksi tämän huomioonottaminen tuo asioiden käsittelyyn merkittäviä haasteita, jottei auttamisen sijaan aiheuteta lisähaittaa. Perhetyöntekijöiden koulutustaustat voivat olla hyvin erilaiset. Tulisikin olla välttämätöntä, että perhetyöntekijällä on riittävästi koulutusta väkivallan ja sen uhan sekä traumatisoitumisen kohtaamiseen perheissä.

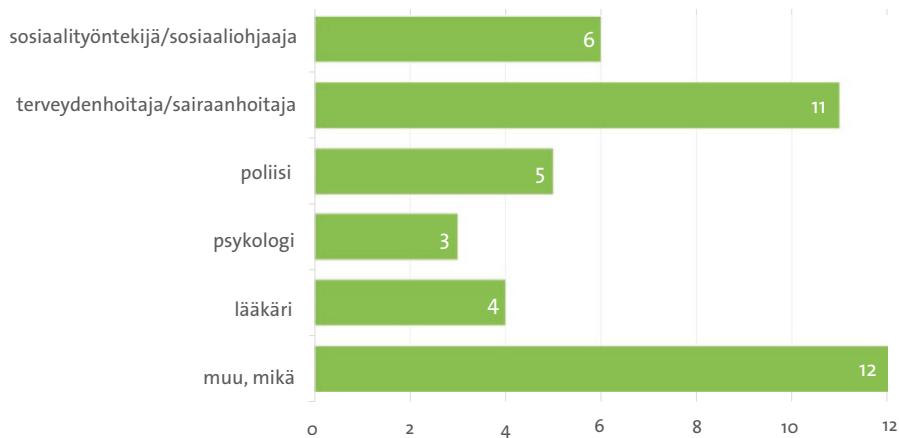
Kaiken kaikkiaan kyselytuloksista on nähtävissä, että väkivallan parissa Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella työskentelee kymmenittäin erilaisia toimijatahoja. Vaikka koettu väkivalta voi pahimmillaan aiheuttaa elinikäisiä vaurioita, on toivon ylläpitäminen asiakassuhteissa tärkeää. Eräs haastateltavista totesi seuraavaa:

”Väkivalta on aina väärin, mutta lapsen tilannetta arvioitaessa olisi hyvä osata riittävän avoimin mielin ja laaja-alaisesti arvioida kaikki näkökulmat, jotta saataisiin sellaista ymmärrystä, mikä auttaa pääsemään eteenpäin asiassa. Ihmisillä on kykyä selviytyä vaikeistakin asioista; mikäli katsotaan vain riskejä ja ongelmia, eikä voimavaroja ja kykyjä, on auttaminenkin vaikeaa.” (lastenpsykiatri, Pohjois-Suomi)

5.4 TAYS erva-alueen vastausten tarkastelua

Noora Kannisto, Minna Joki-Erkkilä

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erityisvastuualueelta kyselyyn vastasi 41 ammattilaista Pirkanmaan, Kanta-Hämeen ja Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä. Kyselyyn vastasi Pirkanmaan maakunnasta 30 (73 %), Hämeestä kuusi (15 %) ja Etelä-Pohjanmaalta viisi vastaajaa (12 %). Vastaajista 12 (29 %) oli erikoissairaanhoidosta, kahdeksan (20 %) perusterveydenhuollosta, kuusi (15 %) lastensuojelusta, kuusi järjestöstä, viisi (12 %) poliisilaitoksesta ja kolme (7 %) uskonnollisista yhteisöistä. Hoitopolkukyselyyn vastasi siis varsin kirjava joukko ammattilaisia (Kuvio 14).



Kuvio 14. TAYS erva-alueen vastaajat n = 41

Väkivaltaa kohdanneen lapsen hoitoon ohjaaminen ja tukea tarjoavat tahot

Hoidon ja tuen piiriin ohjaamisessa valtaosa vastaajista laatii lähetteen erikoissairaanhoidon (29 %) tai ohjaa avuntarvitsijan kolmannen sektorin palveluun (20 %). Kyselyssä nousi vahvasti esille vastaajien pyrkimys ohjata tai saattaa asiakasperhe toiseen palveluun. Viiveen välttämiseksi oli hyödynnetty etukäteen suoritettua konsultoinnin mahdollisuutta. Sosiaalihuollon vastaajat toteuttivat konkreettisesti toiseen palveluun viemisen valikoiduissa tilanteissa.

Vastauksissa näyttäytyivät paljolti keskustelemaan kohtaamisen myötä esiin tulleet seikat, jotka ohjaavat ammattilaista hoidon ja tuen tarpeen arvioinnin suhteen. Strukturoituja, näyttöön perustuvia tutkimusmenetelmiä tuotiin vastauksissa esiin melko vaatimattomasti tai vastauksena oli ”tutkimukset”, joka voi tarkoittaa toki myös näyttöön perustuvia tutkimuksia. Vastauksissa tuotiin esiin myös toiminnallisen kohtaamisen myötä tehdyt havainnot ja niiden pohjalta tehty hoidon ja tuen tarpeen arvio. Seurannan ja alkuvaiheen tuen kehittämisen näkökulmasta on arvokasta luoda toimivia, strukturoituja toimintamalleja, joita käytettäisiin systemaattisemmin. Tällöin myös jatkotuen arviointi voisi olla helpompaa, kun mittarit olisivat valikoituja. On hyvä huomata myös vastaajien taustan ja koulutuksen sekä kokemuksen ja muun erityisosaamisen vaikutus tehtäviin havaintoihin tai koettuun hoidon tarpeeseen. Vastauksissa tuotiin esiin traumaoiremittarit (IES-22 ja TSC-40) käytettävistä menetelmistä. Muista mittareista yksi vastaaja mainitsi BDI-13 kyselyn, jota käytetään paljon masennusoireilun tunnistamiseksi erilaisilla itsehoidon verkkosivuilla sekä oppilasterveydenhuollossa.

Tuen ja hoidon sisällöt

Vastaajien joukko oli heterogeeninen eikä vastausten perusteella voinut tulkita mitä tuen ja hoidon menetelmiä vastaajien varsinaisessa käytössä on. Erilaisista tukemisen malleista vastaajat nostivat useimmin esiin keskustelutuen. Näyttöön perustuvista, strukturoiduista menetelmistä mainittiin NET ja traumafokusoitu työskentely. Vastauksista jäi epäselväksi, mitä traumafokusoidulla työskentelyllä tarkoitetaan. Vastauksien kirjo oli valtava, ja sana ”keskustelu” toistui sen tarkemman sisällön avautumatta. Osa vastaajista toi esiin konkreettisen kriisivaiheen tuen, kuten lapsiperheen levon mahdollistamisen tai lapselle ikätasoisien aktiviteetin järjestämisen. Useissa vastauksissa kerrottiin myös kotiin tehtävästä työstä, jolloin keskustelutuki tarjotaan perheen kodissa.

Nykyisten toimintatapojen toimivuus ja kehittämiskohteet

Kyselyssä todettiin runsaasti haasteita arvioinnin, tukemisen ja hoitoon ohjauksen osalta.

Merkittävimpinä haasteina *hoitajien* osalta koettiin hoitoa tarvitsevien lasten määrä, hitaus hoitoon pääsyssä, asianmukaisen hoitopaikan löytymisessä sekä nuoren ja perheen oma motivoituminen palveluihin ja tuen vastaanottamiseen. Tällaisia haasteita kuvattiin olevan myös ajan ja resurssien puute tai vanhempien haluttomuus maksaa itse lapsen hoidosta. Yhteistyö yli hallintokuntien ja perheen asioissa eri toimijoiden kesken koettiin usein puutteellisenä tai lähes olemattomana. Työ itsessään koettiin varsin kuormittavana.

Lääkärien osalta haastavana koettiin jatkohoitopaikan jonot sekä lapsiin kohdistuvien väkivaltaan liittyvien tutkimusten satunnaisuus. Tällöin tuotiin esiin haaste, ettei rutiinia jatkotuentarpeen selvittelyn osalta muodostu tai yksintyöskentely koettiin haastavana.

Psykologit kokevat haasteena tarkoituksenmukaisen, pitkäaikaisemman tuen järjestämisen ja hoidon saatavuuden sekä jonotuksen aikaisen kannattelun mahdollistamisen.

Järjestötoimijoiden keskuudessa haastavuutta lisäävänä tekijänä mainittiin väkivaltakokemuksesta kulunut pitkä aika ja että asiantuntevista jatkohoitopaikoista on puutetta. Lisäksi koettiin tärkeänä mahdollisuus pitempiä aikaisia tukeen ja hoitoon. Huolta vastaajissa herätti kokemus, ettei perustason palveluissa ole riittävästi osaamista näiden asiakkaiden auttamiseen.

Sosiaalihuollon työntekijöillä haasteeksi koettiin asenteet ja ennakkoluulot lastensuojelusta. Lisäksi haasteena kuvattiin sopivan palvelun löytäminen, talouden ohjatussa palvelun hankintaa. Myös palvelujen vaikea saatavuus virka-ajan ulkopuolella, kiire, asiakkaan neuropsykiatriset haasteet sekä mielenterveys- ja päihdeongelmat nähtiin pulmallisina. Yhdessä vastauksessa tuotiin esiin, että lastensuojelussa olevilla perheillä on heikommat mahdollisuudet päästä hoidon piiriin. Hoito- ja palvelupolut ovat kuntakohtaisesti erilaisia. Hoito ja tuki voi olla hyvin vaihtelevaa sekä tasoltaan että saavutettavuudeltaan eri paikkakunnilla. Toisaalta tarjolla olevat vaihtoehdot voivat olla myös huonosti eri asiakasryhmiä tai eri ikäryhmiä huomioivia. Yksilölliset tarpeet jäivät tällöin tulematta esiin. Tuen tarve nähdään varsin yksilöllisenä. Lisäksi eri toimijoiden eritahtisuuden koettiin tuovan haasteita.

Seurakunnan työntekijä koki haasteenaan jäämisen yksin kunnan palveluiden ja palveluohjauksen suhteen.

Julkaistut alueelliset toimintamallit ja niiden tunteminen

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä monialaisena yhteistyönä laadituissa julkaisuissa *seksuaalista väkivaltaa kokeneen hoitopolku* (päivitetty 2018)¹¹ ja Tampereen kaupungin pormestarin asettaman monialaisen työryhmän *Kaltoinkohdeltu lapsi - käsikirja kaltoinkohdellun lapsen kanssa työskenteleville* (päivitetty 2019) on kartoitettu alueelliset tukea ja hoitoa antavat tahot. *Kaltoinkohdeltu lapsi* -käsikirja antaa

11 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/shp01191/search/seksuaali>

paikallisille lasten ja nuorten kanssa toimiville työntekijöille ammattiryhmittäin työkaluja kaltoinkohtelun tunnistamiseen, asiaan puuttumiseen ja saattamiseen selvittely toimivaltaisille viranomaisille sekä lapsen, nuoren ja perheen ohjaamiseen tarvittavien tutkimusten, tuen ja hoidon piiriin. Lisäksi se sisältää lainsäädännöllisen katsauksen kaltoinkohtelun tunnistamiseksi. Tärkeänä nähdään ohjeistusten säännöllinen päivittäminen ja tarkastaminen eri toimijoilla, päivityksestä vastaavan henkilön ja vastuiden nimeäminen.

Kyselyssä 64 prosenttia vastaajista tunsii alueellisen toimintamallin. Säännöllisillä alueellisilla koulutuksilla oli pyritty parantamaan tietoisuutta lapsen kohdistu-neesta kaltoinkohtelusta, mutta kyselyn tulosten pohjalta selkeää tarvetta toimintamallien tiedottamiselle on.

Hoitoonohjauksen yhteistyötahot

Suurin osa vastaajista mainitsi asiakkaita lähetettävän sosiaalityön tai perusterveydenhuollon eri yksiköistä. Vastaajat kuvasivat paljolti myös asiakkaiden ohjautuvan itse palveluihin. Toisaalta kuvattiin myös kolmannen sektorin kanssa tehtävän työn osuutta ”vertaistukiryhmien” tai ”tuttavien” toimiessa asiakkuuden alullepanijana.

Viive tuen saamiseksi

Vastausten perusteella asiakkaan kanssa työskentelyn aloittaminen oli melko väli-töntä. Vastaajista 12 ei vastannut tähän kysymykseen, seitsemässä vastauksessa kirjattiin aikamääreeksi nolla kuukautta. Kuusi vastaajaa kuvasi työskentelyn alkaneen heti tai viikon kuluessa siitä, kun asia on tullut tietoon. Yhden vastaajan osalta vas-tauksesta kävi ilmi, että vaihtelua ajassa voi olla jopa 1–12 kuukautta, huomioiden erityisen ruuhkautuvat ajanjaksot vuoden kierrossa.

Johtopäätöstä hankaloitti monipuolinen toimijoiden edustus. Lastensuojelu-laki rajaa aikaikkunaa sosiaalihuollon viranomaisvastuussa olevilla.

Psykososiaalisen hoidon tarpeen arvioinnin menetelmät

Pääasiallinen menetelmä psykososiaalisen hoidon tarpeen arviointiin vaikutti vas-tausten perusteella olevan haastattelu tai taustatietoihin perehtyminen. 18 vastaa-jaa jätti tämän kentän tyhjäksi. Strukturoiduista menetelmistä nimettiin erilaisia traumaoirekartoituksia, mielialakyselyitä sekä ahdistuneisuuden mittaamiseen tar-koitettuja lomakkeita. Kahdessa vastauksessa viitattiin psykologin tutkimusmene-telmiin. Toiminnallisista menetelmistä raportoi kolme vastaajaa. Näissä mainittiin esimerkiksi lapsen kanssa leikkiminen tai pelaaminen.

Psykososiaalisen tuen ja hoidon menetelmät

Psykososiaalisen tuen ja hoidon menetelmistä selvästi suurin osa oli keskustelua (13 vastausta). Lisäksi strukturoiduista menetelmistä mainittiin traumafoksuoidut tera-peuttiset menetelmät ja nuorten masennusoireiden varhainen interventio kouluihin ja Lapset puheeksi- menetelmä. Vastaajista 18 jätti vastauksen tyhjäksi tai ilmoitti,

ettei psykososiaalinen tuki tai hoito kuulu heidän tehtäviinsä. Vastausten pohjalta muodostui mielikuva, että kriisivaiheen tukea ja pidempää kannattelevaa hoitoa on hyvin monenlaista. Yksittäisiä menetelmiä kuvattiin kirjavasti. Vastausten perusteella keskustelutuki oli tavallisin tarjottu tuki- tai hoitomuoto.

Hoitomallien käytön määrät

Näyttöön pohjautuvia hoitomalleja vastaajat käyttivät 14–23 lapsen ja perheen kanssa vuosittain. Keskustelu- ja tukikäynneillä (ei eriteltyä strukturoitua menetelmää) tavattiin noin 30 tai jopa satoja perheitä vuosittain. Suurin osa (n = 32) vastaajista on jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.

Hoitosuhteiden pituudet

Vastausten perusteella hoitosuhteet olivat kestoltaan muutamasta tunnista muutama vuorokautteen tai jopa vuosien hoitosuhteita, jossa katkaisevana tekijänä voi olla lapsen ikä (13 vuotta) tai täysi-ikäisyyden saavuttaminen. Yksi vastaajista oli eritellyt NET-menetelmän mukaisen hoitosuhteen olevan viisi kuukautta ja perinteisen (keskusteleavan) työmenetelmän jopa kymmenen vuotta. Kaikkiaan vastauksista jäi epäselväksi, miten kukin vastaaja oli kysymyksen ymmärtänyt. Osassa vastauksista kuvattiin lakisääteistä neuvolan asiakassuhdetta, tai kouluterveydenhuollon käyntejä. Vastauksena oli kahdella vastaajalla nolla, joka voinee tarkoittaa päivityksellistä kontaktia tai sitten vastaaja oli ymmärtänyt kysymyksen virheellisesti. Vastaajista 23 ei vastannut kysymykseen lainkaan.

Somaattisten toimijoiden vastaukset

Merkille pantavaa on, että TAYS alueen vastaajista monet olivat somaattisen puolen päivistäjiä, jolloin vastaukset kuvasivat somaattisen tuen ja hoidon käynnistyneen päivityksellisenä somaattisena tutkimuksena viiveettä tai laboratoriotutkimuksilla lapseen kohdistuvien väkivaltaepäilyiden yhteydessä. Somaattisissa päivitystutkimuksissa todettiin usein kiireen, vähäisten hoitajaresurssien sekä tapausten harvinaisuuden aiheuttavan haasteen arvioinnille ja hoitoon ohjaukselle.

Somaattisten päivitystutkimusten yhteydessä psykososiaalisen tuen tarjoaminen ei näyttänyt nousseen ensisijaisesti vastaajien mieleen kysymyksiin vastattaessa. Päivityksellisten somaattisten tutkimusten hoitosuhteet olivat lyhyitä eikä päivistävillä lääkäreillä ollut aikaa psykososiaalisen tuen järjestämiseen kuin akuutin psyykkisen hoidon tarpeen kohdalla. Päivitystutkimus oli usein yksittäinen tutkimus varsinaisen asiakassuhteen sijaan.

Vastauksista ilmeni toive, että lasten ja nuorten päivitykselliset väkivaltaepäilyihin liittyvät tutkimukset tehtäisiin Seri-tukikeskuksessa, missä asiantunteva henkilökunta tekisi somaattiset tutkimukset. Tällä hetkellä tutkimusten järjestäminen vaatii aina erityisjärjestelyjä, jotta lääkäri saadaan irrotettua muusta päivitystyöstä tutkimustilanteeseen ja tutkimuskäynnin kirjaamiseen muutamaksi tunniksi.

Koulutusta ja perehdytystä toivotaan lisää, koska akuutin luonteen vuoksi näitä tulee yksittäiselle päivystäjälle harvoin.

Toimintamallien ja työtapojen toimivuus

Toimintamalleissa ja työtavoissa koettiin yhteistyön kehittämisen tarvetta toimijoiden välisessä yhteistyössä. Henkilökunnan resursoinnissa nähtiin puutteita, minkä vuoksi toivottiin jäsentyneempiä ja keskittyneempiä työskentelymalleja ja rakenteita. Monialainen yhteistyö nähtiin oleellisena lapsen ja perheen kannalta.

- ”Usein tällainen räätälöity tuki on riittänyt alkuvaiheessa varsin hyvin. Mikäli resurssia kriisiauttamiseen olisi enemmän - tilanne olisi varmasti toinen. Nythän jatkotukea lähdetään selvittämään muualta.” (terveydenhoitaja/sairaanhoitaja, lastensuojelu, Pirkanmaa)
- ”SERI-hoitoketju selkiyttää työnjakoa ja moniammatillinen yhteistyö on joustavampaa. Myös uhri tulee kohdatuksi ja työskentelyssä on jatkuvuutta.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, erikoissairaanhoito, Etelä-Pohjanmaa)

Näyttöön pohjautuvaa osaamista toivottiin lisättävän. Traumapsykoterapian puute alueellisesti ja epäluulo lyhytterapioiden toimivuuteen nostettiin yhdessä vastauksessa esille. Lisäksi kyselyssä ilmeni epävarmuutta hoitotahon osaamisesta ja kokeneisuudesta lapsiin kohdistuvissa väkivaltaepäilyissä.

Sosiaalityön palveluissa ensisijaisesti varmistettiin, ettei lapsi tai perhe joudu kokemaan väkivaltaa uudelleen. Perhettä ohjattiin esim. turvakotiin, heidän kanssaan voitiin tehdä turvasuunnitelma ja tähän liittyvää arviointia tai lapsi sijoitettiin kiireellisesti kodin ulkopuolelle.

Erikoissairaanhoidossa lasten- ja nuorisopsykiatrian kriisityöryhmä pystyi vastaamaan tarpeeseen nopeasti. Sosiaalityöntekijä ja psykiatrinen sairaanhoitaja arvioivat nuorisopsykiatrian kriisityöryhmässä hoidon tarpeen perheen ensikäynnillä.

Useammassa vastauksessa psykososiaalisen tuen ja hoidon oikea-aikaisuutta pidettiin riittämättömänä.

- ”Lapsen ohjaamisessa hoitotaholle menee kestämättömän pitkään. Usein mahdollinen arvio hoidon tarpeesta on tehty jo paljon aikaisemmin, mutta lähete saatetaan tehdä puoli vuotta tai jopa vuoden myöhässä. Selkeästi tällaisenaan malli ei toimi ja itse kannattaisin tiiviimpää yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa jatkohoitoa suunniteltaessa tai vaihtoehtoisesti, että hoitoon ohjaus siirtyisi täysin toiselle taholle.” (psykologi, Pirkanmaa)

Huoltoriitatilanteet

Kysyttäessä vastaajilta heidän kokemistaan haasteista liittyen huoltoriitatilanteisiin, suurin osa vastaajista kertoi heikosta vuorovaikutuksesta ja tiedon sirpaleisuudesta. Taustatietojen kerääminen ja todellisen tilanteen erilaiset näkemykset koettiin erityisen pulmallisiksi. Osassa vastauksia tuotiin esiin totuuden löytymisen haaste; ”On vaikea sanoa/ottaa selvää, kuka puhuu totta.” tai ”Näkemyserot vanhempien välillä, toisen vanhemman ”mustamaalaaminen”. Vastaukset kuvastavat huoltoriitatilanteisiin liittyvää problematiikkaa laajemminkin. Vastauksista nousi myös kehittämissuhteita prosessin sujumisen osalta. Yksi vastaajista kirjoitti, että jokaista perheenjäsentä olisi hyvä päästä kuulemaan erikseen. Vastaaja toi esiin myös hyvin tunnistettavan lapsen lojaalisuuden molempia vanhempiaan kohtaan ja tämän seikan mukanaan tuoman lapsen psyykkisen kuormittuneisuuden. Vastauksissa kauttaaltaan tuotiin esiin huoltoriidan kielteinen vaikutus lapsen/nuorten psyykkiseen hyvinvointiin ja jopa itsetuhoisuuteen.

Osassa vastauksista nousi esiin myös näkökulma, ettei huoltoriidalla ole merkittävää vaikutusta hoidon tarpeen arvioinnin suhteen tai että huolta lapsen psyykkisestä hyvinvoinnista on jo lähtötilannetta edeltävästi, joskin lojaliteettiristiriidan vaikutukset tunnistetaan tässä hyvin. Eräs vastaajista pohti vastauksessaan myös huoltoriidan vaikutusta mahdollisen väkivallan tai seksuaalirikosepäilyn tutkimatta jättämiseen silloin, kun huoltoriidan esiintulon myötä herää huolta toisen huoltajan mustamaalaamiseen tai muun haitan tekemisen osalta.

Huoltoriitaperheiden kanssa toimimisen haasteina vastaajat kuvasivat myös dokumentoinnin haasteet ja vanhempien vaatimattoman keskittymisen lapsen asiaan.

Lastensuojelun roolissa kehitettävää väkivaltaepäilyjen tuki- ja hoitoprosesseihin liittyen

Lastensuojelun roolista käsin kehitettävänä vastaajat näkivät resurssien vähäisyyden ja sen mukanaan tuomat haavoittuvuustekijät. Resurssipulaa pidettiin myös huonona yleisvastauksena monitoimijaisyyhteistyön puuttumisen esiintyessä.

Useissa vastauksissa toivottiin lapsen äänen tulevan paremmin kuuluviin ja sosiaalityöntekijöillä olevan enemmän mahdollisuuksia tavata lasta ja kuulla tätä itse. Myös varhaisen tuen palveluja toivottiin kauttaaltaan enemmän. Eräs vastaaja toi esiin resurssien erilaisen kohdentumisen, jolloin lapset voivat olla sen suhteen hyvinkin eriarvoisessa asemassa. Yhteistyötahon pohdittavaksi on vastaajien mukaan jäänyt myös tarpeellisen hoidon piiriin ohjaamisen oikea-aikaisuus lastensuojelutarvetta arvioitaessa. Vastauksissa nousi myös huolta siitä, että erityisesti henkisen väkivallan jopa raadolliset muodot eivät tule esiin varsinaisen näytön puuttuessa. Kuitenkin tällaisessa tilanteessa nähtiin sosiaalityön tarpeen olevan ilmeinen lapsen edun hahmottamiseksi ja tuen tarjoamiseksi.

Eräs vastaaja nosti esiin myös alueellisessa Barnahus-yhteiskehittämisspäivässä esiin nousseen tarpeen pohtia lastensuojelun roolia erityisesti lieviin pahoinpitelyihin

liittyen. Vastauksessa nostettiin esiin tilanne, jossa esitutkinta viivästyy, mutta perheen kanssa tehtävän työskentelyn olisi hyvä päästä alkamaan.

Vastauksissa nousi esille myös tarve näyttöön perustuvien hoito- ja arviointimallien käyttöön ottamisesta laajemmin. Myös tässä kysymyksessä vastauksista nousi runsaimmin esiin lisäkoulutuksen tarve ja toive nimenomaan seksuaaliväkivaltaan liittyvän osaamisen vahvistamisesta.

Eri toimijoiden välistä dialogia ja yhdessä tekemistä toivottiin useammassa vastauksessa. Eräässä vastauksessa kuvattiin keskustelun olevan hankalaa salassapitosäännösten vuoksi. Tässäkin asiassa olisi varmasti tarpeen tehdä selvitystä siitä, miten salassapitosäännöstä on tulkittu ja mikä on vallitseva käsitys sen oikeellisuudesta erilaisissa tilanteissa - monitoimijaisessa yhteistyössä. Toiveissa siintää mahdollisuus sosiaalihuollon viranomaiselle tai poliisiviranomaiselle lähettää lapsi tai nuori erikoissairaanhoidon piiriin silloin, kun tarvetta olisi. Yleisesti koettiin pulmallisena ja suotta järjestelmää kuormittavana rakenne, jossa erikoissairaanhoidon tarvitaan lääkärin lähete.

Peruspalveluiden rooli väkivaltaa kokeneen lapsen ja hänen perheensä tutkimuksessa ja hoidossa

Peruspalveluiden rooli väkivaltaa kokeneen lapsen ja hänen perheensä tutkimuksessa ja hoidossa sekä ennaltaehkäisevässä työssä koettiin merkittäväksi, joskin riittävien henkilöresurssien puuttuessa osaamista ei päästä hyödyntämään. Koulutuksen tarve tuli esiin erityisesti huolen heräämiseen liittyen. Eräs vastaajista koki, ettei perustason palveluissa välttämättä osata olla haastattelematta lasta tai nuorta liikaa, kun huoli herää.

Seurakunnan nuorisotyötä edustava vastaaja nosti esiin uskonnollisen yhteisön roolin täydentävän tuen tarjoajana silloin, kun kunnan palvelut ovat resurssien heikkouden vuoksi perheelle riittämättömät. Myös useissa järjestötoimijoiden vastauksissa oli luettavissa samankaltaista asetelmaa. Perustason palveluja pidettiin kauttaaltaan tarpeellisena, mutta lisävahvistusta väistämättä kaipaavana tahona.

Erikoissairaanhoidon edustava vastaaja piti tärkeänä perustason kanssa yhdessä tehtävän työn ja tietojen sujuvan kulkemisen, jotta lapsen tai nuoren arjessa kiinteänä osana oleva perustason tuki ja tutkimisesta ja jatkotuen koordinaatiosta vastaava taho pystyisivät toimimaan mahdollisimman asiakas- ja tarvelähtöisesti.

Perustason palvelujen roolista, toiminnan kriteereistä ja osaamisen tasosta toivottiin lisää tietoa erikoissairaanhoidossa. Vastaajat näkivät lievien tapausten hoidon olleen riittävää ilman erikoissairaanhoidon tukea, kunhan riittävä resurssi, konsultaatio, koordinaatio ja koulutus oli turvattu. Erikoissairaanhoidosta kuvattiin perustason palveluissa pelästyttävän PTSD-oirehdintaa ja tällaisen oireilun johtavan herkästi erikoissairaanhoidon lähettämiseen, vaikka erikoissairaanhoidon kriteerit eivät täytyisi.

Erikoissairaanhoidon ruuhkautumisen estämisen näkökulmasta on tärkeää vahvistaa perustason palveluita. Perhekeskusmallin ja OT-mallin mukaisesti

rakennetut palvelut vahvistavat perustason työskentelyä ja tehostavat palvelutoimintaa. Erikoissairaanhoidon palveluihin nyt tarvittava lähete kuormittaa perustason palveluita myös siitä näkökulmasta, kun tiedetään jo lähtötilanteessa, että lapsen asia tarvitsee erikoissairaanhoidon palveluita, mutta lähete edellyttää kiertämistä perustason palvelujen kautta. Eräs Barnahus-hankkeen keskeisistä tavoitteista onkin sujuvoittaa näissä palveluissa tapahtuvaa ohjautumista niin asiakkaan, kuin palvelujen tuottajankin näkökulmasta. Konsultoinnin mahdollisuutta pitää edelleen korostaa, tällä tavoin olemassa olevassa kontaktissa voidaan hyödyntää entistä kattavammin sidosryhmien osaamista ja asiakkaan hoidon kannalta oleellista tukea.

Lapsen, nuoren ja perheen hoitoonohjauksen määrät, tyypillinen hoitoonohjauksen tapa ja tukea tarjoava taho

Hoitoon ohjaamisesta ei vastausten perusteella muodostunut selkeää kokonaiskuvaa. Vastaajat kertoivat ohjaavansa hoitoon lapsen, nuoren ja perheen aina (n = 4, 25 %), usein (37 %), kaksi harvoin tai satunnaisesti (32 %) ja yksi vastaaja (järjestötoimija) vastasi, ettei koskaan (6 %). Peräti 25 (61 %) vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen. Nämä vastaajat sisälsivät muun muassa järjestötoimijan, erikoissairaanhoidon lääkärin ja lastensuojelun sairaanhoitajan.

Tyypillisimpänä hoitoon ohjaamisen tapana oli varmistaa, että sosiaalityöntekijä hoitaa asian. Toiseksi eniten valittiin vastausta ”Varmistan, että nuori pääsee hoidon piiriin”. Vastausten perusteella muodostui käsitys työntekijöiden halusta varmistua jatkotuen järjestymisestä limittäin senhetkisen tukimuodon kanssa.

” Kuntakohtaiset erot siinä, miten aktiivisesti otetaan koppii-
ovat suuria, olen useissa tapauksissa se, joka tiiviiten tapaa
nuorta. Tämä on matalan kynnyksen palvelu, johon tullaan,
kun siltä tuntuu ja työ tapaamiset sovitaan tilanteen mukaan.”
(seksuaaliväkivaltatyön tekijä, Tyttöjen talo)

Kysymykseen, mihin perhettä tai nuorta ohjataan, oli vastattu useissa kohdin jokin kolmannen sektorin kohdennettua tukea tarjoava taho (yhteensä kymmenen mainintaa, joissa Tukinainen, Välitä- yksikkö, Perhekulma Puhuri, Ensi- ja turvakotien palvelut, Kriisikeskus Osviitta tai Mobile). Merkille pantavaa oli, että erikoissairaanhoidon ohjattiin kattavasti eri tahoilta (maininta 16 vastauksessa) samoin, kuin sosiaalihuollon viranomaispalveluihin (16 vastausta). Neljässä vastauksessa kuvattiin, ettei jatko-ohjausta ole, koska edustettu toiminta oli päätepiste tai ettei ollut mahdollisuutta ohjata vaan neuvotaan. Muutamassa vastauksessa kuvattiin myös tilanteen olevan aina yksilöllinen ja jatkotuen paikka määräytyä tilanteen mukaan ja asiakkaan oma motivaatio huomioiden. Yhdenmukaisuutta ei vastauksista ollut havaittavissa edes saman toiminnan edustajien keskuudessa (esimerkiksi sosiaalihuollon tai erikoissairaanhoidon toimipaikakseen maininneet vastaajat).

Vastaajista selvä enemmistö (n = 20) vastasi tietävänsä riittävästi hoitotahoista, joille ohjata. Kahdeksan vastaajaa jätti vastaamatta tähän kysymykseen ja 12 vastaajaa vastasi kieltävästi. Pohdituttamaan jäivät ne, jotka eivät olleet vastanneet kysymykseen. Johtopäätöksenä voitaneen todeta, että tietoa jatkohoidon mahdollisuuksista täytyisi ehdottomasti lisätä kaikille toimijoille.

Valtaosa vastaajista ilmoitti, ettei saa tietoa hoidon aloittamisesta. Olisi ollut kiinnostavaa saada tietää, miten tärkeäksi tämä tieto koetaan lähettävän/ohjaavan tahon toimesta. Vastaamatta jätti neljännes vastaajista. Kahdeksan, valtaosin sosiaalihuollon toimijaa vastasi saavansa tiedon hoidon aloittamisesta.

Pohdinta TAYS-alueen tilanteesta

Kyselyn perusteella TAYS alueella näyttäytyy tarve tehostetulle tiedottamiselle, koordinaatiolle ja säännölliselle kouluttamiselle, jotta ymmärrys psykososiaalisen kriisivaiheen tuen järjestämisestä olisi yhteneväinen koko palvelukentällä. Tärkeänä nähdään tieto hoitavan tahon käytössä olevista hoitomenetelmistä.

Vastauksista ilmeni myös psykososiaalinen tuki- termin ja hoitoonohjauksen merkityksen varsin erilainen tulkinta. Monialaisessa ja moniportaisessa yhteistyössä terminologian tulisi olla selkeää, jotta virheellisille tulkinnoille jäisi mahdollisimman vähän tilaa. Esimerkiksi kyselyssä mukana olleet päivystävät lääkärit eivät tulkinneet hoitoon ja tutkimuksiin liittyviä kysymyksiä psykososiaalisen tuen kannalta vaan oman somaattisen asiantuntijuutensa pohjalta.

Vastausten analysoinnissa huomio kiinnittyi useissa kohdin palveluketjujen ja strukturoitujen mallien kehittämisen ja oikea-aikaisuuden tarpeeseen. Barnahushankkeen suunnitelmien mukainen hoito- ja palveluketjujen sujuvoittaminen ja jatkotuen koordinaation kehittäminen keventää jatkotuen arvioinnin taakkaa ensivaiheen palveluissa. Erityisasiantuntijoiden konsultaatiomahdollisuutta hyödynnetään jo melko tehokkaasti, mutta sitä on syytä vahvistaa edelleen.

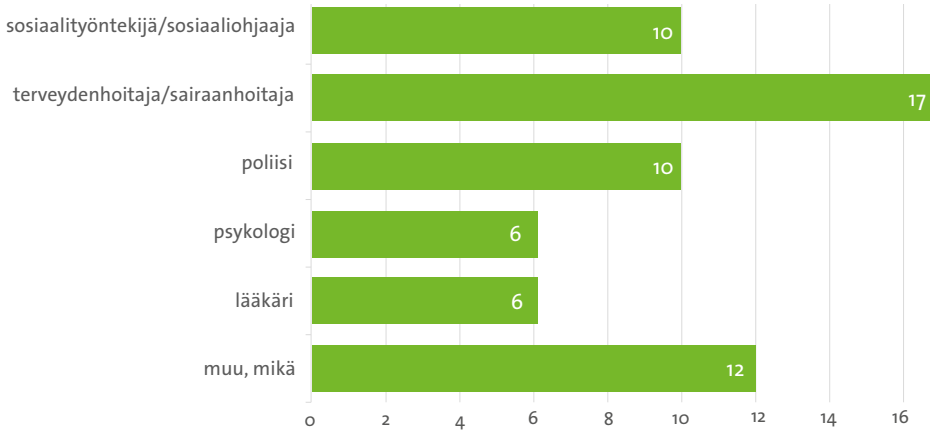
5.5 TYKS erva-alueen vastausten tarkastelua

Johanna Pirinen, Outi Abrahamsson ja Björn Öst

Kysely- ja haastatteluaineisto

Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueelta (Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirit) kyselyyn vastasi 61 eri alojen ammattilaista (Kuvio 15). Kolme neljäsosaa vastaajista tuli Varsinais-Suomen alueelta, viidesnes Satakunnasta ja loput Vaasan sairaanhoitopiirin alueelta. Vastaajista kolmannes työskenteli neuvola- ja kouluterveydenhuollossa sekä opiskelijahuollon kuraattori- ja psykologipalveluissa. Sosiaalitoimen lastensuojelusta ja perhepalveluista vastaajia

oli viidennes. Muut vastaajat tulivat poliisiorganisaatiosta, erikoissairaanhoidosta, kasvatus- ja perheneuvolasta sekä järjestökentältä. Kyselyn lisäksi väkivaltaa kohdanneiden lasten ja nuorten hoitopolkuja kartoitettiin haastattelemalla Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirien alueelta kuutta henkilöä, jotka edustivat lastensuojelua, perheneuvolaa, erikoissairaanhoidoa sekä järjestötoasia. Tämä alueellinen koonti on tehty kyselyn vastausten ja haastatteluaineiston laadulliseen tarkasteluun pohjautuen.



Kuvio 15. TYKS erva-alueen vastaajat n = 61

Lasten ohjautuminen palvelujärjestelmässä

Kyselyyn vastaajista neljännes työskenteli neuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluissa. Heidän vastaustensa mukaan neuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluihin lapset ja nuoret ohjautuvat matalalla kynnyksellä suoraan koulun ja päivähoidon henkilökunnalta sekä vanhempien yhteydenottojen perusteella. Vastausten perusteella neuvolan ja kouluterveydenhuollon palveluista väkivaltaa kokeneet lapset ja nuoret ohjautuvat eteenpäin tyypillisimmin koulukuraattorin ja koulupsykologin käynneille, perheneuvolaan, kolmannelle sektorille sekä koululääkärin kautta erikoissairaanhoidon palveluihin.

