

# ERITYISOPPILAAN PSYKIATRINEN HOITOKETJU

Hoitoketjun tarpeen ja toiminnan monitahoarviointi

**MAIJA-LEENA  
PÖNKKÖ**

Lääketieteellinen tiedekunta,  
Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos,  
Lastentautien klinikka,  
Psykiatrian klinikka,  
Oulun yliopisto;  
Oulun yliopistollinen sairaala

OULU 2005

Abstract in English





**MAIJA-LEENA PÖNKKÖ**

**ERITYISOPPILAAN PSYKIATRINEN  
HOITOKETJU**

Hoitoketjun tarpeen ja toiminnan monitahoarviointi

Esitetään Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan  
suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi Kastellin  
tutkimuskeskuksen auditoriossa, Aapistie 1,  
3. helmikuuta 2006 kello 12

OULUN YLIOPISTO, OULU 2005

Copyright © 2005  
University of Oulu, 2005

Työn ohjaajat  
Professori Juhani Nikkilä  
Professori Irma Moilanen

Esitarkastajat  
Professori Juha Kinnunen  
Professori Jorma Piha

ISBN 951-42-7977-8 (nid.)  
ISBN 951-42-7978-6 (PDF) <http://herkules.oulu.fi/isbn9514279786/>  
ISSN 0355-3221 <http://herkules.oulu.fi/issn03553221/>

OULU UNIVERSITY PRESS  
OULU 2005

## **Pönkkö, Maija-Leena, Special-needs students' psychiatric treatment chain—multiple constituency evaluation of the need for treatment and the functioning of the treatment chain**

Faculty of Medicine, Department of Nursing Science and Health Administration, University of Oulu, P.O.Box 5300, FI-90014 University of Oulu, Finland, Department of Paediatrics, Department of Psychiatry, University of Oulu, P.O.Box 5000, FI-90014 University of Oulu, Finland; Oulu University Hospital, P.O. Box 10, FI-90029 OYS, Finland  
2005

Oulu, Finland

### *Abstract*

The purpose of the study was to explore the need for and the utilisation and functionality of the specialized psychiatric health care services available to children and adolescents of comprehensive and senior secondary school age. Special-needs students' need for psychiatric treatment and the functioning of their treatment chain was described and evaluated. Data were collected from comprehensive schools and senior secondary schools, 112 (82%) with a total of 18,532 students, in Oulu Province in 1998–2002. Special schools 37 (97%) had altogether 1276 students. The data for the first and the second sub-studies were collected with a questionnaire. The data for the third sub-study were obtained from documents concerning the need for and the use and functionality of services produced and evaluated by the key groups of actors. The data sets were evaluated way using the multiple constituency method in co-operative evaluation sessions, which were video-taped. The data for the fourth sub-study consisted of tape-recorded interviews of the study subjects. Multiple constituency evaluation and content analysis were used as research methods.

As evaluated by comprehensive school and senior secondary school teachers, both the incidence and the severity of students' conduct and emotional disorders have increased over the past few years. Special school students with conduct disorders and mental health problems were referred for examinations and treatment into the treatment chain of child and adolescent psychiatry similarly to other school-aged children and adolescents. Special schools had a constant need for child and adolescent psychiatric services, but there were no direct connections with specialized health care. At all schools, efforts were made by teachers and parents to help students with the assistance of school health care and social work professionals. Whenever students failed to get the requisite help from specialized health care, their problems remained the family's responsibility. The parents in these situations felt that they had been left alone, without understanding what this was all about and without knowing where to go for help.

Nevertheless, the data also included many positive experiences of fluent co-operation and easy availability of help for the student. The findings showed that there is a lot of expertise and sincere desire to work for the benefit of children and adolescents. The lack of coordination of the entire treatment chain did, however, wear down the self-esteem of the students in need of help as well as the meagre resources of their parents and the help-providing key actors. It was also suggested that the key groups participating in the treatment chain should be provided joint training and mentoring.

*Keywords:* client perspective, multiprofessional work, psychiatric treatment chain, special-needs student

## **Pönkkö, Maija-Leena, Erityisoppilaan psykiatrinen hoitoketju. Hoitoketjun tarpeen ja toiminnan monitahoarviointi**

Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto, PL 5300, 90014 Oulun yliopisto, Lastentautien klinikka, Psykiatrian klinikka, Oulun yliopisto, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto; Oulun yliopistollinen sairaala, PL 10, 90029 OYS

2005

Oulu

### ***Tiivistelmä***

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa peruskoulu- ja lukioikäisten lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeesta, käytöstä ja toimivuudesta. Tutkimuksessa kuvataan ja arvioidaan erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarvetta ja toimintaa. Tutkimusaineisto kerättiin Oulun läänin peruskouluista ja lukioista vuosien 1998–2002 aikana. Ensimmäisessä vaiheessa mukana oli 112 (82 %) koulua, joissa oppilaita oli yhteensä 18 532. Toisessa vaiheessa tutkimusta jatkettiin 37 (97 %) erityiskoululta saadulla aineistolla. Näissä erityiskouluissa oppilaita oli yhteensä 1276. Kolmannessa vaiheessa psykiatrisen hoitoketjun tarvetta ja toimintaa arvioitiin monitahoisesti kolmella erityiskoululla. Viimeisessä vaiheessa tutkimukseen osallistui myös psykiatrisessa hoidossa olleita oppilaita ja heidän vanhempiaan. Ensimmäisen ja toisen osatutkimuksen aineistot kerättiin kyselylomakkeella. Kolmannen osatutkimuksen aineisto saatiin palvelujen tarvetta, käyttöä ja toimintaa koskevista avainryhmien tuottamista ja arvioimista kirjallisista aineistoista. Aineistot arvioitiin monitahoisesti yhteisissä arviointitilanteissa, jotka videoitiin. Neljännen osatutkimuksen aineisto koostuu tutkittavien haastatteluista, jotka nauhoitettiin. Tutkimusmetodeina käytettiin monitahoarviointia ja sisällönanalyysia.

Peruskoulun ja lukion opettajien näkökulman mukaan oppilaiden käytös- ja tunne-elämän häiriöt olivat sekä lisääntyneet että vaikeutuneet viime vuosina. Käytös- ja mielenterveysongelmista kärsivät erityiskoulujen oppilaat ohjautuivat tutkimuksiin ja hoitoon lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoketjuun, kuten muutkin kouluikäiset lapset ja nuoret. Erityiskouluilla oli jatkuva tarve saada lasten ja nuorten psykiatrisia palveluja, mutta suoraa yhteyttä erikoissairaanhoidon ei ole ollut. Yleis- ja erityisopetuksessa oppilaita yritettiin auttaa opettajien ja vanhempien voimavarojen mukaan sekä kouluterveydenhuollon että sosiaalitoimen asiantuntijoiden avustamana. Jos oppilaalle ei saatu tarvittavaa apua erikoissairaanhoidosta, ongelmat jäivät perheen vastuulle. Näissä tilanteissa vanhemmat kokivat jääneensä yksin ymmärtämättä, mistä on kysymys ja mistä apua voi etsiä.

Tutkimustulokset antavat päätöksentekijöille, koulujen johtajille ja opettajille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön toimintaa koordinoiville asiantuntijoille tärkeää tietoa erityisoppilaan psykiatristen palvelujen tarpeesta ja moniammatillisen hoitoketjun toiminnasta.

*Asiasanat:* asiakasnäkökulma, erityisoppilas, moniammatillinen toiminta, psykiatrinen hoitoketju

*Vanhemmilleni ja anopilleni*

## Kiitokset

Ensisijaiset kiitokseni haluan lausua vanhemmilleni Aili ja Kaarlo Karjaluodolle sekä anopilleni Senja Pönkölle. En koskaan pystyisi kulkemaan heidän jalanjälkiään, mutta jotain heidän tavastaan elää ja ottaa vastuuta olen rohjennut omaksua. Kun synnyin, isäni oli sodassa, jossa häneltä kului yksi elämänsä vaikeimmista vaiheista. Paljon menetyksiä kokeneenakin hän vielä jaksoi kasvattaa perhettä ja huolehtia siitä. Vahvana naisena äitini loi lapsuuteni arkeen lämmön ja hengen, jotka kantoivat perhettämme joskus uskomattomissakin tilanteissa. Hänen turvallisuutensa ei pettänyt koskaan. Kiitos että jaksoitte. Väitöskirjani loppumetreillä menetin teidät molemmat jo hyvin iäkkäinä ja valmiina lähtemään. Oman perheeni perustamisen jälkeen tutustuin toiseen vahvaan naiseen anoppiini, Senja-mummiin, joka miehensä kuoleman jälkeen rakensi yksin puitteet perheensä selviytymiselle. Juuri 90 vuotta täyttäneellä mummilli on vieläkin kaikki langat käsissään. Kiitos Mummi, että olette olemassa ja minulla on ollut aina mahdollisuus soittaa teille ja keskustella kanssanne.

90-luvun laman jälkeisessä tilanteessa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin johtaja Pentti Silvola huolestui nuorisopsykiatrian toimintaan liittyvistä ongelmista. Samaan aikaan olin siirtynyt sairaanhoitopiirin koulutus- ja kehittämispalveluihin projektisuunnittelijaksi. Sain häneltä tehtävän selvittää alueemme nuorisopsykiatrisen hoidon painopisteitä ja kehittämiskohteita. Siitä hänelle lämmin kiitos. Lasten vaikeudet ovat aina koskettaneet minua, koska lapset eivät voi valita olosuhteita, joihin he syntyvät. Lapsilla ei myöskään ole valmiuksia tunnistaa yksin elämänsä vaikeuksia muuten kuin tunnetasolla pahana olona. Lastenpsykiatrian klinikan vastuualueen johtaja professori Irma Moilanen kiinnostui halustani tehdä tutkimusta ja lupautui väitöskirjani toiseksi ohjaajaksi. Kiitän lämpimästi häntä tutkimukseni käynnistymiseen liittyvästä vahvasta tuesta ja koko tutkimukseni ajan käytettävissä olemisesta ja saamastani kannustuksesta. Erityiskiitokset esitän toiselle ohjaajalleni professori Juhani Nikkilälle taitavasta ohjauksesta hallinnon tutkimusverkoston verkostoon mukaan ja esittelemään tutkimushankettani. Opin niissä tilanteissa paljon. Kiitän häntä myös kannustavasta ohjauksesta varsinkin tutkimukseni loppuvaiheessa: ”Nyt vaan panet sen kasaan.”

Tutkimukseni esitarkastajille professori Juha Kinnuselle ja professori Jorma Pihalle esitän lämpimät kiitokseni väitöskirjani käsikirjoituksen asiantuntevasta tarkastamisesta. Kiitän heitä niistä kriittisistä ja tärkeistä kommentteista, jotka auttoivat minua työstämään

väitöskirjaani paremmaksi. Erityisesti Juha Kinnuselle esitän suuret kiitokset käymätämme palautekeskustelusta, joka syvensi ymmärrystäni tutkimukseni metodologisista kysymyksistä. Psykiatrian tulosyksikön johtaja ylilääkäri Juha Moringia kiitän valtuuston selvitysprojektin ja sen seuranta- ja projektin aikana tehdyn monivaiheisen työni tukemisesta ja myöhemmin tutkimukseni seurantaryhmässä mukana olosta. Johtajaylilääkäri Lauri Nuutista kiitän siitä, että sain mahdollisuuden koko tutkimukseni ajan lomittaa päätyöni projektisuunnittelijan ja eettisen toimikunnan sihteerin tehtävät siten, että pystyin toimimaan välillä tutkijana. Suurin kiitokseni kuuluu tutkimuksessani mukana olleille oppilaille ja heidän vanhemmilleen, koulujen rehtoreille ja opettajille sekä erityisesti arviointikoulujen johtajille ja myös kaikille erityiskoulujen, sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon arviointiryhmien jäsenille, jotka olitte mukana tutkimuksessani ja mahdollistitte sen etenemisen.

Lämpimät kiitokset kirjoittajaryhmämme monitieteellisille asiantuntijoille, jotka jaksoitte kannustaa minua asiantuntevilla kommentteillanne artikkeleittemme työstämisen eri vaiheissa. Professori Anja Taanilaa kiitän laadullisen aineiston käsittelyyn liittyvään NUD\*IST-ohjelman käyttöön opastamisesta ja tutkimukseni kaikissa vaiheissa mukana olemisesta. Olit helposti lähestyttävä jaksoit kommentoida ja kannustaa sekä aina tavoitettavissa. Samoin kiitän dosentti Hanna Ebelingiä tutkimukseni eri vaiheissa mukana olosta ja erityisesti artikkeleittemme viimeistelyvaiheissa niiden lukemisesta ja tarkoista kommentteista. Dosentti Sirkka-Liisa Linnaa kiitän tutkimukseni alkuvaiheessa ja erikoissairaanhoidon arviointiryhmässä mukana olosta sekä vahvasta panostuksesta arviointikoulujen vierailuihin. Toit arviointikeskusteluihin hyvin käytännönläheisen ilmapiirin, joka motivoi kaikkia osallistumaan keskusteluun. Kiitän myös silloin osastonhoitajana toiminutta ylihoitaja Anna-Maija Puustia ja erikoissairaanhoidajana toiminutta osastonhoitaja Tarja Seppästä erikoissairaanhoidon arviointiryhmässä toimimisesta. Olitte kaikki hyvin tärkeässä vaiheessa mukana tutkimuksessani ja vaikutitte sen onnistumiseen. Professori Merja Nikkosta kiitän jo alkuvaiheessa tutkimussuunnitelmani asiantuntevasta kommentoinnista ja johdattelusta käyttämäni tutkimusmetodin, monitahoarvioinnin tiedon juurille. Ohjasit viimeisen artikkelin aineiston hankintaan liittyvissä kysymyksissä ja olit mukana myös kirjoittajaryhmässä. Lisäksi jaksoit paneutua vielä käsikirjoitukseni lukemiseen ja esittää kommentteja, jotka kannustivat minua työstämään sitä paremmaksi.

Teitä metodikirjoittajaystävät (Kaarina ja Pirjo) kiitän monista pohdinnoista etiikan ja arvioinnin ”syövereissä”. Kiitän oman työpaikkani toimistosihteerin Tarja Kalaojaa ja tutkimussihteerin Jaana Hyytistä ja lastenpsykiatrian klinikan klinikkasihteereitä Ulla Palmua ja Meeri Simoskaa sekä myös yhteisesti teitä kaikkia muita, joiden puoleen olen voinut kääntyä tutkimustani koskevissa asioissa ja saanut aina ystävällistä apua.

Lämpimät kiitokset tutkimukseni kieliasun tarkistamisesta lehtori Marketta Harju-Auttille. FL Sirkka-Liisa Leinonen on kääntänyt englannin kielellä vaaditut osajulkaisut ja tiivistelmät. Esitän siitä hänelle suuret kiitokset. Kiitän Oulun yliopiston lääketieteellisen kirjaston informaatikko Raija Heinoa ja kaikkia työntekijöitä ystävällisistä ja asiantuntevista palveluista. Ilman teitä tutkimukseni tekeminen olisi ollut todella vaikeaa.

Taloudellisesta tuesta kiitän Oulun yliopistollista sairaalaa, Stiftelsen Alma och K. A. Snellman Säätiötä ja Lastenpsykiatrian tutkimussäätiötä (Oulun aluetoiminta) sekä Pohjoisen hyvinvoinnin, terveyden ja sopeutumisen tutkijakoulua, joiden avustuksella tutkimukseni tekeminen on ollut mahdollista.

Kiitän rakasta aviomiestäni Anttia vuosia kestäneestä kannustuksesta ja Sanginjoelle luoduista kesämökin puitteista, jossa meille molemmille on tarjolla rentouttavaa puuhaa monien kiireiden keskellä. Jo aikuisiksi ehtineitä lapsiani sekä heidän läheisiään kiitän siitä, että olette työmaanisena ja tutkimukseen uppoutuvan äidin vetäneet välillä täyteen elämäänne mukaan. Tutkimuksen viimeistelyvaiheessa jaksoitte myös lukea ja kommentoida kriittisesti käsikirjoitustani. Sinua kaksivuotias Noora kiitän siitä, että palautit minut elämän realiteetteihin. Mummi oli mielestäsi ”ihana” vasta sen jälkeen, kun hänellä oli ollut aikaa puuhailla kanssasi leikkipuistossa. Sinua kaksi vuotta nuorempi sisaresi Neea sai viehättävällä hymyllään myös vauhtia tutkimukseeni. Tutkimukseni valmistuttua minulla on enemmän aikaa teille molemmille.

Oulussa marraskuussa 2005

Maija-Leena Pönkkö

## Luettelo alkuperäisjulkaisuista

- I Pönkkö M-L, Ebeling H, Taanila A, Linna S-L & Moilanen I (2002) Psychiatric disorders of children and adolescents – a growing problem at school. *Int J Circumpolar Health* 61: 6–16.
- II Pönkkö M-L, Taanila A & Ebeling H (2003) Special school teachers require more goal-oriented collaboration with psychiatric professionals. *Int J Circumpolar Health* 62: 75–93.
- III Pönkkö M-L, Taanila A, Linna S-L, Ebeling H & Nikkilä J (2004) Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun toiminnan monitahoarviointi: verkostossa toimivien asiantuntijoiden näkökulma. *Sosiaalilääket Aikakausi* 41: 289–302.
- IV Pönkkö M-L, Nikkonen M, Taanila A, Ebeling H & Nikkilä J (2005) Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketju: asiakkaan näkökulma. *Sosiaalilääket Aikakausi* 42: 294–306.



## Luettelo kuvioista

Kuvio 1. Erityisoppilaan psykiatrinen hoitoketju ja sen moniammatillisen verkoston yhteydet julkisessa terveydenhuollossa. ....	17
Kuvio 2. Vuokaavio oppilaan hoitoketjun kulusta. ....	19
Kuvio 3. Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarpeen ja toiminnan arvioinnin viitekehys. ....	22
Kuvio 4. Etiikka ja moraalit. ....	36
Kuvio 5. Yhteistoiminnallisuuden mahdollisuudet ja toimijoiden suhteet. ....	50
Kuvio 6. Yhteenveto tutkimusprosessin vaiheiden etenemisestä ja tuloksista. ....	57
Kuvio 7. Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun malli julkisessa terveydenhuollossa. ....	63

## Luettelo taulukoista

Taulukko 1	Filosofian jako.....	25
Taulukko 2	Arviointimetodologian teesi, antiteesi ja synteesi.....	31
Taulukko 3	Tutkimusprosessin vaiheet ja tavoitteet, aineistojen keruumenetelmät ja aineistot sekä analyysimetodit.....	53
Taulukko 4	Tutkimusaineistojen keräämisen ajankohdat, vaiheet ja artikkelit.....	54
Taulukko 5	Tutkimuksessa mukana olevat erityiskoulut ja oppilaiden lukumäärä opetusohjelmittain (HOJKS) vuonna 1998.....	58
Taulukko 6	Monitahonäkökulma erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarpeesta ja toiminnasta.....	61

## Sisällysluettelo

Abstract	
Tiivistelmä	
Kiitokset	
Luettelo alkuperäisjulkaisuista	
Luettelo kuvioista	
Luettelo taulukoista	
Sisällysluettelo	
1 Tutkimuksen tausta ja tutkimusprosessin kulku	15
2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät	21
3 Tutkimuksen ontologiset lähtökohdat ja metodologiset ratkaisut	24
3.1 Ontologiset lähtökohdat	25
3.2 Metodologiset ratkaisut	27
3.2.1 Arviointi tutkimusmetodina	27
3.2.1.1 Arvioinnin ja arviointitutkimuksen määrittelyä	28
3.2.1.2 Arviointimetodi vai -menetelmä?	29
3.2.1.3 Arviointitutkimuksen lähestymistavat	30
3.2.2 Monitahoarviointitutkimuksen metodologia	31
3.2.3 Sisällönanalyysi tutkimusmetodina	34
4 Eettiset kysymykset	36
5 Tutkimuksen keskeiset käsitteet	39
5.1 Erityisoppilas	39
5.2 Erityisoppilaan psykiatrinen hoitoketju	40
5.3 Moniammatillinen toiminta	42
5.4 Asiakasnäkökulma	44
5.5 Yhteenveto keskeisistä käsitteistä	44
6 Psykiatrisen hoitoketjun tarve ja toiminta	46
6.1 Hoitoketjun tarve	46
6.2 Hoitoketjun toiminta	48
6.3 Yhteenveto hoitoketjun tarpeesta ja toiminnasta	51
7 Tutkimusaineistojen kerääminen ja analyysi	52
7.1 Aineistojen kerääminen	54

7.2	Aineistojen analysointi	54
8	Tulokset	56
8.1	Lasten ja nuorten psykiatriset ongelmat – kasvava ongelma koulussa	56
8.2	Opettajat kaipaavat tavoitteellista yhteistyötä psykiatrian asiantuntijoiden kanssa	58
8.3	Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun monitahoarviointi: asiantuntijanäkökulma	59
8.4	Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketju: asiakkaan näkökulma	59
8.5	Yhteenveto tuloksista	60
9	Pohdinta	64
9.1	Tulosten tarkastelu	64
9.2	Tutkimuksen luotettavuus ja hyödynnettävyys	69
9.3	Tutkijan etiikka	73
9.4	Jatkotutkimushaasteet	74
10	Johtopäätökset	75
	Lähteet	77
	Liitteet	87
	Liite 1 Kysely lasten ja nuorten tarvitsemista psykiatrisista palveluista	88
	Liite 2 Monitahoarviointilomake	93
	Liite 3 Oppilaan haastattelulomake	97
	Liite 4 Vanhemman/huoltajan haastattelulomake	98

# 1 Tutkimuksen tausta ja tutkimusprosessin kulku

Tämän tutkimuksen idea syntyi toimiessani Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä Psykiatrisen hoidon kehittäminen -selvitystyöryhmän sihteerinä. Lähtökohta oli hallinnollinen. Ensimmäisessä vaiheessa sairaanhoitopiirin johtaja antoi tehtäväkseni selvittää nuorisopsykiatristen palvelujen tarvetta ja hoidon painopisteitä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (Pönkkö 1998). Vähän myöhemmin toiminta laajeni sairaanhoitopiirin valtuuston antamalla tehtävällä käsittämään koko psykiatrisen hoidon kehittämistä (Selvitys valtuustolle 15.6.1998) sekä sen jatkona tehdyllä seuranta- ja erityiskouluihin sekä lukioihin kysely lasten ja nuorten psykiatrian erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeesta, käytöstä ja toimivuudesta. Opettajien vastausten mukaan oppilaiden ongelmat olivat lisääntyneet ja vaikeutuneet sekä avun saannissa ja tiedon kulussa oli ongelmia (Selvitys valtuustolle 1998). Eniten ongelmia ja avun tarvetta esiintyi erityiskoulujen oppilailla (Pönkkö & Moring 2000).

1990-luvun laman jälkeen perheiden ahdinko ja vanhempien kasvaneet työpaineet olivat lisänneet lasten ja nuorten turvattomuutta sekä psyykkistä pahoinvointia (Piha 2000, Vornanen 2000, Bardy *et al.* 2003, Taskinen 2004). Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimittiin monien haasteiden ja taloudellisten paineiden keskellä (Nuutinen *et al.* 1997). Psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen tarve oli kasvanut, mutta silti sairaaloiden hoitopaikkoja vähennettiin ja toimintoja siirrettiin avosektorille (Valtakunnallinen suunnitelma... 1998, Leskinen 2001, Kokko 2002, Hyvönen 2004). Samaan aikaan kunnat saivat vallan itse muuttaa kouluterveydenhuollon toimintoja, mikä johti eriarvoisuuteen kuntien välillä (Strid & Savolainen 2005). Kouluterveydenhuollon resursseja vähennettiin, vaikka ennalta ehkäisevän työn tarve oli kasvanut (Strid & Savolainen 2005). Toisaalta etsittiin vaihtoehtoja lapsiperheiden syrjäytymisen ehkäisemiseen (Vartiainen 2003a). Kouluissa opettajat kokivat työnsä raskaana opettaessaan suurentuneita oppilasryhmiä ja heillä oli entistä vähemmän aikaa huomioida oppilaidensa vaikeuksia kokonaisvaltaisesti (Bardy *et al.* 2003).

Opettajat saattavat tunnistaa oppilaittensa ongelmia aikaisemmin kuin heidän vanhempansa, koska opettajat tekevät päivittäin työtään lasten ja nuorten kanssa. Työelämän kasvaneet vaatimukset, kuten jatkuva kouluttautuminen ja toistuvat ylityöt sekä lisäksi vanhempien omat harrastukset vievät paljon perheen yhteisestä vapaa-ajasta (Almqvist

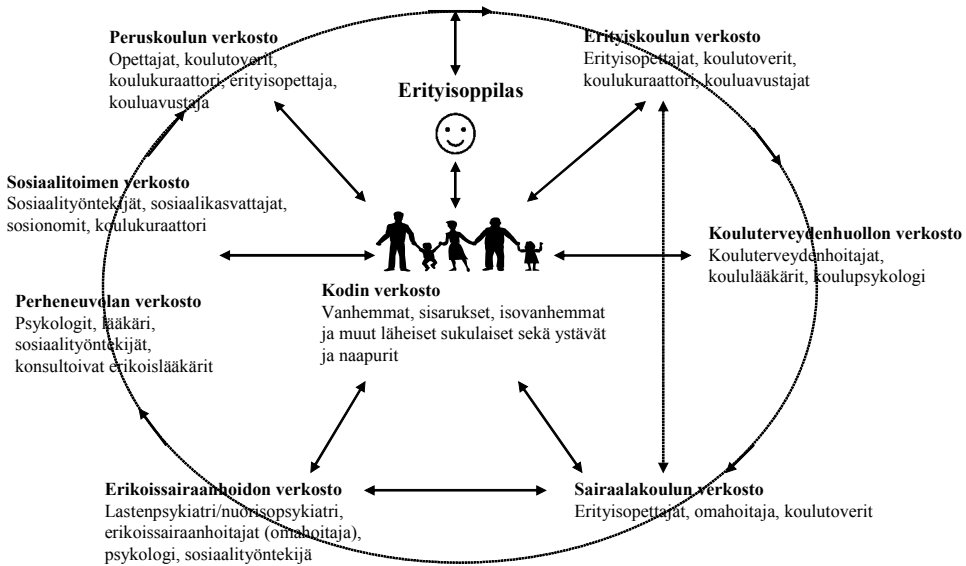
1998). Lapset ovat liian varhain ja liian paljon yksin vailla vanhempiensa huolenpitoa (Rimpelä 1998, Järventie 1999, Bardy *et al.* 2003). Ongelmien ilmetessä lasten vanhemmat eivät huomaa niitä tai eivät jaksa ajoissa puuttua niihin. Seuraava aikuinen koululaisten lähellä on opettaja, jonka työskentelyä lapsen tai nuoren ongelmat vaikeuttavat ja hän etsii apua. Vaikeita ongelmia ovat lapsille ja nuorille tarkoitettujen psykiatristen palvelujen porrastuksen heikkoudet ja pirstoutuneisuus sekä resurssien puute (Paavilainen *et al.* 1998, Pylkkänen 1999, Piha 2000, Piha *et al.* 2000). Tutkimuksiin ja hoitoon on vaikea päästä, koska lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä ja odotusaika erikoissairaanhoidon on liian pitkä (Paavilainen *et al.* 1998, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite-... Seurantajulkaisu 2003). Oulun läänissä yhdeksi tärkeäksi haasteeksi on noussut kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon toimiva yhteistyö ja siihen tarvittavien resurssien riittävyys (Rimpelä *et al.* 1999).

Suomessa lasten ja nuorten psykiatriset palvelut jakaantuvat sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä porrastettuun sosiaali- ja perusterveydenhuoltoon sekä erikoissairaanhoidon, joita ohjaavat omat erityislakinsa (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, Lastensuojelulaki 683/1983, Kansanterveyslaki 66/1972, Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989). Tehtävien sisältöä, vastuuta ja yhteistyövelvoitteita on täsmennetty lisäksi asetuksilla. Mielenterveyslain (1116/1990) mukaan sairaanhoitopiirin kuntainliiton ja sen alueella toimivien terveyskeskusten tehtävänä on yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntainliittojen kanssa huolehtia siitä, että palveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuprojektissa pyrittiin luomaan jokaisen kunnan ja potilasryhmän tarpeisiin sopiva yhteistyöverkko erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille (Nuutinen *et al.* 1997, Nuutinen 2000a).

Lapsiperheiden psykososiaalisten palvelujen järjestelmä on edelleen kokonaisuutena pirstaleinen ja palvelujen saatavuudessa on suuria alueellisia eroja (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite-... 2004 - 2007), vaikka julkisten palvelujen strategiseen suunnitteluun on lisätty poikkihallinnollista ohjausta ja toimintaa (Vuorela 1997). Tavoitteena on ollut, että kuntien peruspalvelut järjestetään väestövastuuperiaatetta noudattaen sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisena tiimityönä ja erikoissairaanhoidon roolia terävöittäen (Paavilainen *et al.* 1998). Viimeaikaisen kehityksen suuntana on painotettu sosiaali- ja terveydenhuollon entistä tiiviimpää yhteistyötä sekä pyritty vahvistamaan asiakkaiden osallistumista ja turvaamaan palvelujen saatavuus (Valtioneuvoston asetus 1019/2004, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite-... 2004–2007).

Kouluille (1998) tehdyn kyselyn tulosten perusteella Oulun yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian klinikka järjesti 10.9.–11.12.1999 tutkimusaiheittani sivuavan monimuotokoulutuksen, Mielenterveysongelmien kohtaaminen koulussa erityisvastuualueen perus- ja erityiskoulujen sekä lukioiden opettajille. Lastenpsykiatrian klinikan professori ja vastuualueen johtaja Irma Moilanen oli lupautunut tutkimukseni toiseksi ohjaajaksi ja sain häneltä kutsun tulla mukaan koulutuksen suunnitteluryhmään. Tässä vaiheessa suunnitelin tutkimustani työni ohessa ja tutustuin julkisella sektorilla alustavasti erityisoppilaan hoitoketjun kulkuun ja kuvasin sen verkoston yhteydet, jotka ovat täsmentyneet tutkimukseni edetessä (Kuvio 1). Kuvioista voidaan nähdä, että oppilaan hoitoketjun verkosto muodostuu kodin, koulun ja erityiskoulun sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eri portailla toimivista asiantuntijoista. Hoitoketjun eri vaiheissa nämä asiantuntijat muodostavat myös omia verkostojaan. Verkoston jäsenet vaihtelevat ja saattavat kuulua eri organisaatioihin, vaikka he fyysisesti ajoittain työskentelevät samoissa paikoissa (Piha 2004a). Toiminta

perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön ja sen tärkeimmät jäsenet ovat apua tarvitseva oppilas ja hänen vanhempansa (Moilanen 2004, Piha 2004a).



**Kuvio 1. Erityisoppilaan psykiatrinen hoitoketju ja sen moniammatillisen verkoston yhteydet julkisessa terveydenhuollossa.**

*Kodin verkosto.* Erityisoppilaan tärkein ja lähin verkosto on hänen perheensä kotona. Verkosto muodostuu läheisistä ihmisistä, joita ovat lapsen vanhemmat tai huoltajat ja sisarukset. Merkittäviä verkoston jäseniä saattavat olla myös isovanhemmat ja muut läheiset sukulaiset sekä ystävät ja naapurit.

*Peruskoulun verkosto.* Peruskoulussa oppilaan lähiverkoston muodostavat opettajat, koulutoverit ja joissakin kouluissa mahdollisesti erityisopettaja, koulukuraattori ja kouluavustaja. Erityisoppilaan hoitoketju voi alkaa jo peruskoulun yleisopetuksen piirissä. Silloin vanhemmat, opettajat ja terveydenhuollon asiantuntijat ovat yhdessä arvioineet oppilaan tilanteen ja sopineet hänen siirtymisestään erityisopetukseen, erityisluokalle tai erityiskouluun.

*Erityiskoulun verkosto.* Erityiskoulussa oppilaan lähiverkosto koostuu erityisopettajista, koulutovereista ja mahdollisesta koulukuraattorista ja kouluavustajista. Oppilas saattaa aloittaa opiskelunsa suoraan erityiskoulussa. Lapsen oppimisvalmiudet on silloin selvitetty esikouluiässä. Vanhemmat ja muut oppilaan vaikeuksiin tutustuneet asiantuntijat ovat päätyneet ratkaisuun, että oppilaan oppimisvalmiudet edellyttävät opiskelun aloittamista erityiskoulussa.

*Sosiaalitoimen verkosto.* Sosiaalitoimen verkosto muodostuu sosiaalityöntekijöistä ja mahdollisesta koulukuraattorista. Sosiaalitoimella on etenkin kaupungeissa lastensuojelutyötä, jota tehdään sosiaalityöntekijän ohjaamassa ryhmässä (Moilanen & Kaivosoja 2004). Ryhmään saattaa kuulua sosiaalisivastajia, sosionomeja ja myös muita mahdollisia työntekijöitä.

*Perheneuvolan verkosto.* Isoimmista kunnissa on perheneuvola, jossa on sekä lasten että nuorten vaikeuksien ja mielenterveysongelmien tutkimiseen sekä hoitamiseen perehtyneitä asiantuntijoita, kuten psykologeja ja sosiaalityöntekijöitä sekä mahdollisesti lääkäri tai konsultoivia erikoislääkäreitä. Kasvatus- ja perheneuvonta kuuluu sosiaalihuoltolain mukaisesti palveluihin, ja sillä on myös liittyviä lastensuojelu- ja mielenterveyslakeihin (Piha 2004b).

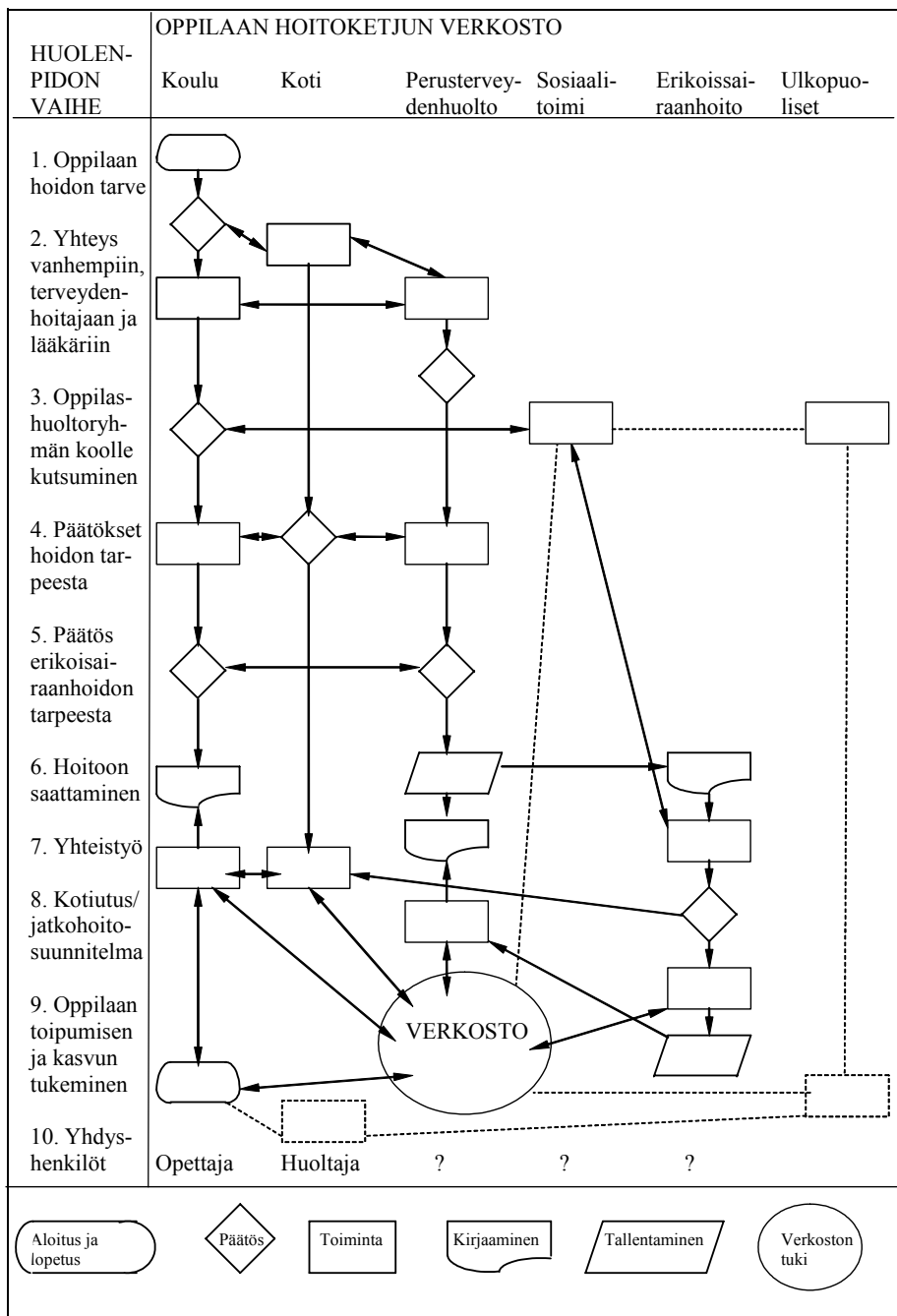
*Kouluterveydenhuollon verkosto.* Perusterveydenhuollossa kouluterveydenhuoltoon kuuluvat kouluterveydenhoitajat, koululääkärit ja psykologit. Kouluterveydenhuollon toimintoja ovat koululaisten terveystarkastukset, kouluterveydenhoitajan, -lääkärin ja -psykologin vastaanotot sekä oppilashuoltoryhmän kokoukset (Puura 2004).

*Erikoissairaanhoidon verkosto.* Erikoissairaanhoidon verkoston muodostavat erikoislääkärit, erikoissairaanhoidajat (joista nimetään usein lapselle omahoitaja), psykologi, sosiaalityöntekijä ja muut lasten ja nuorten psykiatrian työntekijät. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria ovat molemmat itsenäisiä lääketieteen erikoisalvoja, joiden tehtävänä sairaanhoitopiirissä on myös luoda omien alojensa toimintojen suuntaviivat (Piha 2004c).

*Sairaalakoulu* on erityiskoulu, jonka verkostoa voidaan pitää osana erikoissairaanhoidtoa, koska koulu toimii kiinteässä yhteistyössä erikoissairaanhoidon osastojen kanssa. Siellä oppilaan lähiverkosto muodostuu erityisopettajista, oppilaan omahoitajasta ja koulutovereista. *Sosiaalitoimen verkosto* kuuluu myös osaltaan erikoissairaanhoidon sisälle, koska osastojaksojen aikana sairaalan sosiaalityöntekijä toimii tarvittaessa oppilaan edustajana perustason sosiaalitoimen verkostoon.

Peruskouluissa ja erityiskouluissa toimivat oppilashuoltoryhmät koostuvat moniammatillisista asiantuntijoista, joita ovat koulujen opettajat, erityisopettajat, koulukuraattori, kouluterveydenhoitaja, koululääkäri ja sosiaalityöntekijä sekä puheenjohtajana yleensä koulun rehtori (Perusopetuslaki 628/1998). Osallistujien määrä ja asiantuntemus vaihtelevat tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan. Puuran (2004) mukaan kouluterveydenhoitaja ja -lääkäri osallistuvat oman vastaanottonsa lisäksi useimmissa kouluissa oppilashuoltoryhmän toimintaan. Ryhmässä käsitellään ongelmallisesti käyttäytyvien tai muuten huolta herättävien lasten asioita. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä saattaa olla hallinnollisia eroja. Joissakin kunnissa nämä yksiköt on yhdistetty samaan organisaatioon, ja joissakin ne toimivat erillään (Piha 2004b). Perheneuvolat saattavat myös toimia erillisinä kasvatus- ja perheneuvonnan yksikköinä, joista osa tuottaa laajempia palveluja (esim. mielenterveys- ja päihdepalveluita). Osa taas toimii sosiaalitoimistossa tai terveyskeskuksessa ja tarjoaa palvelut perheneuvonnan työryhmässä. Hoitoketjun tarkasteluun palaan jatkossa vielä luvuissa 5 ja 6.

Tutkimukseni suunnitteluvaiheessa sain olla mukana myös aloittamassa ja toteuttamassa opettajien täydennyskoulutusta ja esittelin tutkimukseni kiinnostuksen kohdetta tekemäni vuokaavion (Kuvio 2) avulla. Opettajilta saamani palautteen mukaan vuokaavio selkiytti oppilaan psykiatristen tutkimusten ja hoidon kulkuun liittyviä yhteyksiä. Eri-tysisoppilaan psykiatristen tutkimusten ja avun saannin etenemistä sosiaali- ja terveydenhuollon eri verkostoissa voidaan yksinkertaisimmillaan kuvata myös tällä vuokaaviolla, jonka sisällä hoitoketjun avainryhmien tulee tehdä sekä vertikaalista että horisontaalista yhteistyötä (Niemi-Liilahti 2002). Vuokaaviota tehdessäni minulle selvisi, että koululta ja kotoa löytyy selkeästi yhteys- tai vastuuhenkilö. Sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoista sitä ei välttämättä löydy ja koulutukseen osallistuneilla opettajillakaan yhteyshenkilöitä ei ollut tiedossa.



Kuvio 2. Vuokaavio oppilaan hoitoketjun kulusta (Opettajien koulutus 10.9.999/Pönkkö).

Tutkimussuunnitelmani tässä vaiheessa päädyttiin tekemään uusintakysely kouluille. Tavoitteena oli saada lisää tietoa oppilailla esiintyvien ongelmien määrän ja vaikeuden mahdollisista muutoksista sekä oppilaille tarvittavan avun saannista. Erityiskoulut jätettiin uusintakyselyn ulkopuolelle, koska niihin siirtyvät oppilaat tulevat pääasiassa alueen peruskouluista. Erityiskoulujen osalta tutkimusta päätettiin jatkaa omana kokonaisuutenaan. Tässä vaiheessa väljänä tutkimustehtävänä oli tuottaa tietoa seuraavista asioista: 1) Oulun läänin perus- ja erityiskoulujen sekä lukioiden oppilaiden psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeesta, käytöstä ja toimivuudesta sekä 2) käytös- ja tunne-elämän häiriöistä kärsivän erityiskoulun oppilaan ongelmista ja moniammatillisen hoitoketjun toiminnasta. Tutkimustavoitteet ja -tehtävät ovat täsmentyneet tutkimusvaiheiden etenemisen mukaan. Raportti koostuu neljästä osajulkaisusta ja niiden pohjalta laaditusta yhteenveto-osasta.

## 2 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät

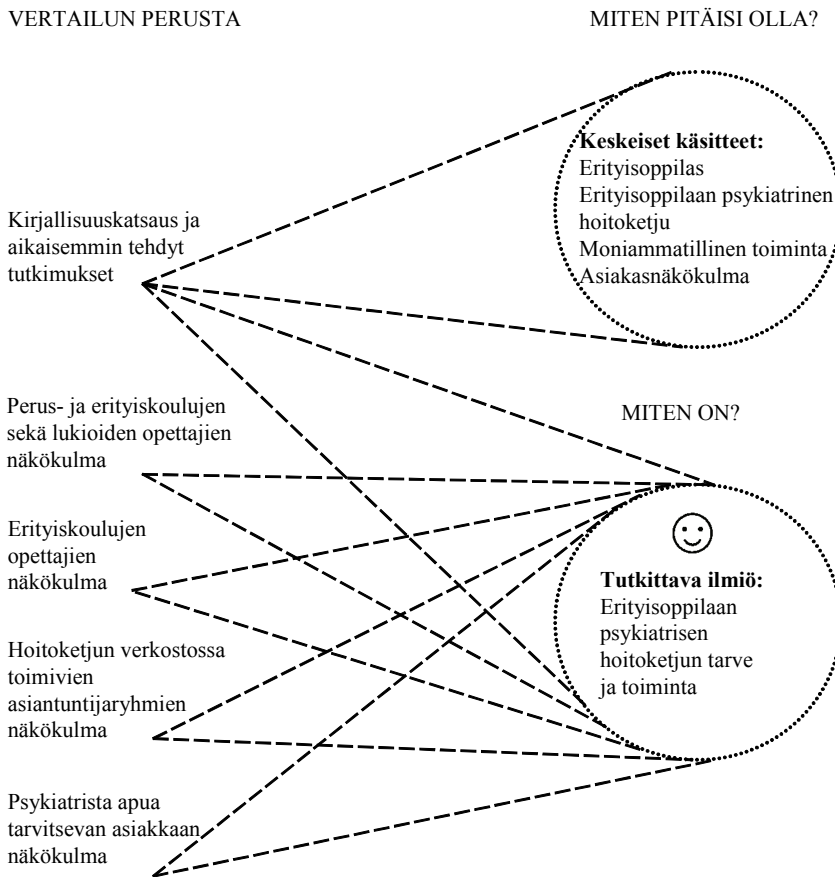
Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida ja kuvata peruskoulu- ja lukioikäisten lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen tarvetta, käyttöä ja toimivuutta sekä erityiskoulun oppilaiden psykiatristen palvelujen tarvetta ja moniammatillisen hoitoketjun toimintaa. Øvretveitin (1998a) mukaan arvioinnin tarkoitusta määriteltäessä tulisi selkiyttää seuraavat kysymykset: Kenelle arviointia tehdään? Mihin toimintaan ja millaisiin päätöksiin arvioinnilla pitää saada tietoa? Mihin kysymyksiin arvioinnilla halutaan saada vastaus? Kuinka paljon aikaa ja voimavaroja arviointiin on käytettävissä?

Tutkimuksen lähtökohtana olivat yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset, jotka konkretisoituivat käytännön elämässä. Nämä muutokset koskettivat myös sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Resursseja vähennettiin ja toimintoja tehostettiin sekä etsittiin perusteita vähentyneiden resurssien uudelleen suuntaamiseen. Kouluille tehdyn selvityksen (Pönkkö & Moring 2000) mukaan lasten ja nuorten ongelmat olivat lisääntyneet ja vaikeutuneet sekä avun saannissa ja tiedon kulussa oli ongelmia. Mielenkiintoista oli se, että oppilaille tarvittavan avun etsimiseen ja saantiin liittyvät ongelmat olivat monitahoisia ja sidoksissa toisiinsa. Opettajien näkökulmasta ongelmat koskettivat kipeimmin apua tarvitsevaa oppilasta ja hänen perhettään, mutta myös vanhempien sekä terveyden- ja sosiaalihuollon asiantuntijoiden tapaa toimia lapsen ja nuoren hyväksi. Lisäksi opettajat ja muut oppilaan hoitoketjun verkostossa toimivat asiantuntijaryhmät olivat kaikki toistensa asiakkaita, mikä lisäsi yhteistoiminnan vaativuutta. Koska eniten ongelmia ja avun tarvetta esiintyi erityiskouluilla, päätavoitteeksi asetettiin tiedon saanti erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarpeesta ja toiminnasta. Keskeinen kysymys oli seuraava: Miten tätä tutkimusideaa tulisi lähestyä ja tutkia?

Julkisia palveluja tuottavan psykiatrisen hoitoketjun toiminnassa on pohjimmiltaan kyse oppilaan tarvitsemaan apuun vastaamisesta, joka on arvoperusteista toimintaa (Guba & Lincoln 1989, Vuorela 1997). Oksasen (2003) mukaan arvioinnissa arvot ja muut normatiiviset mittapuut suhteutetaan arvioinnin kohteeseen sen arvon määrittämiseksi ja vertaillaan keskenään sitä, ”miten tulee olla” ja ”miten on”. Arviointia voidaan tehdä erilaisten ryhmien tarpeista, kuten erityisoppilaiden, ja luoda mahdollisuuksia palvelujen käyttäjien näkemysten esille saattamiseen (Robson 2001).

Tutkimuksen lähtökohta oli pragmaattinen, käytännön toiminta. Tietoa tarvittiin lasten ja nuorten ongelmien määrässä ja laadussa tapahtuneista muutoksista. Toisaalta tutkitta-

vaa ilmiötä koskettavat ongelmat olivat monitahoisesti sidoksissa toisiinsa, jolloin pelkäs-tään ongelmien lisääntymisestä ja vaikeutumisesta saatu tieto ei ole riittävä. Tilanne vaatii lähempää tarkastelua asianosaisten itsensä arvioimana ja kuvaamana, joten lähestyin tut-kittavaa ilmiötä pääasiassa laadullisesti. Toisaalta halusin vertailla sitä, miten toimien eri-tyisoppilaan psykiatrisia palveluja pitäisi tuottaa ja miten niitä nykyisin tuotetaan (Oksa-nen 2003). Millaista toimintaa eettiset ohjeet ja normatiiviset säädökset edellyttävät, ja minkälaisia kokemuksia avainryhmissä toimivilla asiantuntijoilla ja apua etsivillä asiak-kailla on hoitoketjun toiminnasta? Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarpeen ja toi-minnan arvioinnin viitekehys on esitetty kuviossa 3.



**Kuvio 3.** Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarpeen ja toiminnan arvioinnin viitekehys.

Tutkimus sijoittuu terveyshallintotieteen alueelle ja siinä on myös kulttuuri- ja toimintatutkimuksen piirteitä. Tutkittavaa ilmiötä tarkasteltiin kontekstissaan asianosaisten itsensä arvioimana ja kuvaamana. Tietoa tarvittiin lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeesta, käytöstä ja toimivuudesta, mutta myös erityisoppilaan psykiatri-

sen hoitoketjun tarpeesta ja moniammatillisen verkoston toiminnasta. Aineistolähtöistä tutkimusasetelmaa käyttävässä arvioinnissa ei ole tarkoituksenmukaista määrittää ennakkoon kaikkia toimenpiteitä, koska se mitä arvioinnissa käytännössä tapahtuu, on monimutkaisempaa ja hajanaisempaa kuin missään suunnitelmassa osataan ennustaa (Robson 2001). Tutkimustehtävät muodostuivat kysymyksistä, joita tutkimuksen etenemisen eri vaiheissa esitin tutkimusaineistolle.

Tutkimustehtävät olivat seuraavia:

1. Minkälainen on peruskoulu- ja lukio-ikäisten lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen tarve, käyttö ja toimivuus?
2. Minkälainen on erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarve ja toiminta?
  - Minkälainen on erityiskoulun ja -oppilaan arki? Mitä saadaan? Mitä ei saada? Mikä toimii? Mikä ei toimi? Miksi tieto ei kulje?
  - Minkälaisia ongelmia hoitoketjun verkostossa esiintyy? Minkälaisia vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia hoitoketjun toiminnassa on?
  - Minkälaisia odotuksia ja kokemuksia asiakkailta oli avun saannista ja selviytymisestä?
  - Miten toimien palveluja voidaan parantaa?

Tutkimuksen tekemisen aikataulu ja resurssit ovat jakautuneet sairaanhoitopiirissä päätyöni projektisuunnittelijan ja eettisen toimikunnan sihteerin tehtävien sekä tieteelliseen tutkimuksen tekemiseen sovittamani aikataulun ja resurssieni mukaan.

### **3 Tutkimuksen ontologiset lähtökohdat ja metodologiset ratkaisut**

Raunio (1999) erottaa tieteellisessä tutkimuksessa kolme erilaista toisiinsa nivoutuvaa tasoa: filosofinen reflektio (metodologiset peruslähtökohdat), yhteiskuntateoreettinen reflektio (teoreettinen viitekehys, ajatuspohja) ja empiirinen toteuttaminen. Seuraavaksi tarkastelen tutkimuksen filosofisia lähtökohtia ja metodologisia ratkaisuja.

Tutkimus perustuu aina tutkittavaa ilmiötä koskeviin perusolettamuksiin. Näitä oletuksia kutsutaan tutkimuksen filosofisiksi lähtökohdiksi (Hirsjärvi 2000a). Filosofia voidaan jakaa teoreettiseen (tutkia ja mittailla) ja toiminnalliseen (teko, toiminta) filosofiaan (Teräväinen 1989). Jakoa voidaan havainnollistaa Taulukossa 1 osoitetulla tavalla. Tutkittaessa erityisoppilaan psykiatristen palvelujen tarvetta ja moniammatillisen hoitoketjun toimintaa tutkimuksen kohteina olivat erityisryhmään kuuluvien lasten ja nuorten avun tarve ja heitä auttamaan tarkoitettujen hoitoketjun verkostossa työtään tekevien avainryhmien toiminta. Taulukosta voidaan päätellä, että tutkimusta koskevat filosofiset oletukset liittyvät sekä teoreettiseen filosofiaan että toiminnalliseen filosofiaan. Ihmistä ja ihmisen toimintaa koskevat sekä ontologiset että tietoteoreettiset kysymykset. Myös Raunio (1999) näkee ontologisen kannanoton ensisijaisena epistemologiseen ratkaisuun nähden. Toiminnallista filosofiaa koskevat oletukset liittyvät etiikkaan ja yhteiskuntafilosofiaan. Nämä oletukset tulevat esille eettisinä ja arvostuksiin liittyvinä yhteiskunnallisina ratkaisuinä sekä hoitoketjun verkoston jäsenten tavoissa toimia ja tehdä yhteistyötä oppilaan auttamiseksi.

Taulukko 1. *Filosofian jako (mukaillen Teräväinen 1989).*

Teoreettinen filosofia	Toiminnallinen filosofia
1. Metafysiikka <ul style="list-style-type: none"> <li>– ontologia (olemista ja olevaa koskeva)</li> <li>– kosmologia (maailman kaikkeuden rakennetta ja luonnetta koskeva)</li> <li>– teologia (filosofista Jumala-käsitettä koskeva)</li> </ul>	1. Etiikka <ul style="list-style-type: none"> <li>– hyvän elämän teoria (ihmisen oikea toiminta)</li> </ul>
2. Epistemologia <ul style="list-style-type: none"> <li>– tietoteoria (tietoa, totuutta, todennäköisyyttä ja tieteen filosofiaa koskeva)</li> </ul>	2. Estetiikka <ul style="list-style-type: none"> <li>– kauniin käsite ja taiteen tuottama tyydytys</li> </ul>
3. Logiikka <ul style="list-style-type: none"> <li>– formaalitiede (muodot, ei sisällöt, pätevää päättelyä ja loogista totuutta koskeva)</li> </ul>	3. Aksiologia <ul style="list-style-type: none"> <li>– arvoteoria (arvokäsityksiä; hyvä, paha, toivottava, kartettava)</li> </ul>
	4. Yhteiskuntafilosofia <ul style="list-style-type: none"> <li>– eettisiin ja arvostuksiin liittyvät ongelmat (yhteiskuntaan, yhteiskuntatieteisiin ja kasvatukseen liittyen)</li> </ul>

### 3.1 Ontologiset lähtökohdat

Ihmisyyden keskeisenä tunnusmerkkinä pidetään eettisyyttä (Rauhala 1999). Hoitamisen etiikka on vahvasti sidoksissa aikansa yhteiskunnallisiin tekijöihin sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tapaan hoitaa tehtäviään (Leino-Kilpi & Välimäki 2003). Ryyränen & Myllykangas (2000) luonnehtivat länsimaista etiikkaa kristilliseksi ja humanistiseksi. Eettisyyden pohdinta herätti ajatuksen: Minkälainen on maailma ja se ihmiskäsitys, joka antaisi eettisesti hyväksyttävän suunnan lähestyä ja arvioida erityisoppilaan psykiatrisen hoidon tarvetta ja moniammatillisen hoitoketjun toimintaa?

Tieteelliseksi maailmankuvaksi kutsutaan luontoa, ihmistä ja yhteiskuntaa koskevaa oletusten tai tietojen systemaattista kokonaisuutta, josta saadut tiedot ovat tieteellisin menetelmin hankittuja ja perusteltuja (Niiniluoto 1984). Rauhalan (1990) mukaan empirinen tutkimus ei voi koskaan muodostaa ihmiskäsitystä, vaan se edellyttää ihmiskäsityksen. Ihmiskäsitys on kannanotto siitä, millainen tutkittava on perusluonteeltaan. Tätä kutsutaan ontologiseksi ratkaisuksi. Ihmiskuva perustuu kulloinkin saatavissa olevaan kokemusperäiseen ja tieteelliseen tietoon ihmisestä, joka on siinä määrin arvoista vapaa kuin tiede yleensä voi olla (Rauhala 1983). Ihmiskäsitys sisältää yleisen perusasentoitumisen ihmiseen ja siinä on aineksia kulttuuriperinteen vaikutuksista, teoreettista tietoa ihmisestä, kokemuksemme tiedostamattomia sisältöjä, uskomuksia ja arvostuksia (Lindqvist 1978, Hentinen ja Lauri 1983, Rauhala 1983). Rauhala (1989) erottaa ihmistä koskevan ontologisen analyysin tuloksen ihmiskäsitykseksi ja empirisen tutkimuksen tuloksen ihmiskuvaksi.

Filosofisen analyysin pohjalta Rauhala (1989) on esittänyt monopluralistisen ihmiskäsityksen, jossa ihmisen olemassaolon muodot tulevat esille tajunnallisuutena, kehollisuutena ja situationaalisuutena. Tätä kolmijakoista ontologiaa Rauhala (1990) on täydentänyt vielä neljännellä ihmisen olemassaolon muodolla, jota kutsutaan kuolemattomuudeksi. Tällä hän tarkoittaa ihmisen olemassaolon jatkumista orgaanisen elämän sammumisen jälkeen. Rauhalan mukaan kolme edellistä olemismuotoa voidaan perustella järkipärisesti, mutta neljäs olemismuoto on perusteltavissa vain uskon ja toivon, mutta tus-

kin koskaan järjen avulla. Koska kuolemattomuuden ulottuvuutta ei voida järjen avulla perustella, ei sitä voi myöskään järki kieltää.

Pro gradu -tutkielmassani (Pönkkö 1991) olen tehnyt hoitotyön ihmiskäsityksen ontologista analyysiä, jonka lähtökohtana olen käyttänyt Rauhalan (1989) monopluralistista ihmiskäsitystä. Useiden asiantuntijoiden (Rogers 1970, Lindqvist 1978, Hentinen & Lauri 1983 sekä Sarvimäki & Stenbock-Hult 1989, Rauhala 1989, 1990) käsityksiä reflektoiden olen silloin esittänyt hoitotyön ihmiskäsityksen, jonka myös tässä tutkimuksessani esitän kannanottona ihmiskäsityksestäni.

Esittämäni käsityksen mukaan ”ihminen on ainutlaatuinen, ehyt kokonaisuus, joka elää jatkuvassa ja kiinteässä vuorovaikutussuhteessa ympäristönsä kanssa. Häntä ei voida jakaa osiin ja hän on enemmän kuin osiensa summa. Esittämäni käsitys perustuu humanistisiin arvoihin, joiden mukaan ihmisen kokonaisvaltaiseen ainutlaatuisuuteen kuuluu ihmisarvo, joka on henkilökohtainen ja jakamaton kaikilla ihmisillä. Hän on myös persoonallinen kulttuurioletto, jolla on oma taustansa, yksilölliset elämäkokemuksensa ja ominaisuutensa. Ihminen on tietoinen olemo, jolloin hän on myös vapaa, mutta vastuullinen valinnoistaan.” (Pönkkö 1991.)

Kun ihmiskäsitys muodostetaan, etsitään vastauksia kysymykseen ihmisen arvosta, päämäärästä ja merkityksestä, jolloin otetaan kantaa siihen, mikä on hyvää ja oikein ihmiselle sekä mikä taas on pahaa ja väärin (Linqvist 1978, Rauhala 1983). Jokainen tutkittava on muodostanut oman ihmiskäsityksensä kokemustensa perusteella (Berger & Luckmann 1995). Tämän tutkimuksen hoitoketjun verkoston avainryhmien jäsenille on muodostunut ajan kuluessa myös oman ammattikuntansa ja toimintaorganisaationsa kanssa yhteisiä ihmiskäsityksiä. Näin henkilökohtaiset ihmiskäsitykset sulautuvat tunnistettavissa olevan ideologian suuntaan. Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun toimintakulttuuri muokkaa myös asiakkaiden ja avainryhmissä toimivien asiantuntijoiden ihmiskäsityksiä vallitsevan toimintakulttuurinsa suuntaan.

Rauhalan (1990) ihmiskäsityksen kolmijakoista ontologiaa tarkasteltaessa ihminen ei voi olla olemassa, elleivät nämä kaikki olemismuodot, tajunta, keho ja situationaalisuus ole olemassa yhtä aikaa. Tässä tutkimuksessa erityisoppilaan situaatioon kuuluvaa hoitoketjua tutkittiin hoitoketjun verkostossa toimivien avainryhmien jäsenten ja apua etsivien asiakkaiden muodostaman sosiaalisen todellisuuden näkökulmista. Oksanen (2003) on esittänyt, että pragmatismien näkökulmasta tiede saa oikeutuksensa osallistuessaan elämänongelmien käsitteellistämiseen, analysoimiseen ja ratkaisemiseen käytössään olevilla intellektuaalisilla ja muilla edellytyksillä. Hänen mukaansa tälle sosiaalisesti epistemologiseksi luonnehditulle tieteen oikeuttamisen lähtökohdalle asettaa rajoja kantilaiseen yleis-tettävyyperiaatteeseen (kategorinen imperatiivi; moraalinen laki, joka käskää ehdottomasti vetoamatta muihin päämääriin) sidottu moraalinen. Epistemologian sitoumukset koskevat tiedon hankkimiseen ja saamiseen liittyviä kysymyksiä (Hirsjärvi 2000a).

Raunio (1999) mukaan metodologisia perustoja refleктоiva, pohtiva tutkimusote ei välttämättä edellytä, että maailmankatsomukselliset valinnat välittömästi ohjaisivat tutkimuskäytäntöä. Hänen mukaansa empiirinen tutkimus nojaa ensisijassa konkreettisiin tutkimustehtäviin, mutta silti tutkimuksen perustana on jonkinlainen yleisempi käsitys tutkimuskohteena olevasta maailmasta ja sitä koskevasta tiedosta. Seuraavaksi tarkastelen ihmiskäsityksestä esittämäni kannanoton perustalta sitä, miten tutkittavaa ilmiötä, erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarvetta ja moniammatillista toimintaa, voidaan lähestyä metodologisesti.

### 3.2 Metodologiset ratkaisut

Tieteellisen tutkimuksen valtavirroista lähtevässä tarkastelussa painotetaan metodologisten kontekstien tuntemisen merkitystä (Raunio 1999), koska metodologisten kysymysten reflektointi ja metodien valintaan liittyvät ratkaisut luovat perustan tutkimuksen tekemiseen. (Niiniluoto 1984, Raunio 1999, Oksanen 2003). Tutkimusmenetelmien peruslinjoissa erotetaan naturalistinen ja humanistinen lähestymistapa (Sarvimäki 1980, von Wright 1985). Naturalistinen lähestymistapa johdetaan galileisesta perinteestä, joka liitetään loogis-analyttiseen filosofiaan ja positivistiseen tutkimustraditioon. Positivistisessa tutkimustraditiossa etsitään syy- ja seuraussuhteita ja käytetään määrällisiä tutkimusmetodeja (Juntunen ja Mehtonen 1977, Raunio 1999). Humanistinen lähestymistapa johdetaan aristoteelisesta perinteestä, jonka tutkimustraditioita ovat esimerkiksi fenomenologia ja hermeneutiikka. Yhteiskuntatieteissä humanistista lähestymistapaa nimitetään ihmistieteelliseksi lähestymistavaksi (Raunio 1999). Aristoteeliseen perinteeseen nojaavissa lähestymistavoissa on keskeistä mm. erilaisten sosiaalisten kokemusten ja myös arvosidonnaisten käsitysten tutkiminen sekä ymmärtäminen, jolloin tutkittavia ilmiöitä lähestytään laadullisia tutkimusmetodeja käyttäen (Sarvimäki 1980, von Wright 1985, Raunio 1999). Nykyisin lähestymistapojen erot eivät enää ole yhtä jyrkät.

Oikeussääntelyn teoriaperusteisessa arviointitutkimuksessaan Oksanen (2003) on tarkastellut arviointitutkimuksen filosofisia ja metodologisia ongelmia ja luonut mahdollisuuksia monitieteiselle lähestymistavalle. Hänen näkemyksensä mukaan tutkimuskohteen tavoittaminen sen eri ulottuvuuksissaan vaatii tasapainoilua tutkimusalojen erityispiirteiden ja niiden rajat ylittävien ongelmien ja metodologioiden välillä. Perinteisesti positivistinen tutkimus määrittellään arvovapaana, jolloin arviointia ei pidettäisi tieteellisenä tutkimusmetodinä (Mäntysaari 1999a). Joidenkin mielestä (esim. Scriven 1997) arvovapaata tiedettä ei ole olemassakaan. Arviointitutkimus on mahdollista, jos tosiasiahavainnoista voidaan johtaa arvatettuja päätelmiä ja, jos kykenemme osoittamaan mil-laista logiikkaa arvioinnissa on sovellettu (Vuorela 1997, Mäntysaari 1999a, Robson 2001). Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarve ja toiminta olivat yhteydessä hyvin konkreettisiin ja käytännönläheisiin yhteiskunnallisiin ongelmiin. Ongelmat olivat sidoksissa myös toisiinsa ja niiden syitä oli vaikea havaita. Sen vuoksi päädyin lähestymään tutkittavaa ilmiötä sekä määrällistä, mutta pääasiassa laadullisia aineistonkeruumenetelmiä ja tutkimusmetodeja käyttäen. Tutkimuksessa tukeuduin Oksasen (2003) sosiaaliseksi epistemologiaksi luonnehtimalle tieteen oikeuttamisen lähtökohtaan.

#### 3.2.1 Arviointi tutkimusmetodinä

Arviointia ja arviointitutkimus käsitteitä käytetään usein synonyymeinä. Ne voidaan kuitenkin erottaa toisistaan määrittelemällä niiden käyttö (Lumijärvi & Kaarlejärvi 2000). Määritelmät ovat usein arvosidonnaisina alttiita kritiikille (Guba & Lincoln 1989, Vuorela 1997). Lisäksi arviointitutkimuksen yksiselitteistä määrittelyä ja tulkintaa vaikeuttavat eri tieteenalojen asiantuntijoiden analyysit ja julkisen sektorin arvioinnin laaja alue (Sinkkonen & Kinnunen 1994, Ahonen 2001, Robson 2001). Erilaisten näkökulmien rikkaus tuo myös monia mahdollisuuksia arvioinnin menetelmälliseen kehittämiseen (Rajavaara

1999). Ongelmia aiheuttavat käsitteiden epäyhtenäisyys, epätasällisyys ja jäsentymättömyys sekä englanninkielisten lainasanojen kritiikitön käyttö (Vuorela 1990, Mäntysaari 1999b, Vartiainen 2001a).

### 3.2.1.1 Arvioinnin ja arviointitutkimuksen määrittelyä

Evaluaatio (laskelma, arviointi) käsitteenä on johdettu latinankielisestä sanasta *vale're*, joka tarkoittaa 'olla arvossa, arvioida rahaksi, muuttaa raha-, mitta- tai painolaatu toiseksi yksiköksi' (Aikio 1969). Sanajuurensa mukaan *evaluointi* on arvottamista ja sitä pidetään arvioinnin ytimenä (Scriven (1991, Sinkkonen & Kinnunen 1994, Tones & Tilford 1994, Robson 2001). Arvottamisella voidaan osoittaa, onko jokin asia tai tilanne hyvä vai huono, arvokas vai arvoton, merkityksellinen vai merkityksetön, hyödyllinen vai hyödytön (Vuorela 1997, Guba & Lincoln 1989, Välimäki 2003, Oksanen 2003). Arvottamisessa verrataan arvioitavan kohteen ominaisuuksia valittuihin kriteereihin ja arvioija on vastuussa eettisistä ratkaisuksista, jotka vaikuttavat arvioinnin tuloksena saadun tiedon luotettavuuteen (Robson 2001, Leino-Kilpi 2003a).

*Evaluaatiosta* puhutaan yleisesti arviointina (Ahonen 1998). Evert Vedungin (1997) mukaan evaluaatio on systemaattisen ja jälkikäteisen tai käynnissä olevan hallinnon, hallituksen toiminnan tuloksen arvon määrittämistä, jota voidaan hyödyntää myös tulevaisuudessa. Ahonen (1998) määrittelee arvioinnin julkisen politiikan toimeenpanoprosessien sekä politiikan tarkoitettujen ja tarkoittamattomien vaikutusten kriittiseksi analyysiksi mieluiten ennen ja jälkeen -asetelmia käyttämällä ja yhdistämällä toisiinsa lukuisia soveltavia metodeja, aineistonkeruutekniikoita ja aineistoja. Arvioinnilla voidaan pyrkiä myös kehittämistyön edistämiseen ja uuden tiedon tuottamiseen (Chelimsky 1997), jolloin tutkimus ja tiedon hyödyntäminen liittyvät usein toisiinsa. Arvioinnista tulee arviointi- tai evaluaatiotutkimusta silloin, kun tietoa kerätään järjestelmällisesti ja kerättyä aineistoa tutkitaan systemaattisesti tieteellisiä sääntöjä noudattaen (Vuorela 1997, Robson 2001). Tutkittava ilmiö arvioidaan silloin tieteellisiä metodeja käyttäen (Guba & Lincoln 1989, Sinkkonen & Kinnunen 1994, Fisher 1995, Mäntysaari 1999a).

Arviointitutkimuksen kaukaiset esimerkit viittaavat humanistiseen yhteiskuntatieteelliseen tutkimusperinteeseen, jossa tutkittavaa ilmiötä on lähestytty laadullisilla metodeilla (Sinkkonen & Kinnunen 1994, Raunio 1999). Arviointitutkimus liitetään myös 1900-luvun alkupuolen epidemiologiseen, ihmisten sairastavuuden ja kuolleisuuden määrälliseen tutkimukseen, jolla on kvantitatiivisen tutkimuksen perinteet (Campbell & Stanley 1966). Näkyväksi arviointitutkimus tuli Yhdysvalloissa 1960-luvulla, kun tutkittiin yhteiskunnallisten uudistusohjelmien vaikuttavuutta ja arviointiin erilaisia toimintaohjelmia kvantitatiivisesti asettamalla koe- ja kontrolliryhmiä (Vuorela 1990, Sinkkonen & Kinnunen 1994, Rajavaara 1999). Vuorelan (1997) mielestä arviointitutkimuksen ensimmäinen aalto sijoittui 60-luvun lopulle ja 70-luvulle, jolloin käytiin keskustelua erityisesti sosiaali-indikaattoreiden tarpeellisuudesta sekä seurannasta ja arvioinnista suunnittelujärjestelmien oleellisena osana. Hänen mukaansa varsinaisen arviointitutkimus jäi silloin kuitenkin vähäiseksi.

Suomessa arviointitutkimus edistyi nopeasti 1900-luvun lopulla toisen arviointiaallon aikana (Vuorela 1997, Lumijärvi & Kaarlejärvi 2000). Hallinto- ja taloustieteellisessä tut-

kimuksessa kehitettiin arviointiin myös soveltuvia teoreettisia ja menetelmällisiä välineitä (Vuorela 1990, Sinkkonen & Kinnunen 1994, Rajavaara 1999, Vedung 2003), koska tieteellisen tiedon tuottamiseen suositellaan useammanlaisten tutkimusmenetelmien käyttöä (Haaparanta & Niiniluoto 1986, Ahonen 1998, Vartiainen 2001b). Arvioinnista onkin kehittynyt keskeinen metodi julkisen hallinnon ohjelmien ja projektien tutkimiseen sekä tieteellisen tiedon tuottamiseen (Vuorela 1997, Øvretveit 1998a, Virtanen 1998, Uusikylä 1999, Viinamäki 2001). Vedungin (2003) mukaan arviointi on aikamme megatrendi ja uutta on se, että kehitetään myös asiakkaiden tekemää arviointia heidän itse määrittämiensä laatutavoitteiden mukaan. Nykyiseen muotoonsa arviointitutkimus on kehittynyt yhteiskunta-, talous- ja kasvatustieteen piiristä liikkeelle lähteneenä soveltavana tutkimuksen alueena (Virtanen 2005). Arviointitutkimus voidaan erottaa muusta yhteiskuntatieteellisestä tutkimuksesta tarkasteltavien ilmiöiden arvottamisen avulla (Sinkkonen & Kinnunen 1994, Øvretveit 1998a).

Arviointia käytetään sekä summatiivisesti että formatiivisesti (Scriven 1997, Øvretveit 1998a, Patton 1998, Robson 2001, Vartiainen 2001b). Summatiivisella arvioinnilla tehdään päätelmiä esimerkiksi opetuksen, ohjauksen ja ohjelmien tehokkuudesta (Scriven 1997, Øvretveit 1998a). Formatiivisella arvioinnilla pyritään kehittämään erilaisten ohjelmien ja prosessien sisältöjä, kuten työntekijöiden oppimisprosesseja (Vuorela 1997, Patton 1998). Formatiivisella arvioinnilla voidaan vaikuttaa myös toimintaan, sillä arvioinnin kohteella on mahdollisuus muuttaa toimintaansa arvioinnin myötä (Scriven 1997, Øvretveit 1998a, Mäntysaari 1999b). Arvioivaa ajattelua pidetään oppimaan oppimisena (Patton 1998) ja arviointi voi käynnistää merkittäviä oppimisprosesseja (Vuorela 1997). Yksilöillä ja ryhmillä oppiminen voi edetä vallitsevien ajattelutapojen sisällä tapahtuvasta toiminnan kehittämisestä kohti koko ajatusmallin arviointia ja kehittämistä (Vesalainen & Strömmer 1999). Tämän tutkimuksen alkuvaiheessa käytettiin summatiivista arviointia. Erityisoppilaiden psykiatristen palveluiden tarpeeseen liittyviä tilanteita ja moniammatillisen hoitoketjun toimintaa arvioitiin pääasiassa formatiivisesti.