Lastensuojelun työntekijöitä vastaajista oli 15 prosenttia. Vastaajien mukaan lastensuojelun palveluihin lapset ja nuoret ohjautuivat lastensuojeluilmoitusten perusteella yksityishenkilöiden tai muiden viranomaisten, kuten poliisin, koulun, varhaiskasvatuksen ja terveydenhuollon ilmoittamana. Lastensuojelusta väkivaltaa kokeneet lapset ohjautuivat laajalti sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluihin (perhekeskuksen lapsiperhepalvelut, perheneuvola, kouluterveydenhuolto),

kolmannen sektorin palveluihin (ensi- ja turvakodin palvelut, seurakunta) sekä erikoissairaanhoidon palveluihin (lasten- ja nuorisopsykiatria).

Kasvatus- ja perheneuvolan työntekijöiltä saatiin kyselyyn vain kaksi vastausta TYKS erva-alueelta. Näiden kahden vastauksen sekä yhden perheneuvolan työntekijälle tehdyn täydentävän haastattelun perusteella kasvatus- ja perheneuvolaan ohjautuu lastensuojelun, kouluterveydenhuollon, neuvolan, päivähoidon ja lastenvalvojan kautta. Yksi vastaajista mainitsi myös lastenpsykiatrian poliklinikan lähettävänä tahona. Kasvatus- ja perheneuvolan palveluista eteenpäin ohjattiin oman yksikön sisällä mm. Trappan-työskentelyyn, kunnan terveystieteiden palveluihin, kuten lääkärille ja lastenpsykologille, kolmannelle sektorille ja erikoissairaanhoidon.

Erikoissairaanhoidosta saatiin kahdeksan vastausta (13,3 %). Erikoissairaanhoidon ohjautettiin lääkärin läheteellä laajasti perusterveydenhuollon palveluista, kasvatus- ja perheneuvolaan sekä poliisista (tutkintaan). Erikoissairaanhoidosta lapset ja nuoret ohjautuivat jatkohoitoon erilaisiin psykoterapioihin, kuntoutuspalveluihin, perheneuvolaan, kolmannelle sektorille sekä muihin erikoissairaanhoidon yksiköihin.

Kyselyyn vastasi alueelta 10 poliisia ja myös poliiseilta tiedusteltiin hoitotoimintatavasta. Poliisit ilmoittivat ohjaavansa väkivaltaa kokeneita lapsia ja nuoria hoidon ja tuen piiriin Rikosuhripäivystykseen, Ensi- ja Turvakodin väkivalta-työn avopalveluihin, nuorisotasolle ja turvataloon, erilaisiin avustajajärjestöihin, lastensuojeluun, poliisin omaan Ankkuri-toimintaan, kriisikeskukseen sekä kunnan palveluihin.

Kyselyn vastaajista noin kolme neljästä kertoi osana työtään tekevänsä väkivaltaa kokeneiden lasten ja perheiden jatkohoitotoimintatavasta. Jatkohoitotoimintatavasta yleisyyttä kartoittavaan kysymykseen vastasi 21 vastaajaa. Yli puolet heistä kertoi ohjaavansa jatkohoitotoimintatavasta joko aina tai usein. Jatkohoidon tapoja kartoittavaan kysymykseen vastasi 25 ammattilaista. Tyypillisimpinä hoitotoimintatavoina heidän vastauksissaan nousi esiin informaation antaminen asiakkaalle joko suullisesti tai esitteinä. Noin puolet vastaajista kertoi ottavansa itse yhteyttä hoitotoimintatavasta saman verran kertoi antavansa nuoren tiedot jatkohoitotoimintatavalle. Hoitotoimintatavoina mainittiin lisäksi läheteiden tekeminen eri palveluihin, moniammatillisen verkostoituvan työn avulla hoitotoimintatavasta ohjaaminen ja lastensuojeluilmoituksen tekeminen. Esiin tulivat myös tiedossa olevat viralliset kanavat ja ohjeistukset, kuten jatkohoidon järjestäminen kouluterveydenhuollon ohjeistuksen mukaisesti koululääkärin kautta, perhekeskuksen sisäisen työnjaon mukaisesti sekä päivystykseen ohjaaminen. Sosiaalityöntekijän tärkeä rooli hoidon ja tuen järjestämisessä nousi vastauksissa esiin. Valtaosa (80 %) vastaajista kertoi joko varmistavansa tai olettavansa sosiaalityöntekijän ottavan asian hoitaakseen.

Hoitotoimintatavasta ohjaamisen ongelmana vastaajat kokivat puutteelliset tiedot hoitotoimintatavasta, joihin voisi ohjata väkivaltaa kokeneita lapsia ja perheitä. Yli puolet vastaajista koki, ettei heillä ole riittävästi tietoa hoitotoimintatavasta. Hoitotoimintatavasta ohjauksen onnistumisesta ei myöskään usein saatu tietoa lähettävällä taholla. Lähettävänä tahona

toimivista vastaajista 77 prosenttia kertoi, ettei saa tietoa hoidon alkamisesta hoitotaholla.

Hoitoa tarjoavat tahot

Kyselyssä selvitettiin, minne väkivaltaa kokeneita lapsia ja nuoria ohjattiin jatkohoitoon. Vastauksissa esiin nousi erikoissairaanhoidon palveluista psykiatriset palvelut ja TYKS seri-tukikeskus, kunnallisista palveluista perheneuvola, lastensuojelu, kouluterveydenhuollon kuraattori- ja psykologipalvelut, kouluilla toimiva psykiatrinen sairaanhoitaja ja terveystieteiden keskuksen psykiatrinen sairaanhoitaja sekä järjestösektorin palveluista Rikosuhripäivystys, Turun kriisikeskuksen seksuaaliväkivallan hoidon hanke (Koski-hanke), ensi- ja turvakodin avopalvelut ja seurakunnan palvelut. Yksityisen sektorin palveluista esiin nousi erilaiset psykoterapiapalvelut. Yhtenä palveluja tarjoavana tahona mainittiin Poliisin Ankkuri-toiminta, joka tarjoaa moniammatillista tukea alaikäisille rikosten uhreille ja heidän perheilleen sekä työskentelee lapsiperheiden kanssa, joissa esiintyy perhe- ja lähisuhdeväkivaltaa.

Erityispiirteenä Turun alueella toimii TF-KKT koulutettujen verkosto, jolle on mahdollista ohjata traumatisoituneita lapsia, nuoria ja perheitä hoitoon. Verkostoon kuuluu erikoissairaanhoidon ja perheneuvolan työntekijöitä sekä yksityisenä ammatinharjoittajana toimivia psykoterapeutteja. TF-KKT verkostoon ohjaamista koordinoi Lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian tutkimusyksikössä toimiva työntekijä. Verkoston toiminta on pienimuotoista ja sitä kautta hoitoon pystytään ohjaamaan vähäisesti väkivaltaa kokeneita alaikäisiä. Ei ole olemassa mitään systemaattista tapaa ohjata lapsia tähän verkostoon, vaan verkoston toiminnasta tietävät satunnaiset tahot saattavat konsultoida verkostoa koordinoivaa työntekijää mahdollisuudesta järjestää lapselle hoitoa tätä kautta. Yksi kyselyn vastaaja kertoi ohjaavansa väkivaltaa kokeneita lapsia ja nuoria tätä kautta. Verkoston koordinoivastuu ei ole virallisesti määräytynyt oikeuspsykiatrian alle. Tällaisen verkoston koordinointi olisi tärkeää virallista.

Järjestösektorin toimijoista ei vastauksissa mainittu Turun Tyttöjen Talon seksuaaliväkivaltatyötä. Tyttöjen talon seksuaaliväkivaltatyön työntekijä osallistui syventävään haastatteluun. Tyttöjen talo on tärkeä toimija Turun alueella, joka tarjoaa tukea seksuaaliväkivaltaa kokeneille 13–29-vuotiaille Varsinais-Suomalaisille tytöille, naisille ja sellaiseksi itsensä kokeville. Haastattelun työntekijän mukaan työskentelyn piiriin nuoret ohjautuvat pääasiassa Rikosuhripäivystyksen ja TYKS Seri-tukikeskuksen kautta ja muita lähettäviä tahoja ovat oppilashuollon henkilöstö, nuorisotoimi ja muut järjestöt. Tuki sisältää terapeuttisia elementtejä, mutta ei ole varsinaista psykoterapiaa. Tyttöjen talon seksuaaliväkivaltatyöstä tehdään yhteistyötä nuorisopsykiatrian, seri-tukikeskuksen, lastensuojelun, etsivän nuorisotyön sekä ensi- ja turvakodin kanssa.

Tyttöjen talon lisäksi väkivaltatyöhön erikoistuneita järjestötoimijoita TYKS erityisvastuualueella ovat mm. Turun Kriisikeskuksen alla toimiva Koski-työ, joka

tarjoaa tukea ja hoitoa vähintään 16-vuotiaille seksuaaliväkivaltaa kokeneille nuorille ja aikuisille. Koski-työssä on käytössä näyttöön perustuva traumanhoitomenetelmä CPT (Cognitive Processing Therapy). Ensi- ja turvakodin liiton alla toimii TYKSin erityisvastuualueella monenlaisia väkivaltatyöhön erikoistuneita avopalveluita. Turun Ensi- ja turvakoti tarjoaa lähisuhdeväkivaltatyön avopalvelua (Pilari), jossa palvelee lähisuhdeväkivaltaa kokeneita ja tekijöitä. Porin Ensi- ja turvakoti tarjoaa niin ikään lähisuhdeväkivallan avopalveluina Jussi-työtä väkivallan tekijöille, avokriisityötä väkivallan kokijoille sekä lapsityötä väkivaltaa kokeneille 3–18-vuotiaille. Vaasan Ensi- ja turvakodilla on myös omat lähisuhdeväkivaltatyön avopalvelut, jotka ovat suunnattu sekä väkivallan tekijöille että kokijoille (Avokki), sekä yksilötyönä että perhe- ja parikäynteinä. Vaasan ensi- ja turvakodin työntekijöillä on osaamista CPC-CBT-mallin käytöstä, joka on näyttöön perustuva perheen sisäisiin väkivaltatilanteisiin soveltuva terapiamenetelmä. Kaikilla alueilla toimii myös Rikosuhripäivystykset, joihin väkivaltaa kokeneita lapsia ohjautuu tuen piiriin.

Psykososiaalisen tuen ja hoidon sisällöt

Tuen ja hoidon tarpeen arvioinnin menetelmät

Vastaajista noin 80 prosenttia (n = 40) kertoi tekevänsä työssään väkivaltaa kohdanneiden lasten ja nuorten hoidontarpeen arviointia. Arvioinnin menetelminä käytössä oli tärkeimpinä keskustelut ja haastattelut sekä lasten ja nuorten että vanhempien kanssa. Vastauksissa tuli esiin tiimityö, muiden viranomaistahojen kanssa tehtävä yhteistyö sekä esitietojen tarkastelu tilanteen kokonaisvaltaisessa arvioinnissa. Vastauksissa korostui myös arvioinnin laaja-alaisuus, sisältäen esimerkiksi erikoislääkärin yksilöarviointia, yksilöpsykologista tutkimusta, perhetutkimusta ja verkostoarviointia. Yksilöarvioinnin menetelminä mainittiin haastattelut, kyselylomakkeet, psykologiset tutkimusmenetelmät ja erikoislääkärin yksilöarviointi. Moni vastaaja kertoi käyttävänsä erilaisia kyselyjä ja lomakkeita, joista vastauksissa tuli yksilöidyksi esimerkiksi lähisuhdeväkivaltakysely sekä erilaiset oirekartoitukset.

Tuen ja hoidon menetelmät

Vastaajista valtaosa 92 prosenttia (n = 45) kertoi osana työtään tukevansa väkivaltaa kohdanneita lapsia ja perheitä. Vastaajista 29 vastasi tarkentavaan kysymykseen psykososiaalisen tuen ja hoidon menetelmistä. Tuen ja hoidon menetelminä nousivat esiin verkostoituva työ, erilaiset psykoterapiat, keskustelu, perheohjaus, vanhempainohjaus, psykoedukaatio, lastensuojelulain ja sosiaalihuoltolain mukaiset tukitoimet sekä systeemisen lastensuojelun mallin mukainen moniammatillinen työote. Erityisinä hoitomalleina ja -menetelminä tuli esiin Lapset puheeksi-menetelmä, Ihmeelliset vuodet-vanhempainryhmä, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan

pohjaavat menetelmät ja mallit, kuten Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-KKT) ja Cognitive Processing Therapy (CPT). Myös EMDR-terapia mainittiin useammassa vastauksessa. Vastaajat kertoivat käyttävänsä myös erilaisia kehollisia menetelmiä, tietoisien läsnäolon harjoitteita ja rentoutumisharjoituksia. Varsinaisina väkivaltakokemusten tai psyykkisen trauman näyttöön perustuvina hoitomenetelminä edellä mainituista voi pitää kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiä, joista erityisenä traumahoitomallina TF-KKT sekä EMDR ja CPT.

Arvioinnin ja hoidon menetelmien valikoituminen

Kyselyssä 24 vastaajan mukaan arvioinnin ja hoidon menetelmien valikoitumiseen vaikuttivat monet seikat. Käytetyt mallit ja menetelmät olivat omalla työpaikalla käytössä olevia tai valtakunnallisesti laajassa käytössä olevia tavanomaisia arvioinnin ja hoidon menetelmiä. ”*Käytämme tavallisia tutkimus- ja terapiamenetelmiä.*” (Psykologi, erikoissairaanhoido). ”*Tutkimuksessa, hoidossa ja kuntoutuksessa on tarpeen tavanomainen lastenpsykiatrinen kokonaisvaltainen ote.*” (Lääkäri, erikoissairaanhoido). Ne saattoivat olla omassa peruskoulutuksessa ja lisäkoulutuksissa saatuja menetelmiä. ”*Liittyvät varmaankin omaan koulutukseen ja osaamiseen.*” (Psykologi, erikoissairaanhoido) ”*Ainoa, mihin olen saanut koulutuksen.*” (Sosiaalihoaja, lastensuojelu) ”*Opiskelen terapeutiksi, välineet sitä kautta.*” (Psykiatrinen sairaanhoitaja, koulu). Työskentelyn aikaraamit vaikuttivat menetelmien valikoitumiseen. ”*Menetelmien valintaa ovat ohjanneet työskentelyn aikaraamit (pitää soveltaa lyhytaikaiseen työotteeseen).*” (Psykologi, järjestö) Yksi vastaaja kertoi organisaation arvopohjan ja ihmiskäsityksen vaikuttaneen menetelmien valintaan. Tutkimusnäyttö esiintyi kolmen vastaajan perusteluissa.

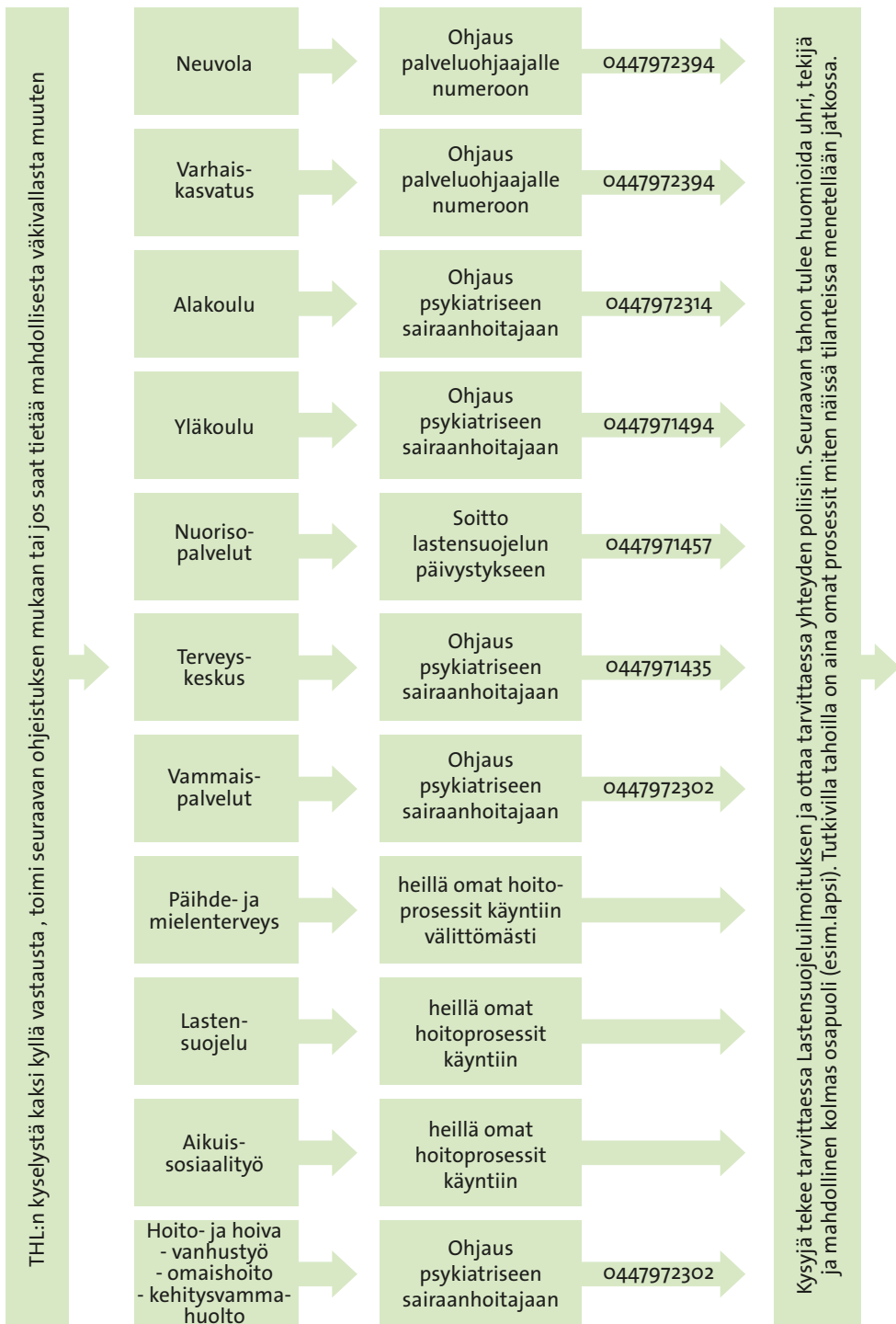
Hoidon käynnistyminen ja kesto

Kyselyssä selvitettiin myös hoitosuhteiden alkamisen ajoittumista lähetteen saapumisen jälkeen sekä hoitosuhteiden kestoja. 37 vastaajaa vastasi kysymykseen, jossa tarkasteltiin työskentelyn aloittamisen ajoittumista lähetteen saapumisen jälkeen. Vastaajista 27 ilmoitti pystyvänsä aloittamaan työskentelyn välittömästi tai viimeistään alle kuukauden lähetteen saapumisesta. 8 vastasi työskentelyn alkavan 1–3 kuukauden sisällä. Loput ilmoittivat sen vaihtelevan. Hoitosuhteiden kesto vaihteli alle kuukaudesta useisiin vuosiin.

Väkivaltaa kokeneiden lasten hoitopolut ja palveluketjut alueella

Vastaajista suurin osa (50/60) vastasi kysymykseen alueellisista hoitopoluista. Vastaajista 44 prosenttia kertoi alueellaan olevan sovittuja hoitopolkuja väkivaltaa kokeneille alaikäisille. Vastaajista 16 prosenttia vastasi, että hoitopolkuja ei ole. Vastaajista 40 prosenttia ei tiennyt, oliko heidän alueellaan sovittuja hoitopolkuja.

TYKS-erva-alueelta kyselyn vastauksena saatiin yksi palvelupolkujen mallinnus (Kuvio 16). Tässä kuvauksessa oli mallinnettu sitä, miten toimitaan väkivaltaepäilyn herätessä eri kunnallisissa palveluissa aina neuvolapalveluista vanhus-tenhuoltoon. Varsinaisia tuen ja hoidon polkuja tilanteissa, joissa väkivalta on jo todennettu ja tarvitaan tutkintaprosessin aikaisten kokemusten ja/tai itse väkivaltakokemusten käsittelyyn liittyviä hoito- ja tukipalveluita, ei tämän kyselyn avulla TYKS-erva-alueelta saatu. Kyselyn vastausten ja täydentävien haastattelujen perusteella on kuitenkin mahdollista hahmottaa palvelurakennetta ja palveluketjuja sekä siinä esiintyviä ongelmakohtia.



Kuvio 16. Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen toimintaohje, Raision kaupunki.

Perusterveydenhuolto

Perustason palvelujen tehtäviin näyttää vastausten perusteella kuuluvan luontevasti väkivallan tunnistaminen ja puheeksi ottaminen, ensivaiheen tuki sekä tutkintaan ja jatkohoitoon ohjaaminen. Vastauksissa tuli esiin peruspalvelujen rooli tärkeinä matalan kynnyksen palveluina, joiden päätehtävä on seulonnessa, väkivallan varhaisessa tunnistamisessa ja jatkotuen järjestämisessä. Monet vastaajat kokivat, että väkivaltakokemusten tutkinnan, arvioinnin ja hoidon ei tulisi sijoittua peruspalveluihin, vaan asiaan perehtyneille erityispalveluille.

- ”Olemme tärkeässä roolissa asiaa kysymässä jokaisella terveystarkastuskäynnillä, kysyessä annetaan lapselle lupa puhua asiasta. Ohjaamme kouluterveydenhuollossa tulleet tapaukset heti eteenpäin.” (terveydenhoitaja/sairaanhoitaja, kouluterveydenhuolto, Varsinais-Suomi)
- ”Peruspalvelut ovat erityisen tärkeitä väkivallan puheeksi ottamisen ja havainnoinnin näkökulmasta. Peruspalvelut kulkevat joka tapauksessa rinnalla, vaikka väkivaltakokemus hoidettaisiin tietyssä yksikössä. On tärkeää, että asia on tiedossa kaikissa palveluissa eikä siltä tule sulkea silmiä muuallakaan. On kuitenkin tärkeä, että hoitoa toteuttavat ne, jotka ovat siihen perehtyneet.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, järjestö, Varsinais-Suomi)
- ”Tunnistaminen ja lapsen tukeminen arjessa tärkeää neuvola, oppilasta ja opiskelijahuollossa ja perusterveydenhuollossa. Kasvatus- ja perheneuvolapalveluihin perustason erityispalveluna erilaiset väkivallan psykososiaaliset hoitomuodot voisivat soveltua.” (erikoissairaanhoito, Varsinais-Suomi)

Perheneuvola mainittiin sekä lähettävänä että vastaanottavana tahona sekä muissa peruspalveluissa että erikoissairaanhoidossa ja järjestötasolla. Kasvatus- ja perheneuvola on yleensä kunnan sosiaalipalveluihin kuuluva tukea ja neuvontaa tarjoava palvelu, eikä siten suoranaisesti profiloitu lasten ja nuorten mielenterveyshoidon palveluksi. Perheneuvoloissa kuitenkin toteutetaan lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin kuuluvia tehtäviä, kuten psykologin tekemää lasten psykologista arviointia, joissain perheneuvoloissa on lastenpsykiatrian erikoislääkärin työpanosta ja perheneuvoloiden työntekijöillä voi olla esimerkiksi monenlaisia psykoterapiakoulutuksia. Muutamat kyselyyn ja täydentävään haastatteluun osallistuneet perheneuvolan työntekijät raportoivat kuitenkin heille ohjautuvan vain hyvin pienessä

määrin väkivaltaa kokeneita lapsia ja nuoria, joilla tulossyynä olisi nimenomaan väkivaltaan liittyvät kokemukset.

”Mää en muista, että yhtään olis tullu sellasella alkutilanteella, että laps on kokenu väkivaltaa ja että saisko perheneuvolasta apua.”
(psykologi, Kasvatus- ja perheneuvola)

Lastensuojelu

Lastensuojelulle jää iso vastuu tutkintaan ja hoitoon ohjaamisesta sekä perheen tukemisesta tutkintaprosessin aikana. Vastaajat näkivät lastensuojelun roolissa kuitenkin myös paljon kehittämisen tarpeita.

”Lastensuojelun sosiaalityöntekijä on mielestäni itseoikeutettu koordinoija lastensuojelulain takia.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, Kasvatus- ja perheneuvola, Varsinais-Suomi)

”Lastensuojelutyöntekijä tarvitsee perehdytyksen ja tuen jatkokoulutuksineen, sekä rohkeuden ja ilon vaativaan työhönsä.”
(sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, Kasvatus- ja perheneuvola, Varsinais-Suomi)

Monen vastaajan vastauksissa lastensuojelun henkilökunnan vaihtuvuus, resursointi ja epätasainen osaaminen koettiin ongelmalliseksi. Lastensuojeluun olisi toivottavaa saada pysyvät työntekijät ja työhön akuutimpaa otetta. Vastaajat toivoivat myös sujuvampaa yhteistyötä lastensuojelun ja terveydenhuollon välillä.

”Lastensuojelussa epätasaisesti osaamista ja resurssia väkivaltatyöhön. Lastensuojelun työntekijät saattavat olla liian yksin arvioimassa ja tekemässä päätöksiä. Lastensuojelun tehtäväksi jää usein perheen motivoiminen ja ohjaaminen hoitoon. Palvelut eivät integroidu keskenään -psykososiaalinen hoito voi jäädä lastensuojelun prosessista irralliseksi. Systeeminen toimintamalli voisi tuoda ratkaisuja näihin haasteisiin.” (erikoissairaanhoido, Varsinais-Suomi)

Kyselyyn vastanneet lastensuojelun ammattilaiset korostivat yhteistyön merkitystä eri toimijatahojen välillä. Koettiin, että hoitavaa tahoja pitäisi saada työskentelyyn mukaan varhaisessa vaiheessa, sekä enemmän yhteistyötä poliisin kanssa. Tuki- ja hoitoprosessien selkeyttämistä ja yhteisiä käytäntöjä eri viranomaistahojen välillä toivottiin myös.

”Yhteiset käytännöt ja hoitopolut koko maahan terveydenhuollon ja poliisin kanssa.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, lastensuojelu, Varsinais-Suomi)

Erikoissairaanhoido

Erikoissairaanhoido profiloituu laajaa ja vaativaa erityisosaamista tarjoavana arviointi- ja jatkohoitotahona, mistä lapsia ohjataan terapiapalvelujen ja muun kuntoutuksen piiriin.

”Erikoissairaanhoidossa ammattitaitoa on kyettävä arvioimaan kokonaisuus niin, että siinä tulee arvioitua ikään kuin solutasolta alkaen yksilötasolle, perhetasolle, verkostotasolle, jopa yhteiskunnan laajemmalle tasolle ja sitten kohdentaa hoito sellaselle alueelle, jossa sitä joko eniten tarvitaan tai josta on helpoin sisäänpääsy lapsen ongelmiin. Ja sit on se raadollisuus, että se mitä hoitoa on saatavilla, koska realiteetti on se, et vaik nähdään, että tämä yksilö tai tämä perhe tarvitsis tällaista hoitoa, sitä ei ole saatavilla. Eli meidän haaste on räätälöidä paras mahdollinen hoitomuoto saatavilla olevista sillä hetkellä.” (erikoislääkäri, erikoissairaanhoido).

Erikoissairaanhoidon suurimpana ongelmana vastauksissa esiin nousi resurssikysymykset. Perus- ja järjestötasolta toivottiin erikoissairaanhoidon konsultaatiomahdollisuutta.

Järjestöt

Kolmannen sektorin rooli näyttäytyi vastauksissa niin ikään erityisosaamista tarjoavana keskeisenä toimijana väkivaltatyön kentällä. Järjestötoiminnan ongelmana näyttäytyi virallisen aseman puutteesta johtuva yhteistyön hankaluus ja yhteensovittaminen julkisten palvelujen kanssa sekä usein projektiluontoinen rahoitus.

”Järjestöpuolella tiedot eivät tallennu kantajärjestelmiin, ja kontaktia hoitaviin lääkäreihin on vaikea saada.”
(sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, lastensuojelu, Satakunta)

Psykoterapiapalvelut

LASTA-hankkeen loppuvaiheessa Varsinais-Suomen alueen yksityisille sekä julkisen sektorin palveluissa työskenteleville psykoterapeuteille tehtiin kysely, jossa kartoitettiin psykoterapeuttien koulutusta, kokemusta ja erityisosaamista vakavien traumojen hoidossa. Kysely osoitti, että palveluja on saatavilla, mutta niihin ohjautuminen on sattumanvaraista. Lisäksi kyselyn kautta ilmeni, että erityisesti vakavan trauman hoitoon perehtyneitä psykoterapeutteja oli lukumäärällisesti vähän (Sinkkonen & Mäkelä, 2017).

Kyselyn tekemisen jälkeen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on tehostettu traumatyön erityisosaamista järjestämällä Traumafokusoidun käyttäytymisterapian (TF-KKT) koulutusta ja narratiivisen altistusterapian (NET) koulutusta. Näihin koulutuksiin osallistui yhteensä 45 lasten ja nuorten kanssa työskentelevää ammattilaista vuosina 2017–2018.

Nykyisten toimintatapojen ja työmallien toimivuus ja kehittämiskohteet

Kyselyn vastausten ja syventävien haastattelujen perusteella toimintatavoissa on vielä paljon kehitettävää. Vastausten teemoja voi jaotella neljään kategoriaan. Ensimmäinen on tutkinnan ja tuen ja hoidon yhteensovittamiseen liittyvät haasteet. 65 % vastaajista (n = 37) koki esitutkinnan hankaloittavan tuen ja hoidon tarjoamista. Vastaajat kertoivat, että esitutkinta kestää pitkään ja sen vaiheesta on vaikea saada tietoa. Vastaajilla oli myös se käsitys, että esitutkinnan aikana työskentelyä lapsen kanssa ei voi aloittaa ilman poliisin lupaa. Osa vastaajista kertoi ainakin varovansa väkivalta-kokemusten puheeksi ottamista esitutkinnan ollessa kesken.

”Poliisin esitutkinta hidas ja vaikeuttaa lastenpsykiatrian toimintaa, kun pitää varoa ottamasta lapsen kanssa puheeksi väkivaltaa, vaikka se on keskeinen osa tulositytä.” (erikoissairaanhoito)

”Emme aloita mitään toimenpiteitä ennen kuin poliisi on antanut siihen luvan, ellei lapsella ole ilmeistä vaaraa joutua uudestaan kaltoinkohdelluksi. Siinä tapauksessa toimimme välittömästi välittämättä poliisin prosesseista.” (lastensuojelu)

Toinen vastaajien kokema haaste oli erilaisten tuen ja hoidon palvelujen yhteensovittaminen. Hoitopolut koettiin epäselviksi, samoin kuin työnjako eri toimijoiden välillä. Vastaajat kokivat myös epätietoisuutta toisen toimijan työskentelytavoista. Eräs vastaaja peräänkuulutti yhteistä selkeää prosessikaaviota hoitopolusta.

”Mielestäni hoitopolusta pitäisi olla oma, selkeä prosessikaavionsa, jota voisi jokaisella taholla noudattaa.” (sosiaalityöntekijä/sosiaaliohjaaja, lastensuojelu, Satakunta)

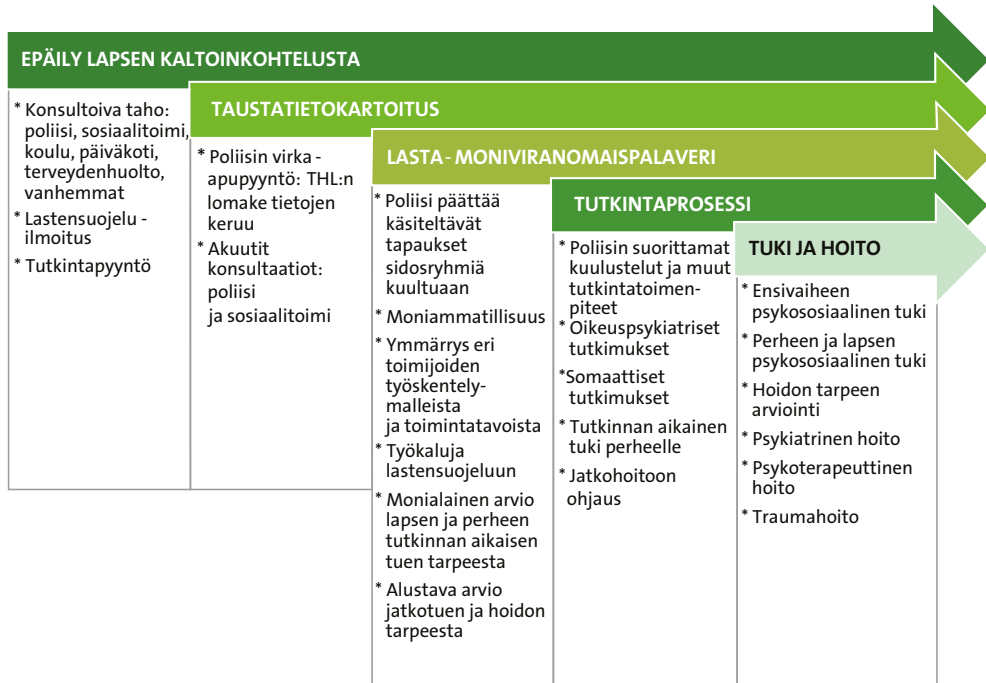
Kolmas usean vastaajan esiin nostama haaste liittyi hoidon saatavuuteen, johon liittyi erilaisia vaikeuksia. Osa vastaajista toi esiin rakenteellisia haasteita, kuten palvelujärjestelmän kuormitus, pirstaleisuus ja muuttuminen sekä aika- ja resurssipula palvelujärjestelmän monilla eri tasoilla. Esiin tuli myös kokemus hoitopaikkojen puuttumisesta. Jatkohoidon löytyminen voi olla riippuvaista asuinkunnasta ja yleisesti vastauksissa toistui vaihtoehtojen vähyys. Lisäksi monissa vastauksissa tuotiin esiin osaamiseen ja työmenetelmiin liittyvää puutteellisuutta, väkivalta- ja traumaosaamisen vähäisyyttä sekä toivetta lisätiedosta ja koulutuksesta toimiviin työmenetelmiin liittyen.

Kysely ja syventävät haastattelut toivat esiin myös monenlaisia alueellisia koulutustarpeita. Vastauksia voi luokitella neljään pääkategoriaan. Toivottiin 1. alueellisten hoitopolkujen selkiyttämistä sekä tietoa hoitotahoista ja hoitoon ohjautumisen prosesseista, 2. prosessinomaista, tapauskonsultaatioihin perustuvaa työnohjauksellista koulutusta, 3. väkivalta-, kriisi- ja traumaosaamista syventävää koulutusta sekä 4. väkivallan tunnistamiseen ja puheeksi ottamiseen liittyvää koulutusta.

Pohdinta ja uudet avaukset

TYKS erityisvastuualueen vastauksia on tässä kappaleessa esitelty laadullisen tarkastelun avulla. Pyrkimyksenä on ollut nostaa esiin vastauksissa toistuvia teemoja sekä joitakin alueellisia erityispiirteitä. TYKS erityisvastuualueella on tehty jo paljon työtä väkivallan tunnistamisen, puheeksi ottamisen ja tutkintaan ohjauksen saralla. Lasta-hankkeen aikana Varsinais-Suomessa on tarjottu koulutusta sivistys-, sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille lähisuhdeväkivallan tunnistamisesta ja puheeksi ottamisesta. Alueella toimii tämän kehittämistyön myötä nk. Luotsi-verkosto, johon on koulutettu yli 200 ammattilaista. Luotsit ovat si-so-te-ammattilaisia, jotka ovat saaneet lähisuhdeväkivallan tunnistamisen, puheeksi ottamisen ja tuen piiriin ohjaamisen koulutusta ja joiden tehtävänä on kouluttaa omassa toimipisteessään olevat työntekijät näihin teemoihin (Santala ym., 2018). Lounais-Suomen aluehallintoviraston järjestämänä tälle ryhmälle on tarjottu syventäviä koulutuksia kerran vuodessa.

Lasta-hankkeen aikana kehitetty monialainen Lasta-toimintamalli on käytössä Varsinais-Suomen alueella. Satakunnassa on ollut käytössä kaltoinkohteluepäilyjen viranomaisyhteistyötä koordinoiva Lapa-malli. Molemmissa malleissa on pyritty tutkinnan koordinoinnin lisäksi varmistamaan väkivaltaepäily tutkinnassa olevien lasten tuen ja hoidon piiriin ohjautumista. Lasta-toimintamallia ollaan Barnahus-hankkeen aikana jalkauttamassa koko TYKS:n erityisvastuualueelle.



Kuvio 17. Väkivaltaepäilyn tutkinta ja hoito

Edellä oleva Kuvio 17 on mukailtu Lasta-mallia (ks. Sinkkonen & Mäkelä, 2017) esittelevästä kaaviosta. Kuten kaaviosta nousee esiin, monialaisessa Lasta-palaverissa mahdollistuu monen viranomaisen yhteinen pohdinta lapsen ja perheen tuen ja hoidon tarpeesta. Palaverissa keskustelussa on tutkinnan aikainen tuki, mutta usein moniammatillista pohdintaa tehdään myös jo lapsen ja perheen hoidontarpeen arvio ja jatkotuen järjestämisestä. Kuten tämäkin kysely osoitti, lastensuojelun rooli nähdään hyvin keskeisenä lapsen ja perheen tuen palvelujen koordinoinnissa ja jatkotuen järjestämisessä. Lasta-moniviranomaispalaveri voi parhaimmillaan antaa lastensuojelun sosiaalityöntekijälle tukea tähän koordinoitutyöhön ja tarjoaa mahdollisuuden terveydenhuollon ammattilaisten konsultointiin jo tässä varhaisessa vaiheessa. Tutkintavaiheessa tuen ja hoidon tarvetta arvioidaan systemaattisesti lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian yksikköön ohjautuvien lasten osalta. Yksiköstä annetaan jatkohoitosuosituksia ja järjestetään palautekäyntejä perheelle. Myös somaattisiin tutkimuksiin ohjautuneet lapset saavat terveydenhuollon ammattilaisten tekemää seuranta ja jatkohoitoon ohjausta. Lisäksi poliisi ohjaa lapsia ja perheitä suoraan monien palvelujen piiriin. Kaavio päättyy tuen ja hoidon osioon, joka pitää sisällään ensivaiheen psykososiaalisen tuen ja perheen ja lapsen laaja-alaisen psykososiaalisen tuen lisäksi hoidontarpeen arvioinnin ja sen jälkeiset erilaiset

hoitointerventiot. Tämän julkaisun tehtävänä on ollut valottaa erityisesti tätä hoidon ja tuen osa-alueetta.