### 3.2.1.2 Arviointimetodi vai -menetelmä?

Suomessa metodi- ja menetelmäkäsitteitä käytetään melko yleisesti samassa merkityksessä (Raunio 1999, Vartiainen 2001a, Tuomi & Sarajärvi 2002). *Metodi* sanaa saatetaan käyttää, kun puhutaan tavasta kerätä tutkimusaineistoa (Vartiainen 2001a). Puhutaan esimerkiksi *haastattelumetodista*, vaikka tarkasti ottaen pitäisi puhua *haastattelumenetelmästä*, joka on osa kvalitatiivista tutkimusmetodia. Hirsjärvi ja Hurme (1984) määrittelevät metodin sääntöjen ohjaamaksi menettelytavaksi, jonka avulla tieteessä tavoitellaan ja etsitään totuutta, tietoa tai pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia. Tutkimuksessa käytetyt aineistonkeruumenetelmät ja analyysimetodit kytkevät tutkimuksen empiiriseen todellisuuteen (Raunio 1999). Ne ovat myös tutkimustuloksena saadun tiedon perustelu ja oikeutus sekä selitys sille, miksi ja miten tutkimustuloksena saatu tieto on tuotettu (Tuomi & Sarajärvi 2002). Arviointia voidaan pitää tutkimusmetodina silloin, kun sitä käytetään uuden tieteellisen tiedon tuottamiseen. Tässä tutkimuksessa arviointia on käytetty erityisoppilaiden psykiatristen hoitoketjun tarpeen ja toiminnan arvioinnin viitekehyksenä ja tutkimusmetodina silloin,

kun vertailtiin keskenään normatiivista ja kokemusperäistä tietoa siitä, miten tulee olla ja miten on.

### 3.2.1.3 Arviointitutkimuksen lähestymistavat

Arvioitavaa ilmiötä voidaan lähestyä erilaisista teoreettisista, käsitteellisistä ja empiirisistä aineistoista lähtien. Vartiainen (2004) on tutkinut käsitetasolla arvioinnin legitimitteettiä lähtien liikkeelle Weberin (1978) ajattelusta, jossa *legitimiteetti* ymmärretään kontrollina, hallintana ja valtuutena. Ajattelun mukaan vakaa yhteiskunta ei voi perustua valtaan sinänsä, vaan kykyyn muuntaa valta legitimitteetiksi. Evaluoinnin legitimitteetin määrittely osoitautui mahdolliseksi sekä weberiläisenä että kuvailevana käsitteenä. Lähtökohdista muodostettuja kriteereitä voitiin soveltaa yliopistoarviointien analyysiin. Toisaalta legitimitteetipäristeinen käsitteanalyysi ei antanut valmiuksia konkreettisten evaluointitapahtumien analyysiin.

Vuorela (1990) on tarkastellut arviointitutkimuksen teoriakehitystä toiminnan aikaansaannosten ja onnistuneisuuden teoreettisten lähestymistapojen näkökulmasta. Hänen mukaansa arviointikäytännöt muuttuvat sen mukaan, millaiset kysymykset hallitsevat ja ohjaavat kulloinkin hallinnon kehittämistä. Käytännön arviointitoiminnassa yhdistellään erilaisia lähestymistapoja, mutta yhdistelyssä tulisi kuitenkin huomioida näiden lähestymistapojen teoreettiset oletukset ja soveltamisen ehdot. Vuorelan (1997) mukaan arviointihankkeissa yhdistelläänkin valikoiden erilaisia lähestymistapoja ja painotukset riippuvat arviointitehtävän luonteesta sekä tilanteesta.

Rajavaara (1999) on reflektoinut arviointitutkimusta lähestymistapana hyödynnettävyys ja esittää lopuksi kysymyksen: ”Pitääkö arviointitutkijan edistää tutkimustiedon hyödynnettävyyttä?” Hänen mukaansa kokeellisen arviointitutkimuksen tekijät ovat yhdensuuntaiseen tiedonvälitykseen tottuneina rutinoituja vastaamaan kysymyksiin, mutta tähän kysymykseen he eivät tiedä vastausta. He eivät ole huomanneet kysyä sitä itseltään tai toisiltaan. Pragmaattisen (asioihin perehtyneen) arviointitutkimuksen edustajat sen sijaan vastaavat kysymykseen ihmetellen, miksi sitä edes kysytään. He eivät näe arviointitutkimuksessa mitään mieltä, ellei alusta pitäen oteta huomioon tutkimusten hyödyntäjien tiedon tarpeita ja pyritä vastaamaan niihin. Rajavaaran (1999) mielestä konstruktivistisen arvioinnin edustajat ovat pragmaattisen arviointisuunnan edustajien tapaan pyrkineet laajentamaan dialogia arviointitiedon hyödyntäjien kanssa. Työyhteisöjen osallistuminen arviointi- ja ajatteluprosessiin synnyttää oppimista, joka näkyy muutoksina yksilön ajattelussa ja käyttäytymisessä tai ohjelman/organisaation menettelytavoissa ja kulttuurissa (Patton 1997).

Yhteiskuntatieteissä arviointitutkimuksen painopiste siirtyi 1970-luvulla tutkimustulosten tuottamiseen läheisessä vuorovaikutuksessa tutkijoiden ja arvioitavan toiminnan asianosaisten kanssa (Patton 1987, Rajavaara 1999). Samalla alettiin kiinnittää huomiota myös toimintaprosessien tutkimiseen ja kehittämiseen (vrt. toimintatutkimus). Tutkimustraditiossa keskityttiin erityisesti inhimillisten käytäntöjen tutkimiseen, ja metodologisessa keskustelussa tämä tutkimustraditio liitettiin konstruktivistiseen tai laajemmin ymmärrettyyn subjektivistiseen metodologiseen näkemykseen (Guba & Lincoln 1989, Berger & Luckmann 1995, Raunio 1999, Ahonen 2001). Samaan aikaan arviointitutki-

mukseen tuli 1960-luvulla syntynyt ”stakeholderin”, arviointitutkimuksen osallisen, intressitahon, avainhenkilön tai avainryhmän käsite (Freeman 1984, Scriven 1997, Raja-vaara 1999). Arviointitutkimuksen kannalta käsitteen erilaiset lähestymistavat ovat laajentaneet sen käyttöä ja nykyisissä stakeholderanalyseissa termiin sisällytetään kaikki sellaiset yksilöt ja ryhmät, joilla on erilaisia intressejä tutkittavana olevaan organisaatioon (Stoner *et al.* 1995, Vartiainen 2001a). Julkisella sektorilla *stakeholderevaluoinnit* ovat aika helposti ansainneet legitimitteettinsä (Øvretveit 1998a, Vartiainen 2004).

Monitahoarvioinnissa Pirkko Vartiainen (1994 ja 2001a) on korvannut *stakeholder*-käsitteen käsitteellä *constituency*. Hän pitää *constituensy*-käsitettä jonkin verran laajempänä, koska siihen liittyy oletus, että mikä tahansa ryhmä, jolla on intressejä ja vaa-teita organisaatiota kohtaan, tulee olla organisaation responsiivisen toiminnan kohteena. Patton (1997) on kuvannut arviointitutkimuksen erilaisia lähestymistapoja (Taulukko 2) käyttäen käsitteitä *teesi* (kvantitatiivinen lähestymistapa), *antiteesi* (kvalitatiivinen lähes-tymistapa) ja *synteesi* (käyttäjälähtöinen lähestymistapa). Hänen mukaansa arviointitutki-muksen perusta voidaan tunnistaa siitä, miten tutkija lähestyy tutkittavaa ilmiötä ja min-käläisiä menetelmiä hän käyttää uuden tiedon tuottamiseen tutkittavana olevista tutkimus-tehtävistä tai kysymyksistä. Erilaisia lähestymistapoja ja niiden ominaisuuksia yhdistä-mällä voidaan luoda arviointiasetelma, joka kulloinkin parhaiten sopii tutkittavaan ilmiöön (Vartiainen 2003b).

*Taulukko 2. Arviointimetodologian teesi, antiteesi ja synteesi (mukaillen Patton 1997).*

Kriteeri	Teesi: Kvantitatiivinen ”tieteelli- nen” paradigma	Antiteesi: Kvalitatiivinen ”vaihtoehtoi- nen” paradigma	Synteesi: Käyttäjälähtöinen valintojen paradigma
Tarkoitus	Summatiivinen	Formatiivinen	Tarkoituksenmukainen käyttäjien näkökulmasta
Aineisto	Määrällinen	Laadullinen	Tarkoituksenmukainen
Asetelma	Kokeellinen asetelma	Luonnollinen/manipuloima- ton asetelma	Situatioonalisuus, käytännönläheisyys
Analyysiperusta	Deduktio	Induktio	Deduktio ja/tai induktio
Suhde aiempaan tie- don muodostukseen	Hypoteesien testaus	Hypoteesien luonti	Hypoteesien testaus ja/ tai luonti
Analyysin tavoite	Yleistäminen	Kontekstisidonnaisuuden ymmärrys	Kontekstisidonnaisuus & ekstrapolointi
Tavoite	”Tieteellinen” totuus, hyväksyttävyyys	”Ymmärrys, uusi näkö- kulma”	”Hyödyllisyys, relevanssi, hyväksyttävyyys”

### **3.2.2 Monitahoarviointitutkimuksen metodologia**

Monitahoarvioinnin alkuperää ei voida yhdistää yhteen ainoaan aikakauteen tai teoriaperinteeseen. Metodien kehittämiseen ovat vaikuttaneet erilaisten intressiryhmien arvioinnit tieteenfilosofiassa (Vartiainen 2001a). Vartiainen (2003b) katsoo intressiryhmien analyysin kuuluvan siihen laajaan perheeseen teoreettisia lähestymistapoja, jotka suosivat konstruktivismia mieluummin kuin realismia ja pluralismia mieluummin kuin yksittäistä kuvaa

todellisuudesta. Konstruktivistisen arvioinnin taustalla on relativistinen ontologia, joka kyseenalaistaa käsityksen yhden havainnoitsijasta riippumattoman todellisuuden olemassaolon (Guba & Lincoln 1989). Ajattelun mukaan tietoa ei voida irrottaa kontekstistaan, vaan on olemassa useita sosiaalisia todellisuuksia, joita ei voida kuvata luonnonlaeilla tai kausaalisuhteina. Tieto rakentuu siinä yhteydessä, missä henkilö toimii (Guba & Lincoln 1989, Mäntysaari 1999a, Berger & Luckmann 1995, Rajavaara 1999, Vartiainen 2001a). Kosken (1995) mukaan hermeneutikkoja, jotka eivät usko yhteen ainoaan lopulliseen tulkintaan, voidaan kutsua myös konstruktivisteiksi.

Pirkko Vartiainen (1994) on suomentanut *multiple constituency* -malliin perustuvan arviointimetodin monitahoarvioinniksi, joka on kehittynyt käyttäjälähtöisen, konstruktivistisen, osallistuvan ja yhteistoiminnallisen arviointimallin lähtökohdista. *Constituency* -käsitteeseen liittyy oletus, että kaikkien ryhmien, jotka kohdistavat organisaatioon intressejä ja vaateita, tulee olla organisaation vastuullisen toiminnan kohteena (Guba & Lincoln 1989, Vartiainen 1994 ja 2001a, Rajavaara 1999). Monitahoarviointimallissa avainryhmät konstruivat jatkuvasti toimintaympäristöään ja välittävät ympäristönsä rakenteita arviointitiedon keruun yhteydessä (Vartiainen 2001a). Konstruktivistisen arvioinnin tuloksella tarkoitetaan parhaita mahdollista tietoa, jonka muodostumiseen valta on vaikuttanut. Tiedosta on kuitenkin päästy yksimielisyyteen, vaikka olemassa olisi useita todellisuuden tulkintoja. Saatu tieto heijastaa silloin myös mahdollisimman laajasti arviointivaan toimintaan liittyviä arvoja ja käsityksiä. (Guba & Lincoln 1989 Rajavaara 1999.)

Monitahoarvioinnin lähtökohtana ovat organisaatioteoreettiset pohdinnat, joissa korostetaan ympäristön huomioon ottamista ja resurssi riippuvuutta (Vartiainen 2001a). Näissä sovelluksissa on keskeistä se, että ei pyritä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin: miten hyvin organisaatio toimii tai miten paljon paremmin sen tulisi toimia. Monitahoarvioinnilla pyritään löytämään vastauksia kysymyksiin: millainen arvioitava yksikkö on, ja miten se voi hyödyntää evaluointituloksia? Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa jo ennen arviointitehtävien määrittelyä on tärkeää tunnistaa avainryhmät ja nimetä tahot, joiden käsityksiä on tarpeellista kuulla jo ennen arvioinnin aloittamista (Vartiainen 1994, Vuorela 1997). Arviointiasetelma tulee rakentaa niin, että se mahdollistaa arvioinnin kohteen kontekstin vuorovaikutussuhteiden ja toimintojen tarkastelulle (Vartiainen 2001a). Monitahoarviointimallin yleisten periaatteiden mukaisesti arviointiprosessiin liitetään tutkittavan ilmiön kannalta merkittävät avainryhmät (Vartiainen 2003b).

Menetelmällisesti monitahoarvioinnissa voidaan erottaa eri lähestymistapoja, joissa otetaan kantaa eri tahojen vaatimuksiin (näkemys) ja siihen, minkä tahon vaatimukset painavat eniten. Vartiainen (1994) on kuvannut Zammutonin (1984) esittämän monitahoarviointiluokituksen, jossa erotetaan neljä eri lähestymistapaa. Lähestymistavat ovat peruskysymyksiltään hyvin lähellä toisiaan (Vartiainen 2003a).

Ensimmäistä lähestymistapaa kutsutaan laaja-alaisuudeksi. Yksi sen tärkeimmistä ominaisuuksista on vahva informatiivisuus, koska mallissa keskitytään informaation keräämiseen ja siihen liittyvän empiirisen tekniikan kysymyksiin. Mielenkiintoista tässä mallissa on sen keskeinen tavoite, joka on kuvaileva analyysi ilmiöstä. Laaja-alaisuus viittaa myös siihen, että lähestymistavan arviointikohteen avainryhmät otetaan mukaan arviointiprosessiin mahdollisimman laajasti. Laaja-alaista mallia sovellettaessa analysoitavan aineiston määrä saattaa kasvaa niin suureksi, että sen syvälinen analyysi on vaikeata. (Vartiainen 2003b.)

Toinen monitahoarvioinnin näkökulma on neuvottelevuus. Arvioinnin kannalta mielenkiintoista on se, että toimintaan liittyvien avainryhmien oletetaan neuvottelevan evaluointiprosessin rakenteesta ja arviointikriteereistä. Mallin sovellukseen liittyy myös oletus vallasta. Mitä suurempi valta jollakin avainryhmällä on, sen paremmin se voi vaikuttaa arviointiprosessin implementointiin ja arviointikriteereiden valintaan. Lähtökohtaisesti neuvotteleva monitahoarviointi pitää tuloksellisena sellaista organisaatiota, joka ensisijaisesti tyydyttää valtaa eniten omaavien jäsentensä tarpeet, ja samalla takaa itselleen näiden tuen ja resurssien jatkuvan saatavuuden. Tähän perustuen mallissa korostetaan sitä, että eniten valtaa omaavien avainryhmien tulee ensisijaisesti olla osallisena arviointiprosessissa. (Vartiainen 1994, 2003a.)

Kolmannessa monitahoarvioinnin lähestymistavassa korostetaan sosiaalista oikeudenmukaisuutta. Siinä kriteerinä on vähäisimmän hyödyn saajan asema, johon evaluointikohde toimintaa peilataan. Arviointia varten olisi silloin operationalisoitava tietty vähimmäistason periaate, johon toiminnan onnistumista voidaan peilata. Sosiaalista oikeudenmukaisuutta korostavassa arvioinnissa tuloksellisin on organisaatio, joka kompensoi kaikkein heikoimman avainryhmän heikkoudet. Mallin periaatteiden mukaisesti evaluointiprosessiin osallistuviksi keskeisiksi avainryhmiksi nousevat post-strukturalistisen periaatteen mukaiset ryhmät, joiden intressit perustuvat kollektiivisiin ja sosiaalisiin tekijöihin. (Vartiainen 2003b.)

Neljäs monitahoarvioinnin malli perustuu evolutionaariseen näkökulmaan. Lähestymistapaa kutsutaan evolutionaariseksi siksi, että se tulkitsee arviointikohdetta suhteessa sen ympäristön muutoksiin. Mallin vahvana oletuksena on ajatus siitä, että organisaation on sopeuduttava ympäristönsä kehitykseen (Vartiainen 1994). Evolutionaarinen lähestymistapa sisällyttää arviointiin aikaperspektiivin, joka puuttuu muista monitahoarvioinnin osamalleista. Aikaperspektiivi mahdollistaa ajan kuluessa tapahtuvien muutosten huomiointien. Nämä muutokset voivat liittyä sekä avainryhmien vaihtumiseen että näiden ryhmien preferenssien muuttumiseen. Malli korostaa intressitahojen arvoja ja arvostuksia. (Vartiainen 2003b.)

Tässä tutkimuksessa tutkittavaa ilmiötä olen lähestynyt ontologisen analyysin pohjalta esittämäni ihmiskäsityksen kannanottoni (kohta 3.1) mukaan asiakkaan itsensä ja avainryhmien jäsenten monitahoisesti arvioimana ja kuvaamana sosiaalisena todellisuutena. Kysymyksessä oli tutkittavasta ilmiöstä halutun tiedon luonne eli ontologinen ratkaisu ja epistemologia eli se, millä menetelmillä tätä tietoa saadaan. Monitaholähestymistavoissa suositaan konstruktivistista arviointia. Lähestymistavan taustalla on relativistinen ontologia, joka kyseenalaistaa käsityksen yhden havainnoitsijasta riippumattoman todellisuuden olemassaolon (Guba & Lincoln 1989). Yhteenvetona Zammutonin (1984) esittämästä monitahoarviointiluokituksesta Vartiainen (1994, 2003b) tekemää analyysia mukaillen voidaan todeta, että opettajien ja erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun verkostossa työtään tekevien avainryhmien sekä palveluja käyttäneiden asiakkaiden vaateet tai odotukset ja kokemukset tai näkemykset painoivat eniten, koska tietoa halusin käytännön toiminnassa mukana olevilta henkilöiltä. Avainryhmien valinnassa painotin myös erityisryhmään kuuluvien asiakkaiden sosiaalista oikeudenmukaisuutta (omat kokemukset) ja ympäristöä (hoitoketjun verkostot) koskevan tiedon saantia. Arviointitilanteissa vaikuttivat avainryhmien neuvottelutaidot ja valtasuhteet. Pattonin kuvaamista lähestymistavoista tutkimuksessa käytin lähinnä synteisiä, käyttäjälähtöistä valintojen paradigmaa (Taulukko 2). Käyttäjien näkökulmasta tutkimustiedon tuottamisessa painotin tarkoituk-

senmukaisuutta ja kontekstisidonnaisen käytännön toiminnan kehittämiseen soveltuvan tiedon saantia. Vartiainen (1994, 2003a) näkeeikin, että monitahoarviointitutkimus on vahvasti ilmiön kontekstiin sitoutunutta ja usein luonteeltaan induktiivista analyysiä. Arviointikohdetta lähestytään ja tarkastellaan erilaisten arviointikokonaisuuksien ja intressiryhmien kautta (Vartiainen 1994, 2003a). Vartiainen (2001a) on määritellyt monitahoarvioinnin metodiksi, joka hyödyntää erilaisia, pääasiassa laadullisia tutkimusmenetelmiä.

### 3.2.3 Sisällönanalyysi tutkimusmetodina

Sisällönanalyysiä voidaan käyttää sekä määrällisenä että laadullisena tutkimusmetodina (Polit & Hungler 1999, Kyngäs & Vanhanen 1999). Metodien avulla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja reflektoida asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Menetelmää voidaan käyttää yksittäisenä tutkimusmetodina, mutta myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin (Tuomi & Sarajarvi 2002).

Tutkimuksen alkuvaiheessa tutustuin myös grounded teoria -lähestymistapaan (Glaser & Strauss 1967, Glaser 1978), jonka juuret ovat sosiaalitieteissä ja erityisesti symbolisen interaktionismin perinteessä (Strauss 1987). Siitä luovuin kuitenkin, koska symbolisen interaktionismin mukaan ihmisten toiminnan perustana ovat asioiden merkitykset heille itselleen (Strauss & Corbin 1990) ja tässä tutkimuksessa painopiste oli palvelujärjestelmän toimivuudessa. Tutkimuksen kolmannessa vaiheessa pohdin diskurssianalyysin käyttöä, koska sen juuret ovat monien tieteiden aloilla. Metodien katsotaan sopivan laajasti muodollisen ja epämuodollisen puheen, vuorovaikutuksen ja kirjoitetun tekstin analysoimiseen (Potter & Wetherell 1987, Jokinen *et al.* 1993). Diskurssianalyysin perusajatukseksi on kielenkäytön tarkasteleminen tekemisenä, joka muotoutuu sosiaalisissa prosesseissa ja rakentaa sosiaalista todellisuutta (Suoninen 1999). Viimeisessä vaiheessa pohdin myös narratiivisen lähestymistavan käyttöä, koska narratiivisen tutkimuksen avulla voidaan lisätä potilaslähtöisyyttä asiakkaiden auttamiseen (Janhonen 1999, Vuokila-Oikkonen 2002). Tutkimuksessa päädyin kuitenkin käyttämään sisällönanalyysiä, koska tutkimuksen lähestymistavan monitahoisuus oli vaikeasti hallittavissa metodologisten lähtökohtien pohdinnan osalta. Arvioinnin ja sisällönanalyysin lisäksi muiden metodien yhdistäminen olisi lisännyt metodologista hajanaisuutta.

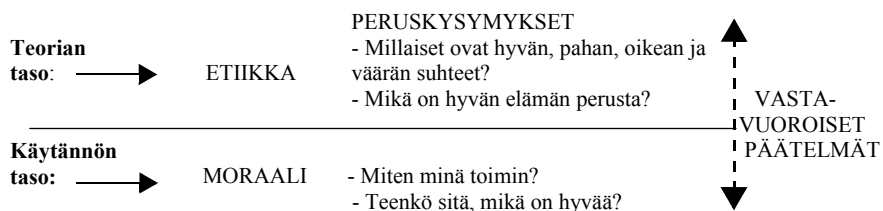
Cavanaghin (1997) mielestä sisällönanalyysi on aikaa vievä tutkimusmetodi, mutta tarjoaa vakiintuneen tekniikan selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon monimuotoisia kysymyksiä. Metodi sopi erinomaisesti monitahoisesti tuotettujen aineistojen sekä määrälliseen että laadulliseen analyysiin ja mahdollisti myös teoreettisen käsitetason abstrahoinnin. Ensimmäisessä vaiheessa sisällönanalyysiä käytin pääasiassa määrällisesti (I artikkeli) ja muissa vaiheissa laadullisesti. Analyysiprosessin aloitin jo aineistojen keruuvaiheessa, mutta lopullinen analyysi edellytti sekä kysely- että arviointiaineistojen tarkistamista ja haastatteluaineistojen aukikirjoittamista. Näissä valmistelemissä vaiheissa luin, tarkistin ja täydensin aineistoja useampaan kertaan ja varmisti niiden luotettavuuden. Aineistolähtöisissä vaiheissa sisällönanalyysiä käytettiin kolmivaiheisena induktiivisena analyysiprosessina, johon kuuluivat aineiston pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryh-

mittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luonti eli abstrahointi (Miles & Huberman 1994, Kyngäs & Vanhanen 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001).

Analyysiyksiköksi valitsin yhden lausuman, joka saattoi olla sana, lause, lauseen osa tai lauseiden asiasisältö. Analyysissä etenin konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että esitin aineistolle tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistosta saamani vastaukset eli pelkistetyt ilmaukset kirjasin aineiston termein. Ryhmittelyvaiheessa etsin pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä aineiston kuvaamiseksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistin samaan kategoriaan, pääluokkaan, jolle annoin sen sisältöä kuvaavan nimen. Arvioin tulkintaani hyväksi käyttäen sitä, mitkä asiat yhdistin samaan kategoriaan. Jatkoin analyysia yhdistämällä samansisällöiset alakategoriat yläkategorioiksi, joille myös annoin niiden sisältöä kuvaavat nimet. Abstrahointivaiheessa muodostin yhdistävien kategorioiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta. Abstrahointia jatkoin yhdistäen kategorioita niin kauan kuin se tutkittavan ilmiön sisällön kannalta tuntui mielekkäältä (Patton 1990, Weber 1990, Polit & Hungler 1999). Aineistolähtöisen induktiivisen analyysin etenemisen eri vaiheita on kuvattu tarkemmin II-IV artikkeleissa, jotka ovat liitteenä.

## 4 Eettiset kysymykset

Arviointitutkimuksessa eettiset näkökohdat muodostavat ydinkysymyksen (Robson 2001), jonka avulla pyritään löytämään yleispäteviä perusteluja tutkijan oikealle toiminnalle (Hirsjärvi 1985, Teräväinen 1989). Asioiden monimutkaiset yhteydet tekevät arvioinnista myös eettisesti kiehtovan ja haastavan tutkimusmetodin, joka vaatii kekseliäisyyttä, harkintaa, herkkyyttä, tahdikkuutta, rehellisyyttä ja joskus myös hiljaisuutta (Ahonen 1998, Robson 2001). Hirsjärven (1985) mukaan eettisiä kysymyksiä voidaan tarkastella sekä teorian että käytännön tasolla (Kuvio 4).



**Kuva 4. Etiikka ja moraali (mukaillen Hirsjärvi 1985).**

Teorian tasolla tarkastellaan etiikan peruskysymyksiä hyvän ja pahan sekä oikean ja väärän suhteista. Käytännön tasolla tarkastellaan tutkijoiden ja tutkijayhteisöjen moraalia tieteellisen tiedon tuottamiseen ja jakamiseen liittyvissä käytännöissä (Raunio 1999). Viime kädessä tutkijayhteisö päättää tieteellisen menetelmän objektiivisuudesta (Niiniluoto 1984). Virheellinen tutkimus on epäeettistä, vaikka väärin johtopäätöksiin johtanut tutkimus olisi muuten tehty rehellisesti (Ryynänen & Myllykangas 2000).

Terveydenhuollossa tutkimuskohteet saattavat valikoitua vallan ja rahan näkökulmasta (Kinnunen 2004), vaikka niiden tulisi valikoitua palvelujen käyttäjien hyvinvoinnin näkökulmasta. Tutkimustulosten hyötyä arvioitaessa tulee käydä avointa keskustelua päätösten taustalla valitsevista arvoista ja tiedostaa se, onko kysymyksessä esimerkiksi potilaan vai yhteiskunnan hyöty (Puustinen *et al.* 2004). Yhteiskunnan tasolla käytännössä etiikka on sisällytetty erilaisiin julistuksiin (esim. lapsen oikeuksien julistus) ja eettiin ohjeisiin

(esim. ammattikohtaiset eettiset ohjeet). Lisäksi on säädetty lakeja ja asetuksia ohjaamaan ihmisen toimintaan liittyvien ongelmien moraalisia ratkaisuja. Erityisoppilaan hoitoketjussa palvelujen saanti ja toimivuus on varmistettu lainsäädännön kautta, kuten aikaisemmin on tuotu esille. Hoitoketjun verkostossa työtään tekevillä asiantuntijaryhmillä on myös oman ammattikuntansa laatimia eettisiä ohjeita, joiden mukaan tulee toimia. Tämän tutkimuksen aloittamiseen vaikuttaneessa alustavassa selvityksessä huomattiin, että erityiskoulujen oppilailta esiintyi eniten käytös- ja mielenterveysongelmia. Lisäksi näihin ongelmiin tarvittavan psykiatrisen avun saannissa ja hoitoketjun toiminnassa oli huomattavia puutteita. Näin ollen tutkimuksen tekemistä pidettiin jo sinänsä eettisenä velvollisuutena oppilaan ja hänen perheensä, mutta myös yhteiskunnan kannalta.

Julkisia palveluja koskevaan arviointitutkimukseen liittyy erittäin arkoja eettisiä ja poliittisia kysymyksiä, koska palvelujen järjestäminen perustuu puoluepoliittisiin aloitteisiin, yhteiskuntapolitiittisiin priorisointeihin ja palvelujen sisällä tapahtuvaan vallankäyttöön (Virtanen 1998, Uusikylä 1999, Robson 2001, Ahonen 2001). Tutkimustuloksia käytetään kuitenkin päätöksenteon ja kehittämistyön tukena, jolloin tutkijan tehtävänä on olla puolueeton ja kertoa tutkimuksen tulos silloinkin, kun se on epämiellyttävää kuultavaa (Patton 1997, Robson 2001, Puustinen *et al.* 2004). Tutkimuksen tekeminen asettaa omat eettiset vaatimuksensa tutkijan ammattitaidon hankkimiselle ja informaation tuottamiselle, välittämislle ja käyttämiselle sekä kollegiaaliselle toiminnalle (Pietarinen 2002). Arviointitutkimuksen etiikkaa tulee pohtia ainakin kahdesta näkökulmasta: tutkijan oman ammattietiikan ja tutkittavana olevan ilmiön näkökulmasta.

Tässä tutkimuksessa eettistä näkökulmaa tutkijana toimimiseeni on laajentanut pitkä käytännön työkokemus terveydenhuollon käytännön ja hallinnon eri tehtävissä. Näistä viimeiset viisi vuotta olen ollut mukana kehittämässä sairaanhoitopiiriin eettisen toimikunnan työskentelyä ja toiminut toimikunnan sihteerinä. Tutkimukseni alkuvaiheessa muodostui monitieteellinen tutkijaryhmä, jossa on koko ajan ollut mukana lääketieteen, hallintotieteen, kasvatustieteen ja hoitotieteen asiantuntemusta. Työskentelyote on ollut poikkitieteellistä ja eri tieteiden näkökulmat ovat painottuneet tutkimukseni eri vaiheiden vaatiman asiantuntemuksen mukaan. Lisäksi hakeuduin Pohjoisen hyvinvoinnin, terveyden ja sopeutumisen monitieteellisen tutkijakoulun opiskelijaksi sen aloittaessa toimintansa. Olen myös saanut mahdollisuuden toimia opiskelijajäsenenä tutkijakoulun johtokunnassa ja koulutustoimikunnassa.

Erityisoppilaiden psykiatrisen hoitoketjun tarve ja toiminta on vahvasti eettinen kysymys, koska oppilaat ovat erityisryhmään kuuluvia lapsia ja nuoria. Tutkimuksessa oli mukana myös tähän ryhmään kuuluvia nuoria ja heidän vanhempiaan. Tutkimussuunnitelmasta ja oppilaan sekä vanhemman tiedote- ja suostumusasiakirjoista pyysin eettisen toimikunnan lausunnon (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999). Hyväksyvä lausunto tuli 5.10.2001. Ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa tutkimuksessa mukana olevien koulujen rehtoreille/johtajille kyselylomakkeen liitteenä lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja kyselyyn vastamista pidettiin halukkuutena osallistua tutkimukseen.

Seuraavassa vaiheessa soitin monitahoarviointiin valittujen erityiskoulujen johtajille ja kysyin alustavasti heidän halukkuuttaan osallistua jatkotutkimukseen. Kun sain luvan, lähetin heille kirjallisesti osallistumiseen ja tutkimusaineiston tuottamiseen liittyvän aineiston. Tässä vaiheessa tutkimukseen osallistuvien erityiskoulujen opettajilla oli mahdollisuus osallistua monitahoarviointiaineiston tuottamisen suunnitteluun. Tutkimuksessa

edettiin myös heidän toivomallaan tavalla (ks. Artikkelit III, Tutkimusaineiston kerääminen). Luvan arviointikeskustelujen videoimiseen pyysin kaikilta keskusteluun osallistuneilta avainryhmien jäseniltä suullisesti aina arviointilanteen alussa.

Haastatteluun osallistuneet oppilaat ja vanhemmat olivat saaneet etukäteen tietoa tutkimuksesta oppilaan opettajalta tai omalta hoitajalta, jotka olivat tiedustelleet alustavasti heidän halukkuuttaan osallistua tutkimukseen. Pyysin luvan tutkimukseen osallistumisesta kirjallisesti. Oppilaan kirjallisen tiedote- ja suostumusasiakirjan tekstiä oli kevennetty vielä eettisen toimikunnan antamien ohjeiden mukaan. Haastattelutilanteen alussa varmistin, että tutkittavat sekä oppilaat ja heidän vanhempansa olivat lukeneet tiedote- ja suostumusasiakirjan informaation sekä vastasin heidän esittämiinsä kysymyksiin. Sen jälkeen tiedote- ja suostumusasiakirjoja allekirjoitettiin kaksi kappaletta sekä tutkittavalle että tutkijalle omat kappaleet.

Olen lupautunut käyttämään saatuja tutkimusaineistoja anonymisti ja eettisesti hyväksyttävällä tavalla sekä hävittämään ne heti, kun ne eivät ole enää tämän tutkimuksen tietojen tarkistamisen kannalta välttämättömiä. Tutkimuksessa mukana oleville kouluille lähetetään myös tieto tutkimuksen valmistumisesta.

## 5 Tutkimuksen keskeiset käsitteet

Vartiainen (2001a) pitää tärkeänä tutkittavan ilmiön teoreettista tarkastelua, jotta tutkimustulosten analyysi saataisiin kuvailevaa kerrontaa syvällisemmäksi. Hänen mukaansa monitahoarvioinnissa teoreettinen viitekehys ei ole yleinen, vaan aina arviointikohteesta ja asetelmasta riippuvainen. Tässä luvussa tarkastelen tutkimuksen keskeisiä käsitteitä *erityisoppilas*, *erityisoppilaan psykiatrinen hoitoketju*, *moniammatillinen toiminta* ja *asiakasnäkökulma* sekä määrittelen niiden käytön. Arvioinnin tavoitteita on myös helpompi kohdentaa, jos tarkastellaan palvelujen taustalla olevia käsitteitä ja teoriaa (Robson 2001).

### 5.1 Erityisoppilas

Suomessa perusopetuslain (628/1998 17 §) mukaan kunnat ovat perustaneet erityiskouluja ja/tai peruskoulujen yhteydessä olevia erityisluokkia, joihin siirtyvillä oppilailta on havaittu sellaisia kehitys-, käytös- ja mielenterveysongelmia tai fyysisiä vammoja, joiden vuoksi he eivät selviä tavallisissa koululuokissa. Suomessa vallitsevan käytännön mukaan erityisopetus on jakaantunut kehitysvammaisille tarkoitettuun harjaantumisopetukseen (EHA), heikkolahjaisille tarkoitettuun mukautettuun opetukseen (EMU), sopeutumattomille, pääasiassa käytöshäiriöistä kärsiville järjestettyyn opetukseen (ESY) ja fyysisesti vammaisten (EVY), näkövammaisten (ENÄ), kuulovammaisten (EKU) sekä lukemis- ja kirjoittamis-häiriöisten (LU-KI) opetukseen. Sairaalan sijaintikunta on myös velvoitettu järjestämään sairaalassa potilaana olevalle oppilaalle vastaavaa opetusta siinä määrin kuin se on mahdollista. (Perusopetuslaki 628/1998.)

Peruskoulussa erityisopetus voidaan integroida henkilökohtaiseen opetukseen tai erityisluokille, jotka toimivat normaalin peruskoulun yhteydessä tai peruskouluun kuuluvana erityiskoulun yksikkönä tai itsenäisenä erityiskouluna. Lapsi saattaa aloittaa koulunkäyntinsä myös suoraan erityisoppilaana. Hänen oppimisvalmiutensa on silloin selvitetty esikouluiässä. Perusopetusasetuksen (852/1998) mukaan ennen oppilaan siirtämistä erityisopetukseen tulee neuvotella oppilaan huoltajan kanssa, ja jos mahdollista hankkia oppilaasta ja hänen oppimisedellytyksistään psykologinen tai lääketieteellinen lausunto tai sosiaalinen selvitys. Lisäksi hallintomenettelylain (598/1982) mukaan asianosaisia on

kuultava ja turvattava heidän tiedonsaantinsa sekä vajaavaltaisen puhevalta. Jokaiselle erityisoppilaalle tulee laatia henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma (HOJKS) ja opetuksen järjestäjän tulee huolehtia erityisopetuksen yhteydessä annettavasta kuntoutuksesta sekä mainittuun opetukseen liittyvistä kehittämis-, ohjaus- ja tukitehtävistä. (Suomen perusopetuslaki 628/1998.)

Oppilaan käytös- ja tunne-elämän häiriintyessä ei ole yleensä kysymys pelkästään kehitysvammasta, heikkolahjaisuudesta, sopeutumattomuudesta tai fyysisestä vammasta, vaan oppilaan tilanteeseen liittyvistä lisäongelmista tai niiden mukanaan tuomista vaikeuksista (Bussing *et al.* 1998, Reiss 1990, Järventie 1999, Vornanen 2000, Kumpulainen & Säiniö 2001, Strid & Savolainen 2005). Tässä työssä *erityisoppilaalla* tarkoitan oppilasta, jolla on sellaisia kehitys-, käytös- tai mielenterveysongelmia, joiden vuoksi hän ei selviä koulussa luokan yleisopetuksessa.

## 5.2 Erityisoppilaan psykiatrinen hoitoketju

Sosiaali- ja terveydenhuollossa lasten ja nuorten psykiatriset palvelut on porrastettu perustason sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä erikoissairaanhoidon, joita ohjaavat omat erityislakinsa (Sosiaalihuoltolaki 710/1982, Kansanterveyslaki 66/1972, Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, Mielenterveyslaki 1116/1990). Tehtävien sisältöä, vastuuta ja yhteistyövelvoitteita on täsmennetty asetuksilla (esim. Valtioneuvoston asetus 1019/2004). Lasten ja nuorten psykiatriset tutkimukset ja hoito voidaan toteuttaa joko avohuollossa tai osastojaksolla erikoissairaanhoidossa (Piha 2004a,c, Puura 2004, Strid & Savolainen 2005). Avohuolto sisältää palveluja, joita käytetään eriasteisten hoitolaitosten ja sairaaloiden ulkopuolella. Ne sisältävät sekä sosiaali- että terveystyöpalveluja ja painottuvat asiakkaan omaehtoiseen toimintaan ja kotona selviytymistä tukevaan yhteistyöhön. Avohoidolla tarkoitetaan laitoshoidon vastakohtana pelkästään terveydenhuollon palveluja. Laitoshoidon toteutuu sairaaloissa tai muissa hoitolaitoksissa. Se sisältää yhteistoimintaa potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa sekä paranemista edistävää hoitoa ja huolenpitoa. Hoidon ja hoivan (*care management*) kokonaisjärjestelyllä tarkoitetaan sitä, miten asiakkaan tarvitsemat palvelut konkreettisesti järjestetään, hallitaan ja hoidetaan. (Øvretveit 1995a, 1996, Owens *et al.* 1995, Nuutinen 2000b, Piha 2004a)

Hoidon ja hoivan vastuuhenkilöllä tarkoitetaan kokonaisjärjestelyistä vastaavaa henkilöä, joka koordinoi, ohjaa, valvoo ja johtaa tavoitteellista toimintaa (Øvretveit 1995b, 2000). Erikoissairaanhoidon asiantuntijavastuu ja ohjaus on alan erikoislääkäreillä ja toimintaa voidaan järjestää sairaala- ja laitoshoidon, poliklinikka- ja muuna avohoidon ja erillaisina puoliavoimina hoitomuotoina. Palveluja on saatavana sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon piirissä. Palvelujärjestelmän toimivuuden kannalta tulisi pyrkiä sellaiseen työnjakoon, että erikoissairaanhoidon vastaa ensisijaisesti nopeasta tutkimuksesta ja diagnostiikasta sekä hoidon ja kuntoutuksen suunnittelusta (Piha 2004c). Avohoidon tulee olla ensisijaista, ja sairaalahoidon resurssit tulee mitoittaa kohtaamaan tarve, johon avohoidon keinot eivät riitä, etteivät hoitotakuun enimmäisrajat ylity (Valtioneuvoston asetus 1019/2004, Pylkkänen 2004). Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä on tehnyt ehdotuksen psykiatrisen hoidon ja kuntoutuksen järjestämiselvöllisyyden selkiyttämiseksi,

jossa korostetaan julkisen sektorin ja erityisesti sairaanhoitopiirien vastuuta psykiatriasta kuntoutuksesta (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite-... 2004–2007).

Nykyisin hoidon ja hoivan kokonaisjärjestelyjä tarkastellaan erilaisina hoito-/palveluketjuina ja/tai hoito-/palveluverkostoina ja käsitteistö on vielä vakiintumatonta sekä suomen- että englanninkielisessä kirjallisuudessa. Suomenkielisessä kirjallisuudessa esiintyviä käsitteitä ovat esimerkiksi *hoitosuositus*, *hoito-ohjelma*, *hoitoprosessi*, *asiakaspolku*, *hoitopolku*, *hoitoverkko*, *hoitoverkosto*, *palveluprosessi*, *hoitoketju*, *palveluketju tai saumaton hoito-/palveluketju* (Karma 1999, Ruotsalainen 2000, Nuutinen 2000b, Jaatinen *et al.* 2003, Pohjolainen 2004, Piha 2004a). Englanninkielisessä kirjallisuudessa esiintyvät esimerkiksi käsitteet *shared care*, *seamless care*, *integrated health care*, *managed care*, *client pathway*, *integrated care pathway* ja *seamless care/service chain* (Øvretveit 1994, Owens *et al.* 1995, Selwood 2000). Suomessa *hoitoketjulla* on yleensä ymmärretty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sopimusta moniammatillisesta yhteistyöstä (Nuutinen 2000b). Pihan (2004a) mukaan hoitoketjuajatus ei oikeastaan sovi lasten ja nuorisopsykiatriaan, koska lasten ja nuorten psykiatrinen hoito ja kuntoutus rakennetaan tavallisesti usean eri toimintayksikön yhteiseen ja samanaikaiseen verkostotyöskentelyyn potilaan ja perheen hyväksi. Hänen mielestään sen sijaan lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden tutkimusten toteuttamisessa voidaan puhua tutkimusketjusta häiriön määrittelymiseksi ja hoitosuunnitelman tekemiseksi. Molemmissa tilanteissa kyseessä on kuitenkin monitieteellinen ja -amatillinen yhteistyö, jota tehdään yhteisten tavoitteiden suunnassa asiakkaan ja monien asiantuntijoiden kanssa vastavuoroisesti (Pohjolainen 2004).

Hoitoketjua laajempänä käsitteenä käytetään *palveluketju*-käsitettä, jolloin myös sosiaalitoimi on mukana (Karma 1999, Piha 2004a). *Hoitoketju*-käsitettä käytetään kuitenkin hankedokumenteissa rinnakkaiskäsitteenä palveluketjun käsitteelle (Kuusisto-Niemi 2002). Nykyisin sosiaali- ja terveydenhuollossa puhutaan monitieteellisestä asiantunteemuksesta sekä moniammatillisesta ja saumattomasta yhteistyöstä asiakkaan palveluketjun kaikissa vaiheissa (Ruotsalainen 2000, Pohjolainen 2004). *Saumattomalla palveluketjulla* tarkoitetaan toimintamallia, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon... 118/2000).

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuprojektissa tuotettiin Hoitoketjukäsikirja, jossa on kuvattu hoidon porrastus lasten- ja nuorisopsykiatriassa (Nuutinen 2000a). Sen mukaan yhteistoiminta alkaa kouluterveydenhuollosta. Seuraavassa vaiheessa ollaan asiakkaana kasvatus- ja perheneuvolassa sekä kolmannessa vaiheessa tukeudutaan erikoissairaanhoidon palveluihin. Moniammatillisen hoitoketjun toiminta edellyttää tiivistä yhteistyötä ja huolellista suunnittelua sekä riittäviä resursseja hoitoketjun verkostossa (Nuutinen *et al.* 1997, Laakso 1998, Piha 2004a). Verkostossa toimivien monitieteellisten asiantuntijoiden keskinäinen arvostus, luottamus ja yhteistyöhalu luovat mahdollisuuksia moniammatillisen toiminnan onnistumiselle (Nuutinen *et al.* 1997).

Erityisoppilaan tutkimukset ja hoito etenevät perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja päinvastoin kuntien kouluterveydenhuollon mahdollisuuksien ja sisällön sekä lasten- ja nuorten psykiatristen palvelujen saatavuuden mukaan (Strid & Savolainen 2005). Hoitoketjun eri vaiheissa ja niiden välillä asiakkaan ja monien asiantuntijoiden yhteistyö vaihtelee oppilaan ongelmien ja/tai sairauden vaikeuden mukaan (Lastensuojelulaki 683/1983, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, Laki

potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Øvretveit 1996, Pohjolainen 2004, Valtioneuvoston asetus 1019/2004). Sairaanhoidopiirin kuntainliiton (nykyisin kuntayhtymä) ja sen alueella toimivien terveyskeskusten tehtävänä on yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntainliittojen kanssa huolehtia siitä, että palveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus (Mielenterveyslaki 1116/1990).

Tässä tutkimuksessa *erityiskoulun oppilaan psykiatrisella hoitoketjulla* tarkoitetaan moniammatillisesti toimivaa palveluverkostoa, joka on muodostunut oppilaan aloittaessa koulunkäyntinsä erityiskoulussa tai peruskoulunkäynnin aikana ja jatkunut psykiatriseen sairaalahoitoon. *Hoitoketju-käsitettä* käytän yläkäsitteenä, koska tutkimukset ja hoito erikoissairaanhoidossa edellyttävät aina oppilaan tilanteen tutkimista ja mahdollista hoitamista perustason sosiaali- ja/tai terveydenhuollossa ennen kuin pidetään tarpeellisena ohjata asiakas erikoissairaanhoidon. Lisäksi oppilaan hoitoketjun kokonaisvastuu siirtyy tutkimusten ja hoitojen sekä kuntoutuksen edessä asiakkaan mukana perustason sosiaali- ja/tai terveydenhuollon sekä erityiskoulun verkostoon, jolloin myös oppilaan henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma (HOJKS) päivitetään.

### 5.3 Moniammatillinen toiminta

Yleensä moniammatillisella toiminnalla tarkoitetaan eri ammattiryhmiin kuuluvien asiantuntijoiden yhteistyötä ja yhdessä työskentelyä erilaisissa työryhmissä, tiimeissä ja työyhteisöissä, joissa valta ja tieto jaetaan (Stoner *et al.* 1995, Øvretveit 1995a, Linden 1999). Nykyisin moniammatillista toimintaa pidetään uudenlaisena asiantuntijuutena, jossa on keskeistä ammatillisten ja organisaatioiden rajojen ylittäminen (Launis 1997, Pohjolainen 2004, Saaren-Seppälä 2004). Monitieteelliset tiimit ja erilaiset verkostot, joissa kohtaavat useat ammattihenkilöt sosiaali- ja terveydenhuollon eri organisaatioissa, voivat olla tällaisia moniammatillisen asiantuntemuksen kehittämisverkostoja (Øvretveit 1996, Filander 1997). Jokaisella ammatillisella on erilaista osaamista ja valtuuksia hoitaa tiettyjä tehtäviä, joihin muun koulutuksen saaneet henkilöt eivät pysty (Øvretveit 1995a ja 1995b). Moniammatillinen tiimityö ei kuitenkaan ole vielä samaa kuin monitieteellinen osaaminen, vaan se voi mahdollistaa moniammatillisen osaamisen (Pohjolainen 2004).

Moniammatillinen yhteistyö voidaan jakaa esimerkiksi monitieteelliseen (*multidisciplinary*), tieteiden väliseen (*interdisciplinary*) tai poikkitieteelliseen (*transdisciplinary*) yhteistyömalliin (Woodruff & Hanson 1987, Woodruff & McGonigel 1990), riippuen hoitoketjun verkoston rakenteesta, tehtävistä ja työskentelytavoista. Sovellettaessa esitettyjä malleja erityisoppilaan hoitoketjussa työskentelevään verkostoon toiminta tapahtuisi seuraavasti:

Monitieteellisessä ja tieteiden välisessä työskentelyssä hoitoketjun verkostossa kukin asiantuntija arvioi oppilaan palvelujen tai hoidon tarpeen erikseen. Poikkitieteellisessä mallissa verkoston jäsenet ja perhe tekevät arvioinnin yhdessä. Monitieteellisessä toimintatavassa oppilas ja vanhemmat tapaavat verkostossa toimivia asiantuntijoita yksitellen, tieteiden välisessä toiminnassa oppilas ja vanhemmat tapaavat koko verkoston tai sen edustajan ja poikkitieteellisessä työskentelyssä oppilas ja vanhemmat ovat verkoston aktiivisia jäseniä. Oppilaan HOJKSin ja yksilöllisen hoitosuunnitelman tekevät monitieteellisessä työskentelytavassa hoitoketjun verkoston jäsenet kukin omalta alaltaan ja vas-

taavat oman osuutensa suunnitelmasta. Tieteiden välisessä toiminnassa verkoston jäsenet tekevät erilliset suunnitelmat yhdessä ja ovat velvollisia jakamaan tietonsa verkostossa ja toteuttamaan oman osansa suunnitelmasta. Poikkitieteellisessä mallissa verkosto, oppilas ja vanhemmat yhdessä laativat suunnitelman, joka perustuu perheen tärkeysjärjestyksiin, tarpeisiin ja voimavaroihin. Verkoston jäsenet ovat yhdessä vastuussa siitä, että lähityöntekijä toteuttaa suunnitelmaa.

Monitieteellisessä työskentelytavassa tiedon kulku on epävirallista ja verkoston jäsenet pitävät tärkeänä muilta tieteenaloilta saatua apua. Tieteiden välisessä työskentelymallissa tiedon kulku tapahtuu ajoittain tapauskohtaisesti järjestetyissä kokouksissa ja neuvotteluissa. Hoitoketjun verkoston jäsenet osaavat kehittää, jakaa ja vastata palveluista, jotka ovat osa kokonaissuunnitelmaa. Poikkitieteellisessä työskentelytavassa tiedon kulun perustan muodostavat säännölliset kokoukset, joissa taitotietoa jaetaan työryhmän jäsenten kesken. Johtajatuksena on se, että verkoston jäsenet vuoroin opettavat ja oppivat sekä tekevät yhteistyötä yli ammatillisten rajojen toteuttaakseen yhdessä sovittua suunnitelmaa. Monitieteellisessä työskentelymallissa henkilöstön kehittäminen tapahtuu täydennyskoulutuksena yksinään ja kunkin omalla alallaan. Tieteiden välisessä työskentelymallissa täydennyskoulutus tapahtuu itsenäisesti joko omalta tieteenalalta tai toisilta oppien. Poikkitieteellisessä mallissa olennainen osa kokoontumisista käytetään opiskeluun yli tieteenalojen sekä verkostotyöskentelyn oppimiseen.

Edellä kuvatuista malleista poikkitieteellinen toimintamalli kehittää sellaista moniammatillista asiantuntemusta, joka ei jäisi pelkäksi iskulauseeksi, kuten kokonaisvaltaisuuden tavoittelu asiakastyössä (Launis 1997). Moniammatillisesta asiantuntemuksesta puhutaan nykyisin myös sekä vertikaalisen että horisontaalisen tason osaamisena (Lehtinen & Palonen 1997, Arnkil *et al.* 2000) ja osaamisen yhdessä johtamisena (Niemi-Iilahti 2002). Tällaisen horisontaalisen tason asiantuntemuksen oppiminen ja johtaminen vaatii verkostojen jäseniltä vertikaalisella tasolla oman ammattinsa vahvaa hallintaa ja osaamisen johtamista ettei koe menettävänsä ”arvoaltaansa” vastavuoroisesti toimivana verkoston jäsenenä. Verkostomaisesti toimivissa hoitoketjuissa pyritään koordinoimaan sekä formaalisten että informaalisten rakenteiden vahvuuksia ja yhteistyön tulisi kehittyä yhdessä johtamiseksi (Niemi-Iilahti 2002). Toiminta edellyttää myös kypsyä kunnioittaa toisen asiantuntemusta (Launis 1997) ja päästää verkoston muut asiantuntijat oman ammattinsa reviirille eikä pelkästään sitä, että itse menee toisten reviirille. Monitieteelliset asiantuntijat ovat itse muutoksen kohteina, mutta myös muutoksen tekijöinä ja vaikuttavat siihen, millaiseksi julkisen sektorin etiikka kehittyä (Filander 1997).

Yhteenvetona totean, että moniammatillista asiantuntemusta voidaan oppia erilaisissa verkostoissa poikkitieteellisen toiminnan kautta, jolloin ammatillisia ja organisatorisia rajoja ylitetään. Keskeistä on osaamisen yhdessä johtaminen sekä vertikaalisella että horisontaalisella tasolla. Tässä työssä *moniammatillisella toiminnalla* tarkoitan erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun verkostossa toimivien opettajien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eri auttajatahojen viitekehyksistä ohjattua monitieteellistä ja vastavuoroista toimintaa oppilaan auttamiseksi yhdessä hänen perheensä kanssa.

## 5.4 Asiakasnäkökulma

Moniammatillinen toiminta ja asiantuntemus ovat vaativien ammatillisten muutosten ja uusien haasteiden edessä (Launis 1997, Øvretveit 1998b ja 2000, Vartiainen 2003c, Saaren-Seppälä 2004), joista yksi on asiakas-/potilasnäkökulma, -lähtöisyys ja -keskeisyys (Lipsky 1980, Latvala 1998, O'Donnell *et al.* 1999, Larivaara *et al.* 2001, Nousiainen 2003). Yleensä asiakkaalla tarkoitetaan palvelujen käyttäjää ja maksavaa asiakasta, joka voi olla myös omainen, palvelun vastaanottava sidosryhmä tai toisen organisaation jäsen (Kokkola *et al.* 2002). Potilaalla tarkoitetaan terveydenhuollon asiakasta, jolla on terveydentilaa koskevia ongelmia (Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot 1997). Nykyisin asiakas-käsitettä käytetään kuvaamaan kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon yksilöitä, jotka ovat asiakkaina tai potilaina (Ruotsalainen 2000).

Asiakasnäkökulma, -lähtöisyys ja -keskeisyys ovat nykyaikaisen laatutyön keskeisiä toimintamuotoja (Nuutinen *et al.* 1997, Øvretveit 2000, Kiiikkala 2000, Pohjolainen 2004), joiden luonne on syvästi eettinen (Hasenfeld 1992, Kokkola *et al.* 2002). Käsitteitä käytetään hyvin samansuuntaisesti ja niillä tarkoitetaan yleensä asiakkaan kannalta sekä tarpeellisten että laadukkaiden palvelujen järjestämistä ja kehittämistä. Käsitteitä *potilaslähtöisyys* ja *-keskeisyys* käytetään usein synonyymeinä (Latvala 1998, Steward 2001). Sosiaali- ja terveydenhuollon arjessa *asiakaskeskeisyys* voi tarkoittaa myös toimintaa, jota palvelujen tuottajat pitävät tärkeänä asiakkaan näkökulmasta (O'Donnell *et al.* 1999) ja *asiakaslähtöisyys* toimintaa, jossa asiakas on itse mukana vaikuttamassa tarvitsemiinsa palveluihin (ks. Latvala 1998). *Asiakasnäkökulmalla* tarkoitetaan asiakkaan itsensä kuvaamaa tilannetta, jolloin hän itse on vaijojensa ja avun tarpeensa tulkkina sekä saamiensa palvelujen arvioijana (Kumpulainen *et al.* 1996, Lumijärvi 1996, Haarasilta *et al.* 2000, Ruusuvuori *et al.* 2003, Nousiainen 2003).

Lapsen osallistuminen häntä itseään koskeviin asioihin on tärkeää, koska vain lapsi itse voi tuoda aidosti oman näkökulman asioihin (Okkonen 2004). Lapsella on myös oikeus esittää näkemyksensä häntä itseään koskevista asioista kotona, koulussa ja laajemmin yhteiskunnassa ja lapsen näkemykset on otettava huomioon hänen ikänsä ja kehitystasonsa mukaisesti (YK:n Lapsen oikeuksien sopimus 1989, Suomen perustuslaki 2000). Tässä työssä *asiakasnäkökulmalla* tarkoitan psykiatrisen hoitoketjun palveluja käyttäneiden asiakkaiden omia käsityksiä psykiatrisen avun tarpeesta sekä odotuksia ja kokemuksia hoitoketjun toiminnasta. Hoitoketjun verkoston eri asiantuntijaryhmät ovat myös toistensa asiakkaita, kun oppilaalle etsitään tarvittavaa apua ja/tai hoitoa.

## 5.5 Yhteenvedo keskeisistä käsitteistä

Erityiskouluissa tai peruskoulujen yhteydessä toimivissa erityisluokissa opiskelevilla oppilaille on usein käytös- tai mielenterveysongelmia, joiden vuoksi he eivät selviä tavallisissa koululuokissa. Perusopetuslain mukaan erityisoppilaalle tulee laatia henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma (HOJKS) ja opetuksen järjestäjän tulee huolehtia erityisopetuksen yhteydessä annettavasta kuntoutuksesta sekä mainittuun opetukseen liittyvistä kehittämis-, ohjaus- ja tukitehtävistä.

Erityiskoulun oppilaan psykiatrinen hoitoketju on moniammatillisesti toimiva palveluverkostosto, joka muodostuu oppilaan aloittaessa koulunkäyntinsä erityiskoulussa tai peruskoulunkäynnin aikana ja jatkuu psykiatriseen sairaalahoitoon. Hoitoketjun verkostossa moniammatilliset toimijat tuovat tieteenalansa asiantuntemuksen verkoston käyttöön. Kun tutkimuksissa ja tarvittavan hoidon sekä tukitoimien suunnittelussa edetään oppilaan ja hänen perheensä näkökulmasta auttamisesta muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Terveystieteiden tutkimuksessa pitkään vallinnut asiantuntijalähtöisyyden arvostaminen on muuttumassa asiakasnäkökulmaa arvostavaksi, ja myös lapsen oman näkökulman huomioonottavaksi.

## 6 Psykiatrisen hoitoketjun tarve ja toiminta

Aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia hain valtakunnallisista ja kansainvälisistä tietokannoista (Medline, PsycINFO, CINAHL/englanninkielisenä) myös lääketieteellisen kirjaston tietokantojen asiantuntijan avustamana. Haku osoitti, että erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarvetta ja toimintaa on tutkittu vähän omana kokonaisuutena. Seuraavaksi tarkastelen yleisesti kouluikäisillä lapsilla ja nuorilla esiintyviä käytös- ja tunne-elämän häiriöitä, hoitoketjun tarvetta sekä moniammatillisen hoitoketjun toimintaa kirjallisuuteen perustuen.

### 6.1 Hoitoketjun tarve

Koululaisten ongelmat ja psykiatrisen hoidon tarve tulevat usein esille käytös- ja tunne-elämän häiriöinä ja saattavat olla yhteydessä oppilaan vaikeaan elämäntilanteeseen (Bussing *et al.* 1998, Almqvist *et al.* 1999, Ikäheimo 1999, Hartman *et al.* 1999). Länsimaissa koululaisilla esiintyy noin 15–22 %:lla psyykkisiä häiriöitä (Esser *et al.* 1990, Costello *et al.* 1996, Puura 1998, Almqvist *et al.* 1999, Ikäheimo 1999). Esimerkiksi Saksassa tehdyssä epidemiologisessa pitkittäistutkimuksessa tutkittiin koululaisia 8- ja 13-vuotiaina. Psykkisesti häiriintyneitä oppilaita oli molemmilla mittauskerroilla noin 16 % (Esser *et al.* 1990). Suomalaisissa tutkimuksissa 8–9-vuotiailla peruskoululaisilla esiintyi psyykkisiä häiriöitä 14–22 %:lla (Puura 1998, Almqvist *et al.* 1999, Ikäheimo 1999, Taanila *et al.* 2004). Opettajat raportoivat koululaisilla (7–12 vuotta) esiintyvän käytös ja tunne-elämän häiriöitä noin 14–16 % (Kumpulainen *et al.* 1994, Almqvist *et al.* 1999, Hackett *et al.* 1999, Xianchen *et al.* 2000).

Suomessa erityisopetuksessa olevia oppilaita oli lukuvuonna 1998–1999 noin 2 % väestöstä, yhteensä noin 104 000 oppilasta (Westerén 2002). Tilastokeskuksen selvityksen (Oppilaitostilastot 2005) mukaan syksyllä 2003 erityisopetukseen otettiin tai siirrettiin 36 800 oppilasta eli 6.2 % peruskoulun oppilaista. Vastaava osuus vuonna 1995 oli ollut 2.9 %. Kuitenkaan viime vuosina länsimaissa tehdyt epidemiologiset kyselylomakkeisiin perustuvat tutkimukset eivät ole osoittaneet koululaisten ongelmien selvää lisääntymistä (Verhulst *et al.* 1997, Achenbach *et al.* 2003, Sourander *et al.* 2004).

Psykiatrisen avun tarvetta esiintyy eniten (36–44 %) erityisopetuksessa olevilla oppilailta (Bussing *et al.* 1998, Pönkkö & Moring 2000). Erityiskouluissa opiskelee myös kehitysvammaisia oppilaita, joilla eri tutkimusten mukaan esiintyy psykiatrisia häiriöitä noin 34–65 % (Reiss 1990, Calzolari & Bertoldi 1994, Linna *et al.* 1999). Suurin osa kehitysvammaisista mielenterveyspalvelujen tarpeessa olevista asiakkaista jää kokonaan vaille asianmukaisia tutkimuksia ja hoitoja (Reiss 1990, Seppälä 1998, Chydenius *et al.* 1998). Yleensä normaalikouluista erityiskouluihin siirtyneet oppilaat ovat taustaltaan moniongelmaisia (Bussing *et al.* 1998) ja siten myös alttiimpia käytös- ja tunne-elämän häiriöille (Vornanen 2000). Erityiskouluun siirtyneet oppilaat tarvitsevat erityisasiantuntijoiden palveluja useammin kuin muiden koulujen oppilaat ja käyvät psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tutkimus- sekä hoitajaksoilla enemmän kuin muut lapset ja nuoret (Bussing *et al.* 1998, Pönkkö & Moring 2000).

Vaikeuksiensa vuoksi erityisoppilaat ovat myös syrjäytymisvaarassa olevia lapsia ja nuoria, joiden ongelmiin tulee nopeasti tarttua (Fergusson & Horwood 1998, Valtakunnallinen suunnitelma... 1998, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003). Kuntien velvollisuus on järjestää oppilaille tarvittava opetus sekä luoda ongelmien tutkimiseksi ja hoitamiseksi myös eettisen arvioinnin kestävä käytännöt (Robson 2001, Almqvist 2004, Leino-Kilpi 2003b). Kunnat voivat järjestää palvelut joko kansanterveystyönä tai sosiaalihuoltona. Kasvatus- ja perheneuvolaverkoston kehittymisen vuoksi aikaisemmin painopiste on ollut sosiaalihuollon puolella (Piha 2000).

Koko maan kattavassa kouluterveyskyselyssä (Karvonen *et al.* 2003) tutkittiin kuntien välisiä eroja lasten ja nuorten terveydessä ja terveystottumuksissa. Tulosten mukaan erot liittyivät lähinnä hyvän psykososiaalisen terveyden kehityksen edellytyksiin mm. asuinympäristön turvallisuuteen, mahdollisuuksiin saada osaavan aikuisen tukea tilanteissa, joissa nuoren mielenrauha on uhattuna, liiallisen psyykkisen kuorman välttämiseen sekä hyvin toimiviin sosiaalisiin suhteisiin. Tutkimuksessa havaittiin edellä mainittujen rakenteellisten ominaisuuksien mukaisia terveyden kuntaeroja esimerkiksi Oulun läänissä väsymyksen ja päänsäryn kokemisena. Nykyisin lasten ja nuorten ongelmat paikantuvat kuntatasolle, ja ne ovat usein laajemmin yhteydessä nuorten käyttäytymiseen vaikuttaviin sosiokulttuurisiin ja ympäristötekijöihin (Karvonen *et al.* 2003). Lasten ja nuorten ongelmat ovat myös monimutkaistuneet eivätkä pelkästään lääketieteellisin keinoin ratkaistavissa (Heikkinen *et al.* 2003).

Lasten ja nuorten hätä on todettu myös valtioneuvoston tasolla ja mielenterveysasetusta (1247/1990) muutettiin lisäämällä siihen uusi 2 a luku, Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut (Valtioneuvoston asetus 1282/2000). Sen mukaan erikoissairaanhoidossa on arvioitava lapsen tai nuoren hoidon tarpeellisuus ja kiireellisyys viimeistään kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoidon tai tähän verrattavaan toimintayksikköön, jollei erityisistä syistä muuta johdu. Tehdyn selvityksen perusteella tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä viimeistään kolmen kuukauden kuluessa, jolleivät lääketieteelliset, hoidolliset tai muut vastaavat seikat muuta edellytä. Maaliskuun alussa voimaan astui yleinen hoitotakuu (Valtioneuvoston asetus 1019/2004) ja myös nämä lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen saantia koskevat asiat on sisällytetty siihen (Erikoissairaanhoidolaki 31 § 2004/856).

## 6.2 Hoitoketjun toiminta

Lasten ja nuorten psykiatrisen hoitoketjun kokonaisuutta koskevia ulkomaisia tutkimuksia ei löytynyt kansainvälisistä tietokannoista. Hoitoketjun toimintaa voidaan tarkastella myös asiakkaan tutkimusten ja hoidon kokonaisjärjestelyinä, kuten aikaisemmin (luku 5.2.) on esitetty. Øvretveit (1993, 1996) on tutkinut ja kehittänyt potilaan hoidon ja hoivan kokonaisjärjestelyjä, ja hän on toiminut useita vuosia Englannissa terveydenhuoltojärjestelmän muutosprosesseissa asiantuntijana. Hän tarkoittaa hoidon ja hoivan kokonaisjärjestelyllä (*care management*) prosessia, jonka aikana asiakkaan hoitotarve arvioidaan sekä hänen hoitonsa ja hoivansa koordinoidaan. Palvelut suunnitellaan vastaamaan asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Lisäksi osana kokonaisjärjestelyä suunnitellaan tiedottaminen, arvioidaan toimintaa ja sen tarvetta, suunnitellaan ja järjestetään hoito ja hoiva sekä järjestetään seuranta ja loppuarviointi. Palvelujen toimivuuden kannalta tärkeää on hoitoketjun avainryhmien välinen yhteistyö, joka Øvretveitin mallissa tapahtuu toimintaan soveltuviin tiimeissä.

Hoitoketjun toiminta edellyttää osallistuvilta yksiköiltä tiivistä yhteistyötä ja huolellista suunnittelua sekä riittäviä resursseja toimintaan (Øvretveit 1993, Nuutinen *et al.* 1997, Laakso 1998). Hoidon ja hoivan vastuuhenkilöllä Øvretveit (1995b, 2000) tarkoittaa kokonaisjärjestelyistä vastaavaa henkilöä, joka koordinoi, ohjaa, valvoo ja johtaa tavoitteellista toimintaa. Oleellista on varmistaa potilaan hoidon ja toipumisen kannalta tarvittavien tietojen siirtyminen potilaan mukana seuraavaan hoitopaikkaan tai niitä tarvitseville (Øvretveit 1995b, Nikkilä & Mikkola 1998, Nuutinen *et al.* 1997, Erkolahti *et al.* 2000, Villejo 2001). Keskeinen kysymys on, kuka asiakkaan lisäksi seuraa palvelujen saantia ja potilaan toipumisen etenemistä (Øvretveit 1995a, Ruotsalaisen 2000). Palvelujen saantiin ja tiedonkulkuun liittyvät viiveet ja ongelmat saattavat tuottaa kärsimystä oppilaille ja hänen perheelleen sekä moninkertaistavat kustannuksia hoitoketjun eri vaiheissa (Øvretveit 1994, 1997, Bussing *et al.* 1998, Piha 2000).

Mielenterveysasetuksella on velvoitettu hoitoyksiköt Suomessa yhteistyöhön siten, että seuraavan vaiheen yksiköllä on käytettävissään lapsen tai nuoren jatkohoidon toteuttamisen kannalta kaikki tarpeelliset tiedot. Samoin kuntien tulee huolehtia siitä, että lasten ja nuorten mielenterveyshäiriöiden avohoidossa on käytettävissä tarpeelliset ja riittävät tukitoimet lasten kotona selviytymiseksi. Asetuksessa velvoitetaan myös sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntia sopimaan alueellisesta yhteistyöstä siten, että lasten ja nuorten mielenterveystyöstä muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. Terveyskeskusta ylläpitävän kunnan tai kuntayhtymän tulee järjestää vähintään kerran vuodessa yhteistyökokous, johon kutsutaan kunnan tai kuntayhtymän alueella lasten ja nuorten mielenterveystyötä tekevät tahot, myös yksityiset yhteisöt ja palvelujen tuottajat. Lääninhallituksen tulee lisäksi järjestää vuosittain lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen työnjaon kehittämiseksi alueelliset yhteistyökokoukset. (Valtioneuvoston asetus 1282/2000.)

Suomessa lasten ja nuorten psykiatrisen hoitoketjun toimintaa ovat kuitenkin jo pitkään haitanneet hajanainen rakenne, toimintojen koordinoimattomuus ja resurssipula (Piha 2000, Piha *et al.* 2000, Heikkinen *et al.* 2003, Pylkkänen 2004). Pihan (2004c) mukaan kahden sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian palvelujärjestelmän arviointiselvityksessä oli käynyt ilmi, että alle 7 % oli kiireellisiä käyntejä ja kiireellisten ensikäyntien osuus oli vain 2 %. Näin ollen lasten mielenterveyshäiriöiden tutkimus ja hoito perustuvat

pääasiassa ajanvarauksella tapahtuviin uusintakäynteihin, jolloin kiireellisesti apua tarvitsevat ensikertalaiset jonottavat tutkimuksiin ja hoitoon pääsyä. Lisäksi lasten erityis- ja peruspalvelut ovat vähentyneet neuvolasta nuorisotyöhön ja ainakaan vielä ei ole näköpiirissä merkittävää kehityssuuntaa niiden mahdolliseen ja uudelleenlaiseen kohdentamiseen (Bardyn *et al.* 2003). Resurssien puutteessa henkilöstö alkaa myös uupua ja hakeutua muualle.

Potilaita pyritään hoitamaan myös pitkään perusterveydenhuollossa, minkä vuoksi asianmukainen hoito saattaa viivästyä (Ikäheimo 1999, Piha 2000). Moniammatillisen hoitoketjun eri verkostojen rajapinnoilta puuttuu tarvittavaa yhteistyötä, jolloin asiakkaiden hoidon ja avun saannin kannalta tärkeä tieto etenee hitaasti tai avainhenkilöt eivät sitä saa (Huotari 1998, Piha 2000, Pönkkö *et al.* 2000, Arnkil *et al.* 2000, Saaren-Seppälä 2004). Erityisesti tarvittaisiin alueellisia kehittämishankkeita terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien rajapintaan (Pylkkänen 2004) saumattomien hoito- ja palvelukokonaisuuksien räätälöintiin (Kokkola *et al.* 2002).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin vastuualueella on tutkittu terveyskeskuslääkäreiden työtä neuvola- ja kouluikäisten lasten parissa (Heikkinen *et al.* 2003). Tutkimustulosten mukaan omalääkärit osallistuivat lasten mielenterveyttä edistävään toimintaan vähän aktiivisemmin kuin muut terveyskeskuslääkärit. Yleensä lääkäreiden toiminta lasten mielenterveysasioissa oli vähäistä ja ehkäisevässä terveydenhuollossa ongelmat liittyivät yleisesti resurssi- ja aikapulaan. Esimerkiksi kouluterveydenhuollossa yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa lääkärit tekivät melko vähän. Lasten ja nuorten mielenterveysongelmat ovat tämän ajan haaste ja toimintaan on valmiina hyvät verkostot, joten hoitoketjun toimintaan tulisi panostaa myös perusterveydenhuollossa. Resursseja tarvittaisiin lasten ja nuorten ongelmien ehkäisyyn, varhaiseen toteamiseen ja kuntoutukseen sekä erityistä huomiota tulisi kiinnittää hoidon integroimiseen lapsen arkeen ja jälkiseurantaan (Heikkinen *et al.* 2003).

Toisaalta Luoteis-Satakunnan alueella kehitetystä verkostoituneet perheneuvolapalvelut -mallista, on saatu hyviä tuloksia (Jaatinen *et al.* 2003). Kehitetyn mallin keskeisenä tavoitteena oli ollut varhainen puuttuminen. Toimintaa varten perustettiin helppariyhmä, jossa perustasolla työskentelivät psykologi, psykiatrian erikoissairaanhoitaja, kouluterveydenhoitaja, sosiaalityöntekijä ja toimintaan sitoutunut lääkäri. Tulosten mukaan psykiatrian erikoissairaanhoitajan rooli verkoston koordinoijana korostui. Kehittämisprosessin aikana kaikille osapuolille oli tullut selväksi se, että kouluikäisen psykososiaalisen tuen palveluketjua ei saada kuntoon ilman koulu yhteisön tiivistä mukanaoloa. Mallin etuna pidettiin asiakasnäkökulmaa ja kattavuutta. Lasten ja nuorten ympärille rakennettiin turvaverkko, jonka avulla voitiin havainnoida ja reagoida nopeasti tilanteisiin, jotka hoitamattomina olisivat johtaneet monimutkaisiin selvittelyihin ja hoitoihin. Lapsen kannalta merkittäväksi avuksi muodostui vaikeiden asioiden varhainen esille ottaminen ja tutun sekä luotettavan lähityöntekijän apu. Tässä verkostomaisessa toimintatavassa palvelujen kokonaishallinta ja koordinaatio lapsen ja nuoren näkökulmasta mahdollistui ja pirstaleisen palvelujärjestelmän ongelmia voitiin vähentää.

Saaren-Seppälä (2004) on tutkinut väitöskirjassaan terveydenhuollon vakiintuneita käytäntöjä ja toimijoiden suhteita organisaatorajat ylittävässä yhteistoiminnassa. Tutkimuskohteena oli hoitosopimus, joka luotiin HYKS:n Lasten ja nuorten sairaalan kehittämishankkeessa lapsipotilaan vanhempien, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyövälineeksi. Tutkimuksessa arvioitiin potilaan hoidon jatkuvuutta, toiminnan ver-

kottumista ja hoitoketjujen syntyä käytännöllisessä ja historiallisessa yhteydessään. Tulosten mukaan vastuu osoittautui epäselväksi ja toimijoiden käsitykset siitä olivat ristiriitaisia. Hoitosopimus yhteistoimintavälineenä yhdenmukaisti käsityksiä vastuusta, lisäsi tiedon välittymistä ja toi suhteisiin vastavuoroisuutta sekä uudenlaisia valtasuhteita.