Haasteena on edelleen se, että väkivaltaa kokeneiden lasten tuen ja hoidon palvelupolkuja on mallinnettu vähän tai ei ollenkaan, ja väkivaltatyön erityisosaamista tarjoavia palveluja on yleisesti ottaen vähän ja niiden saatavuudessa on suuria alueellisia eroja. Väkivaltaa kokeneet lapset ja nuoret arvioidaan ja hoidetaan osana tavanomaisia paikallisia lasten ja nuorten sosiaali- ja terveyspalveluja. Väkivaltakokemus on merkittävä riski erilaisten psyykkisten haittojen muodostumiselle. Väkivaltaa kokeneiden lasten tilannetta on arvioitava kokonaisvaltaisesti, varmistaen lapsen turvallisuus (väkivaltaisen elämäntilanteen loppuminen), arvioiden väkivaltakokemusten psyykkiset vaikutukset lapsiyksilölle (traumainformoitu arvio) sekä lapsen elämässä olevien aikuisten mahdollisuuden tukea ja turvata lapsen tarvitsemaa hoitoa. Näiden arvioiden pohjalta tulisi löytää ja räätälöidä lapsen kokonaistilanteen kannalta parhaat tuen ja hoidon muodot. Itse väkivaltakokemusten hoidon tulisi olla traumainformoitua, sisältäen psyykkisen oireilun arvion ja turvalliset, näyttöön perustuvat traumainterventiot ja muut tarvittavat interventiot. Lasten ja nuorten tuen ja hoidon palveluja tarjoavilla tahoilla tarvitaan siis yhtäaikaaisesti monialaista laajaa kokonaistilanteen arviointia ja huomioimista sekä osaamista väkivallan erityisten vaikutusten arviointiin ja tutkittuihin hoitomenetelmiin.

Väkivaltakokemusten kanssa työskentelyssä erityisesti lapsen kokemusten huomioiminen ja traumatisoitumisen ymmärtäminen saattaa osassa palvelujärjestelmää olla vielä vähäisempää ja usein vasta spesifien koulutusten kautta tämä ilmiö avautuu työntekijöille.

”Nyt tän koulutuksen (TF-KKT) myötä aattelin, että mä en oo koskaan täällä perheneuvolassa käyttäny mitään post-traumaattisen häiriön oirelistaa kenenkään perheen kanssa. Et ehkä on sit enemmän pyritty puhumaan vanhempien kanssa, et miten he on pyrkinny hillitsemään itteensä esim. sellasessa tilanteessa, jossa on sit otettu vähän kovin kiinni. Mietitty sitten et mikä on väkivallan raja ja näin.” (psykologi, perheneuvola)

Ymmärrys tämän tematiikan monialaisuudesta ja vaativuudesta haastaa työntekijät alueellisten palveluketjujen rakentamiseen, sujuvien organisaatorajat ylittävien ohjaus- ja yhteistyökäytäntöjen kehittämiseen ja riittävän väkivaltatyön osaamisen varmistamiseen hoitoa ja tukea tarjoavissa palveluissa. Tyttöjen talon seksuaaliväkivaltatyön työntekijän syventävässä haastattelussa nousi esiin kannatettava paikallinen organisaatorajat ylittävä psykososiaalisen tuen yhteistyötapa, jossa järjestösektorin työntekijä voisi toimia työparina julkisissa palveluissa työskentelevän kanssa.

”Mä kävin puhumassa oppilashuoltohenkilöstölle ja yritin tarjota itteeni sinne työpariks. Kun useestihan oppilashuollon työntekijällä, on se sit terveydenhoitaja, psykologi, kuraattori tai psykiatrinen sairaanhoitaja, niin on se kontakti siihen nuoreen ja mää ajattelen, et sitä ei oo välttämättä järkee lähtee rikkomaan. Nuoren siirtäminen on aina vaikeeta..., nii et hän vois jatkaa sitä työskentelyy siellä ja mää voisin työskennellä perheen kaa tai vanhempien kaa ja ehkä vois tavata joskus yhdessä. Nii tää vois mun mielestä toimia näiden alaikäisten kohdalla.” (seksuaaliväkivaltatyöntekijä, Tyttöjen talo)

Yhtenä ratkaisuna voisi olla myös lasten väkivaltakokemusten arviointiin ja hoitoon erikoistunut yksikkö, joka voisi toimia OT-keskus kehitystyön mukaisesti (Halila ym., 2019) tarjoten työnohjausta ja koulutusta palvelujärjestelmään.

”Näkisimme, että oikeuspsykiatrian yksikkö voisi olla keskeisemmin koulutusta ja työnohjausta tarjoava yksikkö. Oikkariryksiköiden asiantuntemusta olisi hyvä saada jalkautettua enemmän kentälle.” (vastaajaryhmä, Lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian tutkimusyksikkö)

TYKS-erva-alueen Barnahus-hankkeessa on käynnistymässä alueellisia koulutuksia, joiden tarkoituksena on syventää lasten ja nuorten tuen ja hoidon palveluissa työskentelevien ammattilaisten osaamista väkivaltakokemusten psykososiaalisten vaikutusten arvioimisessa, tukemisessa ja hoidossa. Kohderyhmänä on lasten ja nuorten hoito- ja tukipalvelujen ammattilaiset erikoissairanhoidosta, perusterveydenhuollosta, oppilashuollosta, sosiaalitoimesta ja kolmannelta sektorilta. Koulutusten tavoitteena on oppia arvioimaan väkivaltaa kohdanneen lapsen ja perheen psykososiaalisen tuen tarvetta sekä laatimaan hoitosuunnitelmaa ja työnjakoa yhteistyössä alueen muiden toimijoiden kanssa. Koulutukseen osallistuvat saavat tietoa väkivalta- ja traumatyön näyttöön pohjautuvista arviointi- ja hoitomenetelmistä ja koulutuksen aikana vahvistetaan ja selkeytetään väkivaltaa kokeneen lapsen alueellisia hoitopolkuja. Tämän tyyppinen alueellinen kouluttaminen voisi jatkossa soveltua hyvin oikeuspsykiatrian yksikön toteuttamaksi koulutukseksi, mikäli Barnahus-hankkeen kehittämistyön kautta oikeuspsykiatrian yksiköiden toimintaan saadaan sisällytettyä Barnahus-standardien¹² mukaiset hoidon ja tuen koordinointi- ja asiantuntijapalvelut.

12 http://www.childrenatrisk.eu/promise/wp-content/uploads/FI_StandardsSummary_FINAL.pdf

6 Potentiaalisten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden hoito, tuki ja kuntoutus

Nita Taivaloja ja Nina Nurminen

Lapsiin ja nuoriin kohdistuvan seksuaaliväkivallan ennaltaehkäisyssä on perinteisesti panostettu erityisesti lasten suojelemiseen ja heidän turvataitojensa parantamiseen. Myös seksuaalirikokseen syyllistyneiden kuntoutuksessa on painotus ollut pitkään uusintarikollisuuden ehkäisemisessä. Tehokkainta lastensuojelua ja lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten ennaltaehkäisyä on painopisteen siirtäminen suoje- lukeskeisyydestä ja korjaavasta toiminnasta preventiivisen tuen tarjoamiseen henki- löille, joiden seksuaalinen kiinnostus kohdistuu lapsiin ja/tai joilla on riski syyllistyä lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen. Artikkelissa esitellään suunnitelma näille henkilöille suunnatuista primaari-, ja sekundaaritasojen ehkäisevistä hoitopoluista sekä ehdotus hoitopolkujen intergroimisesta osaksi julkista sosiaali- ja terveyden- huollon palvelujärjestelmää.

Suomessa ei ole luotu yksiselitteistä hoitosuositusta eikä ennaltaehkäisevän hoidon ja tuen järjestelmää henkilöille, joiden seksuaalinen kiinnostus kohdistuu lapsiin tai joilla on muuten riski syyllistyä lapseen kohdistuvaan seksuaalirikok- seen. Vastoin yleistä käsitystä, kaikki lapsista seksuaalisesti kiinnostuneet eivät syyllisty seksuaalirikoksiin eikä kaikilla lapsia seksuaalisesti hyväksikäyttävillä ole lapsiin kohdistuvaa seksuaalista kiinnostusta. Tällä hetkellä julkisesti tuotettujen tukimuo- tojen painotus on Rikosseuraamuslaitoksen alaisuudessa tapahtuvissa, seksuaali- rikoksesta tuomituille suunnatuissa kuntouttavissa ohjelmissa. Kaikille seksuaa- lirikoksista tuomituille ei kuitenkaan voida osoittaa paikkaa kuntoutuksessa eikä ohjelmilla pystytä tavoittamaan piiloon jääviä seksuaalirikoksen tekijöitä, jotka eivät jää teostaan kiinni. Hoidon ja tuen saamisen osalta merkittävien väliinputoajajoukko ovat henkilöt, jotka eivät ole tehneet seksuaalirikosta, mutta joiden riski syyllistyä lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen lapsikohtaisen seksuaalisen kiinnostuksen tai muun motivaatiotekijän vuoksi on kohonnut. Jo ensimmäisen rikos on kuitenkin mahdollista ennaltaehkäistä varhaisella tuella ja interventtiolla.

Ennaltaehkäisevän hoidon järjestämisen tarvetta puoltaa Euroopan neuvos- ton yleissopimus lasten suojelemisesta seksuaalista riistoa ja seksuaalista hyväksi- käyttöä vastaan (88/2011), jota Suomi on sitoutunut noudattamaan. Niin sanottu

Lanzaroten sopimus määrittää, että henkilöillä, jotka pelkäävät voivansa syyllistyä lapsen kohdistuvaan seksuaalirikokseen, on oltava asianmukainen mahdollisuus päästä tehokkaiisiin ennaltaehkäiseviin interventio-ohjelmiin tai toimenpiteisiin, jotka on suunniteltu rikoksentekoriskin arvioimiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi. Tukea tulisi siis olla saatavilla jo silloin, kun huoli omasta seksuaalisuudesta herää – ei vasta rikoksen tapahduttua. Tässä artikkelissa kerromme Suomessa tällä hetkellä tarjottavasta hoidosta, tuesta ja kuntoutuksesta henkilöille, joilla on riski syyllistyä lapsen kohdistuvaan seksuaalirikokseen sekä teemme ehdotuksen erityisesti primaari- ja sekundaaritasojen ennaltaehkäisevien toimenpiteiden järjestämisestä tulevaisuudessa. Esittelemme myös suunnitelman näille henkilöille suunnatusta hoitopolusta, jonka integroimista osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää tulisi ryhtyä valmistelemaan.

6.1 Lapsikohteinen seksuaalinen kiinnostus ja rikosten tekijät

6.1.1 Mitä on lapsikohteinen seksuaalinen kiinnostus?

Seksuaalisesta kiinnostuksesta lapsia kohtaan käytetään psykiatriassa termiä *pedofilia* ja henkilöistä kansankielellä nimeä *pedofiili*. Maailman terveysjärjestö WHO:n ICD-10 tautiluokituksessa pedofilialla tarkoitetaan seksuaalista taipumusta, jossa henkilön seksuaaliset ajatukset, mielikuvat ja halut kohdistuvat pääsääntöisesti itseä huomattavasti nuorempiin alle murrosikäisiin lapsiin. Pedofilia sijoittuu tautiluokituksessa sukupuoli- ja kohdehäiriöt -luokkaan ja sen diagnostinen koodi on F65.4. Luokituksen mukaan kyseessä on ”sukupuolisen kiinnostuksen ensisijainen kohdistuminen lapsiin, tavallisesti esi- tai varhaisnuoruuksikäisiin poikiin tai tyttöihin taikka molempiin.” Pedofilian diagnostisina kriteereinä ovat, että a) henkilö täyttää sukupuolisten kohdehäiriöiden yleiset kriteerit, b) henkilön halu seksuaaliseen toimintaan esimurrosikäisen lapsen tai lasten kanssa on vallitseva tai pysyvä, c) henkilö on vähintään 16-vuotias ja kriteerin b) osalta vähintään viisi vuotta kohdettaan tai kohteitaan vanhempi. Pedofilian rinnalla voidaan puhua myös *hebefiliasta*, jossa henkilön seksuaaliset ajatukset, mielikuvat ja halut kohdistuvat pääsääntöisesti juuri murrosiän saavuttaneisiin lapsiin (Seto, 2012, s. 232).¹³

13 Tässä artikkelissa käytämme termiä pedofilia tai pedofiili viitattaessamme psykiatriseen diagnoosiin tai diagnoosin saaneeseen henkilöön. Muissa tapauksissa käytämme yleistermejä ”lapsikohteinen seksuaalinen kiinnostus” tai ”lapsen kohdistuva seksuaalinen kiinnostus/mielitymys” viitattaessamme henkilöihin, joiden seksuaalinen kiinnostus kohdistuu ensisijaisesti suojaikärajan alittaviin lapsiin. Näiden kattotermien alla pedofiilisellä seksuaalisella kiinnostuksella tarkoitetaan seksuaalisen kiinnostuksen kohdistumista esibuberteetti-ikäisiin lapsiin ja hebefiilisellä seksuaalisella kiinnostuksella puberteetti-ikäisiin. Lapsen seksuaalisella hyväksikäytöllä viittaamme tilanteisiin, joissa aikuinen rikkoo lapsen seksuaalista koskemattomuutta ja lakia.

Seto (2012) on esittänyt, että seksuaalihäiriön tai parafilian sijaan pedofilia tulisi nähdä seksuaalisena suuntautumisenä, jossa seksuaalisen mielenkiinnon kohteen sukupuolen sijaan on kyse mielenkiinnon kohteen iästä. Useat tutkijat ja kliinistä työtä tekevät asiantuntijat katsovat lapsikohtaisen seksuaalisen mieltymyksen olevan elinikäinen piirre, josta tullaan usein tietoiseksi jo nuoruudessa. Lapsikohteista seksuaalista kiinnostusta kokevan henkilön hoito ei siten tyypillisesti kohdistu kiinnostuksen eliminoimiseen, vaan itsesäätelykeinojen hallinnoimiseen ja mieltymyksen kanssa elämiseen. (Seto, 2012; Cantor & McPhail 2016, 122.) Marshall (2008) on osoittanut, että terapian avulla lapsikohteinen seksuaalinen kiinnostus voi tosin ajan myötä muuttua (seksuaalinen kiinnostus lapsiin heikentyä ja kiinnostus aikuisiin vahvistua), mutta pitkäaikaistutkimusta asiasta ei ole tehty.

Lapsikohtaisen seksuaalisen kiinnostuksen esiintyvyydestä ei ole tarkkaa lukua. ICD-10 tautiluokituksessa esitetään, että pedofilia ei usein koske naisia ja tutkimustietoa naisten osuudesta on myös toistaiseksi vähän. Kansainvälisissä tutkimuksissa on esitetty, että lapsiin kohdistuvaa seksuaalista kiinnostusta olisi jopa viidellä prosentilla miehistä (Seto, 2008; Seto, 2012). Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan (Alanko ym. 2013; Santtila ym. 2010) kuitenkin vain noin 3 % aikuisista miehistä raportoi kokeneensa edeltävän vuoden aikana seksuaalista mielenkiintoa alle 16-vuotiaisiin. Alle 12-vuotiaisiin kohdistuvasta seksuaalisesta mielenkiinnosta raportoi 0,2 prosenttia.

Lapsiin kohdistuvista seksuaalirikoksista puhuttaessa syntyy usein ajatusvääristymä siitä, että kaikki lapsiin kohdistuvia seksuaalirikoksia tekevät henkilöt ovat seksuaalisesti kiinnostuneita lapsista. Lisäksi yleistä keskustelua leimaa uskomus, että kaikki lapsista seksuaalisesti kiinnostuneet henkilöt tekevät lapsiin kohdistuvia seksuaalirikoksia. Eri arvioiden (mm. Beier, 1998; Seto 2008, 2019) mukaan lapsiin kohdistuneisiin seksuaalirikoksiin syyllistyneistä kuitenkin vain noin puolella ensisijainen seksuaalinen kiinnostus kohdistuu lapsiin. Muilla seksuaalirikos liittyy muuhun tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn problematiikkaan. Kaikki lapsista seksuaalisesti kiinnostuneet henkilöt eivät siis tee seksuaalirikosta lasta kohtaan (Babchishin, Nunes & Kessous, 2014). Lapsikohteinen seksuaalinen kiinnostus on kuitenkin keskeinen sekä seksuaalirikoksia aikaansaava motivaatiotekijä että toistuvaan seksuaalirikoskäyttäytymiseen liittyvä uusimisriskitekijä. (esim. Mann, Hanson, & Thornton; 2010; Hanson & Bussiere, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2005.) Uusimisriskitekijänä ”poikkeavalla seksuaalisella kiinnostuksella” (deviant sexual interest) viitataan kriminalisoidun seksuaalikäyttäytymisen kolmeen ulottuvuuteen: 1) Seksuaalisen kiinnostuksen kohdentuminen ei-tyypillisiin kohteisiin, esim. pedofiilinen seksuaalinen kiinnostus, 2) Seksuaalisen itsesäätely taso sekä 3) ”Seksuaalisuuden voimakkuus” (intensity of sexuality) eli kuinka hallitsevia ja pakottavia ko. seksuaaliset impulssit ovat. Henkilöt, joilla lapsikohteinen seksuaalinen kiinnostus ei ole johtanut lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön, on hyvä itsesäätely ja he ovat integroineet lapsikohtaisen seksuaalisen kiinnostuksen osaksi identiteettiään ja elämäänsä tavalla, joka ei johda muita vahingoittavaan toimintaan. (Hanson 2010.)

Vaikka lapsikohteisella seksuaalisella kiinnostuksella on yhteys lasten seksuaaliseen hyväksikäyttöön sekä aikaansaavana että ylläpitävänä tekijänä, yhteys kiinnostuksen ja hyväksikäytön välillä ei ole suoraviivainen (Seto 2008). Seksuaalirikokseen johtavan käyttäytymisen taustalla vaikuttaa useita tekijöitä (kts. esim. Ward & Beech 2006) eikä kattavasti ole kyetty selittämään, mitkä tekijät ylipäänsä erottavat lasten seksuaaliset hyväksikäyttäjät ei-hyväksikäyttäjistä (Seto 2019). Haastavaksi ilmiön kaikenkattavan selittämisen tekee lasten seksuaalisten hyväksikäyttäjien heterogeenisyys (Bickley & Beech 2001). Perinteinen tapa on tehdä luokitteluja lapsikohteisen seksuaalisen kiinnostuksen ensisijaisuuden perusteella. Voidaan puhua preferentiaalisista lapsen seksuaalisista hyväksikäyttäjistä, jolloin tekijän seksuaalinen mieltymys kohdistuu ensisijaisesti lapsiin. Usein tällainen henkilö kokee myös emotionaalista samaistumista lapseen (ei kuitenkaan välttämätöntä) ja hänellä on myös paljon seksuaalista hyväksikäyttöä sallivia asenteita. Tällaisia henkilöitä voidaan kutsua myös fiksoituneiksi pedofiileiksi. Situationaalisella lapsen seksuaalisella hyväksikäyttäjällä (voidaan käyttää myös termiä regressoitunut pedofiili) seksuaalinen mieltymys sen sijaan kohdistuu ensisijaisesti aikuisiin hyväksikäytön liittyessä henkisesti kuormittaviin elämäntilanteisiin, joissa aikuinen kumppani ei ole saatavilla. (Groth, Hobson & Gary, 1982, kuvattu artikkelissa Bickley & Beech 2002; Robertiello & Terry 2007). Situationaalisilla hyväksikäyttäjillä uhrin ovat useinmiten perheenjäseniä ja siksi heitä voidaan kutsua myös ”insect offenders” (Beech 1998).

6.1.2 Miten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekemistä on selitetty?

Ilmiönä lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön johtava käyttäytyminen on kompleksinen (esim. Ward & Beech 2004). Vaikka lapsikohteinen seksuaalinen kiinnostus on keskeinen lasten seksuaaliseen hyväksikäyttöön altistava ja hyväksikäyttöä ylläpitävä riskitekijä, (esim. Mann, Hanson, & Thornton; 2010; Hanson & Bussiere, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2005), vain vain 50–60 prosenttia lapsen seksuaalisista hyväksikäyttäjistä tuntee ensisijaista seksuaalista mieltymystä lapseen. On myös henkilöitä, jotka tuntevat lapsikohteista seksuaalista kiinnostusta, mutta eivät koskaan etene kiinnostuksesta toiminnan tasolle (Seto 2008, 2019). Minkälaiset tekijät saavat aikaan lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä ja kuinka lapsikohteinen seksuaalinen mieltymys johtaa tai ei johda lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön? Asiaa voidaan tarkastella teoreettisten mallien kautta, esim. Finkelhor (1984) Precondition-malli, Ward & Hudson (1998) Pathway-malli, Seto (2019) Motivation-facilitation-model ja Ward & Stewart (2003) Good Lives Model (GLM)-teoria. Kaikkia em. malleja yhdistää lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön johtavan käyttäytymisen näkeminen vaiheittaisena ja erilaisiin motivaatiotekijöihin, altistaviin riskitekijöihin ja yksilölliseen ajatteluun, käyttäytymiseen ja tilanteisiin liittyvänä.

Finkelhorin (1984, 1997) mukaan neljän edellytyksen tulee toteutua ennen kuin lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö voi tapahtua. 1) Tekijällä tulee olla motiivi käyttää lasta seksuaalisesti hyväksi. Motivaatiotekijöitä on kolmenlaisia ja ne voivat esiintyä yhdessä tai erikseen: Pedofiilinen tai hebefiilinen seksuaalinen kiinnostus, jolloin tekijä kiihottuu seksuaalisesti lapsista. Emotionaalisella samaistumisella lapseen tarkoitetaan tilannetta, jossa aikuinen kokee tunnesuhteen luomiseen lapseen helpompana kuin aikuiseen (Herman, McPhail & Helmus, 2017). ”Blockages” esteet, jolloin tekijä on keinoton saavuttamaan emotionaalisia ja seksuaalisia tarpeitaan erikollisella tavalla. Esteet voivat olla väliaikaisia, elämäntilanteeseen liittyviä (esim. parisuhdeongelmat); kehityksellisiä ja pysyvämpiä (esim. vaikeudet olla läheisessä tunnesuhteessa aikuisen kanssa); tai näiden yhdistelmiä. 2) Tekijän tulee lisäksi ylittää omat sisäiset esteensä, millä viitataan tekijöihin, jotka estävät henkilön tehokkaan itseä säätelyn (self-regulation) tai tekijän seksuaalirikosmyönteisiin asenteisiin tai ajatusvääristymiin, joiden kautta tekijä saa seksuaalisen hyväksikäytön tunteen sallitulta. 3) Tekijän tulee myös ylittää ulkoiset esteet, millä tarkoitetaan tilaisuuden järjestämistä teolle tai tilaisuuksia, joissa teko on mahdollista toteuttaa, vaikka teko ei erityisen suunniteltu olisikaan. 4) Lopuksi tekijän tulee voittaa uhrin vastarinta eli saada lapsi mukaan seksuaalirikokseen johtavaan toimintaan.

Seton (2019) Motivaatio-fasilitaatiomallissa seksuaalisen hyväksikäytön edellytyksiä ovat motivaatio-, piirre- ja tilannetekijöiden yhtäaikainen ilmentyminen. Ensisijaisia motivaatiotekijöitä ovat parafiliat, korkea seksuaalivietti (high sexual drive) ja pyrkimykset kumppanin löytämiseksi. Toissijaisia motivaatiotekijöitä voi olla muitakin kuin seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä. Piirretekijöillä viitataan mallissa riskitekijöihin, joiden takia motivoituneen tekijän itsekontrolli/itsesäätely pettää. Tällaisia tekijöitä ovat mm. antisosiaalinen tai rikollinen käyttäytyminen tai tekijän sisäiseen tilaan vaikuttavat tekijät (esim. päihtymys). Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi tarvitaan teolle otollinen tilanne ja sopiva uhri jotta teko voisi toteutua.

Wardin ja Hudsonin (1998) Itsesäätelymallin (Self-regulation model) mukaan lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön johtaa neljä erilaista polkua (pathways) riippuen teon intentiosta (pyrkiikö tekijä kohti tekoa vai teosta pois päin) ja tekijän kyvystä säädellä seksuaalisia impulssejaan: 1) Välttelevä-passiivinen-polussa tekijä ei halua edetä seksuaalirikokseen, mutta tekijän itsekontrolli pettää, koska tekijä joko kieltää itsessään lapsiin kohdistuvan seksuaalisen kiinnostuksen tai ei pyri säätelemään ko. impulssejaan. 2) Välttelevä-automaattinen-polussa tekijä pyrkii välttämään seksuaalisen hyväksikäytön tekemistä. Itsekontrolli kuitenkin pettää, koska tekijä käyttää joko toimimattomia itsesäätelykeinoja tai tekijän itsesäätely on heikentynyt esim. päihtymyksen takia ja hän on tilanteissa, joissa hyväksikäyttö mahdollistuu. 3) Tavoitteleva-automaattinen-polussa tekijä suhtautuu myönteisesti seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Itsekontrollin pettäminen liittyykin enemmän siihen, että tekijällä on hyvin vahvoja seksuaalista hyväksikäyttöä puolustelevia asenteita ja ajatusvääristymiä. Tästä syystä tietoisien pyrkimisen sijasta teot näyttäytyvät

impulsiivisilta ja tilannesidonnaisilta. 4) Tavoitteleva- tietoinen polussa tekijällä on vahvoja seksuaalista hyväksikäyttöä puolustelevia asenteita tekijän pyrkiessä tietoisesti toteuttamaan lapsiin kohdistuvia seksuaalirikoksia. Tekijän intentio on hyväksikäyttöön pyrkivä, suunnitelmallinen ja tavoitteellinen. Tekijän itsekontrolli on hyvä. Polut 1 ja 2 liittyvät enemmän inestityypiseen lasten seksuaaliseen hyväksikäyttöön, poluissa 3 ja 4 uhrin ovat tyypillisemmin perheen ulkopuolisia. Bickley ja Beechin (2002) tutkimuksessa (n = 87) lapsen seksuaaliset hyväksikäyttäjät voitiin luokitella em. polkujen perusteella. Poluilla 3 ja 4 olevat hyväksikäyttäjät ilmensivät enemmän ajatusvääristymiä, emotionaalista samaistumista lapseen ja heidän uhrinsa olivat useammin perheen ulkopuolisia kuin polkujen 1 ja 2 hyväksikäyttäjillä.

6.1.3 Mitä tiedetään lapsiin kohdistuneiden seksuaalirikosten tekijöistä ja näiden rikosten uusimisesta?

Lapsiin kohdistuneiden rikoksen tekijöitä voidaan tarkastella seksuaalista hyväksikäyttöä *aikaansaavien motivaatiotekijöiden* (kuvattu luvussa 2.2) ja *toistuvaan seksuaalirikoskäyttäytymiseen liittyvien riskitekijöiden* kautta (kuvattu kattavasti Smid & Wewer 2019). Tekijät ovat osittain samoja, mutta niiden merkitystä aikaansaavana tai ylläpitävänä tekijänä tulee tarkastella yksilöllisesti. Etenkin seksuaalirikosten uusimista käsittelevä tutkimus (esim. Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Morton-Bourgon 2005) on tuonut merkittävästi tietoa toistuvaan seksuaalirikoskäyttäytymiseen liittyvistä *riskitekijöistä*. Riskitekijät ovat yksilöllisiä ja sosiaalisia muuttujia, jotka lisäävät seksuaalirikoksesta tuomitun riskiä syyllistyä uusiin seksuaalirikoksiin. Riskitekijät voivat olla *staattisia eli muuttumattomia* tai *dynaamisia*, kuntoutuksella muutettavissa olevia. (Harkins & Beech 2007). Riskitekijöiden yhdistelmistä voidaan muodostaa erilaisia seksuaalirikosentekijöitä kuvaavia riskiprofileja, joiden perusteella voidaan arvioida sekä uuden seksuaalirikoksen toteutumisen todennäköisyyttä että niitä tekijöitä (kuntoutuksen kohteet), joihin vaikuttamalla uusimisriski madaltuu (Martínez-Catena; Redondo; Frerich & Beech 2017; Ward & Beech 2004).

Dynaamisia uusimisriskitekijäkokonaisuuksia on kolmenlaisia: a) ”Poikkeavalla seksuaalisella kiinnostuksella” viitataan parafilioihin, seksuaaliseen sadismiin ja ylikorostuneeseen seksuaalikäyttäytymiseen, b) Antisosiaalinen ja rikollinen käyttäytyminen, johon yhdistyy seksuaalirikosmyönteisiä arvoja ja asenteita; Elämäntavan epävakaus; Ongelmanratkaisun impulsiivisuus, c) Seksuaalirikoksen tekijään liittyvät psykologiset piirteet: vaikeudet muodostaa tasavertaisia intiimejä ihmissuhteita, tunneperäinen yksinäisyyden kokemus, tunneperäinen ongelmanratkaisu ja kognitiivisen ongelmanratkaisun puutteet. (esim. Seto 2019; Hanson, Harris, Scott & Helmus 2007; Ward & Beech 2004). Emotionaalinen samaistuminen lapseen on yksi keskeisimmistä uusimisriskitekijöistä (Hanson, Harris, Scott, & Helmus,

2007; Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Käsitteellä viitataan mm. lapsen seksuaalisen hyväksikäyttäjän kokemaan emotionaaliseen ja kognitiiviseen yhteenkuuluvuuden tunteeseen lapsen kanssa sekä lapsen näkemiseen vastavuoroisena, intiiminä kumppanina (Konrad, Kuhle, Amelung & Beier 2018). Emotionaalista samaistumista lapseen ilmenee useammin niillä lapsen seksuaalisilla hyväksikäyttäjillä joiden uhrin ovat perheen ulkopuolisia (McPhail, Hermann & Nunes, 2013).

Staattiset uusimisriskikokonaisuudet liittyvät tekijän ikään, seksuaalirikosten tekemisen tiheyteen, poikkeaviin seksuaalisen kiinnostuksen kohteisiin, tekijän ja uhrin väliseen suhteeseen (tuttu/tuntematon/sukulainen/ei-sukulainen) ja rikollisen käyttäytymisen historiaan. Uusimisriskiä nostaa jos seksuaalirikoksesta tuomitulla on ollut vähintään kaksi alle 12-vuotiaista uhria, joista toinen on ei-sukulainen; uhri ja tekijä eivät olleet sukua keskenään; uhri ja tekijä eivät tunteneet toisiaan (< 24 tuntia); uhri on mies; tekijä on alle 34,9-vuotias; tekijällä on tuomio ei-kontaktisesta seksuaalirikoksesta (esim. CSAM-hallussapito/levittäminen); tekijällä on tuomioita muista kuin seksuaalirikoksista. (Phenix, Doren, Helmus, Hanson & Thorton 2008.) Mitä useampi riskitekijä ilmenee yhtäaikaisesti, sitä korkeammaksi uusimisriski muodostuu.

Vastoin yleistä käsitystä, seksuaalirikoksia uusitaan kuitenkin melko vähän (5–15 % viiden vuoden seuranta-ajalla, Hanson & Bussière, 1998; Harris & Hanson, 2004; Helmus, Hanson, Thornton, Babchishin, & Harris, 2012) ja uusiminen vähenee ajan kuluessa (Hanson 2018). Kotimaisen tutkimuksen (Hinkkanen 2009) mukaan seksuaalirikoksista tuomituista uusi seksuaalirikoksen yhdeksän vuoden seuranta-ajalla 5,6 prosenttia ja 2 prosenttia seuranta-ajan ollessa kaksi vuotta. Laajasalon ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa seksuaalirikosten uusimisen havaittiin olevan vieläkin vähäisempää: 1 prosenttia uusi seksuaalirikoksen seuranta-ajan ollessa 10 vuotta.

Seksuaalirikosten uusimiseen vaikuttaa myös *uusimisriskin lähtötaso*. Korkeariskisemmät seksuaalirikoksesta tuomitut uusivat todennäköisemmin kuin matalariskisimmät, mutta uusiminen vähenee myös korkeariskisillä ajan kuluessa: Korkeariskisistä 22 prosenttia uusi teon viiden vuoden seuranta-ajalla ja 4 prosenttia 10 vuoden seuranta-ajalla. 17 vuoden seuranta-aikana uusimista tapahtui seuraavasti: Korkea riski 32 prosenttia, keskimääräinen riski 14 prosenttia ja matala riski 5 prosenttia. (meta-analyysi, Harris, Helmus & Thorton, 2014.) Seksuaalirikosten tekemisestä irrottautuminen (desistanssi) on siis yleisempää kuin toistuvan seksuaalirikoskäyttämisen jatkaminen (Hanson 2018).

Poikkeava seksuaalinen kiinnostus ja aiemmat antisosiaaliset käyttäytymisen piirteet ovat kaikkein keskeisimmin uusimista lisääviä riskitekijöitä (esim. Hanson & Morton-Bourgon 2005, meta-analyysi, 82 tutkimusta). Uusimiseen vaikuttavat myös tekoon ja tekijään liittyvät piirteet. Esimerkiksi inestirikoksista tuomitut uusivat harvemmin kuin ne, joiden uhrin ovat olleet perheen ulkopuolelta (Hanson & Bussiere 1998; Hanson 2002; Hanson & Morton-Bourgon 2004).

6.2 Seksuaalirikoksen tekijöiden kuntoutus ja sen vaikuttavuus

Seksuaalirikoksia ennaltaehkäisevässä työssä riskinhallinta ja kuntoutus nivoutuvat toisiinsa. Seksuaalirikoksen tekijöille suunnattujen kuntoutusohjelmien ja muiden interventioiden tavoitteena on vaikuttaa rikollista käyttäytymistä aikaansaaviin ja ylläpitäviin tekijöihin ja sitä kautta lisätä rikoksentekijän elämänhallinnan valmiuksia kohti rikoksetonta elämäntapaa. Seksuaalirikoksen tekijöille suunnattujen kuntoutusohjelmien vaikuttavuutta on tutkittu paljon. On havaittu, että kuntoutusohjelmiin osallistuneet seksuaalirikoksesta tuomitut uusivat vähemmän seksuaalirikoksia ja muita rikoksia kuin ne tuomitut, jotka eivät osallistuneet ohjelmiin. (esim. Polizzi, McKenzie & Hicman, 1999; Lösel & Schmucker 2005; Schmucker & Lösel, 2015; Soldino & Carbonell 2017). Hansonin, Gordonin, Harrisin, Marquesin, Murphyn, Quinseyn ja Seton (2002) meta-analyysitutkimuksessa (n = 43) havaittiin, että vankilassa tai vapaudessa kuntoutukseen osallistuneiden seksuaalirikoksesta tuomittujen seksuaalirikosten uusiminen oli vähäisempää (12,3 %) kuin verrokkien (16,8 %). Ohjelmaan osallistuneet uusivat myös vähemmän (27,9 %) muita kuin seksuaalirikoksia kuin verrokkit (39,2 %). Kotimaisessa tutkimuksessa (Laaksonen & Tyni 2015) selvitettiin seksuaalirikoksesta tuomituille tarkoitetun, ryhmämuotoisen ja vankilassa toteutettavan STOP-ohjelman vaikuttavuutta. Keskimäärin 7,5 vuoden seuranta-aikana 5,6 prosenttia ohjelman suorittaneista oli saanut uuden tuomion seksuaalirikoksesta, kontrolliryhmässä rikoksen uusiminen oli lähes kaksinkertaista (10,5 %). Erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkittäviä. Mewsin, DiBellan ja Purverin (2017) tutkimuksessa tarkasteltiin vankilassa toteutettavan, ryhmämuotoisen Core-SOTP-ohjelman vaikuttavuutta uusimiseen (n = 2,562 keskimääräinen seuranta-aika 8 vuotta). Ohjelmaan osallistuneista 10 prosenttia uusi vähintään yhden seksirikoksen (verrokkit 8 %). Huomionarvoista on se, että ohjelman suorittamisen lisäsi uusimista: Ohjelmaan osallistuneista 4,4 prosenttia uusi CSAM¹⁴ rikoksen (verrokkit 2,9 %). Ohjelman suorittaminen on saattanut lisätä uusimista kahdesta syystä: Ryhmämuotoinen toteutus on voinut vahvistaa osallistujien tekoon liittyviä ajatusvääristymiä, koska ryhmässä on taustoiltaan erilaisia seksuaalirikoksesta tuomittuja. Toiseksi ryhmämuotoisessa ja strukturoidussa toteutuksessa osallistujien yksilölliset kuntoutustarpeet ovat voineet jäädä vähemmälle huomiolle.