Saaren-Seppälä (2004) on tutkimukseensa perustuen esittänyt laadullisen tyypittelyn, jossa hän kuvaa seuraavat neljä erilaista tapaa hallita potilaan hoitoa: 1) sairauden byrokraattinen hallinta verkostossa, 2) tauti-oirekohtainen käynnin hallinta omassa yksikössä, 3) sairauksien kokonaisuuden hallinta omassa organisaatiossa ja 4) sairauden yksilöllinen kokonaishallinta verkostossa (Kuvio 5). Kussakin tavassa toimijoiden suhteet ovat erilaisia ja toimijat tuottavat niillä erilaisen yhteistoiminnan kohteen. Tyypittelyä Saaren-Seppälä havainnollistaa vaaka- ja pystyulottuvuuksilla. Vaakaulottuvuudessa kyse on rutiinien varassa toimimisen ja tilanteiden harkinnan välisestä valinnasta, joilla tuotetaan hoidon jatkuvuutta. Pystyulottuvuudessa on kyse yhdessä organisaatiossa tai verkottuneesti toimimisen suhteesta. Ammatillisen toimijan valitessa hoitosopimuksen yhteistyövälineeksi toimijoiden välille oli mahdollista kehittyä henkilökohtaisuuteen perustuva suhde, jossa toimijat kykenivät identifioimaan potilaan hoitoverkoston toimijat. Hoitosopimuksen käyttö ei kuitenkaan välttämättä synnyttänyt kommunikaatioita hoitotahojen välille (Kuvio 5/kenttä 1). Tauti-oirekohtainen käynnin hallinta kuvaa toimintaa, jossa toimija oli keskittynyt vain omaan työsuoritukseensa ja oli suhteissa toisiin vakiintuneiden etukäteisjärjestelyjen välityksellä (kenttä 2). Sairauksien kokonaisuutta omassa organisaatiossa hallittaessa toimijat neuvottelivat suhteista oman organisaationsa sisällä tekojaan yhteen sovittaen, mutta muut organisaatiot jäivät kokonaisuuden ulkopuolelle (kenttä 3).



**Kuvio 5. Yhteistoiminnallisuuden mahdollisuudet ja toimijoiden suhteet (mukaien Saaren-Seppälä 2004).**

Pitkäkestoisissa suhteissa oli tyypillistä keskinäinen luottamus, tekojen vastavuoroisuus ilman välitöntä palkitsemista ja toisen toimintamahdollisuuksien lisääminen sekä yhteinen vastuu hoitojärjestelyistä. Pitkäkestoisuus tarkoittaa sitä, että potilaan hoitojärjestelyjä suunniteltiin seuraavaa vastaanottokäyntiä pidemmälle muut hoitosuhteet toisissa organisaatioissa huomioiden. Lisäksi toimijat sopivat potilaan hoidosta tietyksi ajaksi, yleensä vuodeksi kerrallaan (kenttä 4).

Saaren-Seppälän (2004) mukaan nykyisin yhteistoiminnassa ilmenevät ongelmat liittyivät yksittäisten potilaiden hoidon kokonaisuuden koordinointiin. Hoitosopimusta käytettäessä tiedon lähettämisen rutiinit muuttuivat ja tietojen valinta tehostui. Yhteisiä hoitokäytäntöjä syntyi ja kollegat neuvottelivat yliorganisatorisesti, vaikka potilaan lääketieteellinen hoito ei edellyttänyt akuuttia konsultointia. Henkilökohtaisen hoitovastuun rinnalle kehittyi kollektiivisen jaetun ja yhteisöllisen vastuun alue. Terveystieteiden yhteistoiminnan ongelmana saattoi olla yksilöllisen potilaan hoidon jatkuvuus ja toisaalta kokonaisten potilasryhmien hoitojärjestelyt, koska yhteisiä palveluketjuja on vaikea tuottaa, ellei toimijoille löydy organisaatorajat ylittäviä toimintamuotoja (Saaren-Seppälä 2004).

### **6.3 Yhteenvedo hoitoketjun tarpeesta ja toiminnasta**

Suomessa erityisopetusta tarvitsevien oppilaiden määrä on kasvanut ja erityiskoulujen oppilailla esiintyy lasten ja nuorten psykiatrisen hoitoketjun tarvetta enemmän kuin yleisopetuksessa olevilla oppilailla. Psykiatrasta apua tarvitsevien oppilaiden lisääntyneet ongelmat ovat myös monimutkaistuneet ja sidoksissa toisiinsa. Nykyisin ongelmat ovat kuntatasolla ja liittyvät sosiokulttuurisiin ympäristötekijöihin. Yksittäisen tieteenalan tai ammattiryhmän asiantuntijoiden valmiudet eivät enää riitä vastaamaan näihin haasteisiin ja moniammatillisen hoitoketjun asiantuntemusta tarvitaan enemmän kuin sen palveluja on mahdollista saada. Lisäksi lasten ja nuorten psykiatrisen hoitoketjun hajanainen rakenne, toimintojen koordinoimattomuus ja resurssipula vaikeuttavat toimintaa.

Kasuvat ongelmat on todettu myös valtiovallan tasolla ja ongelmia on pyritty hallitsemaan ajanmukaistamalla lainsäädäntöä ja suuntaamalla rahoitusta projektiluontoihin tutkimus-, selvitys- ja kehittämishankkeisiin. Erityisesti panostusta kaivattaisiin alueellisiin kehittämishankkeisiin sairaanhoitopiirien rajapintaan ja saumattomien hoitoketjujen rakentamiseen. Jo rutiineiksi käyneitä toimintoja pitää kyseenalaistaa ja etsiä sekä testata uusia potilaan hoidon kokonaishallintaa helpottavia ratkaisuja.

## 7 Tutkimusaineistojen kerääminen ja analyysi

Tutkittaessa palvelujen tarvetta ja hoitoketjun toimintaa keskeistä on saada tietoa tutkimuskohteesta. Arvioinnin tehtävät määrittävät sen, mistä tutkimusaineistoa kerätään, mitä menetelmiä aineiston keräämiseen käytetään ja millä metodeilla aineistoa analysoidaan (Robson 2001). Koska tutkimuksen päätehtäväksi muodostui tiedon saanti erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarpeesta ja toiminnasta, tutkijaryhmässä informanteiksi valittiin hoitoketjun verkostossa toimivat avainryhmät sekä hoidossa olleet oppilaat ja heidän vanhempansa. Taulukossa 3 on esitetty tutkimusprosessin vaiheet ja tavoitteet, aineistojen keruumenetelmät ja aineistot sekä analyysimetodit. Tutkimusprosessin eri vaiheissa tavoitteet olen tarkistanut taulukossa esitettyyn muotoon. Tavoitteet ohjasivat hyvin väljästi tutkimusprosessin kulkua ja tutkimustehtäviä tarkistin sen eri vaiheissa. Samoin tarkistin aineistojen keruumenetelmät ja ajankohdat sekä analyysimetodit.

Aineistonkeruu- ja analyysimenetelmät kytkevät tutkimuksen empiiriseen todellisuuteen (Raunio 1999). Triangulaatioksi kutsutaan kahden tai useamman teoreettisen lähtökohdan, aineiston, menetelmän tai tutkijan yhdistämistä samassa tutkimuksessa (Mitchell 1986, Denzin 1989, Cowman 1993). Denzin (1989) erottaa tutkimuksessa neljä erilaista triangulaation tapaa: aineistojen, teorian, metodien ja tutkijoiden triangulaatio. Tässä tutkimuksessa käytettiin aineisto-, metodi- ja tutkijatriangulaatioita. Tutkimuksen alkuvaiheessa valittiin informanteiksi kouluissa toimivat opettajat, koska he seuraavat oppilaitensa arkea päivittäin. He myös näkevät oppilaitaan monenlaisissa sosiaalisissa tilanteissa. Opettajat arvioivat lasten ja nuorten ongelmia ja avun tarvetta oppilaitensa kautta. Kun tutkimuksen kohteeksi täsmentyivät erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarve ja toiminta, ensisijaisina informantteina jatkoivat erityiskoulujen opettajat, jotka myös osallistuivat arviointisuunnitelman tekemiseen ja yhteyksien luontiin eri avainryhmiin sekä oppilaisiin ja heidän vanhempiinsa. Tutkimusmetodeina käytin monitahoarviointia ja sisällönanalyysiä.

Taulukko 3. Tutkimusprosessin vaiheet ja tavoitteet, aineistojen keruun menetelmät ja aineistot sekä analyysimetodit.

Tutkimusprosessin eteneminen	I vaihe	II vaihe	III vaihe	IV vaihe	V vaihe
Tavoitteet	1. Saada opettajilta tietoa perus- ja erityiskoulujen sekä lukioiden oppilaiden psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeesta, käytöstä ja toiminnasta	2. Saada opettajilta tietoa erityisoppilaiden käytös- ja mielenterveysongelmien esiintymistä koulun arjessa ja avun saannista oppilaalle	3. Saada erityisopettajilta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoilta tietoa erityisoppilaan psykiatrisen avun tarpeesta ja moniammatillisen hoitoketjun toiminnasta	4. Saada oppilailta itsestään ja heidän vanhempiltaan tietoa erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarpeesta ja toiminnasta	5. Saada monitahoisista lähteistä tietoa oppilaiden ja heidän vanhempiensa haastattelun tuloksista
Aineistojen keruumenetelmät	Kyselylomakkeella postin kautta – strukturoituja ja vapaamuotoisia kysymyksiä	Kyselylomakkeella postin kautta – vapaamuotoisia kysymyksiä	Arviointikäynnit kolmella erityiskoululla vuosina – etukäteen valmistellut käynnit: arviointiteemat ja alustus – teemojen ja alustusten täydentyneet aineistot – arviointitilanteiden videoaineisto	Oppilaiden ja heidän vanhempiensa haastattelut	Osatutkimusten julkaisut (I–IV)
Aineistot	Vastaajina koulun johtaja/rehtori ja opettajat yhdessä I kysely – Peruskoulut/n = 61 (78 %) – Lukio/n = 14 (70 %) – Erityiskoulut/n = 37 (97 %) Koulut/N=112 (82 %) II kysely – Peruskoulut/n = 52 (85 %) – Lukio/n = 13 (93 %) – Koulut/N = 65 (87 %)	Vastaajina koulun johtaja/rehtori ja opettajat yhdessä – Erityiskoulut/n = 37 (97 %)	Arviointiin osallistuneiden avainryhmien tuottamat ja arviointitilanteissa tuotetut ja arvioidut aineistot: I käynti: 3 erityiskoulun avainryhmää ja esh:n avainryhmä – Monitahoarviointiin osallistui yhteensä 19 avainryhmien jäsentä II käynti: 3 erityiskoulun, perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen avainryhmää ja esh:n avainryhmä – Monitahoarviointiin osallistui yhteensä 33 avainryhmien jäsentä	Haastatteluihin osallistuneet oppilaat (6) ja heidän vanhempansa (6): Yhteensä 12 haastattelua	Osatutkimusjulkaisujen (I–IV) tulokset
Analyysimetodit	Arviointi opettajien näkökulmasta: Määrällinen ja laadullinen sisällönanalyysi	Arviointi erityisopettajien näkökulmasta: Laadullinen sisällönanalyysi	Arviointi opettajien ja avainryhmien näkökulmasta ja yhteisestä näkökulmasta: Arviointiaineistojen laadullinen sisällönanalyysi	Arviointi oppilaiden ja heidän vanhempansa näkökulmista: Laadullinen sisällönanalyysi	Arviointi tutkijan näkökulmasta: Analyysi ja synteesi monitahoarviointin tuloksista

## 7.1 Aineistojen kerääminen

Tutkimusaineistojen keräämisen vaiheet ja ajankohdat on esitetty Taulukossa 4. Ensimmäisen ja toisen osatutkimuksen (I ja II artikkeli) aineistot kerättiin kyselylomakkeella. Kolmannen osatutkimuksen (III artikkeli) aineisto kerättiin avainryhmien tuottamista ja arvioimista kirjallisista aineistoista, joita tarkistin ja täydensin arviointitilanteista saadulla videoaineistolla. Neljännen osatutkimuksen (IV artikkeli) aineisto koostui erityisoppilaiden ja heidän vanhempiansa haastatteluista, jotka nauhoitin.

*Taulukko 4. Tutkimusaineistojen keräämisen ajankohdat, vaiheet ja artikkelit.*

1998	1999	2000	2001–2002
I kyselylomake *	I arviointikäynti	II kyselylomake *	III erikyiskoulun oppilaan (6) ja hänen vanhempansa (6) haastattelut ****
- Peruskoulut n = 61/14 881 (78 %)	- 3 erityiskoulun avainryhmää **	- Peruskoulut u/n = 52/12 887 (85 %)	(IV artikkeli)
- Lukiot n = 14/2775 (70 %)	- Erikoissairaanhoidon avainryhmä ***	- Lukiot u/n = 13/2757 (93 %)	
- Erityiskoulut n = 37/1276 (97 %)	- Arviointikeskusteluihin osallistuivat yhteensä 19 avainryhmien jäsentä (III artikkeli)	- U/N = 65/15 644 (87 %) (I artikkeli)	
- N = 112/18 532 (82 %) (I–II artikkelit)		II arviointikäynti	
		- 3 erityiskoulun avainryhmää **	
		- 3 perusterveydenhuollon avainryhmää	
		- 3 sosiaalitoimen avainryhmää	
		- Erikoissairaanhoidon avainryhmä ***	
		- Arviointikeskusteluihin osallistuivat yhteensä 33 avainryhmien jäsentä (III artikkeli)	

Molemmissa kyselyissä sama kyselylomake (opettajien näkökulma) \*

Molemmilla arviointikäynneillä samat koulut 1, 2 ja 3 (hoitoketjussa toimivien asiantuntijaryhmien näkökulma) \*\*

Molemmilla arviointikäynneillä sama erikoissairaanhoidon ryhmä \*\*\*

6 hoidossa ollutta oppilasta ja jokaisen se vanhempi, joka oli ollut enemmän lapsensa hoidossa mukana; oppilas-vanhempiparit = 12 haastateltavaa (asiakkaan/potilaan näkökulma) \*\*\*\*

(N = koulut/oppilaat, U = uusintakysely)

## 7.2 Aineistojen analysointi

Julkisten palvelujen monitahoista toimintaa on vaikea mitata pelkästään määrällisillä mittareilla ja erillisten yksiköiden arviointeja tulisi täydentää laajempien verkostojen arvioinneilla (Vuorela 1997). Tämän työn ensimmäisessä osatutkimuksessa (I artikkeli) käytin sisällönanalyysejä kvantitatiivisesti ja tutkimustuloksia kuvasin sekä frekvenssi- että prosenttijakaumina. Muissa osatutkimuksissa (II, III ja IV artikkeli) käytin laadullista lähestymistapaa ja etenin avainryhmien verkostojen toiminnan arvioinnista koko hoitoketjun verkoston toiminnan arviointiin. Näissä vaiheissa analysoin arviointiaineistot induktiivisella sisällönanalyyseillä. Toisessa osatutkimuksessa (II artikkeli) käytin tietokoneavusteista laa-

dullisen analyysin NUD\*IST 4-ohjelmaa (Richards & Richards 1994), joka on kehitetty laadullisten tutkimusaineistojen käsittelyyn. Monitahoarviointi- ja sisällönanalyysimethodien käytön olen esitellyt osatutkimuksina julkaistujen artikkelien yhteydessä.

Tieteellisten periaatteiden mukaisesti toteutettavan triangulaation tulee täyttää seuraavat ehdot: 1) tutkittava ilmiö kohdennetaan selkeästi, 2) valittujen menetelmien heikkouksien ja vahvuuksien tulee täydentää toisiaan, 3) valittujen menetelmien on määräytyttävä tutkittavan ilmiön luonteesta ja 4) koko tutkimuksen ajan on arvioitava, että kaikki kolme edellä mainittua ehtoa täyttyvät (Mitchell 1986, Cowman 1993). Kuviossa 3 on kuvattuna tutkittava ilmiö, erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarve ja toiminta, arvioinnin viitekehys ja luvussa 5 olen määritellyt sen keskeiset käsitteet. Aineisto- ja metoditriangulaatioilla tavoittelin syvällisemmän ja luotettavamman tiedon saantia tutkittavana olevasta ilmiöstä. Tutkimuksessa yhdistin sekä määrällisen että laadullisen tutkimusotteen ja etenin monitahoisesti arvioiden, jotta sain mahdollisimman laajan ja kattavan kuvan tutkittavasta ilmiöstä (Denzin 1989, Cowman 1993). Lisäksi tutkimuksen eri vaiheissa työstin artikkeleita monitieteellisessä tutkijaryhmässä.

## **8 Tulokset**

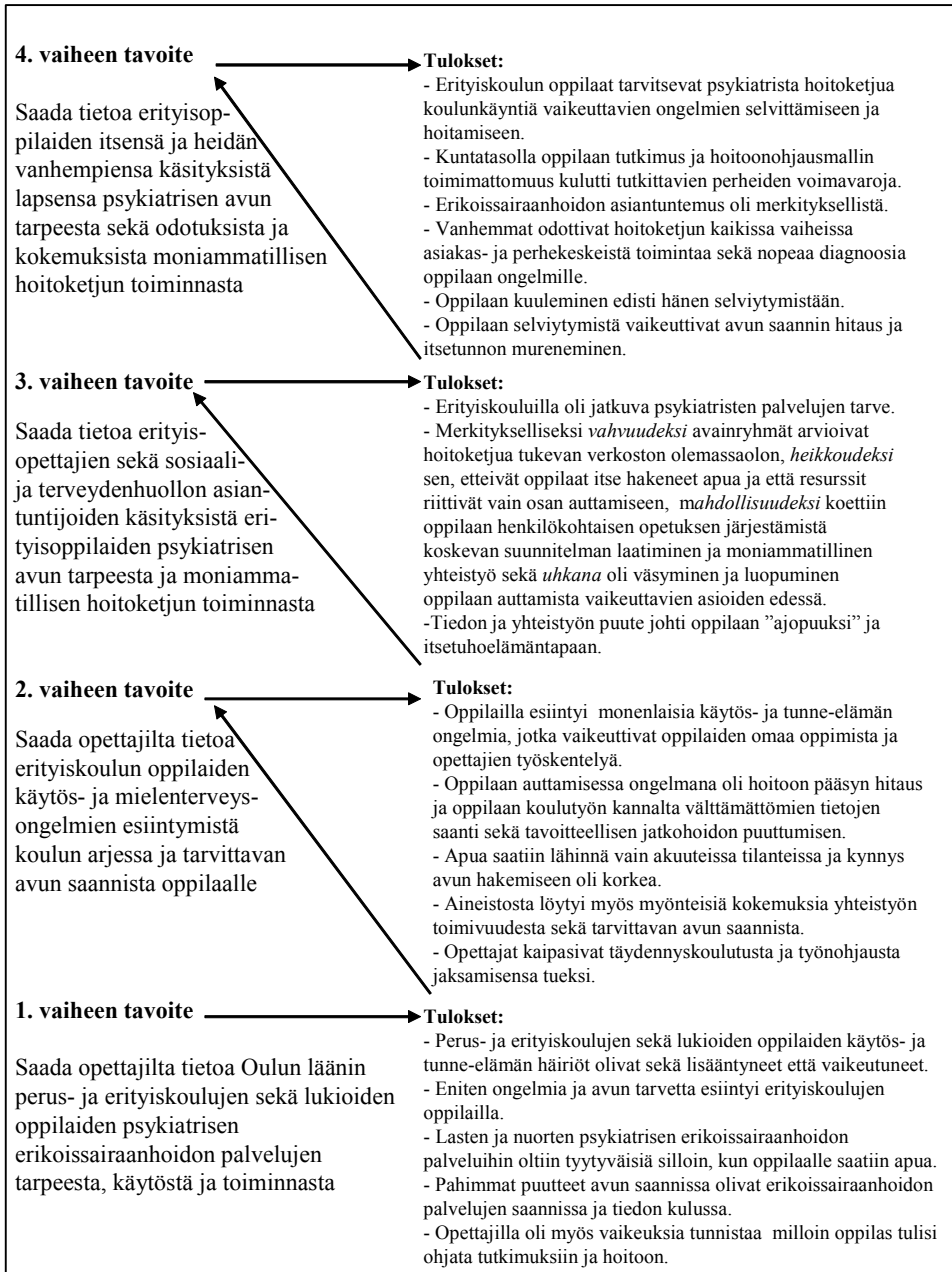
Tässä yhteenveto-osassa tiivistän I–IV osajulkaisujen tulokset. Samalla kuvaan sitä, miten tutkimusprosessin etenemisen eri vaiheet ohjasivat etsimään tietoa erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarpeesta ja toiminnasta. Yhteenveto tutkimusprosessin etenemisestä ja eri vaiheiden tuloksista on Kuviossa 6.

### **8.1 Lasten ja nuorten psykiatriset ongelmat – kasvava ongelma koulussa**

Ensimmäisen osajulkaisun tavoitteena oli saada opettajilta tietoa Oulun läänin perus- ja erityiskoulujen sekä lukioiden oppilaiden psykiatrisen erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeesta, käytöstä ja toiminnasta. Selvitykset tehtiin erityiskouluihin vuonna 1998 sekä peruskouluihin ja lukioihin vuosina 1998 ja 2000 samaa kyselylomaketta käyttäen (Taulukko 4). Kyselyihin vastanneet opettajat sekä kuvasivat että arvioivat oppilaittensa ongelmia sekä ongelmien määrässä ja laadussa tapahtuneita muutoksia. He kuvasivat ja arvioivat myös oppilaille tarvittavan avun etsimiseen ja saantiin liittyvää toimintaa.

Opettajien arvioiden mukaan oppilailla esiintyvät käytös- ja tunne-elämän häiriöt olivat sekä lisääntyneet että vaikeutuneet kaikilla kouluasteilla. Yläasteiden oppilailla ongelmia esiintyi eniten ja lukioiden oppilailla vähiten. Vuoden 1998 aineistossa eniten ongelmia esiintyi erityiskoulujen oppilailla. Ala- ja yläasteilta sekä erityiskouluilta opettajat ottivat ensimmäisenä yhteyttä yleensä vanhempiin, kun oppilaalla havaittiin oireita ja tutkimuksen tarvetta. Hoitoon ohjaamisen alussa opettajat käyttivät usein oppilashuoltoryhmän tukea. Lukioista opettajat olivat ensisijaisesti yhteydessä terveydenhoitajaan ja toiseksi eniten vanhempiin. Lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluihin oltiin tyytyväisiä silloin, kun oppilaalle saatiin apua. Pahimmat puutteet olivat erikoissairaanhoidon palvelujen saannissa ja tiedon kulussa. Opettajilla oli myös vaikeuksia tunnistaa, milloin oppilas tulisi ohjata tutkimuksiin ja hoitoihin. Siihen he toivoivat konsultatioluontoista apua, jonka jälkeen lasten ja nuorten ongelmiin perehtyneiden asiantuntijoiden toivottiin ottavan vastuuta oppilaille tarvittavan avun järjestämisestä.

Alustavassa selvityksessä saatujen tulosten pohjalta päätin jatkaa tutkimusta keskittymällä erityiskouluista saatuun aineistoon (Kuvio 6). Halusin tutkia tarkemmin erityisoppilaiden ongelmien esiintymistä koulun arjessa ja avun saantia oppilaille.



Kuvio 6. Yhteenveto tutkimusprosessin vaiheiden etenemisestä ja tuloksista.

## 8.2 Opettajat kaipaavat tavoitteellista yhteistyötä psykiatrian asiantuntijoiden kanssa

Toisen vaiheen (II osajulkaisu) tavoitteena oli saada opettajilta tietoa erityiskoulun oppilaiden käytös- ja mielenterveysongelmien esiintymisestä koulun arjessa ja tarvittavan avun saannista oppilaille. Lisäksi selvitin sitä, miten erityisopettajat olivat saaneet koulutusta ja työnohjausta oppilaan selviytymisen tukemiseen sekä kysyin opettajien toivomuksia oppilaille tarvittavien psykiatristen palvelujen kehittämistä. Aineisto oli kerätty Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 1998 psykiatrista sairaanhoitoa kartoittavan selvitysprojektin yhteydessä (Taulukko 4).

Taulukossa 5 on esitetty tutkimuksessa mukana olleet erityiskoulut (37) ja oppilaiden lukumäärä (1276) opetusohjelmittain (HOJKS).

*Taulukko 5. Tutkimuksessa mukana olevat erityiskoulut ja oppilaiden lukumäärä opetusohjelmittain (HOJKS) vuonna 1998.*

Koulut	n	(Oppilait) (n)	HOJKS (oppilaiden määrä)					
			EHA	EMU	ESY	EHA/ EMU	EMU/ ESY	EHA/ EMU/ ESY
Erityiskoulut	20	(724)		7 (317)	2 (93)	6 (148)	3 (62)	2 (104)
Erityiskoulut normaalin peruskoulun yhteydessä	10	(244)		5 (131)		2 (71)	2 (23)	1 (19)
Harjaantumiskoulut	4	(156)	3 (49)			1 (107)		
Kuulovammaisten koulu	1	(57)				1 (57)		
Fyysisesti vammautuneiden koulu	1	(50)				1 (50)		
Sairaalakoulu	1	(45)					1 (45)	
<b>Yhteensä</b>	<b>37</b>	<b>(1276)</b>	<b>3 (49)</b>	<b>12 (448)</b>	<b>2 (93)</b>	<b>11 (433)</b>	<b>6 (130)</b>	<b>3 (123)</b>

HOJKS = Henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma

EHA = Kehitysvammaisille tarkoitettu harjautusohjelma

EMU = Heikkolahjaisille tarkoitettu mukautettu ohjelma

ESY = Sopeutumattomille ja käytöshäiriöistä kärsiville tarkoitettu ohjelma

Tulosten mukaan erityiskoulujen oppilaille esiintyi monenlaisia käytös- ja tunne-elämän ongelmia, jotka vaikeuttivat oppilaiden omaa oppimista ja opettajien opettamista. Opettajien arviointien mukaan oppilaan auttamisessa vaikeimpia ongelmia olivat erikoissairaanhoidon tutkimuksiin ja hoitoon pääsyn hitaus, oppilaan koulutyön kannalta välttämättömiin tietojen saanti ja tavoitteellisen jatkohoidon puuttuminen. Kaikkien koulujen työyhteisössä ei ollut luotettavaa verkostoa oppilaiden auttamiseksi ja opettajan työn tueksi. Opettajien kokemusten mukaan apua saadaan lähinnä vain akuuteissa tilanteissa ja kynnys avun hakemiseen oli korkea. Tutkimusaineistosta löytyi myös myönteisiä kokemuksia yhteistyön toimivuudesta sekä tarvittavan avun saannista. Koulutusta ja työnohjausta pidettiin merkityksellisinä tukitoiminä opettajien jaksamisessa. Kuitenkin noin kolmasosalla koulujen opettajista puuttui mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen. Työnohjausta oli järjestetty vain vajaalla puolella kouluista. Tulevaisuudessa lasten ja nuorten psykiatristen palvelujen toivottiin kehittyvän tavoitteellisen ja moniammatillisen yhteistyön suuntaan.

Saatujen tulosten mukaan päätin jatkaa tutkimusta kolmella erityiskoululla. Halusin tutkia ja arvioida tarkemmin psykiatrisia palveluja tarvitsevien erityisoppilaiden avun tarpeita ja moniammatillisen hoitoketjun toimintaa verkostossa toimivien avainryhmien näkökulmasta (Kuvio 6).

### **8.3 Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun monitahoarviointi: asiantuntijanäkökulma**

Kolmannen osatutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa erityisopettajien sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden käsityksistä erityisoppilaiden psykiatrisen avun tarpeesta ja moniammatillisen hoitoketjun toiminnasta. Tutkimusaineistona käytin avainryhmien tuottamia sekä arviointitilanteissa tuotettuja kirjallisia ja videoituja aineistoja.

Tutkimustulosten mukaan erityiskouluilla oli jatkuva psykiatristen palvelujen tarve. Lisäksi oppilaat tarvitsivat monenlaisia muita psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja vahvistavia tukipalveluja, kuten esimerkiksi puheterapeutin, fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja psykologin palveluja. Merkitykselliseksi *vahvuudeksi* avainryhmät arvioivat hoitoketjua tukevan verkoston olemassaolon ja *heikkoudeksi* sen, etteivät oppilaat itse hakeneet apua ja että resurssit riittivät vain osan auttamiseen. *Mahdollisuudeksi* koettiin oppilaan henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskevan suunnitelman laatiminen ja moniammatillinen yhteistyö. *Uhkana* oli väsyminen ja luopuminen oppilaan auttamista vaikeuttavien asioiden edessä. Tiedon ja yhteistyön puute johti oppilaan ikään kuin ajo-puuksi ja itsetuhoiseen elämäntapaan.

Saatujen tulosten pohjalta halusin tutkimukseen vielä palveluja tarvinneen ja käyttäneen asiakkaan oman näkökulman. Tavoitteena oli saada tietoa erityisoppilaiden itsensä ja heidän vanhempiansa käsityksistä lapsensa psykiatrisen avun tarpeesta sekä odotuksista ja kokemuksista moniammatillisen hoitoketjun toiminnasta.

### **8.4 Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketju: asiakkaan näkökulma**

Tutkimustehtävänä oli saada tietoa erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarpeesta ja toiminnasta hoidossa olleiden oppilaiden itsensä ja heidän vanhempiansa näkökulmasta: Miksi hoitoketjua tarvittiin, ja minkälaisia odotuksia sekä kokemuksia asiakkailla oli avun saannista ja selviytymisestä? Tutkimuksen aineiston keräsin haastattelemalla hoitoketjun kaikissa vaiheissa mukana olleita erityisoppilaita ja heidän vanhempiaan.

Tulosten mukaan oppilaat tarvitsivat psykiatrista hoitoketjua koulunkäyntiä vaikeuttavien ongelmien selvittämiseen ja hoitamiseen. Kuntatasolla hoitoonohjauksellisen toimimattomuus kulutti tutkittavien perheiden voimavaroja. Kukaan oppilaista ei halunnut lähteä hoitoon, vaan heidät täytyi viedä. Vanhemmat odottivat hoitoketjun kaikissa vaiheissa asiakas- ja perhekeskeistä toimintaa sekä nopeasti ”nimeä” tai diagnoosia lapsensa ongelmille. Oppilaan selviytymistä vaikeuttivat itsetunnon mureneminen sekä avun saannin hitaus. Erikoissairaanhoidon tutkimuksiin ja hoitoon pääsyn kuitenkin kaikki kokivat

merkityksellisimpänä asiana, mikä aloitti usein myös toipumisprosessin. Vanhempien näkemykset olivat samansuuntaisia kuin oppilailla. Nuoren ja hänen perheensä selviytyminen normaaliin elämään vaati asiakkaan kuulemista, asiakas- ja perhekeskeistä toimintaa sekä kipeille asioille ymmärrystä ja aikaa (Kuvio 6).

## 8.5 Yhteenvedo tuloksista

Tässä tutkimuksessa tutkittiin Oulun läänissä kouluikäisten lasten ja nuorten psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarvetta, käyttöä ja toimivuutta. Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarvetta ja toimintaa tutkittiin ja arvioitiin monitahoisesti reflektoiden ja vertaillen normatiivista ja kokemuseräistä tietoa siitä, miten pitäisi olla ja miten on (ks. Kuvio 3). Lasten ja nuorten psykiatrisen hoitoketjun puitteet olivat olemassa ja toiminta on teoriassa turvattu lakien ja asetusten avulla sekä niiden taustalla olevien suositusten ja sopimusten pohjalta. Erityiskouluilla oli jatkuva psykiatristen palvelujen tarve. Tulokset osoittivat myös, että osaamista ja halua toimia lasten ja nuorten hyväksi on paljon olemassa. Hoitoketjun koordinoimattomuus ja tiedon kulkuun liittyvät ongelmat kuluttivat sekä apua tarvitsevan asiakkaan että hoitoketjun eri vaiheissa työtään tekevien avainryhmien voimavaroja. Erityisoppilaan henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma on tarkoitettu työvälineeksi, jonka tekemisestä ja ajantasaistamisesta vastaa opettaja. Suunnitelma sisältää osioita, joihin opettaja tarvitsee tietoja oppilaan hoitoketjussa toimivilta asiantuntijoilta. Nämä asiantuntijat ja opettaja ovat kaikki vaitiolovelvollisia, joten luottamukselliselle yhteistoiminnalle on luotu myös eettiset ja viralliset työskentelytavat.

Yhteenvedona tuloksista esitän opettajien ja hoitoketjun verkostossa toimivien asiantuntijoiden sekä apua etsivän asiakkaan näkökulmat (Taulukko 6). Opettajien näkökulmasta peruskouluissa ja lukioissa oppilaiden käytös- ja tunne-elämän häiriöt olivat sekä lisääntyneet että vaikeutuneet ja hoitoon pääsyssä sekä tiedon kulussa oli ongelmia. Erityiskoulujen oppilailla ongelmia ja avun tarvetta esiintyi eniten. Koulun arjessa ongelmat häiritsivät ja vaikeuttivat jatkuvasti oppilaiden omaa oppimista ja opettajien koulutyötä. Kynnys avun hakemiseen opettajilla oli korkea. Lisäksi apua ongelmien tutkimiseen ja hoitamiseen saatiin hitaasti. Tutkimustulosten mukaan opettajat tekevät usein yksin työtä vaikeutuneissa luokkatilanteissa levottomien oppilaitten kanssa, vaikka oppilaiden kunto saattoi erityiskoulussa vastata sairaalakoululaisten tasoa. Merkityksellisinä kokemuksina opettajat toivat esille omalta kouluyhteisöltään saadun tuen, vastavuoroisen yhteistoiminnan sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisten asiantuntijoiden kanssa sekä sen, kun oppilaalle saatiin apua.

Hoitoketjun avainryhmien näkemyksen mukaan apua tarvitsevat erityisoppilaat ohjautuivat tutkimuksiin sekä hoitoon lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoketjuun, kuten muutkin kouluikäiset lapset ja nuoret (Kuvio 1). Erityiskouluilla oli jatkuva tarve saada lasten ja nuorten psykiatrian erityispalveluja, mutta suoraa yhteyttä erikoissairaanhoidon kouluille ei ollut järjestynyt. Lisäksi oppilaiden arvioitiin tarvitsevan myös monia muita psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja tukevia asiantuntija- ja tukipalveluja, kuten esimerkiksi puheopetusta, fysio- ja toimintaterapiaa sekä neurologisia palveluja. Merkityksellisenä vahvuutena koettu hoitoketjun verkoston olemassaolo mahdollisti sen, että aina joku oppilaista sai tarvitsemaansa apua ja tukea. Oppilaat eivät kuitenkaan kyenneet itse hake-

maan apua, koska he eivät ymmärtäneet, mistä oli kysymys. Kouluilla sekä yleis- että erityisopetuksen piirissä tuettiin oppilaita opettajien voimavarojen mukaan. Opettajat auttoivat myös oppilaitaan varsinaisen opetustyönsä ohessa ja tukivat heidän perheitään tehden samalla yhteistyötä kouluterveydenhuollon ja sosiaalitoimen asiantuntijoiden kanssa.

*Taulukko 6. Monitahonäkökulma erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarpeesta ja toiminnasta.*

Monitahonäkökulmat	Yhteenvedo monitahoarvioinnin tuloksista
Opettajien näkökulma	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oulun läänin peruskouluissa ja lukioissa oppilaiden käytös- ja tunne-elämän häiriöt olivat sekä lisääntyneet että vaikeutuneet vuosina 1998 - 2000.</li> <li>2. Kynnys avun hakemiseen oli korkea ja apua ongelmien tutkimiseen saatiin hitaasti ja lähinnä vain akuuteissa tilanteissa.</li> <li>3. Erityiskoulujen oppilailla esiintyi eniten ongelmia ja avun tarvetta, mikä häiritsi ja vaikeutti oppilaiden omaa oppimista ja opettajien koulutyötä.</li> <li>4. Vaikeimpina ongelmina olivat hoitoon pääsy ja oppilaan koulutyön kannalta välttämättömien tietojen saanti sekä tavoitteellisen jatkohoidon puuttuminen.</li> <li>5. Merkityksellisinä kokemuksina tulivat esille vastavuoroinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa sekä avun saanti oppilaalle.</li> </ol>
Hoitoketjun verkostossa toimivien asiantuntijoiden näkökulma	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Erityiskouluilla oli jatkuva psykiatristen palvelujen tarve ja lisäksi oppilaat tarvitsivat monia muita psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja tukevia asiantuntijapalveluja.</li> <li>7. Merkityksellisenä vahvuutena koettiin hoitoketjun verkoston olemassaolo.</li> <li>8. Heikkoutena pidettiin sitä, että oppilaat itse eivät kyenneet hakemaan apua ja asiantuntijoiden resurssit riittivät vain osan auttamiseen.</li> <li>9. Mahdollisuudeksi arvioitiin oppilaan henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma ja sen luomissa puitteissa tarvittava moniammatillinen ja vastavuoroinen yhteistyö sekä yhteinen koulutus ja työnohjaus.</li> <li>10. Uhkana koettiin sekä opettajien, että hoitoketjun verkostossa toimivien asiantuntijoiden väsyminen ja luopuminen auttamista vaikeuttavien asioiden edessä.</li> <li>11. Tiedon ja yhteistyön puuttuminen johti apua tarvitsevan oppilaan ”ajopuuksi” ja itsetuhoiseen elämäntapaan.</li> </ol>
Hoitoketjun verkostossa apua etsivän asiakkaan näkökulma	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Erityiskoulun oppilaat tarvitsivat psykiatrista hoitoketjua koulunkäyntiä vaikeuttavien käytös- ja tunne-elämän häiriöiden ja ongelmien selvittämiseen ja hoitamiseen.</li> <li>13. Kuntatasolla oppilaan hoitoonohjausmallin puutteet kuluttivat tutkittavien perheiden voimavaroja.</li> <li>14. Asiakkaat odottivat hoitoketjun kaikissa vaiheissa asiakas- ja perhekeskeistä toimintaa sekä nopeaa diagnoosia oppilaan ongelmille.</li> <li>15. Oppilaan selviytymistä vaikeuttivat avun saannin hitaus ja itsetunnon mureneminen.</li> <li>16. Nuoren ja hänen perheensä selviytyminen normaaliin elämään vaati asiakkaan kuulemistä ja kipeille asioille ymmärrystä ja aikaa.</li> </ol>

Oppilaan henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskevan suunnitelman tekemistä ja ajantasaistamista vaikeuttivat erikoissairaanhoidon asiantuntemuksen saannissa ja tiedon kulussa olevat viiveet ja ongelmat. Hoitoketjun avainryhmien väsyminen ja luopuminen oppilaan auttamista vaikeuttavien asioiden edessä oli jo enemmän kuin uhka, koska asiantuntijatkin kokivat ajoittain toimivansa voimavarojensa ääri rajoilla. Oppilaan ”ajopuuksi” leimautumisesta tunnettu syällisyys kulutti myös avainryhmien voimavaroja. Hoitoketjun avainryhmille toivottiin yhteistä koulutusta ja työnohjausta. Lastenpsykiat-

rian klinikan koordinoimaa etäpoliklinikkaa pidettiin erittäin tärkeänä toimintana, koska silloin saatiin erikoissairaanhoidon asiantuntemusta kuntaan paikanpäälle. Lasten ja nuorisopsykiatriassa panostettiin myös telelääketieteeseen ja kunnissa laitteita oli hankittu, mutta niitä ei osattu vielä käyttää.

Erityiskoulun oppilaat tarvitsivat apua koulunkäyntiä ja normaalia perhe-elämää vaikeuttavien ongelmien selvittämiseen ja hoitamiseen. Kuntatasolla oppilaan hoitoonohjausmalli ei vastannut asiakkaiden tarpeisiin, koska apua saatiin hitaasti. Jos oppilaalle ei saatu tarvittavaa apua erikoissairaanhoidosta, ongelmat jäivät perheen vastuulle. Asiakkaat odottivat hoitoketjun kaikissa vaiheissa, että heitä kuunnellaan ja auttamista suunnitellaan yksilöllisesti perheen lähtökohdista. Oppilaiden selviytymistä vaikeuttivat turvatomuuden tunteet, nuoren näkökulman kuulemattomuus, diagnoosin ja avun saannin hitaus sekä itsetunnon mureneminen. Nuoren ja hänen perheensä selviytyminen normaaliin elämään vaati asiakkaan kuulemista, perhekeskeistä toimintaa sekä kipeille asioille ymmärrystä ja aikaa.

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa hoitoketjun verkoston avainryhmien välille kaivattiin entistä tiiviimpää vastavuoroista yhteistyötä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoihin yhteyshenkilöitä, joihin saataisiin nopeasti yhteys (vrt. Kuvio 2).

Yhteenvetona tutkimustuloksista esitän erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun mallin julkisessa terveydenhuollossa (Kuvio 7). Mallin lähtökohtana on, että erityisoppilas saa tarvittavat palvelut lasten ja nuorten psykiatrisen hoitoketjun verkostossa. Toiminta perustuu oppilaan ja hänen perheensä avun tarpeeseen ja etenee mahdollisesta yleisopetuksesta erityisopetukseen sekä oman kunnan tarjoamista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista erikoissairaanhoidon tutkimuksiin tai hoitoon ja päinvastoin. Tärkeintä on yhdessä oppilaan ja hänen perheensä kanssa selvittää, mistä on kysymys ja etsiä selviytymiskeinot. Keskeistä on asiakkaan ja perheen näkökulma sekä moniammatillinen ja vastavuoroinen yhteistoiminta hoitoketjun kaikissa vaiheissa. Toiminnassa tukeudutaan oppilaan henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskevaan suunnitelmaan (HOJKS), erityistason tutkimusten ja hoidon jälkeen tarvittavien yhteyshenkilöiden nimeämiseen sekä tavoitteellisen jatkohoidon järjestämiseen. Erityisoppilaan hoitoketjun painopiste on kuntatasolla sosiaali- ja/tai perusterveydenhuollossa riippuen perheen mahdollisuuksista ja resursseista ottaa vastuu oppilaan tilanteesta. Hoitoketjun verkostossa erikoissairaanhoidon asiantuntemuksen käyttöä tulee aikaistaa esimerkiksi panostamalla etäpoliklinikkatoiminnan ja telelääketieteen kehittämiseen, jotta lasten ja nuorten psykiatrian erityisasiantuntemusta vaativat tutkimukset ja mahdollinen diagnoosi saadaan ajoissa. Malli tulee testata vielä käytännön toiminnassa, jolloin saataisiin tietoa sen toimivuudesta.



## 9 Pohdinta

Seuraavaksi tarkastelen tutkimuksessa saatuja tuloksia, tutkimuksen luotettavuutta ja hyödynnettävyyttä sekä tutkijan etiikkaa.

### 9.1 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa arvioijina toimivat lasten ja nuorten psykiatrista hoitoketjua tarvitsevat erityisoppilaat ja heidän vanhempansa sekä hoitoketjun eri vaiheissa työtään tekevät avainryhmien jäsenet. Opettajat arvioivat oppilailla esiintyvien ongelmien lisääntyneen kaikilla luokka-asteilla noin prosentilla vuodesta 1998 vuoteen 2000. Ongelmat olivat myös vaikeutuneet ja sidoksissa toisiinsa. Opettajat olivat arvioineet huomattavan varovaisesti oppilailla esiintyviä ongelmia (alle 10 %), koska länsimaissa tehdyissä tutkimuksissa koululaisilla on todettu esiintyvän psyykkisiä häiriöitä noin 15–22 %:lla (Esser *et al.* 1990, Costello 1996, Puura 1998, Almqvist *et al.* 1999, Ikäheimo 1999). Viime vuosina tehtyjen epidemiologisten kyselytutkimusten mukaan koululaisten ongelmien ei ole todettu merkittävästi lisääntyneen (Verhulst *et al.* 1997, Achenbach *et al.* 2003, Sourander *et al.* 2004). Sourander *et al.* (2004) tutkimuksessa lapset itse olivat kuitenkin raportoineet depressiivisten oireiden lisääntyneen ja lasten mielenterveyspalveluja oli käytetty enemmän vuonna 1999 (5 %) kuin vuonna 1989 (2 %). Koko maan kattavassa kouluterveyskyselyssä (Karvonen *et al.* 2003), psykososiaalisten ongelmien huomattiin olevan kuntakohtaisia sekä sidoksissa nuorten käyttäytymiseen vaikuttaviin sosiokulttuurisiin ympäristötekijöihin, kuten kasvuympäristön tarjoamiin terveen elämän mahdollisuuksiin.

Tulosten mukaan erityiskoulujen oppilailla esiintyi eniten käytös- ja mielenterveysongelmia. Nämä ongelmat häiritsivät ja vaikeuttivat oppilaiden omaa oppimista ja opettajien koulutyötä. Moniammatillisen hoitoketjun asiantuntemusta olisi tarvittu nopeasti ja enemmän kuin sen palveluja oli mahdollista saada. Heikkinen *et al.* (2003) ovat todenneet, että lasten ja nuorten monimutkaistuneita ongelmia on vaikea ratkaista pelkästään lääketieteellisin keinoin. Tämän tutkimuksen mukaan vaikeimpana ongelmana koettiin erikoissairaanhoidon tutkimuksiin ja hoitoon pääsy, mikä vaikeutti apua tarvitsevan oppilaan ja hänen perheensä tilannetta ja kaikkien hoitoketjussa työskentelevien muidenkin asiantun-

tijoiden työtä. Kynnys avun hakemiseen oli korkea, koska kaikilla kouluilla ei ollut toimivaa oppilashuoltoryhmää opettajan tukena. Oppilaan tilanteen selvittäminen aloitettiin yleensä yhteydenotolla vanhempiin. Opettajat eivät etukäteen voineet tietää, mitä oppilaan kotona oli vastassa. Vanhempien oli myös vaikea kohdata lapsensa ongelmat, mikä kulutti sekä opettajien että vanhempien voimavaroja jo alkuvaiheessa. Opettajilla oli suuri kiusaus odottaa, että oppilas siirtyy seuraavan opettajan luokkaan. Jaatisen *et al.* (2003) tutkimuksessa todettiin myös, että kuntatasolla yksityöskentelyn malli estää työntekijöitä ottamasta esille lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä ongelmatilanteita jo varhaisessa vaiheessa, koska yksittäisen työntekijän oma tietotaito ei siihen yksin riitä.

Mielenkiintoista oli huomata, että erityisoppilaan hoitoketjun verkostossa toimivat eri avainryhmien asiantuntijat olivat erittäin kiinnostuneita arvioimaan ja kehittämään omaa toimintaansa. Yhteisissä arviointitilanteissa huomattiin, miten vähän avainryhmien jäsenet tunsivat toistensa arkea ja kuinka tärkeä siihen olisi tutustua. Hoitoketjun avainryhmien jäsenet löysivät myös yhteiset vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat oppilaille tarvittavan avun saannissa ja hoitoketjun verkoston toiminnan kehittämisessä. Hoitoketjun olemassaolo arvioitiin merkitykselliseksi vahvuudeksi. Samoin se, että aina joku oppilaista sai tarvittavaa apua, mikä osoitti myös hoitoketjun tarpeen ja asiantuntijoiden osaamisen. Oppilaan kyky hakeutua itse hoitoon koettiin heikkoutena samoin kuin resurssien riittäminen vain osan auttamiseen. Nämä kokemukset vahvistuivat myös hoidossa olleiden oppilaiden ja heidän vanhempiensa näkökulmasta arvioituna. Nuoren kuuleminen oli askel hädän havaitsemiseen, ja hänen luottamuksensa saanti oli viesti asiantuntijoille nuoren selviytymisen tunteesta ja halusta olla ”normaalimpi”. Avun saantia vaikeuttivat usein myös tiedon kulun heikkoudet. Salassapitosäädöksiä tunnettiin huonosti ja vaikeissa tilanteissa asiantuntijat vetäytyivät vaitiolovelvollisuuden taakse. Pohjolainen (2004) painottaakin, että työntekijöiden vaitiolovelvollisuus ei saisi nousta yhteistyön esteeksi silloin, kun yhteisenä tavoitteena on asiakkaan etu.

Mahdollisuudeksi arvioitu oppilaan HOJKS ja sen luomissa puitteissa tarvittava moniammatillinen ja vastavuoroinen yhteistyö oli haasteellinen kehittämiskohde. Perusopetuslain (1998) mukaan Suomessa jokaiselle erityisoppilaalle tulee laatia henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma. Laki velvoittaa myös opetuksen järjestäjän huolehtimaan erityisopetuksen yhteydessä annettavasta kuntoutuksesta sekä mainittuun opetukseen liittyvistä kehittämis-, ohjaus- ja tukitehtävistä. Esittämäni erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun mallin (Kuvio 7) mukaan toimittaessa oppilaan tilanteen tutkimisen ja hoitamisen kokonaisuuden koordinoitiin kaivattua tavoitteellista toimintaa ja tiedon kulkua voitaisiin hallita ainakin koulussa. Esimerkiksi Jaatisen *et al.* (2003) tutkimuksessa kehittämisprosessin aikana kaikille osapuolille oli tullut selväksi, että kouluikäisten psykososiaalisen tuen palveluketjua ei saada aikaiseksi ilman koulu yhteistyön tiivistä mukanaoloa.

Uhkaksi arvioitu yhteistyön puute johti hoitoketjun verkostossa työtään tekevien opettajien ja muiden asiantuntijoiden väsymiseen ja luopumiseen auttamista vaikeuttavien asioiden edessä. Seuraukset saattoivat jättää apua tarvitsevan oppilaan ajelehtimaan hoitoketjun eri vaiheisiin ja vähitellen itsetuhoiseen elämäntapaan. Ovatko nämä lapset ja nuoret juuri niitä Pihan (2004c) mainitsemia asiakkaita ja/tai potilaita, joita myöhemmin lasten ja nuorten psykiatrian järjestelmä hoitaa toistuvasti ajanvarauksilla tapahtuneilla uusintakäynneillä? Tutkimustulosten mukaan erityisoppilaan hoitoketjun koordinoinnissa oli puutteita. Tutkimusjakson päättyessä varattiin yleensä uusi aika, mutta nuoren jatko-

hoitoon tai kuntoutumiseen tarvittavia edellytyksiä ei varmistettu avohuollosta. Wahlbeckin (2004) mielestä myös sosiaali- ja terveydenhuollon sekä oppilashuollon piirissä hajallaan olevia lasten ja nuorten mielenterveyspalveluja täytyy koordinoida, jotta nykyisiä voimavaroja voitaisiin käyttää parhaalla mahdollisella tavalla.

Tässä tutkimuksessa arvioitiin, että asiantuntijoiden tulisi mahdollisimman aikaisessa vaiheessa puuttua oireilevan lapsen vaikeaan elämäntilanteeseen. Epävarmoissa tilanteissa esitettiin käytettäväksi osittaista huostaanottoa, jolloin vanhemmille annettaisiin tilaisuus vielä korjata tilanne. Oulun läänin peruspalveluiden arviointiraportin (2005) mukaan lasten huostaanotot lisääntyivät vuonna 2004, mikä osoittaa yhteiskunnan puuttumista vaikeissa olosuhteissa elävien lasten ja nuorten ongelmiin. Huostaanotto on aina vaikea kokemus kaikille osapuolille, mutta voi mahdollistaa lapselle tai nuorelle paremman elämän.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen saantiin ja toimivuuteen liittyviä velvoitteita on täydennetty ja vastuuta selkiytetty vuoden 2001 alussa voimaan tulleella asetuksella. Vaikeinta näyttää kuitenkin olevan se, miten velvoitteet ja vastuu saadaan näkymään käytännön toiminnassa. Miten osataan kohdentaa voimavarat juuri sinne, missä tarpeet ja vaikuttavuus ovat suurimmat ja siten, että lasten sekä nuorten kärsimys ja turvattomuus vähenee? Tässä tutkimuksessa Pohjois-Suomen pienten kuntien taloudellisten vaikeuksien arvioitiin vaikuttavan lasten ja nuorten psykiatrian erikoissairaanhoidon palvelujen saantiin. Tutkimus ja hoitajaksot saattavat kestää pitkään ja erikoissairaanhoidon palvelut ovat kalliita. Vartiainen (1994) on tuonut esille, että ristiriitoja voi aiheutua organisaation tavoitteisiin liittyvistä taloudellisuuden vaatimuksista. Asiakkaat saattavat tarvita myös erilaisia palveluja kuin, professionaalisen järjestelmän rutiinit tarjoavat (Niemi-Lilahti 2002) esimerkiksi moniammatillista ja vastavuoroista yhteistyötä oppilaan siirtymässä hoitoketjun verkoston vaiheesta toiseen.

Hoitoketjun eri vaiheissa apua tarvinneen oppilaan ja hänen vanhempansa näkökulmat vahvistivat jo verkostossa toimivien asiantuntijoiden merkityksellisiksi arvioimia näkemyksiä lasten ja nuorten psykiatrisen hoitoketjun tarpeesta ja toiminnasta, kuten yhteenvedosta voidaan huomata (Taulukko 6). Nykyisin puhutaan paljon myös perheiden vaikeuksista ja vanhempien kyvyttömyydestä huolehtia lapsistaan. Tässä tutkimuksessa kaikkien haastateltujen nuorten vanhemmat yrittivät löytää asiantuntijaa, joka ohjaisi heitä etsimään apua oikeasta paikasta, ja silti viiveet olivat kuukausista vuosiin. Herää kysymys; mikä on niiden lasten tilanne, joiden vanhemmat eivät edes kykene etsimään apua? Heikkisen *et al.* (2004) näkemyksen mukaan hoidon porrastuksessa psyykkisistä ongelmista kärsivien lasten ja heidän perheidensä kanssa tehtävästä kokonaisvaltaisesta ja pitkäjänteisestä työskentelystä puuttui myös selkeä vastuunjako.

Myös asiakkaiden arvioinneissa hoitoonohjausmallin puutteet ja tarvittavan hoidon saanti nousivat kuntatasolla varsin kipeinä kokemuksina esille. Tutkimus osoitti, että lapsensa tilanteesta hädissään olevaa äitiä ei ohjattu tarvittaessa suoraan erikoissairaanhoidon poliklinikalle, vaan häntä kehoitettiin tilaamaan aika perheneuvolasta varmistamatta, onko sitä edes lähipäivinä saatavissa. Esimerkiksi Lumijärven (1996) tutkimuksessa hoidon saatavuus oli olennainen laatutekijä erityisesti lapsipotilaiden vanhemmille. Lisäksi Hyvösen (2004) tutkimuksessa mielenterveysongelmien havaitseminen ja hoito sekä potilaiden ohjaaminen ja lähettäminen jatkohoitoon on määritelty perusterveydenhuollon keskeisiksi tehtäviksi. Piha (2004c) on myös esittänyt lasten- ja nuorisopsykiatrian palvelu-

järjestelmän haasteellisimmaksi kehittämiskohteeksi avohoidon kiireellisesti annettavan hoidon käytännöt, koska siinä toiminnassa kehityksestä on jääty jälkeen.

Lapsiperheiden psykososiaalisten palvelujen järjestelmän pirstaleisuus ja avun saannin alueelliset erot ovat myös valtiovallan tiedossa ja korjaavina toimintoina korostetaan julkisen sektorin ja erityisesti sairaanhoitopiirien vastuuta psykiatrisesta kuntoutuksesta (Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite-... 2004–2007). Toisaalta Lipsky (1980) on tuonut esille, että asiakaslähtöisessä toiminnassa saattaa syntyä konflikteja, kun asiakaskeskeiset tavoitteet ovat ristiriidassa yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden kanssa. Tällä hän tarkoittaa sitä, että käytännössä aina ei ole mahdollista toimia asiakkaan näkökulmasta, koska tietyt yhteiskunnallisia normeja on sovellettava, vaikka ne ovatkin ristiriidassa asiakkaan tarpeisiin. Lipskyn mukaan tämän kaltainen tilanne on julkisessa toiminnassa hyväksyttävää silloin, kun se liittyy tasa-arvoperiaatteen toteuttamiseen. Terveydenhuollon kehittämissuunnitelmassa (Nikkilä & Mikkola 1998) selvitysmies piti myös asiakkaan palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden ja kattavuuden parantamista erittäin tärkeänä. Jos yhteiskunnassa lähdetään siitä, että ihmisarvoista elämää ei yritetä mahdollistaa kaikille, merkittävä osa heikoista oloista lähtevistä lapsista jää vaille turvallista tulevaisuutta (Rimpelä 1998).

Hoitoketjun eri vaiheissa asiakkaiden ohjaamisen ja moniammatillisen verkoston kordinointiin tulisikin kiinnittää erityistä huomiota. Asiantuntijoiden (Niemi-Liilahti 2002, Jaatinen *et al.* 2003) mukaan verkostomaisesti toimivien palvelujärjestelmien onnistunut johtaminen ja tiimityö edellyttävät osallistumisen, yhteistyön ja vuorovaikutuksen kehittymistä yhdessä johtamiseksi eri verkostojen välillä kuten esimerkiksi poikkitieteellisessä yhteistoimintamallissa on mahdollista (Woodruff & Hanson 1987, Woodruff & McGonigle 1990). Avainryhmien jäsenet toivoivatkin yhteistä koulutusta ja työnohjausta hoitoketjun verkostossa toimiville asiantuntijaryhmille sekä aikaa osallistua niihin. Sisä-Suomen ja Pohjanmaan terveyskeskuksissa lääkäreiden lastenpsykiatrista osaamista päivitetiin moniammatillisessa auttamisverkostossa työskentelevien muiden asiantuntijaryhmien kanssa yhteisessä koulutuksessa (Heikkinen *et al.* 2004). Koulutuksesta saatujen kokemusten mukaan erityisesti valmiudet hoitaa lasten psyykkisiä ongelmia sekä toimia yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa lisääntyivät koulutuksen aikana.

Saaren-Seppälän (2004) tutkimuksessa henkilökohtaisuuteen perustuva suhde oli mahdollista kehittyä, kun yhteistyövälineeksi toimijoiden välille valittiin hoitosopimus, jossa toimijat kykenivät identifioimaan potilaan hoitoverkoston toimijat. Hoitosopimuksen käyttö ei kuitenkaan välttämättä synnyttänyt vuorovaikutusta hoitotahojen välille, kuten Saaren-Seppälän yhteistyömahdollisuuksia ja toimijoiden suhteita koskevasta tyypittelystä voidaan huomata (Kuvio 5). Erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun verkostossa tapahtuvaan toimintaan voitaisiin kuitenkin kokeilla hoitosopimuksia, koska pitkäkestoisissa suhteissa oli tyypillistä keskinäinen luottamus, vastavuoroisuus ja toisen toimintamahdollisuuksien lisääminen sekä yhteinen vastuu hoitojärjestelyistä. Oppilaan tilanteen yksilöllinen kokonaishallinta tapahtuisi silloin kohdan 4 (Kuvio 5) mukaan. Tutkijat (Øvretveit 1994, Salminen *et al.* 2002) näkevätkin asiakkuuden, palvelulähtöisyyden ja joustavuuden kykyä hallita prosessi kokonaisuutena ja todellinen palvelulähtöisyys on haaste julkiselle sektorille.

Hoitoketjun toimintaa suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon erityisesti palveluiden yksilöllisyys (Vartiainen 2003c) jo senkin vuoksi, että asiakkaiden näkökulmasta tuotettuihin palveluihin ollaan tyytyväisempiä (O'Donnell *et al.* 1999). Vartiainen (1994) mie-

lestä hyvinvointipalvelujen tuottamisessa eri sektorirajat ylittävään yhteistoimintaan kannattaisi panostaa. Nykyisin kehittäminen käynnistetään yleensä toimintaperiaatteista sopimalla. Yhteiset toimintaperiaatteet tarkoittavat näkemyksellistä perustaa eli eräänlaista alkua yhteistoiminnalle (Varto 1992). Tässä tutkimuksessa asiakkaiden oli vaikea hahmottaa esimerkiksi sosiaalitoimen verkoston roolia ja aineistosta löytyi myös viitteitä työntekijöiden valta- ja vastuukysymysten selkiyttämisen tarpeesta. Badger *et al.* (1997) ovat todenneet, että sosiaalityöntekijöiden palveluja tulisi yhdensuuntaistaa perusterveydenhuollon odotuksiin ja rajoituksiin nähden. Hoitoketjun verkossa työtään tekeville avainryhmille tulee löytyä heidän asiantuntemustaan vastaava paikka, jotta vältetään voimavarojen kuluminen hukkaan. Yhteisenä toimintaperiaatteenahan on asiakkaan auttaminen. Hoidon kokonaisuuden tunteminen ja hoitojärjestelyistä neuvottelemineen voivat tuoda uusia ulottuvuuksia, kuten esimerkiksi Saaren-Seppälän (2004) tutkimuksessa sairaala- ja terveyskeskuslääkärin sekä sairaanhoitajan ja lääkärin valtasuhteisiin, joka ilmeni toisen toimintaa rajoittavan vallan sijasta myös toisen toimintaa mahdollistavana.

Tutkimuksessa mukana olleilla erityisoppilaiden vanhemmilla oli päävastuu siitä, että heidän lapsensa sai kulloinkin tarvittavia psykiatrisen hoitoketjun palveluja. Opettajilla sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoilla oli asiantuntijavastuu tarvittavien palvelujen järjestymisestä oppilaalle. Tutkimustulosten mukaan ongelmia esiintyi erityisesti hoitoketjun verkoston eri avainryhmien välisessä tiedonkulussa. Myös Saaren-Seppälän (2004) mukaan nykyinen terveydenhuoltojärjestelmä ei ole pystynyt luomaan yhteisöllisen vastuun käytäntöjä sellaisten potilaiden hoitamiseksi, joiden hoito jakaantuu yli organisaatio-rajojen. Vastuuta hoidon jatkuvuudesta tulisikin rakentaa sovittamalla yhteen koko verkoston asiantuntijaryhmien toimintaa. Tämä edellyttää esimerkiksi erityisoppilaan hoitohistorian ja nykytilan tuntemista sekä tulevaisuuden suunnittelua, jossa oppilaan hoidon kokonaisuudesta huolehditaan.

Sosiaali- ja terveysalalla eletään jatkuvassa muutoksessa sekä vaaditaan uusimaan ja kehittämään toimintamalleja, jotka ovat kustannuksiltaan mahdollisimman tehokkaita ja tarkoituksenmukaisia. Pohjolainen (2004) kysyykin: ”Nousevatko moniammatillisen työskentelyn perustelut pelkästään yhteiskunnan taloudellisten arvojen pohjalta?” Moniammatilliset asiantuntijat ovat itse sekä muutoksen kohteina että muutoksen tekijöinä, joten heillä on mahdollisuus vaikuttaa millaiseksi julkisen sektorin etiikka kehittyi (Filander 1997). Filanderin (1997) mukaan siirtyminen moniammatillisuuteen ja asiantuntijapalvelujen joustavaan käyttöön ei asiakkaan näkökulmasta merkitse välttämättä palvelujen parantumista, koska kollektiivinen tiimityö ei ole sinänsä yksioollista asiantuntijatyötä kehittyneempi työn muoto. Lisäksi professio- ja sektorirajojen ylittäminen merkitsee samalla työnjaollisen järjestelmän ja ammatillis-eettisen koodiston purkua, jonka tilalle ei välttämättä kehity verkostoperusteista yhteistyön etiikkaa (Filander 1997). Joh- tuuko siitä, että hoitoketjun eri asiantuntijaryhmien rajapinnoilta puuttuu tarvittavaa yhteistyötä? Kukaan ei ota koordinoijan tehtävää ja vastaa kokonaisuudesta, vaan se jätetään asiakkaalle, oli hänellä siihen sitten valmiuksia tai ei. Niinpä hoitoketjun kokonaisuuden koordinoimattomuus kulutti apua tarvitsevien oppilaiden itsetuntoa, mutta myös heidän perheittensä sekä apua antavien asiantuntijaryhmien voimavaroja ja vähiä resursseja.

Antilan (2003) mielestä erityisoppilaan itsetunnon eheytyminen vaatii varhaisessa vaiheessa asian tiedostamista, koska huonot elämäntavat ja itsetuhoinen käyttäytyminen ovat usein merkkejä itsetunnon murenemisestä ja masennuksesta. Hoitoketjun verkostossa

tulee kiinnittää erityistä huomiota oppilaan tarvitseman tuen järjestymiseen myös hoitajakson jälkeen. Asiantuntijat voivat tutkia, todeta sekä hoitaa lasten ja nuorten eriasteisia mielenterveysongelmia, mutta paraneminen tapahtuu aina nuorella itsessään. Jos toipumiselle ei luoda terveyttä edistäviä olosuhteita ja perheet jäävät vaille tarvitsemaansa tukea, nuoren selviytyminen normaaliin elämään on liian vaikeaa. Ketään ei voi parantaa väkisin ja kukaan ei voi toipua toisen puolesta ei edes vanhempi lapsensa puolesta. Selviytymisen tunteen, josta toipuminen lähtee, autettava nuori voi löytää vain itse läheistensä ja auttajien tuella.

Tutkijat (Sourander *et al.* 2004) pitävät tärkeänä, että lasten psykiatrisia palveluja on saatavissa läheltä lasten elinympäristöä, mikä madaltaisi kynnystä etsiä apua ja siten edistäisi ajoissa ongelmien tunnistamista ja hoitamista. Lastenpsykiatrian klinikan koordinoimaa ja hyväksi havaittua etäpoliklinikkatoimintaa tulisikin laajentaa, jolloin erikoissairaanhoidon asiantuntemusta saataisiin enemmän paikanpäälle. Sairaanhoidopiirissä kehittyvään telelääketieteeseen ja erityisesti siihen liittyvään koulutukseen tulisi panostaa siten, että kuntiin hankittuja laitteita opittaisiin käyttämään. Silloin Syrjäpalon *et al.* (2004) tutkimuksessa esille tulleet tekniset ongelmat ja muutosvastarinta saattaisivat vähetä. Ojasen ja Sorvaniemen (2005) tutkimuksessa videoneuvotteluyhteys oli osoittautunut käyttökelpoiseksi esimerkiksi psykiatristen päivystyspotilaiden arvioinnissa.

## 9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja hyödynnettävyys

Patton (1997) määrittelee metaevaluaation prosessiksi, jossa tutkimusprosessi käydään varsinaisen arvioinnin jälkeen läpi arviointitutkimuksen ammatillisten käytäntöjen, suositusten ja standardien avulla. Hänen mukaansa metaevaluaatio on olennaisen tärkeä vaihe, koska sen avulla varmistetaan arvioinnin uskottavuus eri osallisille (*stakeholders*). Tulosten luotettavuutta on arvioitu tutkimuksen eri vaiheista julkaistuissa artikkeleissa. Tässä luvussa arvioidaan koko tutkimusprosessin luotettavuutta.

Tutkimus on terveyshallintotieteen alueeseen kuuluva ja tapaustutkimuksen luonteinen. Tutkimuksen päätavoitteena oli saada tietoa erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarpeesta ja toiminnasta. Tutkimus alkoi laajalla kvantitatiivisella selvityksellä, jonka jälkeen jatkoin tutkimusta kvalitatiivisesti. Tutkittavaa ilmiötä lähestyttiin monitahoisesti hoitoketjun verkostossa toimivien avainryhmien kautta ja pääasiassa kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä käyttäen sekä aineistojen keräämisessä että analysoinnissa (Chelimsky 1997, Vartiainen 2001a). Aineistonkeruussa korostui se, miten tavoitin tutkittavien subjektiivisen todellisuuden ja subjektiivisiin kokemuksiin liittyvät merkityksellisiksi arvioidut ilmiöt. Tutkimusmenetelminä käytin aineisto- ja metoditriangulaatiota. Triangulaation käyttöä perustellaan sillä, että yksittäisellä tutkimusmenetelmällä on vaikea saada kattavaa kuvaa tutkittavasta ilmiöstä, joten useamman menetelmän käyttö parantaa tutkimuksen luotettavuutta (Patton 1990, Denzin 1989, Raunio 1999).

Etenin tutkimuksessa ensin laajasti kartoittaen Oulun läänin koulujen tilannetta. Seuraavassa vaiheessa keskityin pelkästään erityiskouluihin ja kolmannessa vaiheessa kolmella erityiskoululla oppilaiden psykiatristen hoitoketjujen avainryhmien näkemyksiin. Viimeisessä vaiheessa haastattelin hoitoketjun palveluja saaneita erityisoppilaita ja heidän vanhempiaan. Tutkimuksessa en pyrkinyt tilastollisiin yleistyksiin, vaan kuvaamaan ja

ymmärtämään yhä paremmin tutkittavaa ilmiötä, jolloin tutkittavien määrä ei ole tärkeä, vaan tutkittavaa ilmiötä koskevan tiedonsaanti ja sovellettavuus (Robson 1997, Hirsjärvi 2000b, Tuomi & Sarajärvi 2002). Korostin tutkimuksessa objektiivisuuden sijasta subjektiivisuutta ja tulosten merkityksellisyyttä sekä niiden yhteyttä tutkittavaan ilmiöön (Lincoln & Guba 1985, Robson 1997). Saadun tiedon avulla on tarkoitus ymmärtää paremmin erityisoppilaiden psykiatrisen avun tarpeeseen ja saantiin liittyvien ongelmien aiheuttamia tekijöitä, ja arvioida miten hoitoketjun olemassa olevilla järjestelmillä pystyttiin vastaamaan niihin. Tutkimustuloksena saamani tieto on sidoksissa siihen kontekstiin, missä se on arvioitu ja tuotettu. Virtasen (2005) mielestä arviointitieto tulee tulkita siinä kontekstissa, jota kyseinen raaka tieto tai tiedonjyvä koskee, jotta se muuttuu tietämykseksi eli merkitykselliseksi informaatioksi.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida kysymyksillä, jotka koskevat tutkimuksen totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta (Lincoln & Guba 1985, Patton 1990, Weber 1990, Robson 1993). Luotettavuutta tulee pohtia tutkijan toimintana, tutkimusaineiston laatuna ja analyysinä sekä tulosten esittämisenä (Patton 1990, Weber 1990, Cavanagh 1997). Aineiston luotettavuudessa on kysymys siitä, miten hyvin tutkija on pystynyt pelkistämään tutkittavan ilmiön ja tavoittanut tutkittavasta ilmiöstä eniten tietävät avainryhmät sekä luonut heihin luottamukselliset suhteet.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista kaikissa vaiheissa. Ensimmäisessä vaiheessa kyselyyn vastaamista pidin suostumuksen osoituksena. Hoitoketjun avainryhmien jäseniltä alustavan luvan sain puhelimitse ja varmistin vielä arviointikäynnillä tilaisuuden alussa. Tutkimukseen osallistuneet erityisoppilaat ja heidän vanhempansa ilmaisivat osallistumishalukkuutensa joko erityisopettajalle tai oppilaan omalle hoitajalle, ennen kuin minulla oli mahdollisuus ottaa heihin yhteyttä ja sopia haastattelusta. Haastattelutilanteen alussa pyysin luvan kaikilta kirjallisesti. Tunsin saaneeni luottamuksellisen yhteyden haastateltaviin oppilaisiin ja heidän vanhempiinsa. Samoin käytännön työtä tekevien avainryhmien jäseniin, jotka toimivat informanteina ja arvioivat tutkimustehtäviä.

Tutkimuksen luotettavuutta parantaa myös se, että osallistujat olivat kiinnostuneita olemaan mukana tutkimuksessa. Tutkimusaineistoa keräsin useammassa vaiheessa eri avainryhmien jäsenten näkökulmista erilaisia aineistonkeruumenetelmiä käyttäen ja myös avainryhmien kanssa yhdessä arvioiden (artikkeli III). Arviointitilanteiden ilmapiiri oli hyvin myönteinen ja erityisoppilaan auttamismahdollisuuksia realistisesti arvioiva. Aineistot ja niiden keräämisen vaiheet ovat Taulukossa 4. Tutkimuksen ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa käytettyyn aineistoon vastaukset sain melkein kaikilta erityiskouluilta. Ainoastaan yhdeltä koululta kyselyyn ei vastattu. Monitahoarviointiin lupautuneiden erityiskoulujen johtajat ja opettajat olivat halukkaita myös jatkamaan osallistumistaan ja koordinoimaan omien sosiaali- ja perusterveydenhuollon verkostojensa avainryhmät tutkimukseen mukaan.

Eryteisesti nuorten sitoutuminen haastattelutilanteeseen ja kyky pohtia realistisesti vaikeitakin kokemuksia yllätti odotukseni. Nuorten ja vanhempien haastatteluaineistoista saamani tutkimustulokset tukivat toisiaan. Samoin tutkimuksen aikaisemmista vaiheista saamani tulokset tukivat palvelujen käyttäjiltä saamiani tietoja. Tutkimuksen eri vaiheiden tulokset ovat ohjanneet aina seuraavan vaiheen tietojen keräämistä (Kuvio 6), mikä on lisännyt tiedon saantia tutkittavasta ilmiöstä. Lisäksi tuloksista on esitetty yhteenveto opettajien, hoitoketjun verkostossa toimivien asiantuntijoiden ja hoitoketjun verkostossa apua etsivän asiakkaan näkökulmista (Taulukko 6), joista lukija voi päätellä monitahoar-

vioinnin luotettavuutta. Arvioinnin eettisyys on tutkimustulosten luotettavuuden kannalta erityisen tärkeää (Vataja 2005). Tutkimuksen analyysiä voidaan pitää luotettavana, kun lukija voi tutkimusprosessin kuvausta ja tutkimustuloksia lukiessaan seurata tutkimuksen tekoon liittyviä valintoja ja päätöksentekoa (Lincoln & Guba 1985, Sandelowski 1986).

Monitahoarvioinnissa tutkimustulosten luotettavuutta tulee tarkastella suhteessa siihen kontekstiin, jossa tieto on muodostunut (Guba & Lincoln 1989, Vartiainen 2001a). Avainryhmien jäsenillä oli vahva ammatillinen ja käytännön asiantuntemus palvelujen käyttäjien avun- ja yhteistoiminnan tarpeesta sekä hoitoketjun toiminnasta, koska toiminta oli osa heidän työtään. Lisäksi haastatelluilla asiakkailla oli omakohtaisia kokemuksia psykiatrisen avun tarpeesta ja moniammatillisen hoitoketjun toiminnasta. Monitahoarvioinnin käyttäminen tutkimusmetodinä jo aineiston keräämisvaiheessa oli työläs prosessi, mutta lisäsi tutkimusaineiston ja samalla tulosten luotettavuutta (Guba & Lincoln 1989). Tutkimuksen kokonaisuudessa painottuu erityisopettajien näkökulma, koska he olivat tutkimuksessa mukana kolmessa eri vaiheessa (I–III artikkelit). Hoitoketjun muiden avainryhmien sosiaali- ja perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon näkökulmat tulivat mukaan tutkimuksen kolmannessa ja perheen näkökulma neljännessä vaiheessa.