Erityisesti kognitiivis-behavioraaliseen kuntoutusteoriaan perustuvien ohjelmien on havaittu vähentävän tehokkaimmin ohjelmaan osallistuneiden uusintarikollisuutta (Scarlora & Garbin 2003; Hanson, Bourgon, Helmus Hodgson 2009). Ohjelmien tavoitteena on kohdennetusti vaikuttaa lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä aikaansaaviin ja sitä ylläpitäviin riskitekijöihin. Seksuaalirikoksen tekijät eivät kuitenkaan muodosta yhtenäistä ryhmää (Seto 2008). Seksuaalirikosten tekijöiden

14 CSAM= child sexual abuse material

heterogeenisyys tulisi huomioida kuntoutuksen sisällöissä ja toteutuksessa kuten Polizzi, McKenzie ja Hickman (1999) tutkimuksessaan esittivät. Heidän meta-analyysitutkimuksensa (n = 21) mukaan vankilassa kognitiivis-behavioraalisperustaisiin ohjelmiin osallistuneet uusivat vähemmän seksuaalirikoksia kuin ei-ohjelmiin osallistuneet. Tutkijat kuitenkin totesivat, että lisätutkimusta tarvitaan siitä, mikä ohjelmissa on vaikuttavaa ja kuinka osallistujien yksilöllisyys voitaisiin paremmin huomioida.

Polizzin yms. (1999) havainnot tukevat ns. RNR- periaatteita. Jotta rikosten tekijöille tarkoitettu kuntoutus olisi vaikuttavaa eli uusintarikollisuutta vähentävää, tulisi kuntoutuksen toteutuksessa huomioida riskin, tarpeen ja vastaanottavuuden periaatteiden mukaisesti (ns. RNR-periaatteet, Andrews, Hoge & Bonta 1990). Riskin (risk) periaatteen mukaan kuntoutuksen/ohjelman toteutuksen intensiteetin ja keston tulee sopia rikosentekijän uusimriskin tasoon: korkeariskisille intensiivisempää ja pidempikestoisempaa kuntoutusta, matalariskisille vähemmän intensiivistä. Tarpeen (need) periaatteen mukaan kuntoutuksen tulee kohdentua rikollista käyttäytymistä aikaansaaviin ja sitä ylläpitäviin riskitekijöihin. Korkeariskisillä rikosentekijöillä on useita toisiinsa kytkeytyviä riskitekijöitä ja vähän suojaavia tekijöitä, matalariskisillä päinvastoin. Vastaanottavuuden (responsivity) periaatteen huomiointi tarkoittaa kahta asiaa. Ensinnäkin kuntoutuksen toteutuksessa tulee huomioida rikosentekijän yksilölliset valmiudet ja muut tekijät (mm. motivaatio), joilla voi olla vaikutusta kuntoutuksen toteutukseen. Toiseksi kuntoutuksen tulisi perustua kognitiivis-behavioraalisen kuntoutusteoriaan (Andrews, Hoge & Bonta 1990; Bonta & Andrews 2007.) Kolmanteen periaatteeseen sisältyy myös työntekijän ammatillinen harkinta ja toimenpiteet esim. tilanteissa, joissa rikosentekijän riski tehdä seksuaalirikos on aktualisoitunut, vaikka tehdyn arvioinnin perusteella uusimriskin pitäisi olla vähäinen (Ward, Gannon & Yates 2008). RNR-periaatteita hyödynnetään sekä rikosentekijöiden arvioinnissa että kuntoutuksen sisältöjen suunnittelussa.

Periaatteiden on todettu pätevän myös seksuaalirikoksen tekijöiden kohdalla (Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009). Matalariskisemmät seksuaalirikosten tekijät hyötyvät vähemmän intensiivisemmästä kuntoutuksesta, koska heillä on vähemmän seksuaalirikoskäyttäytymiseen yhteydessä olevia riskitekijöitä ja enemmän suojaavia tekijöitä kuin korkeariskisillä (Lovins, Lowenkamp & Latessa, 2009).

RNR-ajatteluun pohjautuva kuntoutus on vahvasti riskinhallintaan ja riskitekijöihin painotuvaa. Viimeisten parinkymmen vuoden aikana seksuaalirikoksen tekijöiden kuntoutusta käsittelevä keskustelu on laajentunut. RNR-ajattelun rinnalle on noussut niin sanottu GLM-ajattelu (Good Lives Model, Ward & Stewart 2003). GLM on sosio-kognitiivinen, voimavarakeskeinen kuntoutusmalli, jonka tavoitteena on vahvistaa asiakkaan psykologista toimijuutta ja kykyä tehdä omaa elämää, myös rikollista käyttäytymistä ja siitä irrottautumista koskevia valintoja (Ward, Yates & Willis, 2012). GLM-teorian mukaan seksuaalirikoksen tekijä tavoittelee seksuaalirikokseen johtavalla toiminnallaan yleisiä inhimillisiä tarpeita (fyysinen, psyykinen,

seksuaalinen hyvinvointi, tietämys, pystyvyys, toimijuus, liittyminen, mielenrauha, tarkoitus, onnellisuus, luovuus), mutta erilaisten sisäisten tai ulkoisten esteiden takia hän epäonnistuu tavoittelemaan tarpeita sosiaalisesti hyväksyttävillä tavoilla, mikä johtaa lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön. GLM-teoria on viime vuosina (esim. Ward, Yates & Willis, 2012) yhdistetty RNR-teoriaan: Seksuaalirikoksiin liittyvät *dynaamiset riskitekijät* (esimerkiksi kokemus tunneperäisestä yksinäisyydestä tai emotionaalinen samaistuminen lapseen) nähdään tekijöinä, jotka voivat estää seksuaalirikoksen tekijää tavoittelemasta inhimillisiä tarpeitaan ei-laittomoin keinoin. Kuntoutuksessa keskitytään mm. tarkastelemaan näitä esteitä ja pohdintaan vaihtoehtoisia tapoja GLM-tarpeiden tavoittelemiseksi. (Ward & Mann 2004; Ward & Brown 2004; Ward & Gannon 2006; Willis, Yates, Gannon & Ward, 2012.)

6.3 Tuki-, hoito- ja kuntoutusohjelmat Suomessa

Suomessa käytössä olevat tuki-, hoito- ja kuntoutusohjelmat perustuvat yllä kuvattuun tutkimustietoon siitä, minkälaiset lähestymistavat ja menetelmät ovat tehokkaita lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten ennaltaehkäisyssä. Lasten seksuaaliset hyväksikäyttäjät on heterogeeninen ryhmä ja kohderyhmän yksilölliset tarpeet tulee huomioida myös tarjotuissa palveluissa.

Mielenterveystalon Seksuaalinen kiinnostus lapsiin -omahoito-ohjelma

Seksuaalinen kiinnostus lapsiin - omahoito-ohjelma on tarkoitettu henkilöille, jotka ovat huolissaan seksuaalisen kiinnostuksensa kohdistumisesta lapsiin ja kokevat tarvitsevansa tukea siinä, ettei lapsikohteinen seksuaalinen kiinnostus etene toiminnan tasolle. Ohjelmassa on kolme osaa: 1) Mistä on kyse kun seksuaalinen kiinnostus kohdistuu itse huomattavasti nuorempiin lapsiin, 2) Mitä voin tehdä ja 3) Mistä saan tukea. Ohjelman voi läpikäydä itsenäisesti. Ohjelma sisältää tietoa ja erilaisia tehtäviä aiheeseen liittyen. Ohjelmaan pääsee myös täysin anonyymisti Tor-verkon kautta¹⁵.

Vuonna 2019 sivustolla vierailtiin 215 470 kertaa. Aikaa sivustolla käytettiin keskimäärin 23 sekuntia per kerta. Välitön poistuminen sivustolta oli alle kahdeksan prosenttia Kuluneen kahdentoista kuukauden aikana (tarkistettu syyskuussa 2020) sivustolla on ollut 89 193 käyttäjää.

15 <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/seksuaalinen-kiinnostus-lapsiin/Pages/default.aspx>

HUS:n oikeuspsykiatrian poliklinikka

HUS:n oikeuspsykiatrian poliklinikka tutkii ja hoitaa henkilöitä, joilla on lapsikohteiseen seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia mahdollisen muun psykiatrisen problematiikan ohella. Poliklinikalle ohjautuu henkilöitä, jotka ovat jo tuomittu lapsiin kohdistuneista rikoksista, sekä henkilöitä, jotka ovat itse hakeutuneet avun piiriin ilman aikaisempia tekoja tai tuomioita. Poliklinikalla tehdään hoidon tarpeen arvio, jonka pohjalta pyritään muodostamaan hoitosuositus. Tarpeen mukaan tehdään myös riskiarvioita hoidon tueksi. Oikeuspsykiatrian poliklinikalle päästäkseen täytyy saada lääkärin lähete. Oikeuspsykiatrian poliklinikka toimii usein yhteistyössä eri viranomaistahojen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.

HUS:n oikeuspsykiatrian poliklinikka tarjoaa valtakunnallisesti konsultaatio-apua ja tarvittaessa tutkimusjaksoja koko maalle lapsikohteiseen seksuaalisuuteen liittyvissä erityiskysymyksissä. Pyrkimyksenä on tukea alueita psykiatrisen hoidon järjestämisessä ja tarkoituksenmukaisen hoidon toteuttamisessa laatimalla tutkimusjakson päätteeksi hoitosuositus toteutettavaksi potilaan omassa kunnassa. Kyseinen palvelu on vielä varsin uusi, ja palvelun toteutusta kehitetään.

Rikosseuraamuslaitoksessa käytössä olevat ohjelmat

Uusi suunta -ohjelma

Uusi suunta-ohjelma on 16 tapaamiskertaa sisältävä ohjelma, joka on tarkoitettu seksuaalirikoksesta tuomituille miehille ja naisille osana vankeusrangaistusten ja yhdyskuntaseuraamusten täytäntöönpanoa. Ohjelma soveltuu myös henkilöille, joita ei ole tuomittu seksuaalirikoksesta, mutta jotka kokevat tarvitsevana tukea prososiaalisen elämäntavan vahvistamiseksi. Ohjelmassa tutkitaan seksuaalirikokkäyttäytymisen aikaansaavia ja sitä ylläpitäviä tekijöitä sekä pohditaan tapoja elää mielekäästä ja rikoksetonta elämää. Ohjelmassa on kolme osaa: A. Mitä tapahtui, B. Miksi teko tapahtui ja mistä siinä oli kyse ja C. Mitä tarvitaan ettei tekoja tapahdu enää uudelleen (Nurminen 2015.) Ohjelmakäsikirja on saatavilla suomeksi ja englanniksi ja ohjelman Työkirja on suomeksi, englanniksi ja arabiaksi.

Ohjelma on ollut käytössä Rikosseuraamuslaitoksessa vuodesta 2012 ja ohjelma on akkreditoitu 2014. Ohjelman on suorittanut 302 henkilöä (1.1.2020 mennessä). Ohjelmasta on tekeillä vaikuttavuustutkimus. Seksuaalirikosten uusiminen on lähtökohtaisesti vähäistä. Vaikuttavuustutkimuksen näkökulmasta Uusi suunta-ohjelmaan osallistuneiden määrän ja ohjelman jälkeisen seuranta-ajan tuleekin olla riittävä, jotta ohjelman vaikuttavuutta seksuaalirikosten uusimiseen voidaan luotettavasti tutkia.

STEP-ohjelma

STEP on voimavarakeskeinen ryhmässä toteutettava strukturoitu toimintaohjelma seksuaalirikoksesta tuomituille miehille, joiden riski uusia seksuaalirikos on arvioitu

kohonneeksi. Ohjelma on valtakunnallinen ja tarjolla vain Riihimäen vankilassa. STEP on intensiivinen ja pitkäkestoinen; kaksituntisia istuntoja on keskimäärin kolme kertaa viikossa, ja ryhmäkuntoutus kestää noin kuusi kuukautta. Ohjelman tavoitteena on laskea ryhmäläisten uusimisriskiä siten, että riskienhallinnan lisäksi he oppivat keinoja ja taitoja, jotka auttavat heitä rakentamaan vankeuden jälkeen rikoksettoman elämän, jonka kukin ryhmäläinen kokisi itselleen merkitykselliseksi ja tavoittelemisen arvoiseksi. Ohjelma jaetaan kolmeen vaiheeseen: 1) motivointi ja sitouttaminen, 2) hoito ja 3) itsesäätelysuunitelmat. Mahdollisuuksien mukaan jatkokuntoutuksesta sovitaan siviilitoimijoiden kanssa jo tuomion aikana siten, että kuntoutuspolku on valmiina ryhmäläisen vapautuessa.

Ohjelma otettiin käyttöön 1.10.2018. Vuoden 2019 aikana ohjelman ehti käydä loppuun 14 miestä ja vuonna 2020 ohjelman on ehtinyt käydä viisi miestä. 1.9.2020 mennessä ohjelman on käynyt yhteensä 19 miestä, joista neljällä ohjelma on kesken. Seksuaalirikoksesta tuomitun henkilön osallistumista STEP-ohjelmaan määrittelevät seuraavat seikat: riittävä tuomion pituus, motivaatio ja halukkuus työskennellä ohjelmassa, riittävän korkea riskitaso sekä soveltuminen osastolle ja ryhmään. Tähän mennessä yllä olevia kriteereitä täyttäneitä miestä ei ole jouduttu jättämään ryhmän ulkopuolelle. Ryhmän ulkopuolelle jää miehiä, joiden uusimisriskitaso on kohonnut, mutta joilla a) tuomion pituus ei riitä, b) he eivät halua käsitellä asioitaan ryhmässä tai c) he haluavat ryhmään, mutta jostain syystä (esim. vaikea persoonallisuushäiriö) he eivät sovellu siihen.

Kolmannen sektorin tukipalvelut

SeriE-hanke

Sexpo-säätiön ja Kriminaalihuollon tukisäätiön yhteisessä SeriE-hankkeessa tarjotaan pääkaupunkiseudulla maksutonta, matalan kynnyksen tukea henkilöille, joilla on kohonnut riski syyllistyä lapsiin kohdistuviin seksuaalirikoksiin. Hankkeessa on tavoitettu vuosien 2018–2020 aikana yli 100 kohderyhmään kuuluvaa henkilöä. Tukipalvelussa pyritään vähentämään henkilön riskiä syyllistyä seksuaalirikokseen henkilön elämäntilanteen parantamalla ja dynaamisiin riskitekijöihin vaikuttamalla. Työskentely perustuu luottamuksellisuuteen ja asiakaslähtöisyyteen. Tukipalvelun asiakastyö räätälöidään jokaisen asiakkaan tarpeiden ja elämäntilanteen mukaan ja siihen kuuluu kriisityötä, seksuaalineuvontaa, -kasvatusta ja -terapiaa sekä Uusi suunta -ohjelma. Hankkeessa järjestetään myös ryhmätoimintaa. Asiakastyön lisäksi hankkeessa tehdään verkosto- ja vaikuttamistyötä pääkaupunkiseudulla ja valtakunnallisesti. Verkostotyön tavoitteena on koota yhteen ammattilaisia, jotka kohtaavat työssään hankkeen kohderyhmään kuuluvia henkilöitä ja vahvistaa yhteistyötä näiden ammattilaisten välillä. Verkostotyön avulla pyritään luomaan keinoja varhaiseen puuttumiseen ja jälkikuntoutukseen sekä tehostamaan kohderyhmän tavoittamista.

Vuosina 2018–2020 hanke on toiminut STEA-rahoitteisesti ja vuosille 2021–2022 sille on myönnetty oikeusministeriön hankeavustus tukipalvelun asiakastyötä varten. Syksyyn 2020 mennessä hankkeen tukipalvelussa on ollut yhteensä 70 asiakkuutta ja tapaamisia yhteensä 470 kpl. Asiakasvirta on ollut tasaista ja yhteydenottoja on saatu hankkeen jokaisena toimintavuotena niin paljon, että asiakastyön resurssit (1 henkilötyövuosi) eivät ole riittäneet vastaamaan kaikkien yhteyttä ottaneiden henkilöiden tarpeisiin. Osa asiakasprosesseista on ollut lyhyitä (alle viisi tapaamista) osa pitkiä (yli viisi tapaamista). Valtaosa hankkeen asiakkaista on ollut miehiä, mutta hankkeessa on työskennelty myös naisten kanssa.

Välitä!-Seksuaaliväkivaltatyö

Setlementti Tampere ry:n Välitä! -seksuaaliväkivaltatyö on tarjonnut vuodesta 2012 alkaen kriisiapua ja tukiryhmiä seksuaalisen väkivallan kokijoille, tekijöille ja heidän läheisilleen. Vuodesta 2016 alkaen palveluihin on ohjautunut säännöllisesti myös seksuaaliväkivallan tekijöitä tai henkilöitä, joiden seksuaalisesta käyttäytymisestä on huolta (esim. lapsikohteinen seksuaalinen kiinnostus). Heille Välitä! tarjoaa lyhytkestoista matalan kynnyksen keskusteluapua (keskimäärin 5 kertaa), jossa käytetään kriisi- ja traumatyön vakauttavia menetelmiä sekä motivoidaan asiakkaita pitempään hoitoon. Tekijöille ja potentiaalisille tekijöille tarjotaan myös 16 käynnin Uusi Suunta -yksilökuntoutusohjelmaa. Palvelut ovat luottamuksellisia ja maksuttomia, ja niihin voi hakeutua myös nimettömänä. Toimintaa rahoittaa pysyvästi STEA Veikkauksen varoista. Vuonna 2020 Välitä! sai oikeusministeriöltä kahden vuoden hankeavustuksen, jolla tekijätyön menetelmiä voidaan kehittää palvelemaan erityisesti 15–29-vuotiaiden nuorten tarpeita silloin, kun heillä on haitallista seksuaalikäyttäytymistä tai -fantasioita.

Vuonna 2018 palveluun otti itse yhteyttä 10 tekijää/ potentiaalista tekijää, yhteensä tekijöille apua hakevia yhteydenottoja (heiltä itseltään, läheisiltä, ammattilaisilta tms.) tuli 21. Vuonna 2019 suorita yhteydenottoja tuli kahdeksalta tekijältä ja yhteensä heille apua hakevia yhteydenottoja oli 13. Vuonna 2018 Uusi Suuntayksilökuntoutusta kävi 8 asiakasta, vuonna 2019 neljä asiakasta. Vuonna 2020 tekijöiden yhteydenotot ovat jälleen lisääntyneet. Kaikki asiakkaat ovat olleet yli 18-vuotiaita, enemmistö 30–40 vuotiaita, opiskelu- tai työelämässä olevia henkilöitä, pääosin miehiä. Noin puolet asiakkaista on jäänyt teoistaan kiinni ja ovat rikosseuraamusjärjestelmässä, puolella ei ole viranomaiskontakteja. Osa tekijä-asiakkaista (myös Uusi Suunta -asiakkaista) on ollut lapsikohteisen seksuaalisen kiinnostuksen omaavia, joista osa ei ole vielä syyllistynyt laittomiin tekoihin mutta osa on. Kaiken työskentelyn tavoite on ennaltaehkäistä kaikkia haitallisia seksuaalisia tekoja tulevaisuudessa.

Seritatyö

Oulun Ensi- ja turvakoti ry:n ja Vuolle Settlementin Seritatyö on jatkoa Serita-hankkeelle, jonka päätavoitteena on seksuaalirikosten ennaltaehkäisy ja vähentäminen. Asiakkaaksi voi hakeutua 15 vuotta täyttänyt henkilö, jolla on huolta omien ja toisten seksuaalisten rajojen suhteen, jolla on taustalla seksuaalirikos tai jonka läheisellä on tällainen ongelma. Palveluun voi hakeutua suoraan ottamalla yhteyttä terapeutteihin tai valtakunnallisen päivystyspuhelimien tai chat-palvelun kautta. Yksilötyön menetelmiä ovat terapeutit keskustelut, joissa yhdistellään toimivia terapiamenetelmiä. Tarpeen mukaan järjestetään myös ryhmämuotoista terapiaa. Asiakastyön lisäksi Seritatyö järjestää koulutuksia ja infotilaisuuksia sekä kantasuomalaisille että maahanmuuttajayhteisöihin. Toiminnassa on määritelty kohdattavaksi vuosittain 50-60 asiakasta, mikä on toistaiseksi toteutunut.

6.4 Hoidon, tuen ja kuntoutuksen tulevaisuus

6.4.1 Haasteet nykyisissä palveluissa

Suomalaisessa palvelujärjestelmässä ei ole huomioitu tuen ja hoidon kokonaisuuksien järjestämistä henkilöille, joiden seksuaalinen kiinnostus kohdistuu lapsiin tai joilla on muuten riski syyllistyä lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen. Yksi keskeisimmistä haasteista ja hoitoa estävistä tekijöistä on lapsikohteiseen seksuaalisuuteen liittyvät vahvat negatiiviset asenteet. Vaikka paneudumme seuraavaksi pääosin lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten ennaltaehkäisyyn erityisesti lapsikohtaisen seksuaalisen kiinnostuksen kautta, ei muita motivaatiotekijöitä ja ennaltaehkäisyä niiden kontekstissa tule kuitenkaan unohtaa.

Lapseen kohdistuvan seksuaalisen kiinnostuksen havaitseminen voi synnyttää yksilössä voimakkaita häpeän ja syyllisyyden tunteita. Kiinnostus voi tuntua pelottavalta ja vastenmieliseltä, ja suhtautuminen itseä kohtaan voi olla jyrkkää ja ankaraa. Yhteiskunnassa vallitseva, lapsikohteiseen seksuaalisuuteen liittyvä voimakas stigma ja erityisesti sana pedofilia herättää ihmisissä usein voimakkaita, lähes primitiivisiä tunteita. Pelko oman kiinnostuksen paljastumisesta voi siksi tuntua hengenvaaralliselta. Lapsikohteista seksuaalisuutta kokevat henkilöt saattavat pelätä, että kertominen kiinnostuksesta voi johtaa kauhistelun ja tuomitukseen lisäksi rikosilmoitukseen, vaikka lakia ei olisikaan rikottu. Perheellisten kohdalla myös pelko lastensuojelun väliintulosta tai lasten huostaanotosta voi myös johtaa siihen, että kiinnostuksesta ei uskalleta puhua. Mielikuva pedofiileistä lapsia raiskaavina hirviöinä on yhteiskunnassa niin voimakas, että monet yrittävät selviytyä lapsikohtaisen seksuaalisen kiinnostuksen kanssa yksin. Tilanne on ongelmallinen, sillä riskit syyllistyä seksuaalirikokseen nousevat, kun keinoja rikoksettomaan elämään mieltymyksen kanssa ei opita (Hanson, 2010). Lapsikohteiseen seksuaalisuuteen liittyvää

stigmaa ja väärää uskomuksia tulisi purkaa, jotta kiinnostuksestaan huolissaan olevat henkilöt uskaltaisivat hakeutua avun piiriin.

Kolmannen sektorin toimijoita lukuunottamatta ei Suomessa kuitenkaan ole matalan kynnyksen paikkoja, jonne lapsikohteista seksuaalista kiinnostusta kokevat henkilöt voisivat ohjautua kasvokkain tapaamisiin. Matalalla kynnyksellä tarkoitamme tässä tapauksessa maksuttomia palveluja, jonne on helppoa ottaa yhteyttä nimettömästi, ja jonne on mahdollista päästä nopeasti ilman pitkiä jonotusaikoja. Järjestöillä on ollut perinteisesti keskeinen rooli julkispalvelujen kuolleeseen kulmaan jääneiden palvelujen paikkaajina sekä erilaisten interventio-ohjelmien pilotoinnissa. Matalan kynnyksen tukea seksuaalisuudestaan huolissaan oleville henkilöille tarjoavat Kriminaalihuollon tukisäätiön ja Sexpo-säätiön yhteinen SeriE-hanke pääkaupunkiseudulla, Tampere Settlementin Välitä!-Seksuaaliväkivaltatyö Tampereella sekä Oulun ensi- ja turvakodin ja Vuolle Settlementin Seritatyö Oulussa. Näistä kolmesta toimijasta vain SeriE-hanke on erikoistunut yksinomaan lapsikohteeseen seksuaalisuuteen. Järjestötoimijat ovat kuitenkin pääsääntöisesti riippuvaisia ulkopuolisesta rahoituksesta ja toiminnan haavoittuvaisuuden vuoksi pitkäjänteisten suunnitelmien laatiminen on hankalaa. Eri toimijoiden sijoittuminen vain muutamaaan suureen kaupunkiin luo myös pienemmillä paikkakunnilla asuvien välille alueellista epätasa-arvoa eikä järjestötoimijoilla yleisesti ole mahdollisuutta vastata koko Suomen kattavaan asiakasvolyyymiin nykyisillä resursseilla.

Tukipalveluja tulisi olla saatavilla valtakunnallisesti ja yhdenvertaisuusperiaatteen nimissä niiden tulisi sijoittua julkiselle sektorille, jossa sosiaali- ja terveystalouden saavutettavuus on osa kuntalaisten oikeusturvaa. Tätä näkemystä tukee myös Lanzaroten sopimus (88/2011), jonka mukaan henkilöillä, jotka ovat huolissaan riskistään syyllistyä lapsen kohdistuvaan seksuaalirikokseen, on oltava asianmukainen mahdollisuus päästä tehokkain ennaltaehkäiseviin interventio-ohjelmiin tai toimenpiteisiin, jotka on suunniteltu rikoksenteoriskin arvioimiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi. Sopimuksen mukaan interventio-ohjelmiin tulisi olla pääsy sekä niillä, jotka ovat syyllistyneet rikokseen että niillä, jotka eivät ole syyllistyneet rikokseen, mutta ovat huolissaan lapsiin kohdistuvasta seksuaalisesta kiinnostuksestaan. Suomeen tulisi rakentaa valtakunnallinen hoidon, tuen ja kuntoutuksen palvelupolku henkilöille, jotka ovat huolissaan lapsikohteisesta seksuaalisuudestaan ja/tai riskissä syyllistyä lapsen kohdistuvaan seksuaalirikokseen. Tarjottujen palvelujen ja interventio-ohjelmien tulisi olla näyttöön perustuvia. Toiminnan toteuttamista tulisi säännöllisesti arvioida ja tutkimustoimintaa interventioiden vaikuttavuuden arvioimiseksi ja kehittämiseksi tulisi lisätä. Esittelemme ehdotuksemme hoitopolusta myöhemmin tässä artikkelissa.

Yksi suurimmista haasteista lapsikohteista seksuaalisuutta kokevien henkilöiden ennaltaehkäisevän hoidon ja tuen järjestämisessä on kuitenkin ammattilaisten yleinen tiedon puute asiasta sekä huonot valmiudet kohdata asiakasryhmää. Puutteita on sekä tiedollisissa ja taidollisissa valmiuksissa että asenteissa lapsikohteista seksuaalisuutta kohtaan. (Alanko ym., 2015.) Lapsikohteinen seksuaalisuus

sekoitetaan usein lapsiin kohdistuviin seksuaalirikoksiin, mikä vahvistaa asiakasryhmään kohdistuvaa stigmaa. Stigma lisää asiakkaiden pelkoa viranomaisten tarpeettomasta väliintulosta ja nostaa kynnystä kertoa asiasta, jolloin myös riski syyllistyä rikokseen kasvaa. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla (kuten lääkäreillä, psykiatrisilla sairaanhoitajilla, koulujen oppilashuoltoryhmien terveydenhoitajilla, kuraattoreilla ja psykologeilla) tulisi olla kyky kohdata lapsikohteista seksuaalisuutta sekä riittävät tiedot ja taidot ohjata asiakkaita eteenpäin asianmukaisen tuen piiriin. Tämä vaatii asennekasvatusta ja koulutusta lapsikohteisesta seksuaalisuudesta sekä tietoa erilaisista tuki- ja hoitomuodoista sekä palvelupoluista. Kolmannella sektorilla on vuosien aikana kerrytetty erityisosaamista lapsikohteisen seksuaalisuuden parissa työskentelystä ja järjestöt ovat olleet keskeisessä roolissa muun muassa koulutusten järjestäjinä¹⁶ ja asiantuntijapalveluiden tuottajana. Tämän asiantuntijuuden hyödyntäminen on tulevaisuudessa suositeltavaa esimerkiksi ostopalveluina sekä julkisen sektorin ammattilaisille suunnattujen koulutusten ja konsultaation muodossa.

6.4.2 Lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten ennaltaehkäisy

Perinteisessä kansanterveystyössä ennaltaehkäisy eritellään kolmelle tasolle sen mukaan, mihin sairauden vaiheeseen interventio kohdistetaan. Primaarisella ehkäisyllä tarkoitetaan torjuntatoimia ennen sairauden ilmenemistä (vaikutaan riski- ja suojaaviin tekijöihin), sekundaarisella ehkäisyllä taudin kehittymisen estämistä varhaisessa vaiheessa (sairauden havaitseminen ja hyvä hoito) ja tertiäarisella ehkäisyllä taudin pitkäaikaishoitoa ja kuntoutusta eli toimia, joilla pyritään ennaltaehkäisemään taudin uusiutuminen). (Laajasalo & Pirkola, 2012.) Vaikka lapsikohteista seksuaalisuutta ei nykytiedon valossa hoideta taudinkaltaisesti niin, että sitä voitaisiin esimerkiksi terapian tai lääkkeiden avulla poistaa ihmisestä, voidaan ennaltaehkäisyn eri tasoja soveltaa kuitenkin suhteessa riskiin syyllistyä lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen.

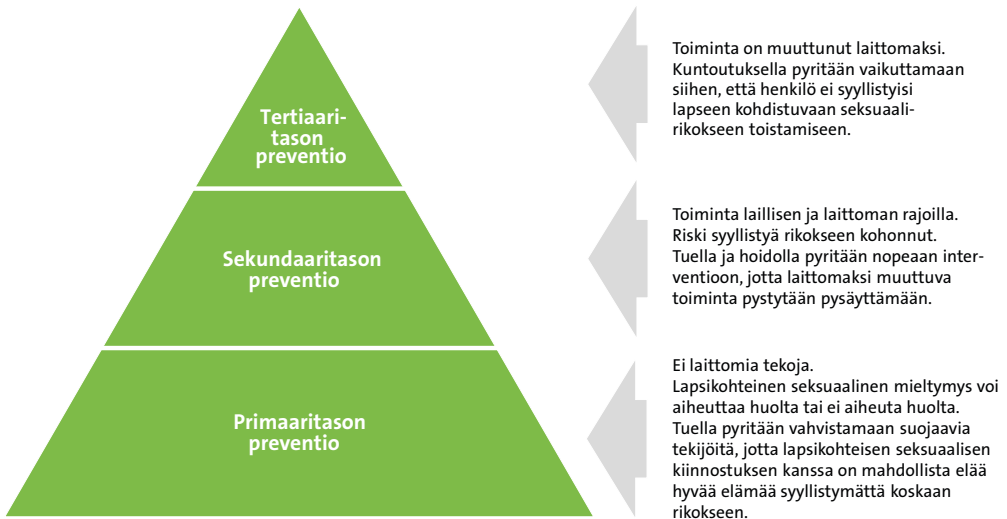
Tässä yhteydessä (Kuvio 18) tarkoitamme primaarisella ehkäisyllä intervention tekemistä vaiheessa, jossa henkilön ensisijainen seksuaalinen kiinnostus kohdistuu lapseen, mutta hän ei ole tehnyt lapseen kohdistuvaa seksuaalirikosta. Henkilö saattaa olla huolissaan lapsikohteisesta seksuaalisesta kiinnostuksestaan ja pelätä sen johtavan laittomiin tekoihin tai henkilö on saattanut jo löytää keinot säädellä toimintaansa eikä kiinnostus välttämättä aiheuta merkittävää huolta. Jos kiinnostus herättää huolta ja henkilö hakeutuu tuen piiriin, pyritään tuolloin tunnistamaan mahdollisia riskitekijöitä ja vahvistamaan suojaavia tekijöitä, jotta lapsikohteisen kiinnostuksen kanssa on mahdollista elää hyvää elämää syyllistymättä koskaan

¹⁶ Muun muassa Sexpo-säätiö on toteuttanut jo useiden vuosien ajan Pedofili asiakkaana -nimistä koulutusta, jossa tutustutaan pedofiliaan ilmiönä ja saadaan työkaluja pedofilian kanssa työskentelyyn.

rikokseen. Sekundaarisella ehkäisyllä viittaamme intervention tekemiseen vaiheessa, jossa henkilö on joutunut rajapintatilanteisiin ja riski syyllistyä rikokseen on kohonnut suojaavien tekijöiden heikentymisen ja riskitekijöiden vahvistumisen vuoksi. Rajapintatilanteita voivat olla esimerkiksi laittoman materiaalin runsas kuluttaminen¹⁷, lapsen seksuaalisen hyväksikäytön suunnitteleminen tai muu seksuaalirikosta kohti ohjaava toiminta. Tuella ja hoidolla pyritään nopeaan interventioon, jotta laittomaksi muuttuva toiminta pystytään pysäyttämään ja jo tehdyistä teoista aiheutuvia haittoja minimoimaan. Tertiaarisella ehkäisyllä viitataan intervention tekemiseen vaiheessa, jossa henkilö on rikkonut lakia ja syyllistynyt lapseen kohdistuneeseen seksuaalirikokseen joko verkkovälitteisesti tai reaali maailmassa. Kuntoutuksella pyritään vaikuttamaan siihen, että henkilö ei syyllistyisi lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen toistamiseen. Vaikka kaikilla kolmella ennaltaehkäisyn tasolla on tavoitteena estää lapseen kohdistuvia rikoksia, on yhtäältä pyrkimys tukea yksilön keinoja elää hyvää ja inhimillistä elämää.

Puhuttaessa primaari-, sekundaari- ja tertiaaritasojen ennaltaehkäisystä on syytä nostaa esiin lapsikohtaisen seksuaalisen kiinnostuksen lisäksi myös muut motivaatiotekijät, jotka voivat johtaa lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen. Näitä voivat olla esimerkiksi neurokirjon häiriöt, antisosiaalisen käyttäytymisen historia tai perheensisäiset hyväksikäyttötapaukset. Erityisesti seksuaalikasvatukseen panostaminen (ei vain turvataitojen ja potentiaaliseksi uhriksi joutumisen näkökulmasta, vaan myös oman toiminnan säätelyn näkökulmasta), on tehokasta primääritason ennaltaehkäisyä koko väestön tasolla. On myös huomionarvoista mainita, että kaikki laillisen ja laittoman toiminnan rajapinnoissa operoivat henkilöt eivät koe omaa toimintaansa ongelmalliseksi. Näillä henkilöillä on usein vahva intentio hyväksikäyttöön ja he aktiivisesti pyrkivät sitä kohden. Tämän ryhmän tavoittaminen ja motivoiminen tukipalveluun on erityisen haastavaa.

17 Lapsen seksuaalista koskemattomuutta loukkaavan materiaalin (tai Sukupuolisiveellisyyttä loukkaavan lasta esittävän kuvan) katsominen ei ole yksin rangaistavaa, mutta hallussapito ja levitys kyllä. Rikoslain 17 luvun 19 §:n 2 momentissa kriminalisoidaan sukupuolisiveellisyyttä loukkaavan lasta esittävän kuvan hallussapitona myös se, että joku on maksua vastaan tai muuten sopimalla hankkinut pääsyn kuvaan tai kuvatallenteeseen, jossa sukupuolisiveellisyyttä loukkaavasti esitetään lasta, niin että kyseinen kuva tai kuvatallenne on hänen käytettävissään tietokoneen tai muun teknisen laitteen välityksellä ilman laitteelle tallentumista.



Kuvio 18. Lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten ennaltaehkäisy primaari-, sekundaari- ja tertiäritasolla potentiaaliin tekijöihin ja tekijöihin kohdistuvien toimien kautta.

Tällä hetkellä lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten ennaltaehkäisyn painopiste on Suomessa tertiäritasolla. Tuomittujen seksuaalirikollisten kuntoutuksesta vastaa Rikosseuraamuslaitos, mutta lapsikohteista seksuaalista kiinnostusta kokevien henkilöiden ennaltaehkäisevän hoidon vastuu ei sen sijaan kuulu yhdellekään viranomaisaholle. Lapsiin kohdistuvaa seksuaalista kiinnostusta kokevien henkilöiden hoitoa varten ei myöskään ole olemassa yksiselitteistä hoitosuosittelua (eli ns. Käypä hoitoa). Kohdennetulla tuella ja varhaisella interventiolla voidaan kuitenkin vähentää riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden dynaamisia riskitekijöitä ja siten ennaltaehkäistä jo ensimmäinen rikos, minkä vuoksi ennaltaehkäisyn painopistettä tulisi kohdistaa vahvemmin primaaritason tasolle. Tuella ja hoidolla voidaan edesauttaa sitä, että henkilö pystyy elämään hyvää ja rikoksetonta elämää mieltymyksensä kanssa. Ennaltaehkäiseviä palveluita tulisi tarjota matalalla kynnyksellä, mahdollistaen ainakin alkuun asiakkaiden anonyymiyden.¹⁸ Verkkovälitteiset palvelut, kuten Mielen-

18 Sexpo-säätiön ja Kriminaalihuollon tukisäätiön SeriE-hankkeen tukipalvelussa on havaittu, että tukipalvelun maksuttomuus ja mahdollisuus asioimiseen anonyymisti ovat olleet keskeisiä tekijöitä asiakkaiden tavoittamisessa. Asiakkaat ovat systemaattisesti kertoneet kokevansa häpeää lapsikohtaisen seksuaalisen mieltymyksen vuoksi. Moni asiakas on kertonut puhuneensa lapsikohteisesta seksuaalisesta mieltymyksestään ensimmäistä kertaa hankkeen tukipalvelussa ja osalle asiakkaista tukipalvelu on omassa elämässä ainoa ihmiskontakti. Asiakkaat ovat ilmaisseet kiitollisuutta siitä, että on olemassa paikka, jossa he voivat tulla nähdyksi ja kuulluksi omana itsenään ja jossa on ollut lupa puhua omasta mieltymyksestä turvallisesti, ilman torjuntaa tai kauhistelua. Valtaosa alkuun anonyymeista asiakkaista on syntynyt. Tämä on mahdollistanut tarvittaessa myös moniammatillisen tuen järjestämisen ja hoitoon ohjauksen kunnallisiin terveyspalveluihin.

terveyshallon Omahoito-ohjelma, ovat hyvä keino tarjota väylä matalan kynnyksen anonyymien ja maksuttoman tuen äärelle. Esimerkiksi Omahoito-ohjelmaan sijoitettavalla chat-palveluilla pystyttäisiin mahdollistamaan ohjelman lisäksi asiakkaan tavoittaminen, kohtaaminen ja avun tarpeen arvio matalalla kynnyksellä ja asiakkaan ehdoilla.¹⁹ Osalle kiinnostuksestaan huolissaan olevalle omahoito-ohjelma voi olla riittävä apua oman toiminnan säätelyyn. Apua ja pitkäkestoisempaa hoitoa tulee kuitenkin olla saatavilla tämän jälkeen vastaanotolla myös kasvotusten niille, jotka tarvitsevat lisäksi ammattilaisen tukea.