Vartiainen (2001a) on reflektoinut tieteellisen tiedon totuutta ja todennut, että pragmaattinen totuusteoria on monitahoarvioinnin luonnollinen totuuden arviointiperuste. Tällä hän tarkoittaa sitä että, jos prosessissa käytetyt käsitteet ja kriteerit näyttävät toimivan, jäsentävän ilmiöstä saatavaa tietoa hyvin, voidaan arvioinnissa saatua tietoa pitää totena. Tässä tutkimuksessa keskeisinä käsitteinä määriteltiin erityisoppilas, erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketju, moniammatillinen toiminta ja asiakasnäkökulma. Tutkimuskriteereinä käytettiin erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun tarvetta ja toimintaa. Tutkimuksen keskeisten käsitteiden ja kriteereiden teoreettisella tarkastelulla saatiin tutkimustulosten tarkasteluun syvyyttä, joka tukee tulosten totuusarvoa.

Tutkimuksen kaikissa vaiheissa tutkimusmetodinä käytin sisällönanalyysia (Taulukko 3). Sisällönanalyysia pidetään vaativana ja käyttökelpoisena tutkimusmetodinä edellyttäen, että tutkija paneutuu aineistoon ja analysoi sen systemaattisesti ja huolellisesti (Robson 1993, Cavanagh 1997, Kyngäs & Vanhanen 1999). Sisällönanalyysin käyttö tutkimusmetodinä on kuvattu kohdassa 3.2.3. Tutkimuksen luotettavuutta parannettiin arviomalla aineistoja eri vaiheissa ja useammalla tasolla. Tutkimusryhmän toiset tutkijat ovat kommentoineet sisällönanalyysissä luokiteltuja aineistoja ja esittäneet tarkistuksia luokitukseen. Olen näissä tilanteissa tarkistanut tietoja alkuperäisaineistoista. Yksinkertaisten yhteenvetojen summat (esim. II artikkeli) voivat kuvailevina lisätä informaatiota tutkimustuloksista (Robson 2001). Monitahoarviointiaineiston ja -tulosten luotettavuutta saatiin parantaa videoaineistolla, johon oli mahdollista palata epävarmoissa tilanteissa. Videoaineistoa en muuten käyttänyt tutkimuksessa, koska siitä ei ollut saatavissa enää uutta tietoa. Robsonin (2001) mielestä osan aineistosta voi jättää analysoimatta, jos se ei tuo lisäarvoa tutkimukseen.

Tutkimuksen uskottavuutta saattaa heikentää alustavassa kartoituksessa se, että opettajia pyydettiin vastaamaan kyselyyn yhdessä. Samoin hoitoketjun verkostossa toimivat avainryhmät arvioivat alustavasti omilla työpaikoillaan tutkimustehtäviä yhdessä. Emme voi tietää sitä, ovatko kaikki opettajat ja/tai yhteisöjen jäsenet olleet mukana ja päässeet vaikuttamaan vastausten sisältöön. Tiedon sovellettavuutta arvioitaessa voidaan ajatella, että opettajat ja avainryhmien jäsenet ovat yhdessä vastauksia pohtiessaan reflektoineet enemmän tutkimustehtävien sisältöä kuin yksin vastatessaan. Näin ollen tiedon sovelletta-

vuus olisi parempi (Virtanen 1998). Tulosten pysyvyyttä osoittaa eri vaiheissa saatujen tulosten samansuuntaisuus. Analysointiprosessien edetessä on käytetty myös suoria lainauksia alkuperäisaineistoista. Artikkeleista löytyy kuvauksia näistä lainauksista, joista lukija voi päätellä tutkijan neutraalisuutta.

Tutkimukseni aihe löytyi sattumalta toimiessani Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä psykiatrista sairaanhoitoa selvittävän projektiryhmän vetäjänä ja ohjausryhmän sihteerinä sekä selvitys- että seurantaraporttien kokoajana. Selvityksen (Pönkkö & Moring 2000) tarkoituksena oli saada nopeasti tietoa lasten, nuorten ja aikuisten psykiatrisen hoidon tarpeesta koko sairaanhoitopiirin alueella päätöksenteon perustaksi. Lasten ja nuorten osalta tämän selvityksen tulokset vahvistivat yleistä käsitystä käytös- ja mielenterveyshäiriöiden lisääntymisestä ja vaikeutumisesta sekä avun saantiin liittyvistä viiveistä perus- ja erityiskoulujen sekä lukioiden oppilailla opettajien näkökulmasta katsottuna. Tutkimustulosten luotettavuutta arvioitaessa on huomioitava myös se, että olin arvioitavassa organisaatiossa työntekijänä. Robsonin (2001) mielestä arvioijan ollessa itse arvioinnin kohteena olevan organisaation jäsen, hänen tietonsa ja kokemuksensa voivat ja niiden pitääkin vaikuttaa arviointiin.

Tutkimuksessa monitahoarviointia käytin väljänä viitekehyksenä. Lisäksi monitahoisesti tuotettuja aineistoja arvioin tutkimuksen eri vaiheissa vertaamalla saatuja tuloksia siihen, miten pitäisi olla ja miten on (Kuvio 3). Tutkimuksen aineistot analysoin kaikissa vaiheissa sisällönanalysilla, jolla pyrin lisäämään tiedon luotettavuutta. Monitahoarvioinnissa syntyi uusia konstuktioita eli näkökulmia yhteisten arviointien pohjalta merkityksellisiksi arvioitujen asioiden suhteen. Asiakkaat ja hoitoketjussa työskentelevät avainryhmät osallistuivat arviointiprosessiin, ja heillä oli myös mahdollisuus hyödyntää arvioinnin tuloksia heti toimintaansa. Patton (1997) korostaa erityisesti, että tieteellisessä arviointitutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan käyttää toiminnan kehittämiseen. Tässä tutkimuksessa arviointitietoa käytettiin jo aineiston keruuvaiheessa. Esimerkiksi arviointikeskustelujen aikana avainryhmien jäsenet huomasivat, että he tuntevat huonosti toistensa arkea. Näissä tilanteissa osa ryhmistä sopi alustavasti tutustumiskäyntejä toistensa työpaikoille. Erityisopettajia pyydettiin myös terveyskeskukseen kertomaan koulun arjesta. Lisäksi erään koulun erityisopettajat olivat myöhemmin yhteydessä minuun, ja kysyivät neuvoa siihen, miten he voisivat päästä tutustumaan lasten ja nuorten psykiatrisiin osastoihin.

Arviointitutkimuksessa tutkijan pitää pystyä osoittamaan, miten tieteellinen tieto on tuotettu ja arvioitu (Rajavaara 1999, Oksanen 2003). Erityisoppilaan hoitoketjun tarpeen ja toiminnan arvioinnissa käyttämäni viitekehys (Kuvio 3) tuotti tavoitteeksi asetettua uutta tietoa, jota hyödynnettiin jo tutkimuksen aikana. Myös Uusikylän (1999) mielestä arviointitutkimus tarjoaa hyvän apuvälineen monimutkaisten ja usein näkymättömien vastuu- ja velvollisuusketjujen paikantamiseen. Psykiatriseen terveydenhuoltoon kaivataankin enemmän arvioivaa tutkimusta, koska mielenterveyspalveluissa on viimeisten vuosikymmenien aikana tapahtunut dramaattinen ja osaksi hallitsematon rakennemuutos (Wahlbeck 2004). Tutkimustulokset antavat päätöksentekijöille, koulujen johtajille ja opettajille sekä sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön toimintaa koordinoiville asiantuntijoille tärkeää tietoa erityisoppilaan psykiatristen palvelujen tarpeesta ja moniammatillisen hoitoketjun toiminnasta.

### 9.3 Tutkijan etiikka

Teoreettisten ja metodologisten lähtökohtien lisäksi tutkijan etiikka, arvot ja kokemukset vaikuttavat tutkimuksen tekemiseen. Arviointitutkimuksessa ollaan tekemisissä asioiden kanssa, jotka vaikuttavat ihmisten elämään. Sen vuoksi arvioinnin korkealaatuinen toteuttaminen onkin vähintään, mitä tutkijalta voidaan vaatia (Robson 2001). Erityisesti erityisryhmiin kuuluvien asiakkaiden auttamisessa korostuvat eettisyyteen ja välittämiseen perustuvat asiakaslähtöiset työtavat (Kokkola *et al.* 2002). Tässä tutkimuksessa eri avainryhmät toivat omat näkökulmansa erityisoppilaan psykiatrisen avun tarpeesta ja hoitoketjun toiminnasta, jolloin yhdessä voitiin arvioida oppilaan auttamiseen liittyvää toimintaa. Tutkimuksen tekemistä helpotti hyvän kontaktin saaminen palveluja käyttäneisiin erityisoppilaisiin ja heidän vanhempiinsa sekä käytännön työtä tekeviin hoitoketjun avainryhmiin. Tutkimusta tehtiin kiinteässä yhteistyössä informaation käyttäjien kanssa ja eettisenä perusvaatimuksena oli mahdollisimman luotettavan tiedon saanti (Pietarinen 2002).

Haastattelemiani nuoria ja heidän vanhempiaan kohtaan tunnen suurta kunnioitusta. Samoin tutkimuksessa mukana olleiden koulujen johtajia ja opettajia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoita kohtaan. Osallistumalla tutkimukseen he toivat omat odotuksensa ja kokemuksensa tutkimukseen, josta saatua tietoa voidaan käyttää käytös- ja mielenterveysongelmista kärsiville oppilaille tarvittavien palvelujärjestelmien kehittämiseen. Toivon, että tutkijana olen osannut toimia eettisesti hyväksyttävällä tavalla sekä lasten ja nuorten psykiatrisen hoitoketjun palveluja tarvitsevien asiakkaiden että hoitoketjun verkostossa työtään tekevien avainryhmien näkökulmista. Tutkimuksen eettisiä kysymyksiä olen pohtinut luvussa 4 ja kannanottoni ihmiskäsityksestäni olen esittänyt kohdassa 3.1. Ahosen (2001) mukaan vaativimmassakin roolissa arviointitutkimuksen tekijä on vain vapaa valitsemaan hyvän ja pahan välillä, mutta kukaan muu ei voi kertoa hänelle sitä, mikä milloinkin on hyvää ja mikä pahaa.

Tutkimuksen aikana olen saanut mahdollisuuden toimia monitieteellisessä kirjoittajaryhmässä, jossa koko tutkimuksen ajan on ollut mukana lääke- ja kasvatustieteen sekä hoito- ja terveyshallintotieteen kokeneita asiantuntijoita. Oksasen (2003) mielestä arviointitutkimuksen ja eri tieteenalojen yhteydet ovat vahvistumassa, mutta vaativat edelleen kehittämistä. Tämän tutkimuksen tekemisessä on ollut poikkitieteellinen tapa toimia ja moniammatillinen asiantuntemus erityisoppilaan hoitoketjun tarpeesta ja toiminnasta on lisääntynyt. Kukin tahollaan on myös vienyt eteenpäin osatutkimusten eri vaiheissa jo saatua arviointitietoa. Tutkimuksen edetessä olen saanut mahdollisuuden esitellä alustavia tutkimustietoja käytännön toimijoille. Pietarinen (2002) näkeekin eettisenä perusvaatimuksena myös sen, että tiedon tuottamisen lisäksi tutkija pystyy siirtämään työnsä tuloksia toisille tutkijoille ja yhteiskunnan muille jäsenille. Olen kokenut olleeni erityisasemassa saadessani tehdä tutkimusta tässä viitekehyksessä ja Pohjoisen hyvinvoinnin, terveyden ja sopeutumisen monitieteellisessä tutkijakoulussa. Uusikylän (1999) mukaan arviointiosaamisen levittäminen ja arviointikulttuurin juurruttaminen suomalaiseen julkiseen hallintoon on paras keino vakiinnuttaa oikeita eettisiä menettelytapoja.

## 9.4 Jatkotutkimushaasteet

Tutkimusta voitaisiin jatkaa uudella vaiheella, jolloin tutkimustulosten pohjalta esitettyä erityisoppilaan psykiatrisen hoitoketjun mallia testattaisiin käytännön toiminnassa. Mallin testaaminen asettamalla esimerkiksi koe- ja kontrolliryhmät on vaativa kokonaisuus, jota tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tulee syvällisesti pohtia ja arvioida eettisesti.

Lasten ja nuorten sekä vanhempien kokemukset käytös- ja mielenterveysongelmista, avun saannista ja selviytymisestä vaativat lisää tutkimista. Tutkimuksessa mukana olleet nuoret ja vanhemmat halusivat ja pystyivät arvioimaan sekä kuvaamaan kokemuksiaan avun tarpeestaan ja selviytymisestään. Tämän vuoksi tutkimusta tulee tehdä enemmän asiakkaiden näkökulmasta. Kiinnostuksen kohteena pitää olla nuoren itsensä ja hänen perheensä ymmärrys sekä käsitys tilanteesta.

Avun etsiminen oppilaalle käynnistyi yleensä opettajan yhteydenotolla vanhempiin. Yhteydenottaminen oppilaan vanhempiin on aina vaativa tilanne, koska kysymyksessä on lapsen käytös- ja mielenterveysongelmat. Yhteydenottoilanteita tulisi tutkia, jolloin saataisiin tietoa siitä, miten niihin tulee valmistautua. Varsinkin nuorelle ja vähän kokemusta omaavalle opettajalle valmistautuminen on tärkeää.

Tutkimuksessa esille nousseen erityisoppilaan henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskevan suunnitelman (HOJKS) käyttö ja sisältö ovat tärkeä tutkimuksen kohde. Miten suunnitelmissa näkyy lasten ja nuorten psykiatrian palvelujen saanti sekä poikkitieteellisen ja moniammatillisen asiantuntemuksen käyttö?

Salassapitovelvollisuuteen liittyvä epävarmuus oli yksi vaikea ongelma, joka tutkimustulosten mukaan hankaloitti tiedon kulkua. Jatkossa tulisi tutkia tilanteita, joissa asiantuntijan vaitiolovelvollisuus ja epävarmuus ottaa asiantuntijavastuu on uhka lapsen terveydelle. Miten silloin pitäisi toimia? Mikä on lapsen etu (vrt. YK:n lasten oikeuksien sopimus)?

Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että vanhemmatkaan eivät aina ymmärtäneet lapsensa avun tarvetta ja olisivat tarvinneet tukea. He eivät kuitenkaan kyenneet tai osanneet sitä hakea, koska kysymyksessä olivat hyvin henkilökohtaiset ja arat asiat. Tutkimusta voitaisiin jatkaa esimerkiksi seuraavien kysymysten pohjalta: Minkälaista tukea vanhemmat tarvitsevat? Miten sitä pitäisi tarjota? Missä vaiheessa sitä tarvitaan? Keneltä he pystyisivät sen vastaanottamaan?

## 10 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Oulun läänin kouluissa lasten ja nuorten käytös- ja mielenterveysongelmat olivat lisääntyneet ja vaikeutuneet. Koulujen resursseja oli vähennetty, opetusryhmät olivat suurentuneet ja opettajat kokivat tekevänsä työtä ajoittain voimavarojensa ääri rajoilla.
2. Erityiskoulujen arjessa oppilaiden ongelmat vaikeuttivat sekä oppilaiden omaa oppimista että opettajan koulutyötä. Ajoittain opettajat kokivat toimivansa yksin levottomien ja usein opetusta häiritsevien oppilaittensa kanssa, vaikka tilanteet olivat samankaltaisia kuin sairaalakoulussa. Joidenkin erityisopettajien mielestä sairaalakoululla on enemmän resursseja ja oppilaille saadaan nopeasti apua.
3. Erityiskouluilla oli jatkuva tarve saada lasten ja nuorten psykiatrisia palveluja. Lisäksi oppilaat tarvitsivat myös monia muita psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja tukevia palveluja, kuten puheterapiaa, fysioterapiaa ja toimintaterapiaa. Tulosten mukaan osaamista ja halua toimia lasten ja nuorten parhaaksi oli paljon olemassa, mutta hoitoketjun kokonaisuuden koordinoimattomuus kulutti apua tarvitsevien oppilaiden itsetuntoa sekä heidän perheidensä että apua antavien avainryhmien vähiä resursseja.
4. Erityisoppilaan psykiatrista hoitoketjua tulee kehittää asiakas- ja perhekeskeisemmäksi, koska asiakkaat kokivat usein, että heidän hätäänsä ei kuunneltu. Kuntatasolla oppilaan hoitoonohjausmallia tulee selkeyttää siten, että oppilaan itsetuntoa kuluttavat ongelmat diagnosoidaan ajoissa ja hoidetaan suunnitelmallisesti. Koko perheen selviytymistä normaaliin elämään tulee tukea.
5. Erityisoppilaan hoitoketjun paikallisia toimintavalmiuksia tulee vahvistaa ja tämän lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoihin tulee nimetä yhteyshenkilöt ja selkeyttää vastuun jakaminen. Tulosten mukaan erityisoppilaan ongelmien tunnistamiseen tarvitaan moniammatillista asiantuntemusta. Oppilaiden monitahoisten ongelmien hoitamiseen tulee suunnata myös resursseja ja tukea tiivistä yhteistyötä. Hoitoketjun verkoston avainryhmät tarvitsevat yhteistä täydennyskoulutusta ja työnohjausta paikallisesti, mutta myös alueellisesti yliopistollisen sairaalan tasolla.
6. Lastenpsykiatrian klinikan koordinoima etäpoliklinikka koettiin erittäin tärkeänä toimintana, koska sieltä saatiin erikoissairaanhoidon asiantuntemusta kuntiin paikalliselle. Toimintaa kannattaisi laajentaa ja samalla panostaa hoitoketjun verkoston

avainryhmien yhteiseen koulutukseen ja työnohjaukseen. Pohjois-Suomen harvaan asutut taajamat ovat kaukana ja erikoissairaanhoidon asiantuntemus on keskittynyt ruuhka-alueille keskussairaaloihin. Alueen yliopistosairaalan lasten ja nuorisopsykiatriassa on panostettu myös telelääketieteeseen. Laitteita on hankittu kuntiin, mutta niitä käytetään vähän tai ei ollenkaan. Uusien laitteiden ja toimintojen käyttöönotossa tulee huomioida myös laitetekniikan hallinta ja muu tarvittava koulutus.

7. Erityisoppilaan hoitoketjun kokonaisuuden koordinointiin tulee panostaa, koska oppilaan selviytymistä vaikeuttivat merkittävästi avun saannin hitaus ja tavoitteellisen jatkohoidon puute. Lasten ja nuorten avun saanti on teoriassa turvattu lakien ja asetusten avulla. Tutkimustulosten mukaan se ei kuitenkaan ole riittävä. Potilaan tutkimisesta ja hoidon kokonaisuudesta vastaa lääkäri. Lisäksi hoitoketjun eri vaiheissa työtään tekevillä muilla avainryhmillä on asiantuntijavastuu oman verkostonsa näkökulmasta. Kenellä on vastuu koordinoida hoitoketjun kokonaisuutta? Onko eettisesti oikein jättää se asiakkaalle, oli hänellä siihen sitten valmiuksia tai ei? Tulosten mukaan hoitoketjun valvontavastuuta ja monitieteellistä ja -ammattillista toimintaa sekä tiedon kulkuu tulee parantaa. Yhdessä johtamista pitää uskaltaa kokeilla tilanteissa, joissa kukaan ei rohkene ottaa vastuuta kokonaisuudesta. Kun asiakkaan näkökulmasta hankitaan monitieteellistä tietoa, voidaan löytää parempia ratkaisuja, joihin hoitoketjun verkoston avainryhmät voivat sitoutua.
8. Oppilaan tarvitseman avun saantia ja koko hoitoketjun kokonaisuuden hallintaa ja myös toiminnan taloudellisuutta voidaan parantaa koordinoimalla tiedon kulku. Tutkimustulosten mukaan hoitoketjun avainryhmiltä tieto kulki usein huonosti, kun oppilas siirtyi hoitoketjun vaiheesta toiseen. Opettajat eivät esimerkiksi saaneet tietoa tutkimustuloksista, jotta opetus olisi voitu mukauttaa oppilaan kykyjä vastaavaksi. Opettaja vastaa erityisoppilaan henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskevasta suunnitelmasta (HOJKS). Suunnitelman tekemiseen ja ajantasaistamiseen opettaja tarvitsee tietoa oppilaan hoitoketjussa toimivilta asiantuntijoilta. Nämä asiantuntijat ja opettaja ovat kaikki vaitiolovelvollisia, joten luottamukselliselle yhteistoiminnalle on luotu myös eettiset ja viralliset puitteet.

## Lähteet

- Achenbach TM, Dumenci M, Rescoria LA (2003) Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *J Abnormal Child Psychology* 31:1–11.
- Ahonen P (1998) Jotta arviointi olisi jotakin, se ei voi olla kaikkea. *Hallinnon Tutkimus* 17:257–261.
- Ahonen P (2001) Evaluaatio-oppia edistyneille. *Hallinnon Tutkimus* 20 (3):102–117.
- Aikio A (1969) Uusi sivistyssanakirja. Kustannusosakeyhtiö Otavan laakapaino. Helsinki.
- Almqvist F (1998) Lasten ja nuorten mielenterveystyön tarve ja psykiatrian mahdollisuudet. *Sairaalaviesti* 4: 20–22.
- Almqvist F, Puura K, Kumpulainen K et al. (1999) Psychiatric disorders in 8–9-year-old children based on a diagnostic interview with the parents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 8:17–28.
- Almqvist F (2004) Tutkimuksen tavoite. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K (toim.). Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä; 142–144.
- Antila J (2003) Erityisoppilaan itsetunnon hyvä kehitys vaatii kasvattajien yhteistyötä. Teoksessa: Jahnukainen M & Pynnönen P (toim.). Ammatillisen opetuksen kentällä. Hämeen ammattikorkeakoulu, Hämeenlinna; 123–129.
- Arnkil TE, Eriksson E & Arnkil R (2000) Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 253. Helsinki.
- Bardy M, Salmi M & Heino T (2003) Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja lapsipoliittiseen keskusteluun. STAKES, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 263. Saarijärvi.
- Badger LW, Ackerson B, Buttell F & Rand EH (1997) The case for integration of social work psychosocial services into rural primary care practice. *Health and Social Work* 22:20–29.
- Berger PL & Luckmann T (1995) Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Gaudeamus. Kirjapaino-Oy Like, Helsinki.
- Bussing R, Zima B, Perwien A, Belin T & Widawski M (1998) Children in Special Education Programs: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Use of Services, and Unmet Needs. *American Journal of Public Health*, Volume 88 (6):880–886.
- Calzolari S & Bertoldi A (1994) School Behaviour of Down Children. The Mentally Detarded in the 2000's Society. Proceedings of the First International Congress on Mental Retardation, March 23–25, 308–315. Rome – Italy.
- Campbell DT & Stanley JC (1966) *Experimental and Quasi-Experimental Designs for research*. Chicago: Rand McNally.

- Cavanagh S (1997) Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher* 4:5–16.
- Chelimsky E (1997) The Coming Transformation in Evaluation. Teoksessa: Chelimsky E & Shadish WR (Edutors). *Evaluation for the 21<sup>st</sup> Century. A Handbook*. Sage Publications. London New Delhi; 1–26.
- Chydenius E, Kaski M, Seppälä H & Tokola R (1998) Kehitysvammanneuvolaoiden asiakkaiden psyykkiset ongelmat ja mielenterveyspalvelujen tarve. *Suomen Lääkärilehti* 13:1553–1558.
- Costello EJ, Ancold A, Burns BJ, Erkanli A, Stangl DK & Tweed DL (1996) The Great Smoky Mountains Study of Youth: Functional Impairment and Serious Emotional Disturbance. *Archives of General Psychiatry* 53:1137–1143.
- Cowman S (1993) Triangulation: a means of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 18:788–792.
- Denzin N (1989) *The Research Act: Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Prentice-Hall, Inc. A Division of Simon & Schuster, Englewood Cliffs, New Jersey 07632. Printed in the United States of America.
- Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989 muutoksineen.
- Erkolahti R, Manelius P, Salminen T, Lahti T, Salmi L, Savolainen J, Lahtinen E (2000) Lapsi ja psyykkisesti sairas vanhempi – kuka kuulee lasta? *Suomen Lääkärilehti* 47, vsk 55, 4861–4864.
- Esser G, Schmidt MH & Woerner W (1990) Epidemiology and Course of Psychiatric Disorders in School-Age Children – Result of a Longitudinal Study. *J. Child Psychol. Psychiat* 31:243–263.
- Fergusson MD & Horwood LJ (1998) Early conduct problems and later life opportunities. *J Child Psychol Psychiatry* 39:1097–1108.
- Filander K (1997) Kehittäjät tulevaisuuden verkostoasiantuntijoina. Teoksessa: Kirjonen J, Remes P & Eteläpelto A (toim.) *Muuttuva asiantuntijuus*. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä; 136–148.
- Fisher F (1995) *Evaluating Public Policy*. Chicago, Nelson Hall Inc.
- Freeman RE (1984) *Strategic Management. A Stakeholder Approach*. Pitman Publishing Inc., Marshfield, Massachusetts.
- Glaser BG & Strauss AL (1967) *The Discovery of Grounded theory: strategies for qualitative research*. University of California, San Francisco. Aldine de Gruyter, Inc. Hawthorne, New York.
- Glaser BG (1978) *Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of grounded Theory*. University of California, San Francisco. The Sociology Press. Mill Valley, California.
- Guba EG & Lincoln YS (1989) *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, London. New Delhi: Sage.
- Haaparanta L & Niiniluoto I (1986) Johdatus ihmistieteelliseen ajatteluun. Helsingin yliopiston filosofian laitoksen julkaisuja 3.
- Haarasilta L, Aalto-Setälä T, Pelkonen M & Marttunen M (2000) Nuorten masennus: esiintyvyys, muut mielenterveyden häiriöt ja terveystieteellisten palvelujen käyttö. *Katsausartikkeli, Suomen lääkäri-lehti* 55:2635–2640.
- Hackett R, Hackett L, Bhakta P & Gowers S (1999) The Prevalence and Associations of Psychiatric Disorder in Children in Kerala, South India. *J Child Psychol. Psychiat*. 40:801–807.
- Hallintomenettelylaki 598/1982.
- Hartman CA, Hox J, Erol N et. al. (1999) Syndrome Dimensions of the Child Behavior Checklist and the Teacher Report Form: A Critical Empirical Evaluation. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 40:1095–1116.
- Hasenfeld Y (1992) *The Nature of Human Service Organizations*. Teoksessa: Hasenfeld Y (toim.) *Human Services as Complex Organizations*. Sage Publications, Newbury Park, California; 3–23.
- Heikkinen A, Puura K, Ala-Laurila E-L, Niskanen T & Mattila K (2003) Terveystieteellisen neuvola- ja kouluikäisten parissa. *Suomen Lääkärilehti* 58:1327–1332.

- Heikkinen A, Niskanen T, Ala-Laurila E-L, Puura K & Mattila K (2004) Terveyskeskuslääkärien lastenpsykiatrisen osaamisen päivitys – hankkeen toteutus ja välittömät vaikutukset. *Suomen Lääkärilehti* 41:19–28.
- Hentinen M & Lauri S (1983) Ihmis-, terveys- ja sairauskäsitykset sekä hoitotyö. Teoksessa: Sinkkonen S (toim). *Hoitotiede I*. Kustannuskiila. Kuopio; 22–30.
- Hirsjärvi S & Hurme H (1984) Merkityksen ongelma haastattelututkimuksessa. *Kasvatustieteen laitos A3*. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Hirsjärvi S (1985) Johdatus kasvatustieteen filosofiaan. Kirjayhtymä – Helsinki. OY Länsi-Suomi. Rauma.
- Hirsjärvi S (2000a) Metodologiset ja teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa: Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P: *Tutki ja kirjoita*. Tummavuoren kirjapaino Oy, Vantaa; 111–157.
- Hirsjärvi S (2000b) Aineiston hankinnan suunnittelu. Teoksessa: Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P: *Tutki ja kirjoita*. Tummavuoren kirjapaino Oy, Vantaa; 164–177.
- Huotari Risto (1998) Opettaja moniammatillisessa työyhteisössä. Tutkimus sairaalaopetuksen, osastohoidon ja oppilaan muodostaman rajasynteesin kehitysmahdollisuuksista. Väitöskirja. Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos, Tutkimuksia 191. Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Hyvönen Senja (2004) Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveydestä. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1028. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere.
- Ikäheimo K (1999) Lastenpsykiatrisen hoitoonohjautumisprosessi. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja Sarja C, osa 151.
- Jaatinen PT, Erkolahti R & Asikainen P (2003) Verkostoituneet perheneuvolapalvelut. Kuvaus koululaisten psykososiaalisen tuen kehittämisestä. *Sosiaalilääket Aikakausl* 40:84–92.
- Janhonen S (1999) Potilaslähtöinen hoito. Teoksessa: Janhonen S, Lepola I, Nikkonen M & Toljamo M (toim.). *Suomalainen hoitotiede uudelle vuosikymmenelle*. Professori Maija Hentisen juhla-kirja. Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja 2. Oulun yliopistopaino, Oulu; 27–34.
- Jokinen A, Juhila K & Suoninen E (1993) Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino, Tampere.
- Juntunen M & Mehtonen L (1977) Ihmistieteiden filosofiset perusteet. Gummerus. Helsinki.
- Järventie I (1999) Syrjäytyvätkö lapset? Tutkimus 1990-luvun lasten perushoivasta, hyvinvoinnista ja lastensuojelupalvelujen käytöstä Helsingissä 1999, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6. Helsinki.
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Karma P (1999) Hoitosuositukset ja hoitoketjut – parempaan laatuun kohtuuhintaan. *Käyt Lääk* 42:170–173.
- Karvonen S, Rimpelä M & Luopa P (2003) Kuntien väliset erot lasten ja nuorten terveydessä ja terveystottumuksissa. *Perusraportti 2000–2002*. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 131. Saarijärvi.
- Kiikkala I (2000) Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa: Nouko-Juvonen S, Ruotsalainen P & Kiikkala I. (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Tammer-Paino Oy. Tampere; 112–121.
- Kinnunen J (2004) Arvioinnin tuottaman tiedon pätevydestä. *Ajankohtaista*. Hallinnon Tutkimus 23 (2):63–64.
- Kokko S (2002) Vuosikymmen palvelujen hajautettua suunnittelua. Teoksessa: Heikkilä M & Parpo A (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*. Raportteja 268. Helsinki, Stakes; 48–59.
- Kokkola A, Kiikkala I, Immonen & Sorsa M (2002) Mitä sinä elämältäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Suomen kuntaliitto. Stakes. Helsinki.
- Koski J T (1995) Horisonttien sulautumisia. Keskustelua Hans-Georg Gadamerin kanssa hermeneutiikasta, kasvamisesta, tietämisestä ja kasvatustieteestä. Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia 149. Helsinki.

- Kumpulainen K, Henttonen I & Räsänen E (1994) Psykkisten oireiden ja häiriöiden esiintyvyys 8-vuotiailla lapsilla Itä-Suomessa. Kuopio University Publications D. Medical Sciences 37. Kuopio.
- Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I et al. (1996) Children with depressive symptoms: A comparison between children scoring high on self-report and children scoring high on both self- and adult report. *Nord J Psychiatry* 50:365–374.
- Kumpulainen K & Säiniö M (2001) Lasten psykkiset häiriöt, oppiminen ja koulunkäynti. Katsausartikkeli. *Suomen Lääkärelehti* 56:663–666.
- Kuusisto-Niemi S (2002) Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot III. Palveluketjusanasto: sanasto asiakkaan asiamieheen, itsenäiseen suoriutumiseen ja alueellisuuteen liittyvistä käsitteistä. Ohjeita ja luokituksia 2002:3. Stakes, Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.
- Kyngäs H & Vanhanen L (1999) Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11:3–12.
- Laakso J (1998) Kouluterveydenhuolto hoitoketjussa. *Suomen Lääkärelehti* 53:4107–4110.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999).
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta 118/2000.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.
- Larivaara P, Kiuttu J & Taanila A (2001) The patient-centred interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment. *Scand J Prim Health Care* 19:8–13.
- Lastensuojelulaki 683/1983.
- Latvala E (1998) Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitosympäristössä. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D* 794. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto ja Psykiatrian klinikka, Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu.
- Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L (2001) Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen S & Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva; 21–43.
- Launis K (1997) Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa: Kirjonen J, Remes P & Eteläpelto A (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä, 122–133.
- Lehtinen E & Palonen T (1997) Tiedon verkostoituminen – Haaste asiantuntijuudelle. Teoksessa: Kirjonen J, Remes P & Eteläpelto A (toim.). Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä; 103–121.
- Leino-Kilpi H (2003a) Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa: Leino-Kilpi H & Välimäki M. Etiikka hoitotyössä. WS Bookwell Oy, Juva; 284–298.
- Leino-Kilpi H (2003b) Etiikka lasten ja nuorten hoitotyössä. Teoksessa: Leino-Kilpi H & Välimäki M. Etiikka hoitotyössä. WS Bookwell Oy, Juva; 186–200.
- Leino-Kilpi H & Välimäki Maritta (2003) Etiikka hoitotyössä. WS Bookwell Oy, Juva.
- Leskinen H (2001) Kunta vastuuseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennepolitiikan toimeenpano ja sen arviointi. Kuopion yliopisto. Acta-väitöskirjasarja 1/2001. Suomen Kuntaliitto. Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.
- Lincoln YS & Guba EG (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, Beverly Hills, California.
- Linden M (1999) Terveystieteiden sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. STAKES sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Raportteja 234.
- Lindqvist M (1978) Terapia inhimillisenä kasvutapahtumana kristinuskon näkökulmasta. Sairaanhoidon vuosikirja XV. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Helsinki; 253–269.
- Linna S-L, Moilanen I, Ebeling H, Piha J, Kumpulainen K, Tamminen T & Almqvist F (1999) Psychiatric symptoms in children with intellectual disability. *European Child & Adolescent Psychiatry* 8 (8):77–82.

- Lipsky M (1980) *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation, New York.
- Lumijärvi I (1996) Mikä on laatua sairaanhoitopalveluissa. Vertailututkimus sairaalan henkilöstöryhmien ja potilaiden priorisoinnista hoidon laatutekijöistä – esimerkkinä Pietarsaaren sairaala. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 207, Hallintotiede 21. Vaasa.
- Lumijärvi I & Kaarlejärvi J (2000) Ministeriöt arviointitutkimusten hyödyntäjinä. Tampereen yliopisto, Hallintotieteen laitos, Hallintotiede 2000 A 23. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.
- Mielenterveyslaki 1116/1990 ja Asetus 1247/1990.
- Miles MB & Huberman AM (1994) *Qualitative data analysis (2. painos)* California: Sage.
- Mitchell ES (1986) Multiple triangulation: a methodology for nursing science. *Advances in Nursing Science* 8 (3):18–26.
- Moilanen I (2004) Anamneesi. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K.(toim.). *Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä; 144–147.
- Moilanen I & Kaivosoja M. (2004) Lastensuojelu. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K.(toim.). *Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä; 392–396.
- Mäntysaari M (1999a) Arviointitutkimuksen taustaoletukset. Teoksessa: Eräsaari R, Lindqvist T, Mäntysaari M & Rajavaara M (toim.). *Arviointi ja asiantuntijuus*. Tammer-Paino Oy. Tampere; 54–68.
- Mäntysaari M (1999b) Millaista asiantuntijuutta arviointitutkimus antaa? Teoksessa: Eräsaari R, Lindqvist T, Mäntysaari M & Rajavaara M (toim.). *Arviointi ja asiantuntijuus*. Tammer-Paino Oy. Tampere; 7–13.
- Niemi-Lilahti A (2002) Verkostoparadigma ja implementaatiotutkimus. *Hallinnon Tutkimus, Administrative Studies*. Vol. 21, Number 3:209–220.
- Niiniluoto I (1984) Johdatus tieteen filosofiaan. Käsitteen ja teorian muodostus. *Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset*. Keuruu.
- Nikkilä J & Mikkola T (1998) Asiakkaan asema terveydenhuollossa. *Terveydenhuollon kehittämissuunnitelma, Selvitysmiesraportti 1, Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1998:1*. Helsinki.
- Nousiainen E (2003) *Asiakasnäkökulma lääkeneuvonnan kehittämiseen Liperin apteekissa*. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Nuutinen M, Paajanen H, Huotari R, Seppänen M-L & Nuutinen L (1997) Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittäminen. *Suomen Lääkärilehti* 52:3791–3795.
- Nuutinen M (2000a) *Hoitoketjukäsikirja, OYS:n palveluyksiköt, Diagnoosikohtaiset hoitoketjut*. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2/2000. KL-Paino Ylivieska.
- Nuutinen M (2000b) *Hoitoketju. Katsaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 116:1821–1828.
- O'Donnell M, Parger G, Proberts M, Matthews R, Fisher D, Johnson B & Hadzi-Pavlovic D (1999) A study of client-focused case management and consumer advocacy: the Community and Consumer Service Project. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33:684–693.
- Ojanen E & Sorvaniemi M (2005) Videoneuvottelun käyttö psykiatrisissa päivystyskonsultaatioissa. *Suomen Lääkärilehti* 60:2477–2480.
- Okkonen T (2004) *Lapsen terveystietoisuudesta lapsen terveyden yhteistoiminnalliseen edistämiseen*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 112. Kuopio.
- Oksanen T (2003) *Oikeussääntelyn teoriaperusteinen arviointitutkimus*. Acta Universitatis Tamperensis 958. Tampere University Press. Tampere.
- Oppilaitostilastot (2005) Tilastokeskus. Tilastokeskuksen internet sivut 19.4.2005.
- Oulun läänin peruspalveluiden arviointiraportti 2004 (2005) *Oulun lääninhallituksen julkaisusarja*. Oulun lääninhallitus, Oulu.