Tällä hetkellä hoidon ja kuntoutuksen osalta huonoimmassa asemassa ovat ne henkilöt, jotka eivät ole syyllistyneet rikokseen, jotka eivät uskalla kertoa asiasta kunnallisissa palveluissa ja joilla ei ole maksukykyä hakeutua esimerkiksi omakustanteiseen terapiaan. Osa asiakkaista ei halua kertoa asiasta perusterveydenhuollossa, sillä pelkää Omakanta-järjestelmään tulevia merkintöjä ja niiden mukanaan tuomaa leimaa.²⁰ Tämä ryhmä on SeriE-hankkeen kokemusten mukaan haasteellisin ryhmä tavoittaa, mutta helpoin ryhmä hoitaa. Tukipalvelussa tyypillisesti keskitytään lapsikohtaisen seksuaalisuuden intergoimiseen osaksi omaa identiteettiä niin, että asian kanssa voi elää syyllistymättä rikokseen. Valmiudet hoitaa asiakasta ovat paremmat, mitä nuorempi asiakas on ja mitä varhaisemmassa vaiheessa interventio pystytään tekemään. Jos lapsikohtainen seksuaalisuus on ehtinyt edetä tekoihin, on tilanne usein moniongelmaisempi. Muun muassa addiktiiviseen käytökseen puuttuminen on haastavampaa, mitä kauemmin sitä on ehtinyt kestää. Henkilölle on saatanut syntyä ajatusvääristymiä omasta toiminnastaan ja silloin intervention tekeminen ja haitallisen toiminnan pysäyttäminen on haastavampaa. Jääminen ilman asianmukaista tukea voi siis altistaa seksuaalirikokselle tai rikoksen uusimiselle, kun tarvittavia keinoja oman toiminnan säätelämiselle ei ole tai olemassa olevien keinojen hyödyntämiseen ei saa systemaattista ja pysyvää tukea.

SeriE-hankkeen kokemusten mukaan tarve ottaa yhteyttä ammattilaiseen herää usein tilanteessa, jossa oma toiminta on joko muuttumassa tai muuttunut laittomaksi. Jos henkilö on jäänyt kiinni lapsen seksuaalisesta hyväksikäytöstä, on riskinä koko elämän sortuminen. Kynnys syyllistyä rikokseen ja itsemurhaan madaltuvat, kun pelko perheen, työn ja lähipiirin menetyksestä konkretisoituu. Tällöin tarvitaan kriisityötä, jossa asiakkaan kannattelu, rauhoittelu ja selviämisen tukeminen ovat keskiössä. Myös läheisten tukeminen kriisissä tulee huomioida. SeriE-hankkeessa opitun kokemuksen mukaan asiakkaat ovat usein tässä vaiheessa motivoituneita

19 Esimerkiksi Oulussa toimivassa Seritatyössä toimii valtakunnallinen chat- ja puhelinpäivystys, jonka kautta asiakkaat ovat saaneet yhteydenottoihin ensikontaktin ja sen jälkeen ohjautuneet vastaanotolle kasvokkaisiin tapaamisiin.

20 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuksen mukaan on ymmärrettävää, että asiakkaat pelkäävät kirjauksista syntyvää mahdollista pedofilia-leimaa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattilaisten olisi hyvä keskustella asiakkaiden kanssa siitä, mitä käynneistä kirjataan, jotta kirjatut eivät tulisi asiakkaalle yllätyksenä. Omakanta-järjestelmään tulevien kirjauksien tulee lain mukaan olla oikeita ja virheettömiä, mutta ammattilaisten tulisi käyttää harkintaansa siinä, kuinka asioista kirjataan, jotta suhde asiakkaaseen saadaan toimivaksi ja luottamus säilytetään.

työskentelemään ja saattavat kokea jopa helpotusta siitä, että ovat jääneet kiinni. Oma toiminta (esimerkiksi laittoman materiaalin hallussapito ja levitys) on voinut tuntua jo pitkään ahdistavalta, mutta toiminnan katkaiseminen on ollut vaikeaa.

Ennaltaehkäisyn kontekstissa tulisi huomioida tutkinnan alla olevien henkilöiden saumaton ohjaus tuen piiriin sekä jo rikokseen syyllistyneiden kuntoutus ja jatkokuntoutus. Lanzaroten sopimuksen (88/2011) mukaan hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksia tulisi olla saatavilla valtakunnallisesti läpi koko rikosprosessin ja vapautumisen jälkeen kuntoutusjatkumona sekä rikosseuraamusten ulkopuolella ennaltaehkäisevissä palveluissa. Sopimuksen artikkelissa 15 tarkennetaan, että rikoksesta epäiltyjen tai rikokseen syyllistyneiden henkilöiden kohdalla ennaltaehkäisevien interventio-ohjelmien ja toimenpiteiden tulisi olla käytettävissä koko oikeudenkäyntimenettelyn ajan, vankilassa tai sen ulkopuolella, kansallisen lainsäädännön asettamien ehtojen mukaisesti. Toimenpide- ja interventio-ohjelmiin tulisi olla pääsy sellaisin ehdoin, jotka eivät heikennä syytetyn oikeuksia ja oikeudenmukaisen ja puolueettoman oikeudenkäynnin vaatimuksia tai ole näiden kanssa ristiriidassa, ottaen erityisesti huomioon syyttömyysolettamaa koskevaa periaatetta säätelevät määräykset.

Ennaltaehkäisevän tuen piiriin pääsy tulisi mahdollistua heti rikosprosessin käynnistyttyä eli silloin, kun henkilö joutuu rikosepäilyn kohteeksi. Esitutinnan aikana poliisilla on mahdollisuus ohjata epäilty tuen ja hoidon äärelle. Esimerkiksi Helsingin poliisin seksuaalirikoksia tutkivassa ryhmässä on tehty tiivistä yhteistyötä Serie-hankkeen tukipalvelun kanssa. Jo esitutkintavaiheessa epäillyt on ohjattu tuen piiriin ottamalla yhteyttä hankkeen asiakastyöntekijöihin ja neuvottelemalla epäillyn saattamisesta vastaanotolle. Epäillyn ohjaaminen saumattomasti poliisin esitutkinnasta tukipalveluun mahdollistaa haitallisen toiminnan katkaisemisen varhaisessa vaiheessa ja esimerkiksi materiaalin hallussapidon ja levityksen eskaloitumisen lapsen fyysiseksi hyväksikäytöksi. Osa rikostutkinnan kohteeksi joutuvista henkilöistä ovat kokeneet tuen äärelle ohjautumisen kuitenkin riskinä, sillä avun vastaanottamisen on pelätty vaikuttavan rikostutkintaan niin, että henkilö tuolloin myöntäisi tekonsa. Tämän joukon tavoittaminen on haastavaa ja esitutkinnassa olisi siksi syytä korostaa, että tukipalveluun hakeutuminen ei vaikuta päätökseen nostaa tai olla nostamatta syytettä.

Esitutkintaa mahdollisesti seuraavassa tuomiossa tulisi niin ikään huomioida tuen jatkuminen, ja myös jo tuomittujen seksuaalirikollisten kuntoutus ja hoito tulisi toteutua Rikosseuraamuslaitoksen piirissä sujuvasti. Vapautumista seuraavaan jatkokuntoutuksen järjestämiseen tulisi panostaa aikaisempaa enemmän. Rangaistuksen täytäntöönpanon päättymisen jälkeen vastuu jatkokuntoutuksen järjestämisestä siirtyy kunnille. Etenkin korkeariskisten seksuaalirikoksesta tuomittujen jatkokuntoukseen tulee kiinnittää huomiota, jota perustelee 1.9.2019 voimaan tullut laki valvontaan asettamisesta (Laki yhdyskuntaseuraamusten täytäntöönpanosta 12 luku 70 § viite). Sen mukaan ehdonalaiseen vapauteen päästettävä vanki voidaan asettaa valvontaan muiden tekijöiden ohella myös silloin, jos väkivalta-

seksuaalirikoksesta vankeusrangaistusta suorittavan ja aikaisemmin vastaavanlaisesta rikoksesta vankeusrangaistukseen tuomitun vangin riski syyllistyä uuteen väkivalta- tai seksuaalirikokseen arvioidaan korkeaksi. Pykälässä 71 määritellään, että ”tapaamisten tarkoituksena on seurata tuomitun olosuhteita ja niissä tapahtuvia muutoksia sekä parantaa tuomitun kykyä elää rikoksetonta elämää. Valvontaan voi sisältyä myös sosiaalista toimintakykyä edistäviä tehtäviä ja ohjelmia”. On tärkeää, että tälle kohderyhmälle pystytään tarjoamaan sopivaa jatkokuntoutusta vankilasta vapautumisen jälkeen, koska ko. henkilöiden seksuaalirikoksen uusimiseriski on arvioitu korkeaksi ja kuntouksellisia tarpeita on useita. Riskin madaltamiseksi tarvitaan siviilissä toteutettavia interventioita, jotka tukevat kuntoutusta, joka on jo aloitettu täytäntöönpanon aikana (vankilassa) ja joka on ollut osa tuomitun rangaistusajan suunnitelmaa. RNR-periaatteiden mukaisesti korkeariskiset rikoksenteikijät tarvitsevat intensiivistä ja pitkäkestoista kuntoutusta, joka voi toteutua esim. ketjuna: ensin vankilassa suoritettu STEP-ohjelma ja Uusi suunta -ohjelma (tai US-ohjelma siviilissä), jonka jälkeen yksilö saa siviilissä terapiaa, tukea tai muuta kuntoutusta. Siviilissä toteutettavan kuntoutuksen tulee olla linjassa aiemman kuntoutuksen tavoitteiden ja rangaistusajan suunnitelman kanssa.

6.4.3 Moniammatillisen tuen merkitys

Monialaisen viranomaisyhteistyön tarve on tunnistettu jo kauan sitten, mutta hoito ja tuki eivät ole kehittyneet sen suuntaisesti. Alanko ym. (2015) ovat huomauttaneet, että Suomessa tulisi kiireellisesti tunnistaa ja koota yhteen ne terveydenhuollon ja muiden alojen ammattilaiset, joilla on valmiuksia ja erityisosaamista työskentelyyn lapsikohteista seksuaalista kiinnostusta kokevien henkilöiden kanssa. Myös Lanzaroten sopimuksen (88/2011) artiklassa 15 nostetaan esiin, että viranomaisyhteistyötä sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä oikeusviranomaisten kanssa tulee tehostaa niiden henkilöiden seurannassa, joilla on riski syyllistyä lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen. Moniammatillinen verkostotyö tämän asiakasryhmän kanssa on tärkeää. Asiakkailla on tyypillisesti useita samanaikaisia ongelmia, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmia sekä maksukyvyttömyyttä, jolloin he tarvitsevat moniammatillista tukea. Asiakkaat saattavat kärsiä mielenterveysongelmista ja heillä saattaa olla päihdeongelmia tai muita vaikeuksia omassa toiminnassaan, jolloin he tarvitsevat eri alojen ammattilaisten samanaikaista apua.

Asiakasryhmälle suunnattujen hoito- ja tukipolkujen puutteellisuuden vuoksi eri toimialoilla on järjestäytytty asiakasryhmän tilanteen parantamiseksi. Vuosina 2018–2020 Suomessa on kehitetty valtakunnallista lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten ennaltaehkäisyyn ja erityisesti tekijöiden ja potentiaalisten tekijöiden tukemiseen erikoistunutta moniammatillista verkostoa, johon kuuluu vuoden 2020 lopussa yhdeksän verkostotyöryhmää eri puolilta Suomea: Pääkaupunkiseudulta, Turusta, Tampereelta, Joensuusta, Kajaanista, Kokkolasta, Jyväskylästä, Ylitornista

ja Oulusta. Verkosto koostuu sosiaali-, terveys-, ja rikosseuraamusalan ammattilaisista, jotka kohtaavat työssään henkilöitä, joilla on kohonnut riski syyllistyä lapsiin kohdistuviin seksuaalirikoksiin tai jotka ovat muuten työssään tekemisissä aihepiirin kanssa. Verkostoon kuuluu poliiseja, rikosseuraamustyöntekijöitä, vankilapsykologeja, vankiloiden erikoisohjaajia, seksuaaliterapeutteja ja psykoterapeutteja, lääkäreitä, psykologeja, syyttäjiä, tutkijoita, lastensuojelun työntekijöitä sekä kolmannen sektorin toimijoita.

Verkostotoiminnan tavoitteena on ennaltaehkäistä lapsiin kohdistuvia seksuaalirikoksia tekemällä moniammatillista yhteistyötä tähän riskiryhmään kuuluvien henkilöiden kanssa. Verkostotoiminnan avulla on voitu kehittää ja edistää asianmukaisen, ennaltaehkäisevän tuen piiriin pääsyä niille henkilöille, jotka ovat huolissaan lapsiin kohdistuvista seksuaalisista mieltymyksistään tai riskissä syyllistyä lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen sekä vahvistaa jatkokuntoutuspolkua lapsiin kohdistuneista seksuaalirikoksista tuomituille. Verkostotyön avulla on onnistuttu lisäämään verkoston jäsenten tietoisuutta kohderyhmän parissa työskentelevistä muista henkilöistä ja heidän auttamismahdollisuuksistaan sekä vahvistamaan näiden ammattilaisten välistä yhteistyötä. Verkosto on tehostanut asiakkaiden ohjaamista palvelusta toiseen ja siten mahdollistanut asiakkaille heidän yksilöllisiin tarpeisiin vastaavan räätälöidyn avun saamisen nopeasti. Verkosto on myös lisännyt sen jäsenten osaamista ja tietoa mahdollistamalla foorumin, jossa aihepiiristä voi keskustella asiallisesti ja kiihkottomasti.

Eri puolilla Suomea toimivissa verkostotyöryhmissä on nimetty yhteyshenkilöt, jotka ovat kutsuneet työryhmän koolle tasaisin väliajoin ja vastannut verkostotoiminnasta omalla alueellaan. Koko valtakunnan tasolla verkostotoimintaa on koordinoitu Kriminaalihuollon tukisäätiossä osana SeriE-hanketta. Tämä ei ole tulevaisuudessa kuitenkaan kestävä ratkaisu verkostotyön laajuuden ja pysyvyyden näkökulmasta. Asiakkaiden hoitopolkujen ohella myös verkostotoiminnan tulisi olla osana olemassa olevia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita, jolloin pystyttäisiin huomioimaan vahvemmin myös ennaltaehkäisevä työ. Katsomme, että tulevaisuudessa verkostotyötä varten voisi esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriössä tai oikeusministeriössä työskentelevien asiantuntijoiden tehtävänkuvia järjestellä niin, että lapsikohteiseen seksuaalisuuteen ja lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten ennaltaehkäisyyn erikoistuneet ammattilaiset ja heistä muodostuva verkosto olisi mahdollista koota yhteen ministeriötasolta.

6.4.4 Ehkäisevä hoitopolku primaari- ja sekundaaritasoilla

Seuraavaksi esittelemme suunnitelman primaari- ja sekundaaritasojen ehkäisevää hoitopolusta henkilöille, joilla on lapsiin kohdistuva seksuaalinen kiinnostus ja/tai riski syyllistyä lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen (Taulukko 4).

Emme tuo tässä tapauksessa esiin tertiaaritason hoitopolkua (tilanteet, joissa toiminta on jo muuttunut laittomaksi ja henkilö saanut teostaan tuomion), sillä Suomessa kuntoutus on osa rangaistuksen täytäntöönpanoa ja siitä vastaa Rikosseuraamuslaitos. Tertiaaritason hoito- ja kuntoutuspolku on siis jo olemassa. Tertiaaritason jatkokuntoutus vaatii kuitenkin vielä kehittämistä, erityisesti korkeariskisten seksuaalirikoksesta tuomittujen kohdalla. Riskin madaltaminen edellyttää pitkäaikaista työskentelyä, joten korkeariskiset seksuaalirikoksesta tuomitut tarvitsevat huomattavasti pidempiaikaista kuntoutusta vuosiksi myös tuomioiden jälkeen. Tällä hetkellä vankilasta vapautuvien, lapseen kohdistuneesta seksuaalirikoksesta tuomittujen asema on monilta osin heikko. Tertiaaritason hoitopolku on ”alussa” tukeva, mutta kuitenkin pitkäaikaisesti täysin puutteellinen.

Primaari- ja sekundaaritasojen ennaltaehkäisevä hoitopolku rakentuu verkkovälitteisistä palveluista, perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, kuntoutuksesta ja seurannasta. Tuen ja hoidon saaminen ei vaadi koko hoitopolun eri vaiheiden läpikäymistä. Suunnitelmassa esimerkiksi Mielenterveystalon Seksuaalinen kiinnostus lapsiin omahoito-ohjelmaan rakennettavat chat ja puhelinneuvontapalvelut madaltavat kynnystä ottaa ammatillaiseen yhteyttä, jos omahoito-ohjelma ei yksin tunnu riittävältä, mutta omahoito-ohjelma sellaisenaan ei toimi ennakoitavana, jos henkilö kokee tarvitsevansa heti kasvokkaista keskusteluapua. Tällöin yksilö voi hakeutua suoraan matalan kynnyksen tukipalveluun. Yksilön kokonaistilanteesta riippuen voi kevyt ja lyhytkestoinen tuki riittää eikä tällöin ole tarvetta erikoissairaanhoidolle.

Hoito tulee kuitenkin suunnitella niin, että henkilö saa asianmukaisen tuen, jolla pystytään eliminoimaan riskejä syyllistyä rikokseen ja vahvistaa suojaavia tekijöitä, joiden avulla mielekäs ja rikokseton elämä lapsikohtaisen kiinnostuksen kanssa mahdollistuu. Hanson (2010) on kuvannut, että hoidossa tulee huomioida ”seksuaalisen poikkeavuuden” kolme tasoa: parafilia, voimakkuus ja henkilön kyvyt tulla toimeen seksuaalisten ajatusten ja tunteidensa kanssa. Erikoissairaanhoidon tulisi siis ohjautua ne, joilla on suuria vaikeuksia tulla toimeen edellä mainittujen asioiden kanssa. Tämä ajatus sopii myös RNR-ajattelun kanssa, jossa toiminta kohdennetaan asiakkaan riskin (yksilö ei tule toimeen kiinnostuksen kanssa), tarpeen (yksilö saa oikealaista tukea, hoitoa ja kuntoutusta tarpeen mukaan) ja vastaanottavuuden (huomioidaan asiakkaan yksilöllisyys ja käytetään menetelmiä, jotka sopivat hänelle) mukaan. Keskeistä hoitopolussa on huomioida kohderyhmän heterogeenisyys ja asiakkaiden yksilölliset tarpeet hoitokokonaisuutta räätälöidessä. Asiakkaan hoitopolkua suunniteltaessa tulee huomioida asiakkaan yksilölliset tarpeet ja mukana tulee olla jatkuvasti yöntekijän ammatillinen harkinta asiakkaan tilanteesta.

1. Primaaritason ehkäisevä hoitopolku:

Henkilö tunnistaa itsessään lapsikohtaisen seksuaalisen kiinnostuksen eikä ole syylistynyt lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen. Kiinnostus voi joko herättää henkilössä huolta tai henkilö on jo voinut löytänyt keinot säädellä omaa toimintaansa ja elämään lapsikohtaisen seksuaalisuuden kanssa. Tuen tavoitteena on vahvistaa suojaavia tekijöitä ja integroida lapsikohtainen seksuaalisuus osaksi persoonaa niin, että henkilö pystyy elämään sen kanssa hyvää elämää ahdistumatta tai syyllistymättä rikokseen.

2. Sekundaaritason ehkäisevä hoitopolku:

Henkilö operoi laillisen ja laittoman toiminnan rajapinnoissa. Tällaiseen toimintaan voi kuulua lapsen seksuaalista koskemattomuutta loukkaavan laittoman materiaalin toistuva katsominen tai lapseen kohdistuvan seksuaalirikoksen suunnitteleminen tai siitä haaveileminen. Toimintaan voi liittyä lapseen kohdistuva seksuaalinen kiinnostus tai sitä voi ohjata jokin muu motivaatiotekijä. Henkilön riski syyllistyä lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen on kohonnut tai henkilö on saattanut jo joutua poliisiin epäilyksi ja olla esitutkinnan alaisena. Toiminta voi tuntua itsestä ahdistavalta ja/tai se voi herättää läheisissä huolta. Toimintaan voi liittyä addiktiivista käytöstä ja sitä voi olla hankalaa pysäyttää. Hoidon tavoitteena on nopea interventio, jotta haitallinen ja laittomaksi muuttuva toiminta pystytään pysäyttämään ja toiminnan eskaloituminen lapseen kohdistuvaksi seksuaalirikokseksi ennaltaehkäisemään sekä vahvistamaan tekijöitä, jotta henkilö pystyy jatkamaan hyvää ja rikoksetonta elämää.

Taulukko 4. Hoitopolku henkilöille, joilla on lapsiin kohdistuva seksuaalinen kiinnostus ja/tai riski syyllistyä lapsen kohdistuvaan seksuaalirikokseen

	Sokkivaihe ja tuen tarpeen tiedostaminen	Avun vastaanottaminen	Kokonaistilanteen kartoitus	Pitkäjänteinen työskentely -prosessi	Hyväksyminen ja rikokseton elämä
Asiakas	<ul style="list-style-type: none"> *Häpeä *Pelko *Ahdistus *Masennus *Epätoivo Sekundaaritasolla huomioitava: Jos esitutkinta on käynnistetty, on henkilö saattanut menettää jo työnsä ja perheensä. Tällöin asiakas ei itse priorisoi hoitoa ja itsemurhariski on korkea. Tarve interventiolle on akuutti.	<ul style="list-style-type: none"> *Huoli tuomituksi tulemisesta ja viranomaisten tarpeettomasta väliintulosta *Sitoutuminen hoitoon Motivaatioon vaikuttavia tekijöitä sekundaaritasolla: Jos ei ole vielä jäänyt kiinni, on paljon menetettävää, jota ei vielä ole menettänyt. Tuen avulla motivaatio voi kasvaa ja pääsee irti haitallisesta toiminnasta. Jos on jäänyt kiinni eikä saa syytettyä, pystyy vaikuttamaan itse siihen, että tilanne ei toistu.	<ul style="list-style-type: none"> *Kiinnostuksen tarkastelu ja ymmärryksen lisääntyminen omasta tilanteesta *Toivo 	<ul style="list-style-type: none"> *Sinuiksi tuleminen kiinnostuksen kanssa *Oman toiminnan säätelykeinot 	<ul style="list-style-type: none"> *Elämä kiinnostuksen kanssa
Intervention vaiheet	1. Akuutti kriisituki ja hoitoon ohjaus	2. Matalan kynnyksen tuki ja jatko-ohjaus	3. Tutkimusjakso ja arvio	4. Hoito ja kuntoutus	5. Seuranta
Tuen ja hoidon toimintamäärittöt *Mistä asiakas saa apua / palveluntuottajat	Mielenterveystalon omahoito-ohjelma *Ohjelmaan tutustuminen *Yhteydenotto ammattilaiseen (chat ja puhelinpäivystys) Jos henkilö on epäiltynä rikoksesta: Poliisin esitutkintayksikkö *Ohjaus esitutkinnasta suoraan matalan kynnyksen tukipalveluun	Matalan kynnyksen tukipalvelu *Lyhytkestoinen työskentely (1-5 tapaamista) perusterveydenhuollossa (esim. psykiatrisen sairaanhoitajan tai psykologin kanssa) *Tarvittaessa jatko-ohjaus lääkärin vastaanotolle (tk, työterveys, oppilasth jne.) lähetettävä varten	Oikeuspsykiatrian poliklinikka *Työryhmässä lääkäri, psykologi, sh, sos.työntekijä, toimintaterapeutti *1-3 kk arviointijakso *Muodostetaan hoitosuositus ja ohjeet sen toteuttamiseksi *Tarvittaessa anti-hormonaalinen lääkehoito	Oikeuspsykiatrian poliklinikka tai Kelan kuntoutuspsykoterapia (jos vaikeuksia selviytyä arjessa) *Diagnoosit (Ahdistus / masennus) *Sosiaalitoimen maksusitoumus tarvittaessa terapiakustannusten ylijäämäerään	Jatkotoimenpiteet asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti *Kontrollikäynnit / Kannatteleva tuki tarvittaessa / säännöllisin väliajoin
Tuen ja hoidon sisältö *Mistä tuki ja hoito koostuu? *Ammattilaisen rooli	<ul style="list-style-type: none"> *Kohtaaminen *Rauhoittelu *Luottamuksen rakentaminen *Arvio asiakkaan tilanteesta ja tuen, hoidon ja jatko-ohjauksen sisällön tarpeesta *Rinnalla kulkeminen tukihenkilönä asiakkaan kanssa tästä eteenpäin (Ensiyhteydenotossa on vielä riski asiakkaan perääntymiselle. ”Kädestä pitäen” ohjaus polun alkuvaiheessa.) 	<ul style="list-style-type: none"> *Seksuaalikasvatus ja -neuvonta sekä psykoedukaatio *Hoidon tarpeen arvio yhteistyössä verkoston kanssa 	<ul style="list-style-type: none"> *Asiakkaan käytöksen riskiarvio *Persoonallisuuden ja kognitiivisen tason kartoitus *Moniammatillinen yhteistyö 	<ul style="list-style-type: none"> *Seksuaaliterapia *Traumatrapia *Kognitiivis-behavioristinen terapia *Uusi suunta -ohjelma? 	<ul style="list-style-type: none"> *Kannattelevan tuen suunnittelussa yksilöllisten tarpeiden huomioiminen
Intervention tavoitteet	*Henkilö uskaltautuu vastaanotolle, jotta hoitoon sitouttaminen mahdollistuu.	*Henkilö sitoutuu hoitoon.	*Tunnistetaan henkilön riskit syyllistyä ja tarkoituksenmukainen tuki.	*Henkilö saa työkaluja kiinnostuksen hallitsemiseen ja seksuaalisuuden kohdistamiseen laillisiin kohteisiin.	*Henkilön lapsikohtainen seksuaalinen kiinnostus intergoituu osaksi hänen persoonaansa niin, että hän pystyy elämään hyvää ja rikoksetonta elämää.

6.5 Yhteenveto

Lapsikohteista seksuaalista kiinnostusta kokevien henkilöiden tukemisesta ja erityisesti ennaltaehkäisevien interventioiden tärkeydestä on kirjoitettu runsaasti viimeisen kymmenen vuoden aikana (mm. Alanko & Santtila, 2013; Nissinen, 2016; Nurminen, 2016). Asiakasryhmän parissa toimivilla ammattilaisilla on selkeä yhteinen näkemys siitä, että lapsikohteista seksuaalista kiinnostusta kokevien henkilöiden hoito, tuki ja kuntoutus on tällä hetkellä Suomessa sirpaleista, ja vaatii tiivistämistä sekä julkisten palvelujen vastuunkantoa. Suomessa on osaamista viedä eteenpäin tarvittavia toimenpiteitä tuen ja hoidon järjestämiseksi, mutta toistaiseksi työ on ollut hankerahoitusten varassa ja aluekohtaiset erot ovat olleet suuria. Suomessa on runsaasti ammattilaisia psykiatrian, psykologian, psykoterapian ja seksuaaliterapian piirissä (Alanko ym. 2015), joilla on halua ja valmiuksia työskennellä tämän ryhmän parissa, mutta asiakkaiden näkökulmasta näiden ammattilaisten löytäminen on usein haastavaa ja yksittäisten ammatinharjoittajien maksullisten palvelujen vuoksi tuen äärelle pääseminen eriarvoista.

Suomen ratifioima YK:n lapsen oikeuksien sopimus velvoittaa sopimusvaltioita ryhtymään kaikkiin asianmukaisiin toimiin lasten suojelemiseksi kaikenlaiselta väkivallalta. Valtiovalta on halunnut suunnata resursseja lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten ennaltaehkäisyyn tertiaaritasolla, mutta jättää kuitenkin huomioimatta primaari- ja sekundaaritasojen ennaltaehkäisyn. Esimerkiksi Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoima Barnahus-hanke on merkittävä panostus lapsiin ja nuoriin kohdistuvan väkivallan ennaltaehkäisytyössä, mutta uhrinäkökuulmaan keskittyvänä se ei yksin riitä. EU-direktiivi lasten suojelemisesta seksuaalista riistoa ja seksuaalista hyväksikäyttöä vastaan eli Lanzaroten sopimus (2011/92/EU) edellyttää eksplisiittisesti, että henkilöillä, jotka pelkäävät syyllistyvänsä seksuaalirikokseen, pitää myös olla mahdollisuus päästä ennaltaehkäisevän tuen piiriin. Lanzaroten sopimuksen täysi toteutuminen mahdollistuu vain, jos prevention kaikki kolme tasoa pystytään huomioimaan kokonaisvaltaisen lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten ennaltaehkäisyn strategiassa valtakunnallisesti.

Viime vuosina on nähty viitteitä siitä, että Suomessa ollaan valmiita järjestämään hoitoa ja tukea henkilöille, joiden seksuaalinen kiinnostus kohdistuu lapsiin ja/tai joilla on kohonnut riski syyllistyä lapseen kohdistuvaan seksuaalirikokseen. Tästä kertovat erityisesti Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus STEA:n rahoittamat hankkeet kolmannella sektorilla. Lapsiin kohdistuvaa seksuaalista kiinnostusta kokevien henkilöiden tuen ja hoidon tarpeellisuus on tiedostettu myös oikeusministeriössä, joka on vuosina 2019 ja 2020 myöntänyt useita valtionavustuksia kolmannen sektorin työn lisäresursoimiseen. Tässä artikkelissa nostamiemme näkökulmien pohjalta esitämme, että seuraava askel on integroida lapsikohteista seksuaalista kiinnostusta kokevien henkilöiden hoitopolut osaksi kunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää sekä valmistella sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutusta asiakasryhmän kohtaamiseen kolmannen sektorin

asiantuntijuutta hyödyntäen. Ennaltaehkäisevän hoito ja tuki lapsikohteista seksuaalista kiinnostusta kokeville henkilöille on viime kädessä lastensuojelullinen teko, jonka tarkoituksena on estää ensimmäisenkin rikoksen tapahtuminen.

KIITOKSET

Haluamme kiittää seuraavia henkilöitä konsultaatiosta ja kommentteista: Välitä-Seksuaaliväkivaltatyön tiimi, Seritatyön tiimi, SeriE-hankkeen tiimi, Joni Liskola, Mikko Ylipekka, Yrjö Reenilä, Sanna Sunikka, Tommi Paalanen

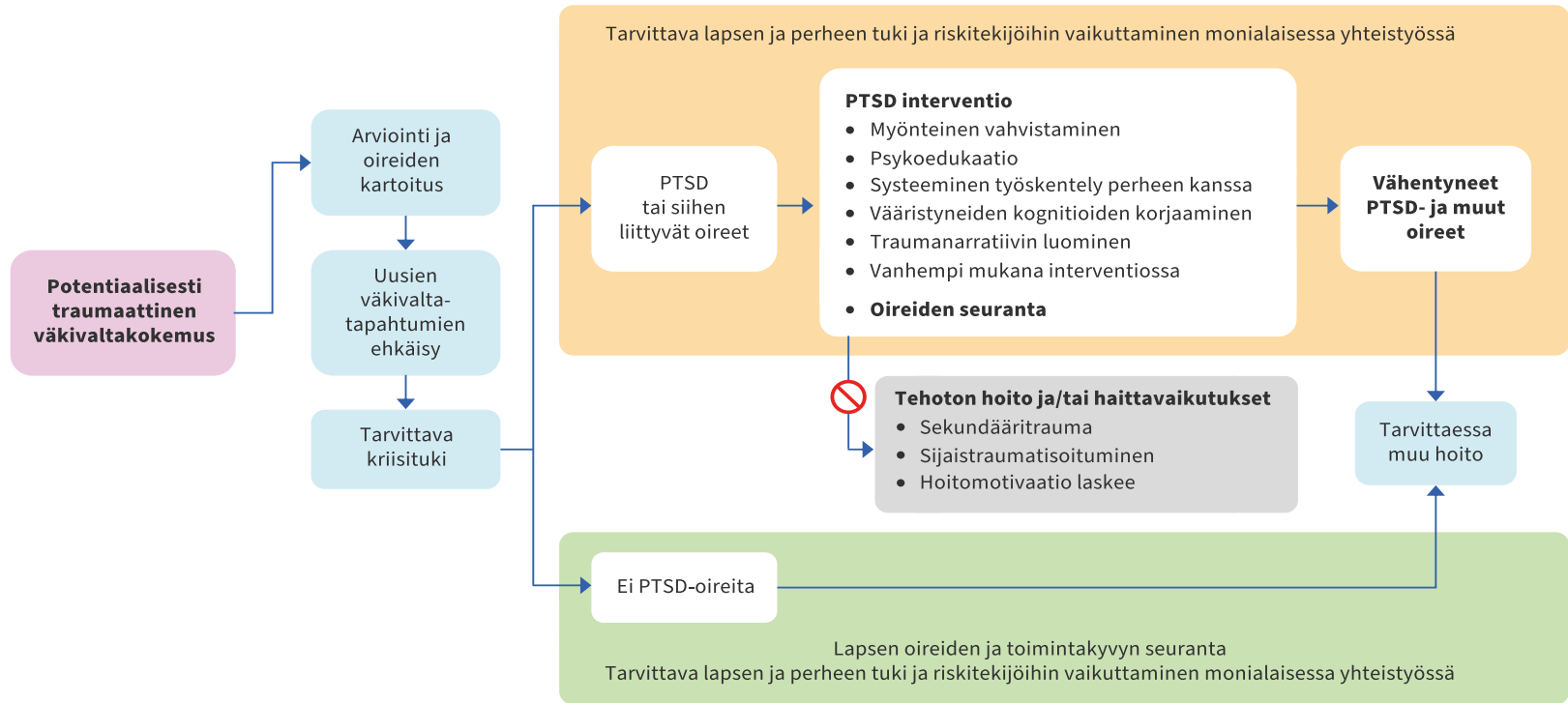
7 Pohdinta

Taina Laajasalo, Rika Rajala, Matleena Huittinen, Essi Julin, Eeva Nikkola, Sini Vehkaoja, Laura Matikka, Tiina Tenhunen, Minna Joki-Erkkilä, Noora Kannisto, Johanna Pirinen, Outi Abrahamsson

7.1 Väkivaltaa kokeneen lapsen palveluketju

Väkivaltakokemusten seurauksiin ja haittaan vaikuttavat sekä lapsen yksilölliset tekijät, lapsen kehitysympäristöön liittyvät tekijät että väkivaltakokemuksen luonteeseen liittyvät tekijät. Esimerkiksi teini-ikäinen raiskauksen uhri tarvitsee akuutti-tilanteessa hyvin todennäköisesti traumaoireisiin ja PTSD:n ehkäisyyn liittyvää tukea (Khadr ym. 2018). Toisaalta kuormittuneen vanhemman käytettyä yksittäisessä kasvatustilanteessa lieväksi luokiteltavaa fyysistä väkivaltaa alle kouluikäistä lasta kohtaan, saattaa perheen kotiin vietävä tuki ja negatiivisen vuorovaikutuksen kehän katkaisemisen vanhemmuuden tuen kautta olla keskeisin tuen muoto (Letarte ym. 2020). Lasten tilanteiden vaihtelevuus ja kokemusten kirjo tekee myös palvelupolkujen muotoilusta haastavaa, mikä näkyi kyselytutkimuksen vastauksissa. Jäsenettyjä alueellisia kuvauksia palvelu- tai hoitopoluista toimitettiin niukasti. Vastauksien ohessa lähetetyistä palvelupoluista harva kuvansi kokonaisvaltaisesti väkivaltaa kokeneen lapsen palvelupolkua väkivallan tunnistamisen vaiheesta hoidon vaiheeseen saakka.

Väkivaltaa kohdanneiden lasten heterogeenisistä tilanteista ja tarpeista johtuen lapsen palvelupolku ei voi rajautua häiriö- tai sairausnäkökulmaan. Ajan akseleille asettuvia, lapsen tarpeista käsin hahmottuvia palvelupolun sisältöjä kuvataan kuviossa 19 ja avataan seuraavissa alaluvuissa.



Kuvio 19. Väkivaltaa kohdanneen lapsen palvelupolun sisällöt.

7.1.1 Tunnistaminen ja puheeksiotto

Väkivaltakokemusten tunnistaminen ja puheeksiotto on lähtökohta väkivaltaa kokeneen lapsen palvelupolulle. Tähän tarjoutuu mahdollisuus esimerkiksi säännöllisissä neuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa. Väkivallan primaaripreventio ja puheeksiotto kuuluvat näiden tahojen lakisääteisiin tehtäviin (terveydenhuoltolaki ja VNA 338/2011). Neuvolan terveydenhoitajat tunnistivat roolinsa väkivallan puheeksiotossa ja hyödynsivät tässä työssä muun muassa erilaisia lomakkeita. Terveystarkastuksia useammin väkivaltakokemukset kuitenkin tulevat esiin lapsen arkisissa kehitysympäristöissä, esimerkiksi koululuokissa, päiväkodissa, tai vapaa-ajalla esimerkiksi nuorisotyössä. Siksi myös näiden henkilöstön toimintavalmiuksiin lasten väkivaltakokemusten tunnistamisessa ja puheeksiotossa on kiinnitettävä huomiota.

Oikea tieto ilmoitusvelvollisuudesta ja tavoista toimia yksinään ei riitä. Lähes 300 USA:laisen opettajan aineistossa todettiin myötätuntouupumuksen ja vähäisen uskon omiin vaikutusmahdollisuuksiin olevan yhteydessä ilmoitusvelvollisuuden laiminlyömiseen silloinkin kun tieto siitä oli olemassa (Hupe & Stevenson, 2019). Riittävä käytettävissä oleva aika, työnohjaus- ja konsultaatiomahdollisuudet, asiakkaan ja ammattilaisten yhteistyösuhteen toimivuus ja mahdollisuus dialogiin ovat tunnistamisen ja puheeksioton kannalta keskeisiä. Tunnistamiseen, toimimiseen ja vaikeiden asioiden kohtaamiseen liittyvät teemat ovat yksi keskeinen sisältö muun muassa vasta julkaistussa Barnahus-hankkeen verkkokoulussa²¹.

7.1.2 Arviointi

Väkivaltakokemusten jälkeisen tuen ja hoidon tarve tulisi arvioida kartoittamalla ja arvioimalla lapsen kokonaistilanne. Arvioinnin perusteella voidaan suorittaa tarvittavat lapsen välittömät suojaamistarpeet. Vaikka traumaperäinen stressihäiriö (PTSD) kehittyy vain vähemmistölle väkivaltaa kokeneista lapsista, tulisi tilanteen arvioon sisältyä myös lasten traumakokemusten tarkemman luonteen ja traumaperäisen stressihäiriön oireiden seulonta (screen) (Cohen ym. 2010). Kyselytutkimuksen perusteella lapsen tilanteen arviointi etenkin erikoissairaanhoidossa näyttäytyi kokonaisvaltaisena, mutta traumaattisiin kokemuksiin liittyvien oireiden seulonnassa on raportin aineiston perusteella puutteita. Toisaalta järjestöissä, joiden tehtävään varsinainen lapsen psyykkisen tilanteen arvio ei tyypillisesti kuulu, tilannearvio vaikutti lähtevän liikkeelle trauma- ja väkivaltanäkökulmasta, ja lapsen laajemman kokonaistilanteen ja psyykkisen voinnin arviointi näyttäytyi suppeampana. Muiden ammattiryhmien ja organisaatioiden vastausten perusteella lapsen tilanteen arviointi ja etenkin väkivaltanäkökulman huomiointi oli heterogeenistä,

21 <https://verkkokoulut.thl.fi/login/index.php>

käytetyt menetelmät sekä informantit vaihtelevia tai arviointi rakentui ainoastaan tarkemmin määrittelemättömän keskustelun varaan.

Erilaisia lapsen psykososiaalisen hyvinvoinnin ja oireiden kattavaan arviointiin suunnattuja kyselyjä (esimerkiksi Vahvuudet ja vaikeudet, Child Behavior Checklist, CBCL) sekä erilaisia masennus- ja ahdistuneisuuskyselyjä käytettiin terveydenhuollossa runsaasti. Vaikka nämä lomakkeet kartoittavat oireita, joita voi esiintyä myös traumaattisten kokemusten jälkeen, eivät traumaoireet CBCL:ää lukuunottamatta muodosta niissä omaa, erikseen tarkasteltavaa alaskaalaa tai dimensiota. Traumaoireiden arviointiin liittyviä oirekyselyitä mainittiin vain yksittäisiä kertoja. Tämä liittyy osaltaan siihen, että psykometrisiltä ominaisuuksiltaan tutkittuja ja käytettyjä hyväksi havaittuja traumaattisten kokemusten arviointimenetelmiä on suomeksi saatavilla niukasti. Saatavilla olevat PTSD-oiremittarit eivät vastaa Suomessa tällä hetkellä olevia diagnostisia kriteerejä ja ne on validoitu pääasiassa englanninkielisissä maissa (esim. Impact of Event Scale Revised, Weiss ym., 2017; UCLA PTSD Index, Steinberg, Brymer, Decker, & Pynoos, 2004; ks. myös Nilsson & Svedin ym. 2017) ja osan käyttöön liittyy lisenssimaksu. Osa mittareista mittaa vain yhtä traumaoireiden osa-aluetta, esimerkiksi dissosiativisia oireita. Traumaoireiden mittareita oli kyselyn vastaajista eniten käytössä järjestöissä työskentelevillä vastaajilla.

Laadukkaiden ja kattavien oiremittareiden etuna on, että ne mahdollistavat paitsi arvioinnin myös hoidon vaikutusten seurannan. Osalla lapsista oireet kehittyvät viiveellä ja toisaalta kaikille traumafokusoitu hoito ei riitä, myös tämän vuoksi toimivat tutkimusnäyttöön perustuvat arvioinnin ja seurannan välineet ovat tärkeitä. Suomessa validoiduille traumaoireisiin keskittyvälle mittarille on selkeä tarve. Meneillään oleva Barnahus-hanke on kääntänyt ja pyrkii yliopistoyhteistyössä tuottamaan kotimaisen validaatiotutkimuksen Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) -mittarista (Sachser ym., 2017). Mittari on yhteensopiva sekä DSM-5 että ICD-11 diagnostisten järjestelmien kanssa.

Child and Adolescent Trauma Screen

Ikä: 7–18

(pelkästään vanhemmat voivat täyttää lomakkeen 3-6 vuotiaiden lasten osalta)

Informantti: Lapsi ja vanhemmat täyttävät omat lomakkeet

Kysymykset:

15 kysymystä potentiaalisista traumatapahtumista.

20 traumaoireisiin ja niiden aiheuttamaan haittaan liittyvää kysymystä (neliportainen asteikko), jotka kartoitetaan mikäli traumaattisia tapahtumia nousee esiin

5 kysymystä, joilla kartoitetaan erikseen ovatko oireet haitanneet lasta seuraavilla osa-alueilla (kyllä/ei):

1. Sosiaaliset suhteet
2. Perhesuhteet
3. Harrastukset
4. Yleinen tyytyväisyys
5. Koulu tai työ

7.1.3 Varhaisen vaiheen (kriisi)tuki

Kyselyn vastausten perusteella palveluissa tehtävä kriisityö, kriisiapu ja varhaisvaiheen tuki perustuivat pääasiassa supporttiivisiin keskusteluihin, psykoedukaatioon ja tilanteen vakauttamiseen. Vastauksissa ei nimetty strukturoituja kriisituen työmenetelmiä. Resurssija kriisitukeen toivottiin enemmän.

Välittömästi väkivaltakokemuksen tunnistamisen jälkeistä varhaista tukea (kriisitukea) tarjoavan tahon on tärkeää tuntea väkivaltakokemusten aiheuttamien seurausten kirjo, sekä traumaoireiden ilmenemismuodot ja -tavat. Kuten raportin aiemmissa osissa on tuotu esiin, väkivaltaa kokenut lapsi ja nuori ei aina oireile psyykkisesti, tai ei välttämättä oireile traumaoirein. Traumaoireita esiintyy melko yleisesti muutamia viikkoja potentiaalisesti traumaattisen tapahtuman jälkeen, mutta spontaani paraneminen on tavallista erityisesti ensimmäisinä kuukausina traumatapahtuman jälkeen. Meta-analyysin (Miller ym. 2015) mukaan traumaattisen kokemuksen jälkeiset stressioireet vähenivät suurella osalla lapsista ajan myötä ilman interventiotakin. Sosiaalinen tuki edistää paranemista (McDermott ym. 2012). Pitkäkestoisten, yli kuusi kuukautta kestäneiden oireiden paraneminen ilman hoitoa on harvinaisempaa (Miller ym., 2015).

Kuten A-osassa todettiin, on tutkimusnäyttöön perustuvia kriisituen tai varhaisen vaiheen (alle kuukausi tapahtumasta) työmenetelmiä toistaiseksi vähän. Barnahus-hankkeessa pilotoidaan Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI)-menetelmää vuosina 2020–2023. Koulutukset toteutetaan yhteistyössä Linköpingin yliopiston, Yale Child Study Centerin sekä EU-rahoitteen PROMISE3-hankkeen kanssa. 30 vuorokauden sisällä potentiaalisesti traumaattisesta tapahtumasta käytettävää työmenetelmää pilotoidaan mm. perheneuvoloissa, Seri-tukikeskuksissa ja oikeuspsykologian ja -psykiatrian yksiköissä. CFTSI yhdistää niitä elementtejä, jotka meta-analysissä on nähty todennäköisiksi vaikuttavan alkuvaiheen tuen elementteiksi: psykoedukaatio, lapsen ja huoltajien aikuisen kanssa työskentely, selviämiskeinojen opettelu sekä useamman tapaamiskerran kokonaisuus, joka etenee portaittain siten, että intensiivisempää hoitoa tarjotaan vain sitä tarvitseville (Kramer & Landolt, 2011).

Varhaisen vaiheen kriisituen menetelmistä eri toimintaympäristöissä tarvitaan lisätutkimusta. Erityisen ohut tutkimuspohja on kriisi-interventioissa, jotka annetaan nuorille akuuttivaiheen palveluissa välittömästi seksuaaliväkivallan kokemuksen jälkeen. Nuorten PTSD-oireiden ja häiriön riski näissä tilanteissa on huomattavan suuri (Khadr ym. 2018), toisaalta tutkimusperustaisia kriisi-interventioita tälle ryhmälle on niukasti tai ei lainkaan (Lomax ym., 2020; Bragesjö ym. 2020). Varhaisvaiheen kriisitukea kehitetään, mallinnetaan ja arvioidaan Barnahus-hankkeessa yhteistyössä seritutukikeskusten kanssa vuodesta 2020 alkaen.

7.1.4 Traumahoito

Varsinaisen traumahoidon menetelmien osalta tutkimusnäyttöä on kertynyt useista eri menetelmistä (ks. raportin A-osa). Vaikuttavat menetelmät ovat myös turvallisia ja ne huomioivat myös esimerkiksi ammattilaisen sijaistraumatisoitumisen riskin. Suomessa on järjestetty kymmenen edeltävän vuoden aikana useita koulutuksia näyttöön pohjautuvista traumahoidon menetelmistä esimerkiksi TF-KKT:n ja NET:n osalta. Vaikka käsillä olevan kyselyn otos on melko pieni ja valikoitunut, voidaan todeta, ettei näitä työmenetelmiä koulutuksista huolimatta juuri ole käytössä. Juurtumisen ongelmat eivät ole yllättäviä, sillä niitä on todettu myös monien muiden vaikuttavien työmuotojen kohdalla (Kouvonen & Laajasalo, 2019). Vaikuttavien tulosten saaminen ja menetelmän ylläpito vaativat systemaattista työtä ja toimintaa tukevaa rakennetta.

Hiljattain ilmestyi ensimmäinen lasten ja nuorten traumahoitoon tarkoitettujen menetelmien implementaatiota käsittelevä systemaattinen katsaus. Implementaatiota edistävinä tekijöinä nostettiin esiin muun muassa jatkuvat konsultaatio- ja työnohjausmahdollisuudet sekä menetelmäuskollisuuden seuranta, implementaatiota haittaavina tekijöinä muun muassa henkilöstön resurssit ja vaihtuvuus (Powell ym. 2020). Jo aiemmin on todettu, että johdon tuella (mm. Birken, 2015) sekä

organisaatiokulttuurilla ja organisaation ilmapiirillä on merkitystä implementaation kannalta. Esimerkiksi työntekijöiden uupumuksella ja koetuilla roolikonflikteilla on merkitystä sen suhteen, miten myönteisesti näyttöön pohjautuviin työtapoihin suhtaudutaan nuorille ja perheille suunnatuissa palveluissa (Aarons & Sawitzky, 2006). Konsultaatio- ja työnohjauksen tarve sekä erityisesti asiakastyöskentelyyn käytettävissä olevat tiukat aikarajat nousivat esiin myös tämän kyselyn vastauksissa. Vastajat totesivat niukkojen käytettävissä olevien asiakaskohtaisten käyntimäärien asettavan raamit sille, mitä työmenetelmiä oli mahdollista käyttää.

7.1.5 Muu tuen ja hoidon tarve

Hoidon ja tuen tarve ei rajoitu ainoastaan niihin lapsiin, joilla todetaan traumaan viittaavia oireita. Kuten aiemmin todettu, kehittyvä väkivaltaa kokeneista lapsista vähemmistölle traumaperäinen stressihäiriö (Tedechi & Billick, 2017), mutta monet kärsivät erilaisista tunne-elämän, käyttäytymisen ja toimintakyvyn ongelmista (Anda ym. 2006), jotka voivat vaatia hoitoa. Osa niistä lapsista, jotka eivät tarvitse hoitoa väkivaltakokemusten vuoksi, voivat silti tarvita erilaisia lastensuojelun tukitoimia, esimerkiksi perhetyötä, tai muita toimia lapsen suojaamiseksi ja riskien vähentämiseksi, esimerkiksi vanhemmuuden tukea. Yksi tähän tarkoitukseen sopivista työmenetelmistä on raportin A-osassa esitelty CPC-CBT, jossa työskennellään myös fyysistä väkivaltaa käyttäneen vanhemman kanssa. Ruotsissa menetelmää on käytetty sekä lastensuojelussa, lastenpsykiatriassa, Barnahus-yksiköissä ja muiden palveluntuottajien keskuudessa (Thulin, Nilsson & Svedin, 2019). Tähän menetelmään koulutetaan ammattilaisia Barnahus-hankkeessa vuosina 2020–2021.

Toimenpiteitä voi vaatia muu tilannekohtainen väkivallan riskitekijä, esimerkiksi vanhemman päihde- tai mielenterveyden häiriö, tai lapsen hoitamaton psykiatrinen sairaus, esimerkiksi käytöshäiriö. Toimiva palvelupolku huomioi kaikki nämä vaihtelevat tuen ja hoidon tarpeet ja erityisesti eri toimijoiden välisen yhteistyön. Kyselyn vastausten perusteella tiedonkulku näyttäytyi paikoin puutteellisena joko lainsäädäntöön ja ohjeistuksiin liittyvistä syistä tai muista syistä. Esiin nousi muun muassa tilanteita, joissa lapsen läheteeseen oli kirjattu kaltoinkohtelun mahdollisuus ja lähetepalautteesta ei käynyt ilmi, onko asiaan jatkossa lainkaan kiinnitetty huomiota. Useat vastaajat eri palveluista toivat esiin, etteivät he saa tietää onko hoitoonohjaus onnistunut.

7.1.6 Palvelupolun superhetket

Superhetkiksi kutsutaan tilanteita, joissa palvelujärjestelmän tulisi onnistua erityisen hyvin. Ammattilaisten toiminnalla on merkittävä vaikutus siihen, miten näissä erityisen merkittävässä hetkessä onnistutaan (Yliruka ym., 2020). Väkivaltaa kokeneen

lapsen osalta voidaan todeta, että hoidollisten tarpeiden yhteensovittaminen juridisten ja suojelullisten tarpeiden kanssa on palvelupolun onnistumisen kannalta kriittinen vaihe, superhetki.

Nykytilanteessa esitutkinta kestää pitkään ja viranomaisten välisiä yhdyspintoja on lukuisia. Tiedonkulku ja yhteistyö perheen kanssa uhkaa katketa, lapsi on vaarassa tippua palvelujen väliin ja lasta kantava arki rutiineineen järkkyy. Esimerkkinä toimii vastauksissa esiin nostettu tilanne, jossa lasta kuullaan poliisin toimesta väkivaltaepäilyyn liittyen koulun tiloissa. Tiedonkulku eri toimijoiden taholta huoltajiin päin katkeilee, yhteistyö koulun ja huoltajien kanssa muodostuu tämän vuoksi haasteelliseksi, koulun aikuiset eivät saa lainkaan tietoa siitä kuka hoitoonohjauksesta vastaa, saako lapsi tukea, ja jos saa, millaista. Myös varhaiskasvatuksen puolelta nostettiin esiin pelko kasvatuskumppanuuden menettämisestä väkivaltakäsityksen noustessa esiin, ja toivottiin muilta toimijoilta tiiviimpää yhteyttä päiväkotiin päin.

Barnahus-malli on kehitetty osaltaan vastaamaan niihin haasteisiin, joita liittyy viranomaisten väliseen yhteistyöhön ja palveluohjaukseen tilanteessa, jossa oikeudelliset, suojelulliset ja hoidolliset näkökulmat risteävät ja palvelutarjoajien saumaton yhteistyö on keskeistä lapsen edun toteutumiseksi (ks. alaluku 7.2.4 sekä Barnahus-laatusstandardit²²).

Poliisin näkökulmasta lapsiin kohdistuvien väkivalta- ja seksuaalirikosten esitutkinta on poikkeuksellisen poikkihallinnollista työtä verrattuna useisiin muihin rikoslajeihin. Kaikkien toimijoiden keskeisenä ajatuksena tulisi olla lapsen edun toteutuminen parhaalla mahdollisella tavalla. Esitutkinta tulee aloittaa johdetusti tutkinnanjohtajan johdolla, jossa määritellään mitä esitutkinnassa tehdään. Parhaiten tämä onnistuu LASTA-seula -palaverin²³ kautta, jossa paikalla ovat poliisi, syyttäjä, sosiaaliviranomainen sekä terveydenhuollon ammattilainen, tai vähintäänkin terveystiedot ovat saatavilla, kun tapauksen taustatietoja käydään läpi. LASTA-seula -palaverissa pohditaan lapsen kokonaisvaltaista tilannetta eri viranomaisten tietojen perusteella ja päätetään, miten tapauksen kanssa edetään. Pohdinnan ajatuksena poliisin näkökulmasta on taustoittaa sitä, onko tarkoituksenmukaista tehdä koko esitutkintaprosessi ja viedä asia käräjäoikeuteen, vai onko ensisijaisesti lapsen edun mukaista saattaa perhe ja lapsi tuen ja hoidon pariin ja tukea paranemista mahdollisimman pian. Mikäli katsotaan, että rikosprosessi olisi kohtuuton lapselle, tulisi harkita esitutkinnan rajoittamista esimerkiksi kohtuus -perusteella (esimerkiksi jos teko on selvinnyt epäillyn hakiessa apua käyttökseen ja lastensuojelu toimii perheen kanssa). Myöskään keskeneräinen esitutkinta ei estä tuen ja hoidon järjestämistä lapselle edellyttäen, että reunaehdoista ennen lapsen kuulemista tapahtuvan tuen ja hoidon sisällön suhteen sovitaan. Kerätyn aineiston perusteella eri alojen ammattilaisilla esiintyy edelleen virheellistä käsitystä, jonka mukaan väkivallan

22 http://www.childrenatrisk.eu/promise/wp-content/uploads/FI_StandardsSummary_FINAL.pdf

23 Sinkkonen & Mäkelä, 2017

seurausten tai mahdollisen trauman hoito aloitetaan vasta esitutkinnan tai peräti oikeusprosessin päätyttyä.

Myös huoltajien välitön jatko-ohjaaminen uhripalveluiden piiriin on lapsen hyvinvoinnin kannalta tärkeää. Lapsen tai nuoren joutuessa rikoksen uhriksi tulee huoltajan tarjota turvallista läsnäoloa. Huoltajan tärkein tehtävä tilanteessa on varmistaa, että arki jatkuu ja lapsen perustarpeista huolehditaan. Se vahvistaa turvallisuuden tunnetta, joka tukee lapsen selviytymistä. Erityisesti huoltajalle tarjottava tuki on tärkeää silloin kun toista huoltajaa epäillään rikoksesta. Tällöin huoltajien keskinäinen tuki jää todennäköisesti puuttumaan, jolloin tilanne on entistä raskaampi. Lisäahdistusta tuottaa se, että omaa lasta on vahingoitettu sen ihmisen taholta, jonka kuuluisi yhdessä toisen vanhemman kanssa suojella lasta. Vaikka lapselle olisi määrätty edunvalvoja, myös huoltajan on löydettävä vastauksia moniin rikosprosessin liittyviin kysymyksiin. Useista käytännön asioista huolehtiminen rikosprosessin osalta voi olla huoltajan vastuulla. Silloinkin kun näin ei ole, huoltajaa on rauhoitettava ja pidettävä ajan tasalla siitä, miten rikosprosessi etenee ja mitkä lapsen ja hänen oikeutensa ovat rikosprosessissa.

Rikosuhripäivystys voi tarjota huoltajille henkistä tukea ja tietoa rikosprosessista, joka edesauttaa osaltaan sekä huoltajan, että lapsen selviytymistä kokemastaan. Palveluiden piiriin ohjaaminen on tehty yksinkertaiseksi. Asiakkaan suostumuksella yhteystiedot välitetään esimerkiksi suoraan poliisin toimesta oman alueen Rikosuhripäivystykseen sähköpostilla. Asiakkaaseen ollaan yhteydessä viiden arkipäivän sisällä. Barnahus-hanke rakentaa tiiviimpää yhteistyötä Rikosuhripäivystyksen ja muiden lapsia koskevien rikosten selvittämisessä mukana olevien toimijoiden välille.

7.2 Kansalliset kehityssuunnat

7.2.1 Perustaso palveluntuottajana

Sote-reformin yhteydessä keskeiseksi ratkaistavaksi ongelmaksi on nostettu perustason palveluiden vaihteleva saatavuus, joka haastaa järjestelmän oikeudenmukaisuuden, yhdenvertaisuuden sekä järjestelmän kantokyvyn kustannusten hillinnän näkökulmasta (STM, 2020). Lasten ja nuorten osalta tuoreessa kansallisessa mielenterveysstrategiassa (STM, 2020) todetaan, että neuvoloiden, oppilas- ja opiskeluhuollon sekä muiden lasten ja nuorten perustason palveluiden mielenterveystyön riittävät voimavarat sekä ammattiryhmien välinen koordinoitu yhteistyö on varmistettava. Edelleen todetaan, että ehkäisevän työn lisäksi niissä olisi oltava tarjolla kriisitilanteissa tarpeellisia lyhyitä interventioita.

Perustason tehtäväksi on lasten mielenterveystyön ja lastenpsykiatrian osalta kansallisesti määritelty lasten mielenterveysongelmien ja -häiriöiden tunnistamisen, arvioinnin ja diagnostististen perustutkimusten lisäksi myös matalan kynnyksen

psykososiaalinen tuki. Lisäksi tehtäviin on määritelty kuuluvaksi vanhemmuutta, lasta ja lapsen sosiaalista verkostoa tukevat interventiot lievissä ja keskivaikeissa häiriöissä, lievien ja keskivaikeiden mielenterveysongelmien ja -häiriöiden tuki ja hoito sekä jatkohoidon toteuttaminen erityistason tutkimusten ja/tai hoidon jälkeen. (STM, 2019).

Kuten aiemmin todettu, eivät kaikki väkivaltaa kohdanneet lapset oireile vaikeaksi luokitelluilla psyykkisillä häiriöillä, ja monet väkivaltaa kokenutta lasta tukevat interventiot kohdistuvat vanhemmuuden tukemiseen ja lapsen sosiaalisen verkoston vahvistamiseen tai kriisitukeen. Tästä seuraa, että väkivallan tunnistamisen, puheeksioton ja tilannearvion lisäksi myös osan väkivaltaa kokeneiden lasten hoidosta tulisi voida tapahtua perustason palveluissa. Perustason palveluiden integroituminen laajemmiksi kokonaisuuksiksi erityisesti perhekeskusten muodostamisen myötä tarjoaa tähän aiempaa paremmat mahdollisuudet. Lähisuhdeväkivallan ehkäisy ja siihen puuttuminen on yksi perhekeskusten ja kaikkien sen toimijoiden tehtäviä, mutta toistaiseksi tämän tehtävän toimeenpano alueilla on ollut muihin perhekeskusten toiminnan osa-alueisiin nähden vähäistä (Pelkonen ym., 2020). Tässä julkaisussa kuvatut uudet kehittämisen painopistealueet esimerkiksi Helsingissä sekä alueellinen yhteistyö Barnahus-hankkeen kanssa mahdollisesti muuttavat tilannetta lähivuosina.

Huikko ym. (2017) toteavat, että lasten mielenterveysongelmien hoito perustasolla edellyttää riittävää osaamista, jota tulisi rakentaa osaksi jo ammattilaisten peruskoulutusta. Kysely- ja haastatteluaineiston perusteella väkivaltaan liittyvissä kysymyksissä perustason vahvempaa roolia hoidon osalta haastaa tällä hetkellä ajallisten resurssien, ammattilaisten koulutuksen ja työvälineiden puute liittyen lapsen kohdistuvan väkivallan kysymyksiin.

Perustasolle määriteltyjen tehtävien valossa etenkin perheneuvoloiden rooli näyttäytyy nyt haasteellisena muun muassa arvioinnin, (diagnostisten) tutkimusten sekä interventioiden tarjoamisen osalta. Nykyisin sosiaalihuollon palveluihin kuuluvien perheneuvoloiden tehtävänkuvat näyttäytyivät eri puolella Suomea hyvin erilaisina, ja palveluvalikko on etenkin lasten tarvitseman hoidon osalta viimeisten vuosikymmenien aikana supistunut. Perheneuvola moniammatillisena ja perhekeskeisenä toimintamuotona sopisi hyvin väkivaltaa kokeneiden lasten tukeen ja hoitoon, mitä tuotiin esiin myös kyselyn vastauksissa. Tämä kuitenkin edellyttäisi toimijoiden välisten roolien kirkastamista ja lisäkoulutusta arvioinnin sekä hoidollisten menetelmien osalta.

Kouluikäisten lasten traumakokemusten osalta perustason tehtäväksi on määritelty seurausten lievittäminen psykososiaalisen tuen kautta, lapsen tai nuoren seuranta mahdollisen traumaperäisen stressihäiriön tunnistamiseksi sekä traumaperäisen stressihäiriön varhaisdiagnostiikka ja hoidon tarpeen arvio (Aalto-Setälä, 2020). Oppilashuollossa voidaan antaa alkuvaiheen vakauttavaa tukea sekä hoitaa lapsen ja nuoren yksittäisen traumakokemuksen oireita mikäli nuori on aemmin ollut psyykkisesti vakaa eikä elämäntilanteessa ole muita merkittäviä riskitekijöitä

(Aalto-Setälä, 2020). Kyselyn valossa oppilashuollon tämänhetkinen rooli väkivallan tunnistamisessa, tuessa, hoitoonohjauksessa ja seurannassa näyttäytyy kuitenkin jäsentymättömänä. Oppilas- ja opiskelijahuoltolain perusteella koulukuraattori- ja psykologipalveluilla tuetaan opiskelijoiden oppimista ja hyvinvointia sekä sosiaalisia ja psyykkisiä valmiuksia. Painopiste on ehkäisevässä työssä ja yhteisöllisessä toiminnassa. Kyselyn ja haastatteluiden perusteella on kunta- sekä koulukohtaista vaihtelua siinä, minkä verran opiskeluhuollon palveluita voidaan käyttää väkivaltaa kokeneiden lasten ja nuorten tukemiseen ja auttamiseen. Erityisesti silloin kun lapsella on todettu jokin psykiatrinen häiriö, on ollut epäselvää, minkä verran lapsen tukea voidaan toteuttaa opiskeluhuollossa, ja yksi kyselyn vastaajista totesikin ettei koulussa ”hoideta traumaa”. Väkivaltakokemuksen jälkeen tarvittava tuki on kuitenkin paljon muutakin kuin traumojen hoitoa. Voitaisiinko esimerkiksi tiettyjä kouluikäisillä hyvin yleisiä kokemuksia, kuten verkossa tapahtunutta seksuaalista häirintää, tunnistaa ja haittoja ehkäisevin tukitoimin käsitellä nykyistä enemmän myös oppilashuollon piirissä? Tämä edellyttäisi toimivia arvioinnin ja tuen käytäntöjä sekä koulutusta verkossa tapahtuvasta seksuaaliväkivallasta ja sen seurauksista (Jonsson ym., 2015; Jonsson ym., 2017). Seuraavat vuodet tulevat näyttämään miten soite-uudistus tulee vaikuttamaan koulupsykologien ja -kuraattorien työhön ja vaikuttamaan opiskeluhuollon rooliin soite-kentällä.

Koulutuksen lisäksi perustasolle tarvitaan osaamisen lisäksi myös toiminnan koordinaatiota tehostavia malleja. Esimerkiksi Alatalo ym. (2019) ovat hahmotelleet lähi- ja vastuutyöntekijämallia, jossa perheelle nimetty työntekijä parantaisi peruspalvelujen edellytyksiä huolehtia lasten, nuorten ja perheiden kokonaisvaltaisesta tilannearviosta ja oikea-aikaisesta avun ja tuen tarjoamisesta. Myös Barnahus-malli (ks. alaluku 7.2.4) tarjoaa tavan koordinoita toimijoiden välistä yhteistyötä väkivaltaepäily- tai todennetun väkivallan tilanteissa.

7.2.2 Pohdintaa kunnallisen sosiaalityön asemasta

Sosiaalitoimen asema lapsiin kohdistuvan väkivallan tilanteissa on vaihteleva, sillä lapsiin kohdistuvat väkivaltaepäilyt ovat luonteeltaan hyvin moninaisia. Lastensuojelulain 25§:n mukaisilla ilmoitusvelvollisilla on lakisääteinen velvollisuus tehdä lapsen kohdistuneesta väkivaltaepäilystä poliisille tehdyn ilmoituksen lisäksi myös lastensuojeluilmoitus, jonka vastaanotto ja käsittely on sosiaalitoimen tehtävä. Ilmoitusten sisällön perusteella on tehtävä välitön arvio mahdollisesta kiireellisestä lastensuojelun tarpeesta. Lisäksi tarvittaessa on tehtävä sosiaalihuoltolain 36§:n mukainen palvelutarpeen arviointi, jonka yhteydessä selvitetään lastensuojelun tarve.

Kyseessä voi olla tilanne, jossa perheen ulkopuolista henkilöä epäillään lapsen kohdistuneesta teosta. Yhtä lailla tilanne voi olla sellainen, että lapsen vanhempaa, jonka luona lapsi kenties myös asuu, epäillään lapsen kohdistuneesta väkivallasta.

Näissä tilanteissa kysymys lapsen suojelemisesta ja siten myös sosiaalitoimen asema on täysin erilainen. Lastensuojelussa tehdään arvioita siitä, ovatko ongelmat sellaisia, että ne vaikuttavat tai todennäköisesti vaikuttavat lapsen kehitykseen ja hyvinvointiin sekä sellaisia, että niihin voidaan lastensuojelun keinoin vaikuttaa lapsen edun mukaisesti. Arviot ovat tapauskohtaisia ja ne erottelevat lapsia instituution asiakkuuteen ja sen ulkopuolelle. (Pösö 2010.)

Lastensuojelua toteutetaan kunta- ja tiimikohtaisesti vaihtelevasti (ks. esim. Pösö 2010), ja siten myös käytännöt lapsiin kohdistuvan väkivallan käsittelyn osalta ovat moninaisia. Käytännössä kynnys lastensuojelun sosiaalityön asiakkuuteen on noussut merkittävästi sosiaalihuoltolain uudistuksen myötä vuodesta 2015 lähtien. Lapsiperheiden sosiaalityöksi tai perhesosiaalityöksi kutsuttavaa työtä tekevillä sosiaalityöntekijöillä on lähtökohtaisesti samat mahdollisuudet, oikeudet ja velvollisuudet toimia kuin lastensuojelussa, joten tarvittaessa lapsen kiireellinen sijoittaminenkin saatetaan toteuttaa perhesosiaalityön puolelta, vaikka kyseessä onkin lastensuojelulain mukainen toimenpide.

Lastensuojelun alkuarviointia koskevassa väitöstutkimuksessa on tuotu esiin huolta alkuarvioinnin mahdollisesta muuttumisesta sosiaalihuoltolain uudistuksen myötä palvelutarpeen arvioinniksi ja palveluohjaukseksi. Alkuarviointi on interventio, jossa sosiaalityöntekijät tekevät muutostyötä ja käyttävät riittävästi aikaa perheenjäsenten kanssa. Mikäli sosiaalityöntekijöiden tehtävä kaventuu palveluohjaukseksi, jossa muut toimijat kuin sosiaalityö nähdään muutostyön tekijöinä, kyseessä ei ole samankaltainen interventio kuin lastensuojelun alkuarviointi. (Hietamäki 2015, 170–171.) Lastensuojelun alkuarvioinnille voisi olla tarvetta erityisesti perheen sisäisissä väkivaltaepäilyissä. Perheen ulkopuolisissa väkivaltaepäilyissä, erityisesti seksuaalirikosepäilyissä, lastensuojeluilmoituksen vastaanottamisen jälkeen sosiaalityön tehtäväkuva onkin todennäköisesti enemmän palvelutarpeen arvioinnin ja palveluohjauksen kaltainen. Tuolloin tavoitteena voisi olla ensisijaisesti varmistaa, että asia päättyy tarvittaessa poliisitutkintaan ja että lapsi ja perhe saavat tarvittavan tuen sekä hoidon jostakin muusta tahosta ja palvelusta, joita tässäkin raportissa on kuvattu lukuisia.

Yhtenä ratkaisuna sosiaalityön muutostyön aseman varmistamiseksi Suomeen on pyritty tuomaan systeemistä työtettä lastensuojeluun. Systeeminen työote voisi tuoda tarvittavia elementtejä lapsen ja perheenjäsenten kanssa tehtävään työhön myös lapsen kohdistuneen väkivallan tilanteissa. Työotteen käyttöönotto vaatii työntekijöiden kouluttamisen, systeemisen tiimin muodostamisen sekä säännöllisten viikkokokousten pitämisen. Tiimirakenteeksi ehdotetaan konsultoivaa sosiaalityöntekijää, perheterapeuttia sekä koordinaattoria sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien rinnalle. (Aaltio & Isokuortti 2019.) Täten tiimirakenteeseen on jo sisäänrakennettu terveydenhuollon näkökulman tuominen osaksi asiakastapausten pohdintaa. Tämä voisi tuoda tarvittavaa näkemystä ja jatkuvaa arviointia myös terveydenhuollon näkökulmasta sosiaalityön rinnalle koko lastensuojelun työskentelyprosessin ajan. Esimerkiksi kasvatusta ja perheneuvoloissa on koulutettuja

perheterapeutteja, kun taas muissa kunnan sosiaalitoimen toimintayksiköissä heitä on vain vähän. Olisiko perheneuvolan perheterapeutteja mahdollista hyödyntää systeemissä lastensuojelutyössä niin, että työskentely tapahtuisi lastensuojelutiimissä ilman päällekkäistä työskentelyä ja asiakkaiden siirtoja eri toimijoiden, tässä tapauksessa perheneuvolan ja lastensuojelun välillä? Tiina Civil ym. (2019) ehdottavat, että vastuu lasten palvelukokonaisuuksien ja verkostotyön koordinoinnista olisi lastensuojelun sosiaalityöntekijällä ja hänen ympärillään olevalla systeemillä tiimillä silloin, kun lapsi on lastensuojelun asiakkaana. Systemiset tiimit rakentuvat joustavasti lapsen ja perheenjäsenten tilanteiden ja tarpeiden mukaan, sillä mukaan kutsutaan verkostosta kulloinkin oleelliset toimijat. Tämä voisi vähentää perheenjäsenten kuormitusta, kun toimitaan usean eri tahon kanssa, kuten usein lapsen kohdistuneen väkivallan kohdalla tapahtuu, ja mistä tämän kyselynkin vastaukset osaltaan kertovat.

Systemisen lastensuojelutyön hyödyntäminen edellyttäisi sitä, että väkivaltaa kohdanneet lapset olisivat lastensuojelun asiakkuudessa tai vaihtoehtoisesti perhesosiaalityön puolella työtään tekevät toimijat pystyisivät yhtä lailla hyödyntämään systeemistä tiimiä ja työotetta työskentelynsä pohjana. Käytännössä tällä hetkellä systemisen työotteen jalkauttamisen suhteen kunnat ja alueet ovat hyvin erilaisissa vaiheissa, eivätkä sosiaalityön tämänhetkiset asiakasmäärät mahdollista täysipainoista systeemistä työskentelyä kaikkien asiakasperheiden kanssa.

Kyselyn vastauksissa tuotiin esille sekä sosiaalityöntekijöiden ja sosiaaliohjaajien että muiden toimijoiden kautta lastensuojelun tarve oman osaamisensa kehittämiseksi ja työmenetelmien omaksumiseksi. Barnahus-hankkeen aikana aletaan kouluttaa sosiaalityöntekijöitä kansallisella täydennyskoulutuksella lapsiin kohdistuvan väkivallan kysymyksistä. Koulutuksen tarkoituksena on tarjota sekä tietoa että kaivattuja konkreettisia menetelmiä lastensuojelutyön tueksi erityisesti tilanteissa, joissa lapseen on kohdistunut väkivaltaa perheen sisällä. Kouluttamisen näkökulmasta perhesosiaalityöntekijöiden joukko on määrällisesti huomattavasti suurempi kuin lastensuojelulain mukaista lastensuojelutyötä tekevien sosiaalityöntekijöiden. Koulutuksen ensisijaista kohderyhmää on tarpeen pohtia myös tästä näkökulmasta. Tarja Pösö (2010) määrittelee lastensuojelun institutionaaliseksi rajaksi kohdan, jossa julkinen järjestelmä puuttuu tai antaa apuaan lasten ja vanhempien välisiin suhteisiin, jotka lähtökohtaisesti katsotaan yksityisiksi suhteiksi. Suomalainen lastensuojelu on määritelty lapsille ja perheille tarjottavaksi palveluksi, mutta se voi olla myös perhesuhteiden uudelleen organisointia ja kontrollia. Tämänhetkisenä kysymyksenä sosiaalityön kehittämisen näkökulmasta onkin, mihin lastensuojelun institutionaalinen raja asettuu lapsiin kohdistuvan väkivallan kysymyksissä?

7.2.3 Kolmannen sektorin rooli

Järjestöillä on väkivaltakysymyksiin liittyvää vakiintunutta ja vaativaa erityisosaamista sekä kriisituen että pitkäkestoisemman uhrien kanssa tapahtuvan työskentelyn osalta. Järjestökenttä myös kehittää ja pilotoi uusia kipeästi kaivattuja työmuotoja. Esimerkiksi ETKL:n Turvassa-hanke kehittää parhaillaan kohdennettuja työmenetelmiä kärjistyneisiin erotilanteisiin, joissa vanhempien välillä on vakavia ristiriitoja, väkivaltaa, väkivaltaepäilyjä tai väkivallan uhkaa. Tämän kyselyn aineistossa nämä tilanteet näyttäytyivät kaikkien palveluntarjoajien näkökulmasta moniammatillisen yhteistyön ja lapsen hoidon ja tuen järjestämisen kannalta erityisen haastavina, ja uusille työmenetelmille ja osaamisen vahvistamiselle on suuri tarve. Kuten raportin C-osa osoittaa, ei kolmannen sektorin erityisosaaminen ja työkäytäntöjen kehittäminen rajoitu vain uhrityöhön, vaan näkyy myös väkivallan tekijöiden kanssa tehtävän työn alueella. Järjestötoimijat ovat pitkälti vastanneet niiden henkilöiden tavoittamisesta ja hoidosta, joiden seksuaalisesta käyttäytymisestä on huolta lapsikohtaisen seksuaalisen kiinnostuksen vuoksi.

Väkivaltakysymyksissä järjestöjen ja muun kolmannen sektorin rooli julkisten palveluiden palveluvalikoiman täydentäjänä on erittäin merkittävä. Samalla voidaan kysyä jääkö vastuu paikoitellen myös liikaa resurssipulan kanssa kamppaileville kolmannen sektorin palveluille ja jäävätkö he vastuun kanssa liian yksin? Etenkin potentiaalisten seksuaalirikollisten hoidon osalta järjestöt vastaavat tällä hetkellä toiminnosta, jotka monissa maissa ovat osa erityisosaamista vaativia julkisia sosiaali- ja terveystalvueluita. Kyselytutkimuksen vastauksissa heijastui myös, että järjestöjen rahoituksen katkonaisuus haastaa toiminnan ennakoitavuuden ja työntekijöiden kokemuksen turvatuista ja vakaista mahdollisuuksista tehdä ja kehittää työtä.

Järjestöjen tutkimusyhteistyötä tulee tukea, sillä tätä kautta varmistetaan toiminnan tietoperustaisuus, systemaattinen kehittäminen ja toiminnan arviointi myös järjestökentällä. Vaativia erityispalveluita tuottavat järjestöt ovat osa tulevia OT-keskusverkostoja (ks. luku 7.2.4), mikä parantaa mahdollisuuksia integratiiviseen tutkimus- ja kehittämistoimintaan sekä yhdenmukaiseen toiminnan vaikutusten seurantaan ja arviointiin.

7.2.4 OT-keskukset ja kansallinen koordinaatiovastuu

Useissa Pohjoismaissa lapsiin kohdistuvaan väkivaltaan sekä traumahoitoihin liittyvä osaaminen on kansallisesti koordinoitua ja viety vahvasti rakenteisiin. Norjan väkivalta- ja traumakeskus (Norwegian Center for Violence and Traumatic Stress Studies) on tukenut TF-KKT:n valtakunnallista käyttöönottoa eri palveluissa ja

vastannut myös vaikuttavuustutkimuksesta²⁴. Ruotsissa Barnafriid, lapsiin kohdistuvan väkivallan kansallinen osaamiskeskus, perustettiin valtion erillisrahoituksella Linköpingin yliopiston alaisuuteen vuonna 2015²⁵. Keskus muun muassa kerää ja levittää tutkimustietoa lapsiin kohdistuvasta väkivallasta sekä kouluttaa monipuolisesti eri alojen ammattilaisia väkivallan tunnistamiseen, puuttumiseen ja hoidon malleihin ja menetelmiin.

Vuodesta 2018 voimassa ollut niin sanottu keskittämisasetus (582/2017) edellyttää viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin huolehtivan alueellisesti psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien suunnittelusta, arvioinnista ja osaamisen ylläpidosta sekä alueellisesta yhteensovittamisesta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen lasten traumahoito-osaston osalta tämä tarkoittaisi esimerkiksi vahvimmin näyttöön pohjautuvien traumahoitojen koulutuksen järjestämistä, koulutustarpeiden seuranta, koulutuksen ja hoitojen sisällön laadunvalvontaa ja työnohjaukseen liittyvää koordinoitua, sekä koulutusten kohdentamista palvelujärjestelmän oikeisiin kohtiin. Asia on kirjattu vahvasti mukaan tulevien OT-keskusten tehtäviin, joihin kytkeytyy myös sosiaalihuollon menetelmien käytönnoton koordinoitua (Halila ym., 2019).

Suomessa tehdään trauma- ja väkivalta-aiheista tutkimusta. Meiltä löytyy myös runsaasti väkivaltatyön ammattilaisia sekä trauma-aiheisten lasten ja nuorten kanssa työskenteleviä osaajia. Kyselyn perusteella on todettava, että kentän käytännöt väkivaltaa kohdanneiden lasten tuen ja hoidon osalta ovat tästä huolimatta yhä kirjavampia ja alueellinen vaihtelu suurta. Tutkimukseen perustuvia toimintamalleja ja hoitomuotoja ei ole vielä riittävästi saatavilla, niiden käyttöä ei seurata, eivätkä ne vielä ole juurtuneet osaksi palveluvalikkoon. Kentän koulutus- ja konsultaatiotarpeet ovat huomattavat. OT-kehitystyön mukaiset linjaukset, erityisesti asiantuntijaverkostojen tiivistämisen ja palvelujen porrasteisuuden lisäämisen osalta, todennäköisesti parantavat tilannetta. Tätä kehittämistyötä täydentäisi myös vahvasti rakenteisiin sidottu, pysyvästi rahoituksella toimiva kansallinen osaamiskeskittymä, joka Ruotsin mallin mukaisesti vastaisi lapsiin kohdistuvan väkivallan tutkimuksesta ja kehittämistoiminnasta. Näkökulman tulisi olla ilmiölähtöinen, monitieteellinen ja -ammattillinen.

24 <https://www.nkvts.no/english/project/implementation-of-tf-cbt-at-norwegian-children-and-adolescents-psychiatric-polyclinics/>

25 <https://liu.se/forskning/barnafriid>

Esimerkkejä mahdollisista kansallisen lapsiin kohdistuvan väkivallan vastaisen osaamiskeskittymän tehtävistä:

- Tietoperustaisuuden lisääminen: tuoreen kotimaisen ja kansainvälisen tutkimustiedon levittäminen kentän toimijoiden käyttöön, mukaan lukien terveydenhuolto, sosiaalihuolto ja poliisi.
- Lapsiin kohdistuvaan väkivaltaan liittyvien moniammatillisten toimintamallien ja sisältöjen koordinaatio
- Väkivaltaa kohdanneen lapsen näyttöön perustuvien arviointi- ja hoitomenetelmien saatavuus: koulutusten riittävä määrä ja alueellinen kattavuus, työmenetelmien kohdennus palvelujärjestelmän oikeisiin kohtiin mm. koulutettavien valinnan ja kompetenssien seurannan kautta
- Hoito- ja työmuotojen juurtumisen tuki: johdon tuen varmistaminen, työmenetelmien käyttöasteen seuranta, uusien menetelmien ja toimintamallien harkittu käyttöönotto tarvearvion kautta
- Kotimainen vaikuttavuustutkimus, joka toteutetaan osana palveluympäristöä, vaikuttavuusmittarien valinta ja kehittäminen

7.2.5 Barnahus-malli

Eurooppalaiset Barnahus-laatustandardit (Barnahus Quality Standards, 2017)²⁶ antavat suuntaviivoja monialaiselle viranomaisyhteistyölle lapsitodistajien ja rikosten uhrien tukemiseksi. Kriteerien ytimessä on näkemys lapseen kohdistuvasta väkivallasta sekä rikoksena että suojelua, tukea ja usein myös hoitoa vaativana kokemuksena. Tavoitteena on tarjota asiaankuuluvat palvelut lapselle yhdestä paikasta. Barnahus-standardit pohjautuvat näyttöön perustuviin käytäntöihin sekä rikosten tutkinnassa että uhrien hoidossa.

Viidessä yliopistosairaanhoidopiirien alaisissa Lasten ja nuorten oikeuspsykologian ja -psykiatrian yksiköissä, joita Barnahus-laatustandardien valossa voi luonnehtia Barnahus-keskuksiksi, selvitetään poliisin virka-apupyynnöstä alaikäisiin kohdistuneita väkivaltarikosepäilyjä. Niissä toteutetaan monilta osin Barnahus-mallin mukaista toimintaa, johon kuuluu vahva moniammatillinen yhteistyö, tutkimusnäyttöön pohjautuvat menetelmät ja lapsiystävälliset tilat. Oikeuspsykologian ja -psykiatrian yksiköiden työtä voi kuvata OT-tason vaativan erityisosaamisen työksi: työhön kuuluu erityisesti pienten lasten, psyykkisesti erityisen haavoittuvien sekä kehitysvammaisten lasten ja nuorten kuuleminen, perheensisäiset seksuaalirikokset, vaikeimpiin huoltoriitoihin liittyvät väkivaltarikosepäilyt, vaikeimmin psykiatrisesti oireilevat lapset, oikeudelle tehtävät lausunnot ja luotettavuuden arviot. Yksiköt arvioivat lapsen, nuoren ja perheen tilannetta sekä hoidon tarvetta kokonaisvaltaisesti.

26 http://www.childrenatrisk.eu/promise/wp-content/uploads/FI_StandardsSummary_FINAL.pdf

Vain pieni osa, arviolta viidennes, väkivaltaepäilyistä ohjautuu yliopistosairaaloiden lasten ja nuorten erikoistuneisiin yksiköihin. Suurinta osaa lapsista ja perheistä kuulee poliisi omissa tiloissaan, ja etenkin näiden lasten ja perheiden tilanne on tunnistettu jo aiemmin ongelmalliseksi. Kyselyn tulokset vahvistavat näkemystä siitä, että Suomessa etenkin näiden lapsiuhrien ja -todistajien osalta psykososiaalinen tuki ja hoito eivät vastaa Barnahus-standardeja. Lapselle ja perheenjäsenille ei pystytä tarjoamaan oikea-aikaisesti lyhyt- tai pitkäkestoista tukea tai terapiapalveluja. Palveluita ei ole lapsen näkökulmasta riittävästi keskitetty, ja palveluketjussa on aukkoja.

Barnahus-hankkeessa pilotoidaan mahdollisuutta muodostaa esimerkiksi suurimpiin maakuntakeskuksiin sijoittuviin perhekeskuksiin Barnahus-mallin periaattein toimivia satelliittikeskuksia tai -toimintoja, joissa poliisi voisi kuulla lapsia perheystävällisissä tiloissa lastensuojelun mukana ollessa, tarvittaessa oikeuspsykologian tai -psykiatrian yksikön asiantuntijan toimiessa työparina tai konsulttivana tahona. Vaihtoehtoisesti, lainsäädännön asettamissa raameissa ja tiiviissä monialaisessa yhteistyössä, lastensuojelun työntekijä voi kuulla lasta tilanteen selvittämiseksi. Perhekeskusten ja muiden matalan kynnyksen palveluiden piiriin soveltuvat parhaiten lapset, joiden kuuleminen ei vaadi vaativimman tason erityisosaamista kuulemisen suhteen ja joiden toisaalta nähdään hyötyvän lapsen ja perheen tukimuodoista, joita on tarjolla perhekeskuksen palveluvalikossa.

Palveluiden porrasteisuus edellä mainitulla tavalla parhaimmillaan lisää lasten ja perheiden välistä tasa-arvoa ja tehostaa resurssien käyttöä. Palveluiden vertikaalinen koordinaatio sopii luontevasti tapahtuvaksi edellä mainituista lasten ja nuorten oikeuspsykologian ja -psykiatrian yksiköistä (Barnahus-keskus): koulutus ja konsultaatio matalan kynnyksen palveluihin (esim. perhekeskukset) ja erityistason palveluihin (mm. lastensuojelu). Pilotoitavaa Barnahus-mallia Suomen kehittyvään palvelujärjestelmään sovitettuna esitellään kuviossa 20. Alueelliset toteutustavat tulevat todennäköisesti vaihtelevaan paikallisen toimintaympäristön mukaisesti.



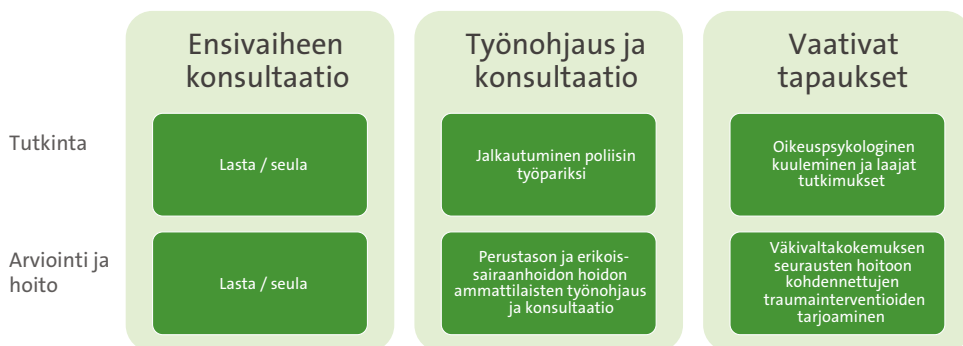
Kuvio 20. Barnahus-malli Suomessa

7.2.6 Oikeuspsykologian ja -psykiatrian yksiköiden rooli lasten ja nuorten psykososiaalisen tuen kysymyksissä

Lasten ja nuorten oikeuspsykologian ja -psykiatrian yksiköistä ainakin HUS:n ja TYKS:n alaisissa yksiköissä tarjotaan jonkin verran lyhytkestoista TF-KKT trauma-psykoterapiaa valikoiduille lapsille ja nuorille. Yksiköissä annettava hoito tapahtuu joko kuntalaskutuksen kautta lastenpsykiatrian yksikön toimintana (HUS) tai epävirallisena pienimuotoisena oikeuspsykiatrian yksikön toimintana (TYKS).

Osassa yksiköitä on laajaa asiantuntemusta ja työkokemusta niin oikeuspsykologisista kysymyksistä kuin väkivaltakokemusten hoitoon ja lasten traumatisoitumiseen liittyvistä teemoista. Väkivaltaepäilyjen tutkintaprosessi aiheuttaa omat erityiskysymyksensä tutkinnassa olevien perheiden tuen ja hoidon tarpeeseen ja niiden tarjoamiseen. Poliisin esitutinnan tilanne vaikuttaa tuen ja hoidon ajoittamiseen ja sisältöihin. Kyselyssä nousi toistuvasti esiin, että tavanomaiset hoitoa ja tukea tarjoavat tahot ovat epätietoisia esitutinnan vaikutuksesta ja mieltävät sen tukitoimien tarjoamista merkittävästi rajoittavana. Yksiköt ovat jatkuvasti tiiviissä yhteistyössä poliisin kanssa, saavat pyydettyä ajantasaista tietoa poliisilta tutkinnan tilanteesta ja ovat tottuneet yhteistyössä poliisin kanssa neuvottelemaan tuen ja tutkinnan yhteensovittamisen kysymyksistä.

Yksiköt sijoittuvat erikoissairaanhoidon ja ovat hyvin pitkälle erikoistuneet alaikäisten väkivaltakokemusten tutkinnan ja enenevässä määrin myös hoidon kysymyksiin. Yksiköiden hoitoon liittyvää asiantuntemusta, jota osassa erva-alueita on jo nyt paljon, olisi luontevaa hyödyntää konsultatiivisessa ja työnohjauksellisessa roolissa suhteessa sosiaali- ja terveyspalveluiden perustasolla tapahtuvaan väkivaltaa kokeneiden alaikäisten tukemiseen ja hoitoon. Barnahus-hankkeessa kehitettävä monialainen yhteistyö mahdollistaa yksiköiden mukanaolon esitutkintaa ja tukea koordinoivassa moniviranomaiskokouksessa (esim. Lasta-seula -malli), jossa oikeuspsykiatrian asiantuntemusta käytetään sekä väkivaltaepäilyn tutkinnan että perheelle tarjottavan tuen suunnittelussa. Ensivaiheen konsultatiivisen roolin lisäksi yksiköt voisivat tarjota työnohjausta sosiaali- ja terveyspalveluiden perustasolla sekä muissa erikoissairaanhoidon yksiköissä toimiville ammattilaisille väkivaltaa kokeneiden alaikäisten hoidon kysymyksissä. Tällainen erikoissairaanhoidosta perustasolle tarjottava konsultaatio on linjassa laajemman tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen sekä ot-keskusten kehitystyön kanssa (Kuvio 21).



Kuvio 21. Oikeuspsykologian ja -psykiatrian yksiköiden (Barnahus-keskusten) mahdollisia tulevaisuuden tehtäviä

Kuvion mukaisesti kaikissa yksiköissä olisi hyvä olla valmius tarjota näyttöön perustuvien hoitomallien mukaista hoitoa väkivaltakokemuksen vuoksi traumaperäisesti oireilevien (TF-KKT) tai traumatisoitumisen riskissä oleville (CFTSI) alaikäisille, jotka hyötyvät kohdennetuista interventioista. Yksiköiden erityinen asema suhteessa esitutkintaan mahdollistaa erityisellä tavalla tutkinnan ja hoidon yhteensovittamisen. Yksiköiden kokemukset ovat osoittaneet, että monilla perheillä tutkinnasta aiheutuva stressi ja epä tietoisuus ovat tärkeitä hoidon kohteita ja hoitoa tarjoavalla taholla on tärkeää olla asianmukaista osaamista ja ymmärrystä tutkinnasta (Julin, tulossa).

Pelkästään epäily lapsen joutumisesta väkivallan uhriksi on usein koko perhettä koetteleva kriisitilanne. Tiedetään myös, että erikoistuneisiin yksiköihin väkivaltaepäilyn vuoksi ohjautuneilla perheillä on runsaasti psyykkisen ja psykiatrisen tuen tarvetta riippumatta siitä, todetaanko väkivaltaa tapahtuneen vai ei (Laajasalo ym. 2018). Siksi hoidollista työskentelyä tarvitaan usein myös niissä tilanteissa, joissa epäily lapsen joutumisesta väkivallan kohteeksi ei saa esitutkinnassa tukea tai epäily jää avoimeksi. Oikeuspsykologian ja -psykiatrian yksiköihin konsultaatiotukea ja kokemusta voidaan hyödyntää myös työskennellessä niiden lasten ja perheiden kanssa, joiden kohdalla väkivaltaepäily ei tutkinnassa vahvistu, mutta lapsen tilanteesta jää huoli.

Niin sanotun järjestämislain (Laki lapsen kohdistuneen seksuaali- ja pahoinpitelyrikoksen selvittämisen järjestämisestä) puitteissa hoitoon liittyvän työnohjauksen tai hoidon tarjoaminen yksiköissä ei nykyisellään ole mahdollista. Työnohjauksen ja hoidon laajempi tarjoaminen yksiköissä mahdollistuisi joko lakimuutoksen myötä siten, että nämä sisällytettäisiin yksiköiden lakisääteisiin tehtäviin. Toinen vaihtoehto olisi perustaa lastenpsykiatrian yksiköihin uusia vakansseja (esim. psykoterapeutti/psykologi), jotka sijoittuisivat oikeuspsykiatrian ja -psykologian yksiköihin. Tällöin yksiköissä olevaa asiantuntemusta voitaisiin hyödyntää väkivaltaepäilyjen tutkinnassa olevien alaikäisten hoidon konsultointiin, koordinointiin

ja työnohjaukseen sekä vaativan hoidon tarjoamiseen lastenpsykiatrian yksikön kuntalaskutettavana toimintana.

7.3 Raportin keskeisimmät havainnot ja ehdotukset jatkotoimenpiteiksi

1. Väkivaltaa kokeneen lapsen palvelupolkuja on välttämätöntä tarkastella ilmiö-, ei häiriö- tai sairauslähtöisesti. Lapsen kohdistuva väkivalta on monimuotoista, ja myös sen seuraukset ovat vaihtelevia. Kaikki lapset eivät tarvitse hoitoa, mutta voivat tarvita muunlaista tukea, minkä vuoksi moniammatillisuuden huomioiminen on välttämätöntä. Lapsen tarvitsemien tuki- ja hoitotoimenpiteiden kokonaisuuden hahmottaminen ei onnistu optimaalisesti yksittäisen ammattialan, tieteenalan tai toimintasektorin ymmärryksen pohjalta
2. Väkivaltaa kokeneen lapsen hoidollisten tarpeiden yhteensovittaminen esitutkinnan asettamien vaatimusten ja suojellisten tarpeiden kanssa on palvelupolun onnistumisen kannalta kriittinen vaihe. Toimijat ovat yhtä mieltä siitä, että juuri tässä kohdassa lapsen riski tippua palveluiden väliin vailla riittävää ja oikea-aikaista tukea on suurimmillaan. Kaikkien ammattilaisten yhteistyöllä on merkittävä vaikutus siihen, miten näissä tilanteissa onnistutaan. Barnahus-mallin ytimessä on poliisin, syyttäjän, lastensuojelun, terveydenhoidon ja mielenterveyspalvelujen saumaton yhteistyö, jota voidaan edistää kokoamalla eri toimijat yhteen.
3. Peruspalveluilta odotetaan keskeisempää roolia väkivaltaa kokeneen lapsen tunnistamisessa, tukemisessa ja hoitamisessa. Tämä on mahdollista vain varmistamalla perustasolla toimivien riittävä osaaminen ja kirkastamalla etenkin kasvatus- ja perheneuvoloiden sekä yläkouluikäisten nuorten ja toisen asteen opiskelijoiden osalta opiskeluhoillon (oppilas- ja opiskelijahuolto) roolia väkivaltaa kokeneiden lapsen ja nuoren tukemisessa ja hoidossa. Myös systemisen lastensuojelun työtteen mahdollisuudet eri (perustason) toimijoiden tukemisessa ja palveluiden koordinaatiossa olisi hyödynnettävä. Tällä hetkellä käytännöt ovat kirjavia eri puolella maata.

4. Järjestöille on kertynyt paljon väkivaltaerityistä osaamista sekä väkivallan uhrien että väkivallan tekijöiden tarvitsemiin palveluihin liittyen. Tälle työlle tulee varmistaa jatkuvuus sekä puitteet, joilla mahdollistetaan riittävät yhteydet muihin palveluntarjoajiin ja selkeä työnjako. Toiminnan tietoperustaisuus sekä vaikuttavuuden arviointi tutkimuksen kautta on tärkeää.
5. Potentialisten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden kuntoutuksen osalta on nähtävissä tarve siirtää vastuuta järjestökentältä julkisen sektorin toteuttamille palveluille, joita pitää olla saatavilla valtakunnallisesti tasa-arvoisesti.
6. Näyttöön perustuvia arvioinnin, tuen ja hoidon menetelmiä on saatavilla vaihtelevasti, eivätkä menetelmät ole pysyvästi juurtuneet osaksi palveluvalikkoa. Kehitteillä olevien viiden osaamis- ja tukikeskuksen (OT) lisäksi tilannetta selkiyttäisi Ruotsin mallin mukainen, lapsiin kohdistuvan väkivallan tutkimuksesta, työmenetelmien koulutuksesta, menetelmien käytön seurannasta ja kehittämistoiminnasta vastaava kansallinen keskus. Koska koko palveluketjun tulisi pohjautua tutkittuun tietoon ja työmenetelmiin, tulisi näkökulman tässäkin olla ilmiölähtöinen, monitieteellinen ja -ammattillinen.
7. Viiden lasten ja nuorten oikeuspsykologian- ja psykiatrian yksikön toimintaa on mahdollista jatkossa kehittää täysimittaisen Barnahus-standardien mukaisen toiminnan suuntaan. Tämä tarkoittaisi lasten tukeen ja hoitoon liittyvän asiantuntemuksen vahvistamista kaikissa yksiköissä. Jatkossa tätä osaamista on OT-keskustoiminnan periaatteiden mukaisesti luontevaa hyödyntää konsultatiivisessa ja työnohjauksellisessa roolissa suhteessa perustasolla tapahtuvaan väkivaltaa kokeneiden alaikäisten tukemiseen ja hoitoon. Vertikaalisen tuen muotoja pilotoidaan parhaillaan Barnahus-hankkeessa.

Lähteet

Aaltio, E. & Isokuortti, N. (2019) Systeemisen lastensuojelun toimintamallin ydinelementit – Kuvaus asiakastason ydinelementeistä, tavoitteista ja toimintamekanismeista. Työpäpaperi 33/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Aalto Setälä, T., Huikko, E., Appelqvist-Schmidlerner, K., Haravuori, H., Marttunen, M. (2020). Kouluikäisten mielenterveysongelmientuki ja hoito perustason palveluissa. Opas tutkimiseen, hoitoon ja vaikuttavien menetelmien käyttöön. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Aarons G.A. & Sawitzky AC. (2006). Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services*, 3, 61–72.

Alanko, K. & Santtila, P. (2013). Pedofilian tutkimus ja hoito. Haaste 1/2013. Haettu osoitteesta: <https://www.haaste.om.fi/fi/index/lehtiarkisto/haaste12013/pedofiliantutkimusjahoito.html>

Alanko, K., Salo, B., Mokros, A. & Santtila, P. (2013). Evidence for heritability of adult men's sexual interest in youth from a population-based extended twin design. *Journal of Sexual Medicine*, 10(4), 1090–1099.

Alanko, K.; Häikiö, J.; Jahnke, S. & Santtila, P. (2015). Lapsiin seksuaalista kiinnostusta tunteva asiakas: nettikysely terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksista. *Psykologia*, 50(1), s. 46-53.

Alatalo, M.; Miettunen, N.; Liukko, E., Kettunen, N. & Normia-Ahlsten, L. (2019). Porrasteisuus lapsiperheiden sosiaalipalveluissa : Näkökulmia sosiaalihuoltolain toimeenpanosta ja palveluiden järjestämisestä. THL työpäpaperi 39/2019.

Allen B, Armstrong Hoskowitz N (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy. An Overview. Kirjassa: Allen B, Kronenberg M (toim.) Treating traumatized children: A casebook of evidence-based therapies. The Guilford Press.

Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19–52.

Babchishin, K.M; Nunes, K.L & Kessous, N (2014): A Multimodal Examination of Sexual Interest in Children: A Comparison of Sex Offenders and Nonsex Offenders Sexual abuse: A Journal Research and Treatment, Vol. 26(4) 343–374

Barnahus Quality Standards. Guidance for Multidisciplinary and Interagency Response to Child Victims and Witnesses of Violence. (2017). PROMISE project series. <http://www.childrenatrisk.eu/promise/wp-content/uploads/sites/4/2018/04/PROMISE-Barnahus-Quality-Standards.pdf>

Becker-Weidman A, Hughes D (2008). Dyadic Developmental Psychotherapy: an evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment. *Child & Family Social Work* 13: 329-337.

Beech, A. R. (1998). A psychometric typology of child abusers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 42, 319-339.

Beier, K. M (1998) Differential typology and prognosis for dissexual behavior. Follow-up study of previously expert-appraised child molesters. *Int J Legal Med*, 111. s. 131–141.

Bentovim A, Cox A, Bingley Miller L, Pizzey S (2009). Safeguarding children living with trauma and family violence. Evidence-based assessment, analysis and planning interventions. Jessica Kingsley Publishers, Lontoo.

Berkowitz SJ, Stover CS, Marans SR (2011). The Child and Family Traumatic Stress Intervention: secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52(6): 676–685.

- Bickley, J & Beech, A.R (2001): Classifying Child Abusers: Its Relevance to Theory and Clinical Practice *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(1), 2001 51-69
- Bickley, J.A & Beech, A.R (2002): An Investigation of the Ward and Hudson Pathways Model of the Sexual Offense Process With Child Abusers *JOURNAL OF INTERPERSONAL VIOLENCE*, Vol. 17 No. 4, April 2002 371-393
- Bidonde J, Meneses J (2017). The effect of interventions for children who have experienced violence in close relationships: an overview of reviews [Effekten av tiltak for barn som har opplevd vold i nære relasjoner: en oversikt over oversikter] Rapport – 2017. Oslo: Norwegian Institute of Public Health, 2017.
- Birken, S. A., Lee, S. D., Weiner, B. J., Chin, M. H., Chiu, M., & Schaefer, C. T. (2015). From strategy to action: How top managers' support increases middle managers' commitment to innovation implementation in health care organizations. *Health Care Management Review*, 40(2), 159-168.
- Bonta, J & Andrews, D. A (2007). Risk-need- responsivity model for offender assessment and rehabilitation. 2007- 06. © Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2007. https://www.researchgate.net/publication/310747116_Risk-Need-responsivity_Model_for_Offender_Assessment_and_Rehabilitation. Haettu 19.11.2020
- Bragesjö M., Larsson K., Nordlund L., Anderbro T., Andersson E., Möller A. (2020). Early Psychological Intervention After Rape: A Feasibility Study. *Frontiers in Psychology*, 11, 1595.
- Cantor, J. M. & McPhail. I. V. (2016) Non-Offending Pedophiles. *Current sexual health reports* 8(3). s. 121–128. (kts. esim. https://helsinki.primo.exlibrisgroup.com/discovery/fulldisplay?docid=cdi_crossref_primary_10_1007_s11930_016_0076_z&context=PC&vid=358UOH_INST:VU1&lang=fi&search_scope=CentralIndex&adaptor=Primo%20Central&tab=CentralIndex&query=any,contains,Non-Offending%20Pedophiles&offset=0)
- Carr A (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy* 36:107–157.
- Catani C, Kohiladevy M, Ruf M, Schauer E, Elbert T, Neuner F (2009). Treating children traumatized by war and tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 9, 22.
- Childhood Violent Trauma Center, Child Study Center, Yale University School of Medicine (2012). Child and Family Traumatic Stress Intervention. CFTSI. www.nctsn.org
- Civil, T., Abrahamsson, O., Mäki-Fossi, S., Miettunen, N. (toim.) (2019) Systeeminen lastensuojelu monitoimijaisuuden ja osallisuuden varmistavana verkostotyönä. Työpäpaperi 34/2019. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin tutkimuskeskus.
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E (2006). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York, NY: Guilford.
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E (2017). Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents (2nd ed.). New York, NY: Guilford.
- Coubard OA (2016). An integrative model for the neural mechanism of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 10:52: 10.3389/fnbeh.2016.00052
- Craig, L. A., Browne, K. D., & Stringer, I. (2003). Treatment and sexual offence recidivism. *Trauma, Violence, & Abuse*, 4, 70–89.
- Dalenberg CJ, Brand BL, Gleaves DH, Dorahy MJ, Loewenstein RJ, Cardeña E, Frewen PA, Carlson EB, Spiegel D (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin* 138(3): 550–588.

- Diehle J, Opmeer BC, Boer F, Mannarino AP, Lindauer RJL (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry* 24:227-236.
- Dorsey S, McLaughlin KA, Kerns SEU, Harrison JP, Lambert HK, Briggs EC, Cox JR, Amaya-Jackson L (2017). Evidence base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Child and Adolescent Psychology* 46 (3):303-330.
- Dozier M, Bick J, Bernard K (2011). Intervening with foster parents to enhance biobehavioral outcomes among infants and toddlers. *Zero Three* 31(3):17-22.
- Effectiveness of Treatment for Sexual Offenders: Risk, Need, and Responsivity 2009-01 Public Safety © Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2009
- Ellonen, N.; Fagerlund, M. & Haapakangas, K. (2019). Lapsiin kohdistuneiden seksuaalirikosten ilmoituksen kasvussa, uhrikokemuksen eivät. Tieto ja trendit. Haettu osoitteesta: <http://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2019/lapsiin-kohdistuneiden-seksuaalirikosten-ilmoitukset-kasvussa-uhrikokemukset-eivat/>
- Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E, Elbert T, Neuner F (2011). Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* (2011) 306:503–12. doi: 10.1001/jama.2011.1060
- Eyberg S (1988). Parent-child interaction therapy: integration of traditional and behavioral concerns. *Child & Family Behavior Therapy* 10:33–46.
- Finkelhor, D (1997): Child Sexual Abuse. Challenges Facing Child Protection and Mental Health Professionals. Teoksessa *Childhood and Trauma - Separation, Abuse and War*. Ullmann, E & Hilweg, W (toim.) (1997). Vandenhoeck & Ruprecht, Werner Hilweg/Elisabeth Ullmann (Hg): *Kindheit und Trauma*, Göttingen, 1997, 1999
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York, NY: Free Press
- Fleming J (2012). The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Treatment of Traumatized Children and Youth. *Journal of EMDR Practice and Research* 6(1): 16–26.
- Fredriksson J, Ranta K, Koskinen M, Tuomisto M (2018). Kehitys, terapisuhde ja terapiaan sitoutuminen. Kirjassa: Ranta K, Fredriksson J, Koskinen M, Tuomisto MT (toim.) *Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, s. 121-144.
- Garland AF, Hawley KM, Brookman-Frazee L, Hurlburt MS (2008). Identifying common elements of evidence based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47: 505–514.
- Goldman Fraser J, Lloyd SW, Murphy RA, Crowson MM, Casanueva C, Zolotor A, Coker-Schwimmer M, Letourneau K, Gilbert A, Swinson Evans T, Crotty K, Viswanathan M (2013). Child exposure to trauma: Comparative effectiveness of interventions addressing maltreatment. Comparative Effectiveness Review No. 89. (Prepared by the RTIUNC Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10056-I.) AHRQ Publication No. 13-EHC002-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2013. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- Grube WA, Liming KW (2018). Attachment and Biobehavioral Catch-up: a systematic review. *Infant Mental Health Journal* 39(6): 656–673. doi:10.1002/imhj.21745
- Gutermann J, Schreiber F, Matulis S, Schwarzkopff L, Deppe J, Steil R (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* 19:77–93. DOI 10.1007/s10567-016-0202-5

- Gutermann J, Schwartzkopff L, Steil R (2017). Meta-analysis of the long-term treatment effects of psychological interventions in youth with PTSD symptoms. *Clinical Child and Family Psychology Review* 20: 422–434.
- Hagan MJ, Browne DT, Sulik M, Ghosh Ippen C, Bush N, Lieberman AF (2017). Parent and child trauma symptoms during child-parent psychotherapy: A prospective cohort study of dyadic change. *Journal of Traumatic Stress* 30: 690–697.
- Hagan MJ, Hulette AC, Lieberman AF (2015). Symptoms of dissociation in a high-risk sample of young children exposed to interpersonal trauma: prevalence, correlates, and contributors. *Journal of Traumatic Stress* 28: 258–261.
- Hahn H, Oransky M, Epstein C, Stover CS, Marans S (2015). Findings of an early intervention to address children's traumatic stress implemented in the Child Advocacy Center setting following sexual abuse. *Journal of Child and Adolescent Trauma* 9:55–66.
- Hahn H, Putnam K, Epstein C, Marans S, Putnam F (2019). Child and family traumatic stress intervention (CFTSI) reduces parental posttraumatic stress symptoms: A multi-site meta-analysis (MSMA). *Child Abuse & Neglect* 92:106–115.
- Halila R., Kaukonen P., Malja M. & Savola S. (2019). Lasten, nuorten ja perheiden osaamis- ja tukikeskukset. Lape-muutosohjelmassa tehdyn valmistelutyön loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2019:30.
- Hanson, K.R (2002): Recidivism and Age Follow-Up Data From 4,673 Sexual Offenders *JOURNAL OF INTERPERSONAL VIOLENCE*, Vol. 17 No. 10, October 2002 1046-1062
- Hanson, K.R (2018): Long-Term Recidivism Studies Show That Desistance Is the Norm. *Carleton University CRIMINAL JUSTICE AND BEHAVIOR*, 2018, Vol. 45, No. 9, September 2018, 1340–1346.
- Hanson, K.R; Bourgon, G; Helmus, L & Hodgson, S (2009): Meta-Analysis of the Effectiveness of Treatment for Sexual Offenders: Risk, Need, and Responsivity. Public safety Canada.
- Hanson, R. K. (2010). Dimensional measurement of sexual deviance. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 401-404.
- Hanson, R. K., & Bussiere, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sex offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2004): Predictors of sexual recidivism: A updated meta-analysis 2004-2 <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2004-02-prdctrs-sxl-rcdvsm-pdtd/index-en.aspx> (viitattu 25.6.2020)
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154–1163. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1154>
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, J., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891. doi:10.1177/0093854809338545
- Hanson, R. K., Harris, A. J., Scott, T. L., Helmus, L. (2007). Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project. Ottawa, Ontario, Canada: Public Safety Canada. [Google Scholar](https://scholar.google.com/citations?user=Ks0t9u4AAAAJ&hl=en). Katsottu 29.6.2020
- Hanson, R.K; Gordon, A; Harris, A.J.R; Marques, J.K; Murphy, W; Quinsey.V.L & Seto, M.C (2002): First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* April 2002, Volume 14, Issue 2, pp 169 -194

- Haravuori H, Luoma I (2020) Lapsen ja perheeseen kohdistuva varhainen intervention PTSD-oireiden ehkäisyssä lapsilla ja nuorilla. Näytönastekatsaukset. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak09475>
- Harkins, L., Beech, A. R. (2007). A review of the factors that can influence the effectiveness of sexual offender treatment: Risk, need, responsivity, and process issues. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 615-627
- Harris, A. J. R., & Hanson, R. K. (2004). Sex offender recidivism: A simple question (No. 2004-03). Ottawa: Public Safety and Emergency Preparedness Canada.
- Helmus, L., Hanson, R. K., Thornton, D., Babchishin, K. M., & Harris, A. J. R. (2012). Absolute recidivism rates predicted by Static-99R and Static-2002R sex offender risk assessment tools vary across samples: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 39, 1148-1171
- Hermann, C.A.; I.V, McPhail & M.L, Helmus (2017): Emotional Congruence With Children Is Associated With Sexual Deviancy in Sexual Offenders Against Children. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2017, Vol. 61(12) 1311– 1334
- Hietämäki, J. (2015) Lastensuojelun alkuarvioinnin vaikutukset vanhempien näkökulmasta. Jyväskylä: Jyväskylä studies in education, psychology and social research 529.
- Hinkkanen, V (2009): Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. Tutkimus rangaistuskäytännöistä ja seksuaalirikosten uusimisesta. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 92, 2009.
- Honkila M., ym. (2018) Seksuaalisuutta loukkaavaa väkivaltaa kokeneen hoitoketju. Hoitoketjut. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri <https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/shp01243>
- Hughes D (2004). An attachment-based treatment of maltreated children and young people. *Attachment & Human Development* 6:263–278. <http://dx.doi.org/10.1080/14616730412331281539>
- Huikko, E., Kovanen, L., Torniainen-Holm, M., Vuori, M., Lämsä, R., Tuulio-Henriksson, A. & Santalahti, P. (2017). Selvitys 5-12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa. THL Raportti 14/2017.
- Hujala, A. & Lammintakanen, J. (2018). Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. KAKS – Kunnallisanalan kehittämissäätiö. Kunnallisanalan kehittämissäätiön julkaisu 12.
- Hupe, T. & Stevenson, M. (2019) Teachers' intentions to report suspected child abuse: the influence of compassion fatigue, *Journal of Child Custody*, 16:4, 364-386,
- Huttunen M (2018). Dissosiaatiohäiriö (ajatusten, tunteiden, tekojen ym. erillisuus). Lääkärikirja Duodecim. 30.11.2018
- Joki-Erkkilä M., Jaarto M, Sumia M. (2012) Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö: Psykososiaalinen tuki. Kirjassa Lapsen kaltoinkohtelu. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.
- Jonsson, L., Bladh, M., Priebe, G., Svedin, C-G. (2015). Online sexual behaviours among Swedish youth: associations to background factors, behaviours and abuse. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24, 1245-60.
- Jonsson, L.S., Fredlund, C., Priebe, G. *et al.* Online sexual abuse of adolescents by a perpetrator met online: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 13, 32 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0292-1>
- Julin, E. (tulossa) Lapsiin kohdistuva väkivaltarikostutkiminta: Vanhempien näkökulma. Tampere: Tampereen yliopisto, väitöskirjatutkimus.
- Karma P. Hoitosuositukset ja hoitoketjut–parempaan laatuun kohtuuhintaan. *Käyt Lääk* 1999;42:170–3

- Kauppi A (2018). Lasten ja nuorten traumat ja traumaperäisten häiriöiden hoito. Kirjassa: Ranta K, Fredriksson J, Koskinen M, Tuomisto MT (toim.) Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, s. 348-
- Kauppi A, Ranta K (2016). Lasten ja nuorten kognitiivinen terapia. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, Laukkanen E, Marttunen M, Puura K, Sourander A (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, s. 525–535.
- Kauppi A, Turunen T (2016). Lasten ja nuorten traumapsykoterapia. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, Laukkanen E, Marttunen M, Puura K, Sourander A (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, s. 544–549.
- Kazlauskas, E., Javakhishvili, J. Meewisse, M., MerezKot, D, Şar, V. ym. (2016) Trauma treatment across Europe: where do we stand now from a perspective of seven countries, *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 1, 29450
- Khadr, S., Clarke, V., Wellings, K. Villaltam L., Goddard, A., Welch, J., ym. (2018). Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: a prospective cohort study. *Lancet*, Vol 2, 654-665.
- Kjellgren C, Svedin CG, Nilsson D (2013). Child physical abuse – Experiences of combined treatment for children and their parents: A pilot study. *Child Care in Practice* 19(3): 275–290.
- Kloess, J. A & Beech, A.R & Harkins, L (2014): Online Child Sexual Exploitation: Prevalence, Process, and Offender Characteristics. *TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE* 2014, Vol. 15(2) 126-139
- Konrad, A; Kuhle, L.F; Amelung, T & Beier, K.M (2018): Is Emotional Congruence With Children Associated With Sexual Offending in Pedophiles and Hebephiles From the Community? *Sexual Abuse* 2018, Vol. 30(1) 3–22
- Korpilahti, U., Kettunen, H., Nuotio, E., Jokela, S., Nummi, V. & Lillsunde, P. (toim.) (2019). Väkivallaton lapsuus: toimenpidesuunnitelma lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisystä 2020–2025. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:27.
- Kouvonen, P. & Laajasalo, T. (2019). Näyttöön perustuva työ lasten kasvun tukena – miten johtaa juurtumista? Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö
- Kramer DN, Landolt MA (2011). Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 2011; 2: 10.3402/ejpt.v2i0.7858
- Laajasalo, T. & Pirkola, S. (2012). Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveytyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 47/2012.
- Laajasalo, T., Ellonen, N., Korkman, J., Pakkanen, T & Aaltonen, O-P (2020): Low recidivism rates of child sex offenders in a Finnish 7-year follow-up. *Journal of Nordic Journal of Criminology* Volume 21, 2020 - Issue 1
- Laajasalo, T., Korkman, J., Pakkanen, T., Oksanen, M., Lampenius T., Peltomaa, E., Aronen, E. (2018). Applying a Research-Based Assessment Model to Child Sexual Abuse Investigations: Model and Case Descriptions of an Expert Center. *Journal of Forensic Psychology and Psychiatry Practice*, 18:2, 177-197.
- Laaksonen, T & Tyni, S (2015). Kognitiivis-behavioraalisen STOP-kuntoutusohjelman vaikuttavuus suomalaisilla seksuaalirikosvangeilla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2015: 52 306–316
- Lampela E. (2016) Seksuaalirikosuhrien tutkiminen, lapset. <https://www.lshp.fi/download/noname/%7BAD58CF02-5AFE-4AF2-99EB-D360E7FA8889%7D/11662>

Lanius RA, Boyd JE, McKinnon MC, Nicholson AA, Frewen P, Vermetten E, Jetly R, Spiegel D (2018). A review of the neurobiological basis of trauma-related dissociation and its relation to cannabinoid- and opioid-mediated stress response: a transdiagnostic, translational approach. *Current Psychiatry Reports* 20: 118.

Lanius RA, Brand BL, Vermetten E, Frewen PA, Spiegel D (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety*, 29, 701–708.

Lanzaroten sopimus (88/2011) Tasavallan presidentin asetus lasten suojelemisesta seksuaalista riistoa ja seksuaalista hyväksikäyttöä vastaan tehdyn Euroopan neuvoston yleissopimuksen voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvien määräysten voimaansaattamisesta annetun lain voimaantulosta. Haettu osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2011/20110088>

Lastensuojelulaki 417/2007

Lauerma H (2019). Dissosiaatiohäiriöt. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.): *Psykiatria*. Kustannus Oy Duodecim, s. 345–356.

Leenarts LEW, Diehle J, Doreleijers TAH, Jansma EP, Lindauer LJR (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry* 22:269–283. DOI 10.1007/s00787-012-0367-5

Letarte M.J, Normandeau S, Allard J. (2010). Effectiveness of a parent training program "Incredible Years" in a child protection service. *Child Abuse & Neglect*. 34;4:253–261.

Lieberman AF, Van Horn P, Ghosh Ippen C (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44:1241–8.

Lindholm P, Tenhunen T. & Tossavainen P. (2017). Lapsen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö ja niiden epäily. Hoitoketjut. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. <https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/shp00306>

Loewenstein RJ, Welzant V (2010). Pragmatic approaches to stage-oriented treatment for early life trauma-related complex post-traumatic stress and dissociative disorders. Kirjassa: Lanius RA, Vermetten E, Pain C (toim.). *The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*. Cambridge University Press, Cambridge, s. 257–267.

Lomax J. & Meyrick J. (2020). Systematic Review: Effectiveness of psychosocial interventions on wellbeing outcomes for adolescent or adult victim/survivors of recent rape or sexual assault. *Journal of Health Psychology*. August 2020. doi:10.1177/1359105320950799

Lowins, B; Lowenkamp, C.T & Latessa, E, J (2009): Applying the Risk Principle to Sex Offenders Can Treatment Make Some Sex Offenders Worse? *The Prison Journal* Volume 89 Number 3 September 2009 344-357

Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.

Macdonald G, Livingstone N, Hanratty J, McCartan C, Cotmore R, Cary M, Glaser D, Byford S, Welton NJ, Bosqui T, Bowes L, Audrey S, Mezey G, Fisher HL, Riches W, Churchill R (2016). The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. *Health Technology Assessment* 20 (69). NIHR Journals Library. DOI: 10.3310/hta20690

Macfie J, Cicchetti D, Toth SL (2001). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse & Neglect* 25: 1253–1267.

- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 191-217
- Marshall, W. L. (2008). Are pedophiles treatable? Evidence from North American studies. *Seksuologia Polska* 2008, 6, 1, 39-43
- Martínez-Catena, A; Redondo, S; Frerich, N & Beech, A.R (2017): A Dynamic Risk Factors-Based Typology of Sexual Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2017, Vol. 61(14) 1623-1647
- McPhail, I. V., Hermann, C. A., & Nunes, K. L. (2013). Emotional congruence with children and sexual offending against children: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 737-749
- Mews, A; Di Bella, L & Purver, M (2017): Impact evaluation of the prison-based Core Sex Offender Treatment Programme. Ministry of Justice Analytical Series 2017. <https://www.gov.uk/government/publications/impact-evaluation-of-the-prison-based-core-sex-offender-treatment-programme>. Haettu 2.7.2020
- Mäkelä J, Salo S (2011). Theraplay – vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutushoito lasten mielenterveysongelmissa. *Duodecim* 127(4):327-334.
- Mäntymaa M, Puura K, Aronen E, Carlson S (2016). Lapsuusiän psyykkinen kehitys. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, Laukkanen E, Marttunen M, Puura K, Sourander A (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, s. 23-34.
- NICE (2018). Posttraumatic Stress Disorder: Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the treatment of PTSD in children and young people. NICE (National Institute for Health and Care Excellence) guideline NG116 Evidence reviews, December 2018.
- Nilsson, D. & Svedin, C-G (2017). Kunskapsöversikt om stöd och behandling för barn som utsatts för sexuella övergrepp och fysisk misshandel. Barnafriid Linköpings universitet ISBN: 978-91-86759-31-5 Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Stockholm 2017
- Nissinen, J. Seksuaalirikoksia estävä työ pedofiilien parissa on tärkeää. Haaste 2/2016. Haettu osoitteesta: <https://www.haaste.om.fi/fi/index/lehtiarkisto/haaste22016/seksuaalirikoksiaestavatyopedofiilienparissaontarkeaa.html>
- Nurmi J-E, Ahonen T, Lyytinen H, Lyytinen P, Pulkkinen L, Ruoppila. Ihmisen psykologinen kehitys. PS-kustannus (2014)
- Nurminen, N (2015): Uusi suunta- yksilökuntoutusohjelma. Ohjelma- ja teoriakäsikirja. Rikosseuraamuslaitoksen käsikirja 1/2015
- Nurminen, N. (2016). Seksuaalirikollisten kuntoutus Suomessa. Haaste 2/2016. Haettu osoitteesta: <https://www.haaste.om.fi/fi/index/lehtiarkisto/haaste22016/seksuaalirikollistenkuntoutussuomessa.html>
- Onyut LP, Neuner F, Schauer E, Ertl V, Odenwald M, Schauer M, Elbert T (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry* 5:7.
- Oransky M, Hahn H, Stover CS (2013). Caregiver and youth agreement regarding youths' trauma histories: implications for youths' functioning after exposure to trauma. *Journal of Youth and Adolescence* 42(10): 1528-1542.
- Oras R, Cancela de Ezpeleta S, Ahmad A (2004). Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry* 58(3): 199-203.

Osofsky JD, Stepka PT, King LS (2017). Treating infants and young children impacted by trauma. Interventions that promote healthy development. American Psychological Association, Washington DC.

Peltonen K, Halme S (toim.) Narratiivinen altistusterapia. www.mielenterveystalo.fi (luettu 15.9.2020).

Peltonen K, Kangaslampi S (2019). Treating children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *Eur J Psychotraumatol* 10:1558708. doi: 10.1080/20008198.2018.1558708

Perilli S, Giuliani A, Pagani M, Mazzoni GP, Maslovaric G, Maccarrone B, Mahasneh VH, Morales D (2019). EMDR Group Treatment of Children Refugees – A Field Study. *Journal of EMDR Practice and Research* 13(2):143-155.

Phenix, A; Doren, D; Helmus, L; K.R Hanson & Thorton, D (2008): Coding Rules for Static2002-R. Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2008

Pirkola, S. (2020). Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut. *Lääketeollinen aikakauskirja Duodecim*, 135, 1763-4

Polizzi, D.M; MacKenzie, D.L & Hickman, L.J (1999): What Works in Adult Sex Offender Treatment? A Review of Prison- and Non-Prison-Based Treatment Programs. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(3), 199 357-374

Pollio E, Deblinger E (2017). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for young children: clinical considerations. *European Journal of Psychotraumatology*. 8(Suppl 7) 1433929. doi: 10.1080/20008198.2018.1433929.

Powell, B.J., Patel, S.V., Haley, A.D. et al. Determinants of Implementing Evidence-Based Trauma-Focused Interventions for Children and Youth: A Systematic Review. *Adm Policy Ment Health* 47, 705–719 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10488-019-01003-3>

Pösö, T. (2010) Havainnot suomalaisen lastensuojelun institutionaalista rajasta. *Janus* 18 (4), 324–336.

Ramirez de Arellano MA, Lyman DR, Jobe-Shields L, George P, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, Huang L, Delphin-Rittmon ME (2014). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: Assessing the evidence. *Psychiatric Services* 65(5): 591–602.

Ranta K, Fredriksson, Koskinen M, Tuomisto M. Lasten ja nuorten kognitiivisten ja käyttäytymisterapioiden sovellusalueet ja kehitys. Kirjassa: Ranta K, Fredriksson J, Koskinen M, Tuomisto MT (toim.) Lasten ja nuorten kognitiiviset ja käyttäytymisterapiat. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, s. 14–35.

Robertiello, G. & Terry K. J. (2007). Can we profile sex offenders? A review of sex offender typologies. *Aggression and Violent behavior* 12:5, 508-518.

Rodenburg R, Benjamin A, de Roos C, Meijer AM, Stams GJ (2009). Efficacy of EMDR in Children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 29:599–606.

Ruf M, Schauer M, Neuner F, Catani C, Schauer E, Elbert T (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4): 437–445.

Runyon MK, Deblinger E, Schroeder CM (2009) Pilot evaluation of outcomes of Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Group Therapy for families at risk for child physical abuse. *Cognitive and Behavioral Practice* 16:101–118.

Runyon MK, Deblinger E, Steer RA (2010). Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: An initial study. *Child & Family Behavior Therapy* 32:196-218.

- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T.K., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders*, 210, 189-195.
- Salmivalli, A.-M. & Joki-Erkkilä, M. (2019). Epäiltyjen nuorten seksuaalirikollisten hoidon tarpeenarvointi. Väkivallaton lapsuus -toimenpideohjelma. (s. 316-338.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2019:27.
- Santala, R., Kaukonen, P., Mäkelä, J., Sinkkonen, M., Petrelius, P., Tapiola, M. & Huittinen, M. (2018). Uudistuva erityistason palvelukokonaisuus yhteisen työskentelyn suuntaviivoja Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmasta (LAPE). THL Työpöytäkirja 41/2018. Julkaisun pysyvä osoite on <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-258-1>.
- Santtila, P., Mokros, A., Hartwig, M., Varjonen, M., Jern, P., Witting, K., von der Pahlen, B. & Sandnabba, N.K. (2010). Childhood sexual interactions with other children are associated with lower preferred age of sexual partners including sexual interest in children in adulthood. *Psychiatry Research*, 175, 154–159.
- Scalora, M.J & Garbin, C (2003): A Multivariate Analysis of Sex Offender Recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47(3), 2003 309-323
- Schauer M, Elbert T (2010). Dissociation following traumatic stress: etiology and treatment. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology* 218.2: 109–127.
- Schauer M, Neuner F, Elbert T (2011). Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders. Hogrefe Publishing.
- Schauer M, Neuner F, Elbert T (2017). Narrative exposure therapy. Narrative exposure therapy for children and adolescents (KIDNET). Kirjassa: Landolt MA, Cloitre M, Schnyder U (toim). Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents. Springer International Publishing, s. 227–250.
- Scheeringa MS (2009). Posttraumatic stress disorder. Kirjassa: Zeanah CH Jr. (toim.) Handbook of infant mental health. Kolmas painos. Guilford Press, New York, s. 345–361.
- Scheeringa MS, Weems CF, Cohen JA, Amaya-Jackson L, Guthrie D (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52(8):853-860.
- Schmahl C, Lanius R, Pain C, Vermetten E (2010). Biological framework for traumatic dissociation related to early life trauma. Kirjassa: Lanius RA, Vermetten E, Pain C (toim.) The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic. Cambridge: Cambridge University Press, s. 178–188.
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11(4), 597-630
- Schäfer, I., Hopchet, M., Vandamme, N., Ajdukovic, D., El-Hage, W. ym. (2018). Trauma and trauma care in Europe. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1556553.
- Seksuaalinen kiinnostus lapsiin- omahoito. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/itsehoito/seksuaalinen-kiinnostus-lapsiin/Pages/default.aspx>. Haettu 1.7.2020.
- Seto, M. (2012). Is Pedophilia a Sexual Orientation? *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), s. 231-236.
- Seto, M. C (2019). The Motivation-Facilitation Model of Sexual Offending. *Sexual Abuse* 2019, Vol. 31(1) 3–24 © The Author(s) 2017
- Seto, M. C. (2008). Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment and intervention. Washington, DC: American Psychological Association.

- Shapiro F (1989a). Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry* 20:211-217.
- Shapiro F (1989b). Eye movement desensitization and reprocessing procedure: from EMDR to EMDR: a new treatment model for anxiety and related traumata. *Behavior Therapy* 14:133-135.
- Shapiro F (2014). The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. *The Permanente Journal* 18(1):71-77.
- Silberg J (2000). Fifteen years of dissociation in maltreated children: Where do we go from here? *Child Maltreatment*, 5, 119–136.
- Sinkkonen, M. & Mäkelä, J. (toim.) (2017). LASTA-hake. Kokemuksia viranomaisten yhteistyön ja tietojenvaihdon koordinoinnista lapsen kohdistuneissa pahoinpitely- tai seksuaalirikoksen epäilytilanteissa, Raportti 2/2017, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaisun pysyvä osoite on <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-850-0>.
- Skelton K, Weiss T, Bradley B (2010). Early life stress and psychiatric risk/resilience: the importance of a developmental neurobiological model in understanding gene by environment interactions. Kirjassa: Lanius RA, Vermetten E, Pain C (toim.) The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic. Cambridge University Press, Cambridge, s. 148–156.
- Smid, WJ & Wewer, E.C (2019): Mixed Emotions: An Incentive Motivational Model of Sexual Deviance. *Sexual Abuse* 2019, Vol. 31(7) 731–764
- Soldino, V & Carbonell, E (2017): Effect of treatment on sex offenders' recidivism: A meta-analysis. Article in *Anales de Psicología* · October 2017 DOI: .6018/analesps.33.3.267961
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
- Steinberg, A., Brymer, M., Decker, K., & Pynoos, R. S. (2004). The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index. *Curr-Psychiatry-Rep.*, 6 (2), 96-100.
- Systemisen lastensuojelun levittäminen ja juurruttaminen (SyTy!)-hanke. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/systemisen-lastensuojelun-levittaminen-ja-juurruttaminen-syty->
- Teicher, M. & Samson, J. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Thomas R, Abell B, Webb HJ, Avdagic E, Zimmer-Gembeck MJ (2017). Parent-Child Interaction Terveydenhuoltolaki Therapy: A meta-analysis. *Pediatrics* 140(3):e20170352. doi:10.1542/peds.2017-0352
- Thulin J, Nilsson D, Svedin CG, Kjellgren C (2019). Outcomes of CPC-CBT in Sweden concerning psychosocial well-being and parenting practice: Children's perspectives. *Research on Social Work Practice* 30(1):65-73.
- Toth SL, Gravener J (2012). Review: Bridging research and practice: relational interventions for maltreated children. *Child and Adolescent Mental Health* 17(3): 131–138. doi:10.1111/j.1475-3588.2011.00638.x.
- Traumaperäinen stressihäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020 (viitattu 16.07.2020). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022 Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2020:3

- Valentino K, Berkowitz S, Stover CS (2010). Parenting behaviors and posttraumatic symptoms in relation to children's symptomatology following a traumatic event. *Journal of Traumatic Stress* 23(3):403-407.
- van der Kolk BA (1994). The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of post-traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry* 1:253-265.
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., Kosloff, A. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6.
- Ward, T & Brown, M (2004): The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law* 2004/9/.
- Ward, T & Mann, R (2004): Good Lives and the Rehabilitation of Offenders: A Positive Approach to Sex Offender Treatment. Teoksessa *Positive Psychology in Practice*. Toimittanut Linley & Joseph John Wiley & Sons 2004. Sivut. 598–616.
- Ward, T & Stewart, C (2003): Criminogenic needs and human needs: A theoretical model. *Psychology, Crime & Law* 2003/6/1.
- Ward, T; Gannon, T & Yates, P.M (2008): The treatment of offenders: Current practice and new developments with an emphasis on sex offenders. *International Review of Victimology* 2008, Vol. 15, pp.179-204
- Ward, T; Yates.P.M & Willis, G.M (2012): The Good Lives Model and the Risk Need Responsivity Model: A Critical Response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011). *Criminal Justice and Behavior* 2012 39:94
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44-63. doi:10.1016/j.avb.2005.05.002
- Ward, T. & Hudson S.M (1998). The construction and development of theory of in the sexual offending area. A metatheoretical framework. *Sexual Abuse. A Journal of Research and Treatment*, 10: 47 -63.
- Waters F (2016). *Healing the fractured child: Diagnosis and treatment of youth with dissociation*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Weiss DS, Marmar CR. *The Impact of Event Scale-Revised* (1997). Kirjassa Wilson JP, Keane TM (toim.) *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A Practitioner's Handbook*. New York: Guilford Press, 399-411
- Wieland S. *Dissociation in children and adolescents. What it is, how it presents, and how we can understand it*. Kirjassa: Wieland S (toim.) *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents: Theory and Clinical Interventions*, Taylor & Francis Group, 2015.
- Willis, G. M, Yates, P. M, Gannon, T. A & Ward, T (2012): How to Integrate the Good Lives Model Into Treatment programs for Sexual Offending: An Introduction and Overview. *Sex Abuse* 2012: 1–20
- Yleissopimus lapsen oikeuksista 60/1991. https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910060/19910060_2
- Yliruka, L., Kantoluoto, A., Heino, T., Laine, T & Hipp, T (toim.). (2020). Itsenäistymistä ja hyvinvointia tukeva jälkihuolto ja nuorten aikuisten sosiaalityön mallinnus osana lastensuojelun VIP-nuoren palvelupolkua. THL. Työpaperi.

Liite 1 Hoitopolkukyselyn lomake

Barnahus-hanke Kartoitus fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa kohdanneiden lasten ja nuorten hoitopoluista

Hyvä vastaaja,

haluamme jo etukäteen kiittää mahdollisuudestasi vastata kyselyyn! Kysely on suunnattu lapsiperhepalveluissa toimiville yksityisen, julkisen ja kolmannen sektorin toimijoille sekä poliisille. Tarkoituksena on kartoittaa, millä tavalla hoitopolkuja ja hoitoa Suomessa on tarjolla fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa kohdanneille lapsille ja nuorille sekä heidän perheilleen.

Toivomme, että vastaat kysymyksiin niiltä osin kuin ne ovat sinun tai työpaikkasi/organisaatiosi työhön soveltuvia. Toivomme vastauksia 13.3.2020 mennessä. Vastaamiseen menee aikaa noin 10 minuuttia (poliisien kysymyksiin alle 5 minuuttia, heille on suunnattu vain osa kysymyksistä). Olemme myös kiitollisia avoimista vastauksista, joihin voit tarkemmin avata teidän työtänne ja työskentelytapojanne.

Lisätietoja hankkeesta: thl.fi/barnahus

1. Vastaajan ammatti

- sosiaaliohjaaja/sosiaalityöntekijä
- sairaanhoitaja/terveydenhoitaja
- poliisi
- psykologi
- lääkäri
- muu, mikä?

2. Missä palvelussa työskentelet

- neuvola- ja kouluterveydenhuolto
- opiskeluhuollon psykologi- tai kuraattoripalvelut
- erikoissairaanhoito (sekä avo- että osastohoito)
- kasvatus- ja perheneuvola
- lastensuojelu
- järjestö
- poliisilaitos
- muu, mikä?

3. Maakunta

- Uusimaa
- Varsinais-Suomi
- Satakunta
- Häme
- Pirkanmaa
- Päijät-Häme
- Kymenlaakso
- Etelä-Karjala
- Etelä-Savo
- Pohjois-Savo
- Pohjois-Karjala
- Keski-Suomi
- Etelä-Pohjanmaa
- Pohjanmaa
- Keski-Pohjanmaa
- Pohjois-Pohjanmaa
- Kainuu
- Lappi
- Ahvenanmaa

4. Työssäni

- arvioin lapsen ja perheen hoidon tarvetta. Miten arvioit?
- tuen lasta ja perhettä. Miten tuet?
- ohjaan lapsen ja perheen hoitoon. Miten ohjaat?

Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki?

5. Koetko edellä mainituissa haasteita? Minkälaisia?

6. Onko alueellanne sovittuja hoitopolkuja, kun lapsen/nuoreen on kohdistunut väkivaltaa?

- kyllä
- ei
- en osaa sanoa

7. Liitä malli/mallit oheen tai lähetä sähköpostitse osoitteeseen barnahus@thl.fi

8. Tahot,

jotka lähettävät
teille asiakkaita

joille olet ollut
ohjaamassa
lapsia tuen
piiriin

9. Kuinka pian lähetteen saapumisesta/asiakasyhteydenoton jälkeen pääset aloittamaan työskentelyn?

kuukautta

10. Millaisia menetelmiä käytät psykososiaalisen hoidon tarpeen arviointiin? (Nimeä, jos mahdollista.)

11. Millaisia menetelmiä käytät psykososiaalisessa tuessa/hoidossa?

12. Miksi juuri nämä käyttämäsi arvioinnin ja hoidon mallit ovat valikoituneet käyttöön? Miksi joku on jäänyt pois?

13. Kuinka monta väkivaltaa kokenutta lasta/nuorta/perhettä työpaikallanne hoidetaan vuosittain kyseisillä hoitomenetelmillä/malleilla? (Kirjaa tekstikenttään määrä ja menetelmä.)

14. Kuinka pitkäkestoisia väkivaltaa kokeneiden lasten hoitosuhteet teillä ovat?

	kuukautta
--	-----------

15. Kerro kokemuksia nykyisten toimintatapojen/työmallien toimivuudesta ja kehittämiskohteista.

Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki?

16. Millaisia haasteita perheessä esiintyvä huoltoriita tuo hoidon tarpeen arviointiin, hoitoon ohjaamiseen ja/tai hoidon tarjoamiseen?

17. Mitä kehitettävää näet lastensuojelun roolissa väkivaltaepäilyjen tuki- ja hoitoprosesseihin liittyen?

18. Millaisena näet peruspalveluiden (esim. neuvola, oppilas- ja opiskelijahuolto, perusterveydenhuolto, kasvatus- ja perheneuvola) roolin väkivaltaa kokeneen lapsen ja hänen perheensä tutkimuksessa ja hoidossa?

19. Kuinka usein ohjaat väkivaltaa kokeneen lapsen/nuoren/perheen hoitoon?

- aina
- usein
- satunnaisesti
- harvoin
- en koskaan

20. Mikä on tyypillisin hoitoon ohjauksen tapa?

- annan esitteen
- kerron suullisesti
- soitamme yhdessä
- otan itse palveluntarjoajaan yhteyttä
- varmistan, että nuori pääsee hoidon piiriin
- annan nuoren yhteystiedot hoitotaholle
- varmistan, että sosiaalityöntekijä hoitaa asian (kirjaa tekstikenttään vastaus seuraavasta: saan tiedon / en saa tietoa onko hoitoon ohjautuminen tapahtunut)
- oletan sosiaalityöntekijän hoitavan asian (asiasta ei ole sovittu konkreettisesti etukäteen)
- muu tapa, mikä?

21. Minne ohjaat väkivaltaa kokeneen lapsen/nuoren/perheen tuen piiriin?

22. Koetko tietäväsi riittävästi hoitotahoista, joille ohjata?

- kyllä
- en

23. Toimiessasi lähettävänä tahona, saatko tiedon hoidon aloittamisesta?

- kyllä
- en

Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki?

24. Hankaloittaako poliisin keskeneräinen esitutkinta joissain tapauksissa tuen tarjoamista/hoittoa?

kyllä, miten?

ei

25. Millaista koulutusta ja työnohjausta tarvitsisit väkivaltaa kokeneiden lasten arvion, tuen ja hoidon toteuttamiseen liittyen?

26. Kenelle tämä kysely tulisi alueellasi lähettää?

sähköposti-
osoite

sähköposti-
osoite

sähköposti-
osoite

Voit lähettää kyselyä vapaasti myös muille.

27. Lisää halutessasi sähköpostiosoitteesi, niin voimme välittää hoitopolkukyselystä tekemämme koosteen myöhemmin sinulle/teille.

sähköposti-
osoite

Antamiasi sähköpostiosoitteita ei välitetä eteenpäin.

Liite 2 Haastattelurunko

1. Miten väkivaltaa kohdanneet lapset ja nuoret (jatkossa: lapset) näkyvät organisaatiosi työssä?
2. Millaisia hoidon ja tuen tarpeita näillä lapsilla näkemyksesi mukaan on?
3. Millainen heidän palvelupolkunsa on (ennen ja jälkeen haastateltavan yksikköön saapumista)? Millainen sen pitäisi olla?
4. Millaisia hoitomuotoja organisaatiossanne voidaan järjestää väkivaltaa kokeneille lapsille ja mihin ne kohdentuvat (kriisituki, trauman hoito, oheishäiriöiden hoito jne). Järjestetäänkö hoito lapselle (yksilö/ryhmä), vanhemmille vai koko perheelle?
5. Kuka hoidon tarpeen arvioi?
6. Miten hoidot toteutetaan/kustannetaan (omana toimintana, ostopalveluna..)?
7. Millaisia tuloksia hoidoilla saadaan? Miten niiden vaikuttavuutta mitataan?
8. Onko hoitoa saatavilla riittävästi? Ketkä ovat suurimmassa riskissä jäädä ilman tarvitsemaansa tukea?
9. Mitkä ovat suurimmat koulutustarpeet aiheeseen liittyen?

Erikoissairaanhoidossa työskenteleviltä kysytään lisäksi:

Mitä käytännön yhteistyömuotoja teillä on kuntien perustason työntekijöiden (päivähoito, terveyskeskuslääkärit, neuvola, koulut) kanssa? Perheneuvoloiden kanssa? Lastensuojelun asiakkaana olevien asiakkaiden kohdalla lastensuojelun kanssa?

Vastaavasti muilta kysytään:

Millaista asiantuntija-apua saatte erityistason palveluilta? Mitä tarvitsisitte?

Liite 3 Kooste haastatelluista

Ammattinimike	Organisaatio	Alue
Lastenpsykiatri	**	Pohjois-Suomi
Lastenpsykiatri	**	Pohjois-Suomi
Lapsiperheiden sosiaalipalveluiden vastuualueen johtaja	**	SOITE
Järjestötyöntekijä	Tukinainen ry	Rovaniemi
Lastenpsykiatrian ylilääkäri, vastuuyksikköjohtaja	**	Satakunta
Psykologi	Kasvatus- ja perheneuvola	Varsinais-Suomi
Seksuaaliväkivaltatyöntekijä	Järjestö	Varsinais-Suomi
Lastensuojelun aluejohtaja	**	Vaasa
Perhetyön aluejohtaja	**	Vaasa
Sosiaalityön aluejohtaja	**	Vaasa
Psykologi	Perheneuvola	Helsinki
Lastensuojelun asiantuntija	**	Helsinki
Psykologi	Perheneuvola	Espoo
Psykologi	Lastenpsykiatria	Helsinki
Sosiaalityöntekijä	Lastensuojelu	Espoo
Lääkäri	Lastenpsykiatrinen yksikkö	Espoo
Projektipäällikkö	Keski-Uudenmaan sotekuntayhtymä	Keski-Uusimaa
Lääkäri	Psykososiaaliset palvelut	Vantaa
Perheneuvolan esimies	Perheneuvola	Vantaa
Johtava sosiaalityöntekijä	Lastensuojelu	Vantaa
Väkivaltatyöntekijä	Tyttöjen talo / Poikien talo	Helsinki
Johtava psykologi	Perusterveydenhuolto	Kuopio
Pelotta-hankkeen työntekijät	Ensikotiyhdistys	Kuopio
Viola-väkivallasta vapaaksi ry:n työntekijät	Viola ry	Mikkeli
Seksuaaliväkivaltatyöntekijä	Setlementti Tampere / Tyttöjen talo	Tampere

**Anonymiteetin säilymistä varten organisaatio on jätetty tyhjäksi

Liite 4 Kysely ylilääkäreille väkivaltaa kohdanneille lapsille suunnatuista ja väkivaltaan tai traumaan kohdennetuista hoitomenetelmistä

Kysely ylilääkäreille väkivaltaa kohdanneille lapsille suunnatuista ja väkivaltaan/traumaan kohdennetuista hoitomenetelmistä

1. Minkä yliopistosairaalan alueella työskentelet? *

- HUS TYKS TAYS KYS OYS

2. Missä sairaanhoitopiirissä? *

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri | <input type="radio"/> Lapin sairaanhoitopiiri |
| <input type="radio"/> Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri | <input type="radio"/> Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri |
| <input type="radio"/> Etelä-Savon sairaanhoitopiiri | <input type="radio"/> Pirkanmaan sairaanhoitopiiri |
| <input type="radio"/> Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri | <input type="radio"/> Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri |
| <input type="radio"/> Itä-Savon sairaanhoitopiiri | <input type="radio"/> Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri |
| <input type="radio"/> Kainuun sairaanhoitopiiri | <input type="radio"/> Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri |
| <input type="radio"/> Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri | <input type="radio"/> Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri |
| <input type="radio"/> Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri | <input type="radio"/> Satakunnan sairaanhoitopiiri |
| <input type="radio"/> Keski-Suomen sairaanhoitopiiri | <input type="radio"/> Vaasan sairaanhoitopiiri |
| <input type="radio"/> Kymenlaakson sairaanhoitopiiri | <input type="radio"/> Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri |

Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki?

3. Mitkä seuraavista väkivaltaa kohdanneille lapsille suunnatuista ja väkivaltaan/traumaan kohdennetuista hoitomenetelmistä ovat käytössä alueellanne (omana tai ostopalveluna):

- Traumafokusoitu kognitiivinen-käyttäytymisterapia (Tf-KKT)
- Narrative exposure therapy (NET)
- Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy (CPC-CPT/KIBB)
- Lapsi-vanhempi psykoterapia (Child-Parent Psychotherapy, CPP)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Cognitive processing therapy (CPT)
- Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
- Muu, mikä?

4. Vapaat kommentit

Taina Laajasalo (toim.)

Miten toteutuu väkivaltaa kokeneen lapsen psykososiaalinen tuki?

– tuki ja hoitomuodot sekä potentiaalisten lapsiin kohdistuvien seksuaalirikosten tekijöiden ehkäisevä kuntoutus

Väkivaltaa kokeneiden lasten ja nuorten tuessa ja hoidossa on Suomessa puutteita. Vuonna 2019 julkaistussa Väkivallaton lapsuus -toimenpidesuunnitelmassa nousevat toistuvasti esiin puutteet lasten ja nuorten psyykkisen tuen tarpeen arvioinnissa, palveluiden piiriin ohjaamisessa sekä tuen saatavuudessa. Tämä raportti tukee meneillään olevaa kehittämistyötä tilanteen parantamiseksi.

Raportissa tarkastellaan erilaisista väkivaltakokemusten hoitoon kohdennetuista terapeuttisista työmenetelmistä saatua tutkimusnäyttöä. Tämän lisäksi tarkastellaan kansallista ja alueellista tilannetta lasten ja perheiden palvelupolkujen ja hoitomuotojen saatavuudessa. Tarkastelussa hyödynnetään kysely- ja haastatteluaineistoa. Lisäksi kuvataan lapsiin kohdistuvien potentiaalisten seksuaalirikosten tekijöiden vaikuttavaa hoitoa ja sen saatavuutta Suomessa. Lopussa tiivistetään tulokset palvelupolkujen kehittämisen sekä tietoperustaisten tuki- ja hoitomuotojen kansallisen implementaation pohjaksi. Raportin sisältöjä tullaan hyödyntämään muun muassa STM:n ohjaamassa ja THL:n koordinoimassa kansallisessa Barnahus-hankkeessa (2019–2023).



Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos



Barnahus

Julkaisujen myynti
kirjakauppa.thl.fi