- Owens P, Carrier J & Horder J (1995) Interprofessional issues in community and primary health care. Printed in Great Britain by Antony Rowe Ltd, Chippenham, Wiltshire.
- Paavilainen H, Pietikäinen M, Telaranta T & Heikkilä K (1998) Terveystieteiden tutkimusraportti 2, Terveystieteiden kehittämissuunnitelma, Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1998:2. Helsinki.
- Patton MQ (1987) Evaluation's Political Inherency: Practical Implications for Design and Use. Teoksessa Palumbo DJ (toim.) *The Politics of Program Evaluation*. Sage Yearbooks in Politics and Public Policy, Newbury Park, London, New Delhi: Sage; 100–145.
- Patton MQ (1990) *Qualitative evaluation and research methods*. Sage Publications, Newbury Park.
- Patton MQ (1997) *Utilization-Focused Evaluation*. The New Century Text. Edition 3. Thousand Oaks, London and New Delhi: Sage.
- Patton MQ (1998) Discovering Process Use. *Evaluation* 4 (2):225–233.
- Perusopetuslaki 628/1998 ja -asetus 852/1998.
- Pietarinen J (2002) Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa: Karjalainen S, Launis V, Pelkonen Risto & Pietarinen Juhani (toim.) *Tutkijan eettiset valinnat*. Tammer-Paino, Tampere; 58–69.
- Piha J (2000) Lastenpsykiatrian hoitoketju päälaelleen. *Käyt Lääk* 1:26–29.
- Piha J, Kaivosoja M & Salomaa K (2000) Lasten mielenterveyspalveluselitys 4, STAKES, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Aiheita.
- Piha J (2004a) Lasten- ja nuorisopsykiatrian palveluketju. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K (toim.). *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä; 378–381.
- Piha J (2004b) Sosiaalitoimen mielenterveyspalvelut. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K (toim.). *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä; 383–385.
- Piha J (2004c) Erikoissairaanhoido. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K (toim.). *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä; 386–390.
- Pohjolainen A (2004) Moniammatillisen työskentelyn perusteita etsimässä. *Perheterapia* 2:6–17.
- Polit DF & Hungler BP (1999) *Nursing research: Principles and methods*. JB. Lippincott Company, Philadelphia.
- Potter J & Wetherell M (1987) *Discourse and Social Psychology. Beyond Attitudes and Behaviour*. Sage Publications, London.
- Puura K (1998) What Children Tell and Adults Notice, *Psychiatric Disturbances Among Finnish Children*. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 605. University of Tampere.
- Puura K (2004) Perusterveydenhuollon lastenpsykiatria. Teoksessa: Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J & Kumpulainen K (toim.). *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3. uudistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä; 381–383.
- Puustinen R, Nummenmaa J & Louhiala P (2004) Auttaako hoito? – eettisiä näkökohtia lääketieteellisen tutkimustiedon esittämisessä. *Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti* 59:3389–3391.
- Pylkkänen K (1999) Nuorten mielenterveyspalveluissa vakavia puutteita. *Suomen Lääkärilehti* 54:3937–3938.
- Pylkkänen K (2004) Nuorten psykiatristen hoitoketjujen ongelmat. *Suomen Lääkärilehti* 59:2941–2947.
- Pönkkö M-L (1991) Päivärinteen sairaalan hoitotyön laadun arvioinnin viitekehyksen kehittäminen. Pro gradu tutkielma. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta, Oulun yliopisto. Oulu.
- Pönkkö M-L (1998) Nuorisopsykiatristen palvelujen tarve ja hoidon painopisteet Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. *Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja* 15, Oulu.

- Pönkkö M-L & Moring J (2000) Lasten, nuorten ja aikuisten psykiatria: Tutkimusten ja hoidon selvittäminen, kehittäminen ja arviointi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä vuosina 1998–2000. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 9, Oulu.
- Pönkkö M-L, Taanila A, Linna S-L & Moilanen I. (2000) Erityiskoulun oppilaan hoidon tarve ja moniammatillinen hoitoketju. Teoksessa: Pietilä A-M, Kylmä J, Turunen H, Vehviläinen-Julkunen K & Immonen K (toim.) Hoitotieteellisen tutkimuksen ydinkysymyksiä terveyden edistämässä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa, VI Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi osa 2. Kuopion yliopiston selvityksiä E, yhteiskuntatieteet 19. Kuopio; 351–355.
- Rajavaara M. (1999) Arviointitutkimuksen hyödynnettävyys. Teoksessa: Arviointi ja asiantuntijuus. Toimittaneet Eräsaari R, Lindqvist T, Mäntysaari M, Rajavaara M. Tammer-Paino Oy. Tampere; 31–53.
- Rauhala L (1983) Ihmiskäsitys ihmistyössä. Gaudeamus. Jyväskylä.
- Rauhala L (1989) Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Karisto Oy: kirjapaino. Sairaanhoitajien koulutussäätiö.
- Rauhala L (1990) Humanistinen psykologia. Yliopistopaino. Helsinki.
- Rauhala L (1999) Ihmisen ainutlaatuisuus. Yliopistopaino. Helsinki.
- Raunio K (1999) Positivismi ja ihmistiede: Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Reiss S (1990) Prevalence of Dual Diagnosis in Community-Based Day Programs in the Chicago Metropolitan Area. *American Journal on Mental Retardation* 94 (6):578–585.
- Richards TJ & Richards L (1994) Using computers in qualitative research. Teoksessa Denzin NK & Lincoln YS (Eds.) *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications: 445–462.
- Rimpelä M (1998) Lasten ja nuorten palvelut uudistuksen edessä? *Mannerheimin lastensuojeluliiton julkaisu*, Neuvola; 3:8–10.
- Rimpelä M, Luopa P, Jokela J & Stubbe J (1999) Kouluterveyskysely Pohjois-Pohjanmaalla 1999: koulukokemukset, terveys ja päihteiden käyttö. Raportti Pohjois-Pohjanmaan kouluterveyskyselystä, Oulun lääninhallituksen julkaisuja, 54.
- Robson C (1993) *Real world Research. A resource for social scientists and practitioner-researchers*. Blackwell, Oxford.
- Robson C (1997) *Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. 7. painos. Oxford: Blackwell.
- Robson C (2001) Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Alkuperäis-teos *Small-Scale Evaluation*. Suomentanut työryhmä: Lindqvist T, Maaniitty M, Niemi E, Paasio P, Pajja L. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Rogers M E (1970) *The Theoretical Basis of Nursing*. F. A. Davis Co. Philadelphia.
- Ruotsalainen P (2000) Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa: Nouko-Juvonen S, Ruotsalainen P & Kiikkala I (toim.). *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Tammer-Paino Oy. Tampere; 7–32.
- Ruusuvuori J, Raevaara L & Peräkylä A (2003) Potilas vaivansa tulkkina – ymmärtääkö lääkäri yskän? *Suomen Lääkärilehti* 58:4219–4225.
- Ryynänen O-P & Myllykangas M (2000) Terveydenhuollon etiikka; Arvot monimutkaisuuden maailmassa. WS Bookwell Oy. Juva.
- Saaren-Seppälä T (2004) Yhteisen potilaan hoito. Tutkimus organisaatorajat ylittävästä yhteistoinnista sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. *Acta Universitatis Tamperensis* 1052, Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Sprint. Tampere.
- Salminen A, Viinamäki O-P & Lähdesmäki K (2002) ”Tehdä enemmän vähemmällä”. Esimerkkejä uudistuvan valtion henkilöstöresurssien kehittämisestä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Selvityksiä ja raportteja 92. Vaasa.
- Sandelowski M (1986) The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science* 8:27–37.

- Sarvimäki A (1980) Hoitotyön filosofiset perusteet. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauskirja* 5: 11–16.
- Sarvimäki A & Stenbock-Hult B (1989). Hoitoa ja huolenpitoa. Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Hämeenlinna.
- Scriven M (1991) *Evaluation thesaurus*. Newbury Park, CA: Sage.
- Scriven M (1997) Truth and objectivity in evaluation. Teoksessa Chelimsky E & Shadis WR (toim.). *Evaluation for the 21<sup>st</sup> Century*. Thousand Oaks, London and New Delhi. Sage; 477–500.
- Selvitys valtuustolle (1998) Psykiatrisen hoidon kehittäminen, Selvitys valtuustolle 15.6.1998: Lasten, nuorten ja aikuisten psykiatrisen hoidon tarve, käyttö ja kehittämiskohteet PPSHP:n alueella. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Oulu.
- Selwood K (2000) Integrated care pathways: an audit tool in paediatric oncology. *British Journal of Nursing*, Vol. 9, No1:34–38.
- Seppälä H (1998) Uusia mahdollisuuksia. Kehitysvammaisten mielenterveyspalvelut -projektin loppuraportti. Kehitysvammaliitto ry., Tutkimus- ja kokeiluyksikkö, Helsinki.
- Sinkkonen S & Kinnunen J (1994) Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 22. Kuopio.
- Sosiaalihuoltolaki 710/1982.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot (1997) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanasto. Ohjeita ja luokituksia 1997:2. Stakes & Tekniikan sanastokeskus, Rauma.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003 (1999) Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 1999:16. Helsinki
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma TATO 2000–2003 (2003) Seurantajulkaisu. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2003:12. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007 (2004) Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2003:20. Helsinki.
- Sourander A, Santalahti P, Haavisto A, Piha J, Ikäheimo K, Helenius H. (2004) Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:1134–1145.
- Stewart M (2001) Toward a global definition of patient centred care: The patient should be the judge of patient centred care. *British Medical Journal*, Vol. 322 (27284), 444–445. <http://vertex.helsinki.fi/cgi-bin/ovidweb.cgi>.
- Stoner J A.F, Freeman R. E & Gilbert, JR. D R. (1995) *Management*. Prentice Hall, Inc. A Simon & Schuster Company. Englewood Cliffs, New Jersey 07632. In the United States of America.
- Strauss AL (1987) *Qualitative Analysis For Social Scientists*. University of California, San Francisco and Tremont Research Institute, San Francisco. Cambridge University Press, Cambridge, New York Port Chester. Melbourne Sydney.
- Strauss A & Corbin J (1990) *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Technique*. Sage Publications, London.
- Strid O & Savolainen A (2005) *Kouluterveydenhuolto*. Teoksessa: Kumpusalo E, Ahto M, Eskola K, Keinänen-Kiukaanniemi S, Kosunen E, Kunnamo I & Lohi J (toim.). *Yleislääketiede*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. Karisto Oy, Hämeenlinna; 310–327.
- Suomen perustuslaki. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala 2000.
- Suoninen E (1999) Näkökulmia sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa: Jokinen A, Juhila K & Suoninen E (toim.). *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Vastapaino, Tampere; 17–36.
- Syrjälä K, Vuokila-Oikkonen P & Kuusimäki M-L (2004) Kokemuksia telepsykiatrisesta yhteistyöstä Pohjois-Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 59 (8):799–803.
- Taanila A, Ebeling H, Kotimaa A, Moilanen I & Järvelin M-R (2004) Is a large family a protective factor behavioural and emotional problems at the age of 8 years? *Acta Paediatr* 93:1–10.
- Taskinen S (2004) Lasten ja lapsiperheiden palvelut. Teoksessa Heikkilä M & Roos M (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005*. Gummerus Kirjapaino, Saarijärvi; 20–34.

- Teräväinen J (1989) Johdatus filosofiaan. Kolmas painos. Saarijärven Offset Ky.
- Tones K & Tilford S (1994) Health education – effectiveness efficiency and equity. 2<sup>nd</sup> ed. London, Chapman Hall.
- Tuomi J & Sarajärvi A (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Uusikylä P (1999) Politiikan ja hallinnon arviointi. Teoksessa: Arviointi ja asiantuntijuus. Toimittaneet Eräsaari R, Lindqvist T, Mäntysaari M, Rajavaara M. Tammer-Paino Oy. Tampere; 17–30.
- Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1999–2002 (1998). Sosiaali- ja terveysministeriö. STM tiedottaa 166/98. Helsinki.
- Valtioneuvoston asetus mielenterveysasetuksen muuttamisesta 1282/2000.
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004.
- Vartiainen P (1994) Palveluorganisaatioiden tuloksellisuusarviointi, teoriat ja käytäntö: Päivähoitoon, erityisesti päiväkoteihin kohdistuva monitahoarviointi. Summary, Efficiency evaluation in service organizations, theory and practice: Multible constituency evaluation of children’s day-care centers. Vasa, Acta Wasaensia No 40 Hallintotiede 2.
- Vartiainen P (2001a) Intressiryhmät evaluointiprosessissa, Metodologista pohdintaa monitahoarvioinnin avulla. Hallinnon Tutkimus, Vol. 20, No 1: 30–40.
- Vartiainen P (2001b) Mitä on projektiarviointi? Pohdintaa projektiarvioinnin tieteellisestä ja metodisesta genesiksestä. Teoksessa: Vartiainen Pirkko (toim.) Näkökulmia projektiarviointiin. Finnpublishers Oy, Tampereen yliopistopaino; 11–28.
- Vartiainen P (2003a) Monitahoarviointi palveluorganisaatioiden vaikuttavuuden arvioinnin mallina. Proceedings of The University of Vaasa. Discussion Papers 161.
- Vartiainen P (2003b) The substance of stakeholder evaluation: Medhological discussion. International Journal of public Administration. 26:1, 1–18. New York. Marchel Dekker.
- Vartiainen P (2003c) Projektilla parempaan tulevaisuuteen? Arkipajaprojektin monitahoarviointi. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 252. Sosiaali- ja terveyshallinto 4. Vaasa.
- Vartiainen P (2004) The Legitimacy of Evaluation. A Comparison of Finnish and English Institutional Evaluations of Higher Education. Frankfurt am Main, Peter Lang.
- Varto J (1992) Kannettavan filosofian sanakirja. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta XXVII. Tampereen yliopiston jäljennepalvelu. Tampere.
- Vataja K (2005) Arvioijan monet roolit ja mahdollisuudet arviointiprosessin hyödyntämisessä. Hallinnon Tutkimus 24:123130.
- Vedung E (1997) Public policy and program evaluation. Transaction Publishers, New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.).
- Vedung E (2003) Arviointiaalto ja sen liikkeelle panevat voimat. Stakes, FinSoc Työpapereita 2/2003. Helsinki.
- Verhulst FC, van der Ende J, Rietbergen A (1997) Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children an adolescents: no evidence for strong trends. Acta Psychiatr Scand 96:7–13.
- Vesalainen J & Strömmer R (1999) Yksilön oppimisesta verkoston oppimiseen – Verkostot oppijoina ja oppimisfoorumeina. Teoksessa: Alasoini T & Halme P (toim.). Oppivat organisaatiot, oppiva yhteiskunta. Työelämän kehittämissohjelma, Raportti 7. Helsinki: Työministeriö; 109–129.
- Viinamäki O-P (2001) Rakennerahasto-ohjelmien arvioinnin teoria ja käytäntö. Euroopan unionin rakennerahasto-ohjelmat Suomessa kaudella 1995–1999. Vaasan yliopisto, Levón-instituutti. Julkaisuja No 87. Vaasa.
- Villejo L (2001) Interdisciplinary Team Approach Leads to Cooperation and Accountability in Patient Teaching and Family Education. Patient Care Management Vol 16, Number 6:4–5.
- Virtanen P (1998) Refleksiivinen evaluaatio ja tiedon hyödyntäminen. Hallinnon Tutkimus 4:262–271.
- Virtanen P (2005) Neljännen sukupolven evaluaation jälkeinen arviointitutkimus. Hallinnon Tutkimus 1:62–76.

- Von Wright GH (1985) Filosofisia tutkimuksia. WSOY:n graafiset laitokset, Juva.
- Vornanen R (2000) Turvallisuus elämän kysymyksenä: 13–17-vuotiaiden nuorten turvallisuus ja turvattomuuden aiheet. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 81. Kuopio.
- Vuokila-Oikkonen P (2002) Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset. *Acta Universitatis Ouluensis Medica D 704*. Oulun yliopisto, Oulu.
- Vuorela T (1990) Toiminnan arvioinnin tutkimusotteiden kehitys. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Vuorela T (1997) Arvioinnin tilaajan opas. Valtionvarainministeriö. Hallinnon kehittämissosasto. Hallinnon kehittämissosasto. Helsinki: Edita.
- Välimäki M (2003) Etiikka hoitotyön hallinnossa. Teoksessa: Leino-Kilpi H & Välimäki M. Etiikka hoitotyössä. WS Bookwell Oy, Juva; 251–270.
- Wahlbeck K (2004) Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä M & Roos M (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Gummerus Kirjapaino, Saarijärvi; 60–75.
- Westerén H (2002) Erityisopetuksessa olevien oppilaiden terveydenhuolto. Teoksessa: Kouluterveydenhuolto. Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogerus H, Pietikäinen M. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä; 161–168.
- Weber M (1978) *Economy and Society*. Berkeley, University of California Press. First published 1924.
- Weber R. P (1990) *Basic content analysis*. Sage Publications, California.
- Woodruff G & Hanson C (1987) Project KAI, 77B Warren Street, Brighton, Ma 02135. Funded by U.S. Department of Education, Special Education Programs, Handicapped Children's Education Program.
- Woodruff G & Mc Gonigel M (1990) Early Intervention Team Approach: The Transdisciplinary Model. Teoksessa: Jordan JP, Gallagher JJ, Hutingler PL & Karnes MB (ed) *Early Childhood Special Education: Birth to Three*. Reston: The Council for Exceptional Children and its Division for Early Childhood (DEC); 163–183.
- Xianchen L, Hiroshi K, Hisateru T, Chuanqin G, Jing Z & Masako O (2000) Behavioral and Emotional Problems in Chinese Children: Teacher Reports for Ages 6 to 11. *J Child Psychol Psychiat* 41:253–260.
- YK:n Lapsen oikeuksien sopimus (1989) Kansainvälisen yleissopimuksen lapsen oikeuksista.
- Zammuto RF (1984) A comparison of multiple constituency models of organizational effectiveness. *Academy of Management Review* 9: (4) 606–616.
- Øvretveit J (1993) *Coordinating Community Care: Multidisciplinary Teams and Care Management*. Open University Press, Buckingham.
- Øvretveit J (1994) Pathways to quality: a framework for cost-effective team quality improvement and multiprofessional audit. *Journal of Interprofessional Care*. Vol. 8, No 3:329–333.
- Øvretveit J (1995a) *Moniammatillisen yhteistyön opas. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu*. Copyright John Øvretveit 1993. Copyright Sairaanhoidajien koulutussäätiö 1994. Hakapaino, Helsinki.
- Øvretveit J (1995b) Team decision-making. *Journal of Interprofessional Care*. Vol. 9, No 1:41–21.
- Øvretveit J (1996) Five Ways to describe a multidisciplinary team. *Journal of Interprofessional Care*. Vol 10, No 2:163–171.
- Øvretveit J (1998a) *Evaluating Health Interventions. An introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organizational interventions*. Open University Press. Buckingham-Philadelphia.
- Øvretveit J (1998b) *Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services*. Great Britain at the University Press, Cambridge.
- Øvretveit J (2000) Total quality management in European Healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol. 13, No 2:74–79.

## **Liitteet**

## **Liite 1 Kysely lasten ja nuorten tarvitsemista psykiatrisista palveluista**

ARVOISA REHTORI

Sairaanhoitopiirin valtuusto päätti kokouksessaan (2.12.1997) edellyttää, että lasten, nuorten ja aikuisten psykiatrisen hoidon tarve selvitetään koko SHP:n alueella kevään 1998 aikana ja tuodaan viipymättä valtuustoon päätöksiä varten. Lisäksi valtuustossa (2.12.1997) tehtiin aloite, että lasten, varhaisnuorten ja nuorten hoitoon tarvittavat resurssit saadaan tasolle, joka paremmin vastaa lisääntyvää tarvetta ja toiminnan kehittyminen turvataan yhdessä psykiatrian klinikan kanssa. Psykiatrisen hoidon kehittäminen, Selvitys valtuustolle valmistui 15.06.1998. Sairaanhoitopiirissä on meneillään selvityksen pohjalta tehtyjen päätösten toteutumisen seuranta- ja arviointiprojekti.

Koulujen opettajat ovat näköalapaikalla selvitetäessä koululaisten henkistä hyvinvointia. Tämän vuoksi lähes tymme Teitä uudestaan tämän kyselylomakkeen merkeissä. Toivomme Teidän kiireittenne keskellä ehtivän täyttää tämän lomakkeen ja siten arvioivan onko tilanne muuttunut vuonna 1998 tehdyn kyselyn ajankohtaan verrattuna ja miten moni oppilas nyt tarvitsisi psyykkisten ongelmien vuoksi tutkimuksia ja/tai hoitoa.

Vastauslomakkeen pyydämme palauttamaan viimeistään 31.01.2000 mennessä oheisessa palautuskirjekuoressa osoitteella Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, hallintokeskus, Maija-Leena Pönkkö, PL 22, 90221 Oulu. Kyselylomakkeen vapaamuotoiset osiot pyydämme lähettämään, jos mahdollista sähköpostin Word-liitetiedostona, sähköposti maijaleena.ponkko@ppshp.fi, puh. 08-3155181.

Lisätietoja antavat lastenpsykiatrian klinikan erikoislääkäri Hanna Ebeling puh. 08-3155231, sähköposti hanna.ebeling@ppshp.fi ja projektisuunnittelija Maija-Leena Pönkkö.

Yhteistyöstä kiittäen

Professori Irma MoilanenErikoislääkäri Hanna Ebeling

Projektisuunnittelija Maija-Leena Pönkkö

Päiväys \_\_/\_\_/2000 Toimipaikka \_\_\_\_\_

Vastaaja \_\_\_\_\_ Virka-asema \_\_\_\_\_

1. Mikä on koulunne oppilasmäärä? \_\_\_\_\_

2. Montako luokkaa kullakin luokka-astella on? (Merkitkää mahdolliset yhdistetyt luokat kysymyksen lopussa olevaan tilaan.)

Ala-aste                      luokkien koot

1. luokka \_\_\_\_\_

2. luokka \_\_\_\_\_

3. luokka \_\_\_\_\_

4. luokka \_\_\_\_\_

5. luokka \_\_\_\_\_

6. luokka \_\_\_\_\_

Yläaste

7. luokka \_\_\_\_\_

8. luokka \_\_\_\_\_

9. luokka \_\_\_\_\_

10. luokka \_\_\_\_\_

Lukio

1. vuosi \_\_\_\_\_

2. vuosi \_\_\_\_\_

3. vuosi \_\_\_\_\_

4. vuosi \_\_\_\_\_

3. EMU-luokat: Onko koulussanne mukautetun opetuksen erityisluokkia?

3.1. Jos on, millaisia?

3.2. Montako oppilasta näillä erityisluokilla on?

4. ESY-luokat: Onko koulussanne erityisluokkia?

4.1. Jos on, millaisia?

4.2. Montako oppilasta näillä erityisluokilla on?

5. Onko koulussanne muutoin mukautettua opetusta saavia?

5.1. Jos on, montako?

5.2. Millä luokka-asteilla?

6. Esiintyykö mielestänne koulunne oppilailla käyttäytymisen tai tunne-elämän häiriöitä?

6.1. Millä luokka-asteilla?

6.2. Kuinka monella oppilaalla kullakin luokka-asteella?

6.3. Minkä tyyppisiä ongelmia? (käytöshäiriöitä, ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, syrjäänvetäytymistä, syömishäiriöitä, muuta?)

Luokka-aste	Millaisia ongelmia esiintyy?	Monellako ongelmia esiintyy?
_____	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
_____	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
_____	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
_____	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
_____	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Mikäli tila käy vähiin, voitte jatkaa kääntöpuolella!

7. Onko tunne-elämän ja/tai käyttäytymishäiriöiden määrässä ja laadussa tapahtunut muutoksia viime vuosina?

7.1. Jos on, millaisia muutoksia?

8. Miten opettaja voi toimia oppilaan hoitoon saattamiseksi?

9. Miten kouluterveydenhuolto toimii, jos oppilas tulisi saada psyykkisten ongelmien vuoksi tutkimuksiin tai hoitoon?

10. Onko koulullanne kokemuksia perheneuvolan oppilaille tarjoamista palveluista?

10.1 Millaisissa ongelmissa?

10.2 Millaisia kokemuksia?

11. Onko koulullanne kokemuksia Oulun yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrisista ja/tai nuorisopsykiatrisista palveluista?

11.1. Millaisissa ongelmissa?

11.2. Millaisia kokemuksia?

12. Onko koulullanne kokemuksia muilta tahoilta saaduista lastenpsykiatrisista ja/tai nuorisopsykiatrisista palveluista, esimerkiksi yksityislääkäreiltä?

12.1. Millaisissa ongelmissa?

12.2. Millaisia kokemuksia?

13. Oletteko saaneet riittävästi koulutyön kannalta tarvittavaa tietoa oppilaan asioista, mikäli oppilas on saanut Oulun yliopistollisessa sairaalassa psykiatrista hoitoa?

14. Onko koulunne edustaja osallistunut verkostoneuvotteluihin oppilaan asioissa? (Kuka on osallistunut, rehtori, opettaja, terveydenhoitaja, muu?)

14.1 Miten ne olette kokeneet?

15. Ovatko koulunne opettajat saaneet työnohjausta?

15.1 Millaisia kokemuksenne työnohjauksesta ovat?

16. Ovatko koulunne opettajat saaneet koulutusta lasten ja nuorten psyykkisistä ongelmista?

16.1. Millaisia kokemuksenne koulutuksesta ovat?

17. Miten mahdollinen yhteistyö Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnan kanssa lasten ja nuorten mielenterveyden asioissa on sujunut?

17.1. Mikä on ollut hyvää?

17.2. Mikä on ollut huonoa?

17.3. Miten toivotte yhteistyötä kehitettävän?

18. Millaisia palveluja toivotte lisää Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalta koulunne lasten ja nuorten psyykkisten ongelmien hoitamiseksi?

18.1. Miten paljon ja miten usein näitä palveluja toivotte?

19. Onko Teillä muuta mainittavaa Oulun yliopistollisen sairaalan henkilökunnalle: palautetta, korjausehdotuksia tai muita toiveita?

Vastauksistanne kiittäen!

## Liite 2 Monitahoarviointilomake

Paikka \_\_\_\_\_

Yhdyshenkilö/Vastaaja \_\_\_\_\_

Arvoisa Koulun/Erityiskoulun Johtaja

Puhelinkeskusteluun viitaten lähetämme ohessa vierailun ohjelman/keskusteluteemat ja samalla kiitämme yhteistyön etenemisestä. Maaliskuussa 1999 tarkastelimme pilottikouluilla erityiskoulujen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon asiantuntijoiden kanssa oppilaan hoitoketjun kulkua ja sen verkostojen välillä tehtyä yhteistyötä. Tässä seuraavassa vaiheessa laajennetaan näkökulmaa sosiaali- ja perusterveydenhuoltoon arvioimalla oppilaiden avun tarvetta ja saantia laajemmin yhdessä.

Toiminnan tarkoituksena on pohtia syvällisemmin Oulun läänin erityiskoulujen oppilaiden tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluja ja moniammatillisen yhteistyön toimivuutta hoitoketjun eri vaiheissa. Yhteistyön tavoitteena on, että apua tarvitseva oppilas ja hänen perheensä, opettajat ja eri portailla toimivat lasten ja nuorten sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijat tietävät mihin asiakkaan/potilaan asioissa voi olla vastavuoroisesti yhteydessä hoitoketjun eri vaiheissa.

Osallistujia pyydetään tuottamaan vierailuohjelman sisältö alustuksen muotoon työryhmässä yhdessä pohtien erityisoppilaan/potilaan, perheen ja verkoston jäsenten näkökulmasta oheisen aineiston teemoja. Tilaisuudessa kaikki osapuolet esittelevät tuottamansa aineiston keskustelun pohjaksi. Yleiskeskustelun jälkeen, tehdään yhteenveto ja sovitaan jatkotyöskentelystä. Aineistot monistetaan tutkijan/pilottiryhmän luottamukselliseen käyttöön.

Lisätietoja asiasta saa projektisuunnittelija Maija-Leena Pönköltä, puh. 08-3155181 tai sähköposti maijaleena.ponkko@ppshp.fi.

Oulussa 26. maaliskuuta 2000

Projektipäällikkö Irma Moilanen, professori

Projektin vetäjä Maija-Leena Pönkkö, projektisuunnittelija

## OHJELMA:

Kohdat 1-3/Erityiskoulun/Perusterveydenhuollon/Sosiaalitoimen/Perheneuvolan osuus

ja kohdat 4-6/Erikoissairaanhoidon osuus: hoitoketjun verkoston eri osapuolet arvioivat oppilaan auttamisen ja oman työnsä näkökulmasta palvelujen tarvetta ja yhteistyön toimivuutta. Aineiston voi tuottaa luovasti esimerkiksi ranskalaisia viivoja apuna käyttäen.

1. ERYITYSKOULUN/PERUSTERVEYDENHUOLLON/SOSIAALITOIMEN/PERHENEUVOLAN ASIAN-  
TUNTIJOIDEN ODOTUKSET LASTEN JA NUORTEN PSYKIATRISEN HOIDON/ERIKOIS-SAIRAAN-  
HOIDON ASIAN TUNTIJAPALVELUISTA HOITOKETJUN ERI VAIHEISSA

1.1. Palvelujen tarve

1.2. Odotukset

1.3. Mitä pitäisi kehittää?

1.4. Miten pitäisi kehittää?

1.5. Missä pitäisi kehittää?

2. PSYKIATRISTA ASIAN TUNTEMUSTA/TUTKIMUSTA/HOITOA TARVITSEVAN

OPPILAAN AUTTAMISESSA KÄYTETTYJÄ YHTEYKSIÄ/VERKOSTOJA JA NIIDEN TOIMIVUUS

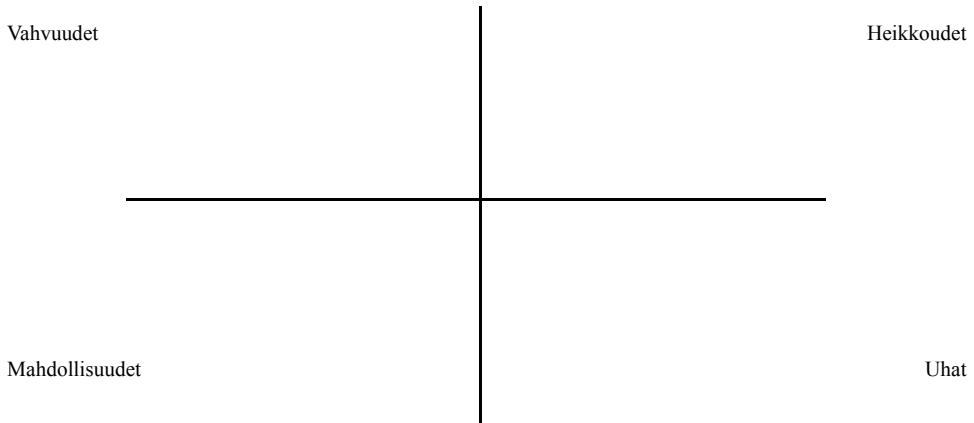
Kirjaa luovasti esimerkkejä hoitoketjun eri verkostoihin liittyvistä yhteyksistä, joita olette käyttäneet ja kuvataa miten apua tarvitsevan oppilaan asiat etenivät eri asiantuntijoiden kautta:

Koti/terveydenhuollon porras/ palveluyksikkö	Asiantuntija	Yhteydenoton toimivuus/apu
1.) Esim. perusterveydenhuolto/terveyskeskus	Terveydenhoitaja	Toimi/aika lääkärille
2.) Esim. erikoissairaanhoido/Oulun yliopistol- linen sairaala, Lastenpsykiatrian poliklinikkalääkäri	Erikois- linen	Ei paikalla/ soittoaika
3.)		
4.)		
5.)		
6.)		

Jatka listaa kokemusten mukaan .....

### 3. OPPILAAN, VANHEMPIEN, OPETTAJIEN, SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASiantuntijoiden Yhteistoiminta Hoitoketjun Eri Vaiheissa

3.1. Erytiskoulun/perusterveydenhuollon/sosiaalitoimen/perheneuvolan toiminnan asiantuntijoiden arviointi (nelikenttäänalyysi/toimintaa arvioidaan oppilaan, perheen ja oman toiminnan näkökulmasta).



### 4. ERIKOISSAIRAANHOIDON ASiantuntijoiden Odotukset Erytiskoulun/Perus-TerveYdenhuollon/Sosiaalitoimen/Perheneuvolan Asiantuntijoilta Erytiskoulun Oppilaan Ohjaukseen, Tutkimukseen Ja Hoitoihin Liittyvissä asioissa

4.1. Yhteistoiminnan tarve

4.2. Odotukset

4.3. Mitä pitäisi kehittää?

4.4. Miten pitäisi kehittää?

4.5. Missä pitäisi kehittää?

### 5. Psykiatrissa Asiantuntemusta/Tutkimusta/Hoitoa Tarvitsevan Oppilaan Auttamisessa Käytettyjä Yhteyksiä/Verkostoja Ja Niiden Toimivuus

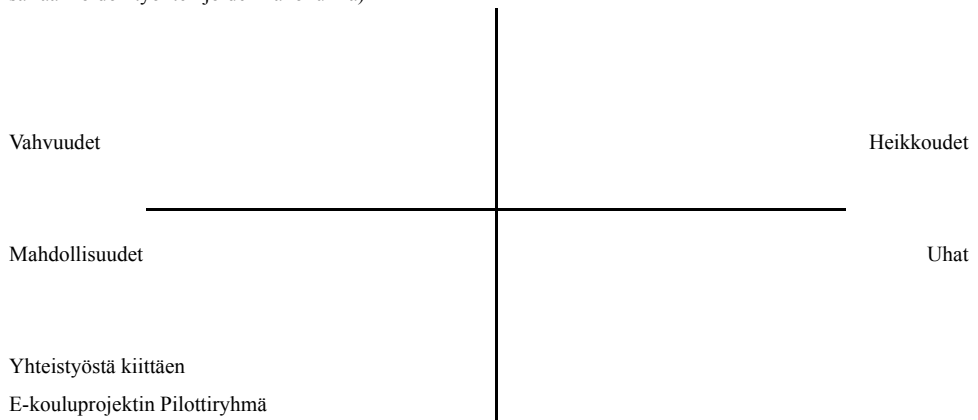
Kirjaa luovasti esimerkkejä hoitoketjun eri verkostoihin liittyvistä yhteyksistä, joita olette käyttäneet ja kuvataa miten apua tarvitsevan oppilaan asiat etenivät eri asiantuntijoiden kautta:

Koti/koulu/terveydenhuollon porras /palveluyksikkö	Asiantuntija	Yhteydenoton toimivuus/apu
1.) Esim. perusterveydenhuolto/terveyskeskus	Terveystenhoitaja	Toimi/aika lääkärille
2.) Esim. oppilaitos/erityiskoulu	Opettaja	Ei paikalla/ soittoaika
3.)		
4.)		
5.)		
6.)		

Jatka listaa kokemusten mukaan .....

#### 6. OPPILAAN, VANHEMPIEN, OPETTAJIEN, SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASiantuntijoiden Yhteistoiminta Hoitoketjun Eri Vaiheissa

6.1. Erikoissairaanhoidon asiantuntijoiden arviointi (nelikenttäanalyysi/asiakkaan/potilaan, perheen ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden näkökulma)



## **Liite 3 Oppilaan haastattelulomake: Erikoissairaanhoidon palveluja käyttäneen oppilaan näkökulma moniammatillisen hoitoketjun toimivuuteen**

Haastateltava (11-15 vuotias) on saanut etukäteen tutkimukseen osallistuvan oppilaan informaatio- ja suostumusasiakirjan ja antanut suostumuksensa kirjallisesti. Haastattelun alussa tutkija kertoo vielä haastateltavalle tutkimuksen tarkoituksen ja merkityksen sekä pyrkii saamaan luottamuksellisen ilmapiirin ja tarkentaa käytettävissä olevan ajan.

Haastattelun sisältö: (haastattelu-aika noin 1 tunti)

1. Miksi lähdit hoitoon?

2. Mitä odotit?

3. Mitä apua sait hoitoketjun eri vaiheissa?

3.1. Mikä hoidossa auttoi?

3.2. Mikä hoidossa ei auttanut?

4. Mitä jatkossa?

## **Liite 4 Vanhemman/hooltajan haastattelulomake: Erikoissairaanhoidon palveluja käyttäneen oppilaan vanhemman/hooltajan näkökulma moniammatillisen hoito- ketjun toimivuuteen**

Haastateltava on saanut etukäteen tutkimukseen osallistuvan vanhemman/hooltajan informaatio- ja suostumusasiakirjan ja antanut suostumuksensa kirjallisesti. Haastattelun alussa tutkija kertoo vielä haastateltavalle tutkimuksen tarkoituksen ja merkityksen sekä pyrkii saamaan luottamuksellisen ilmapiirin ja tarkentaa käytettävissä olevan ajan.

Haastattelun sisältö: (haastattelu aika noin 1 tunti)

1. Minkälaista apua lähditte hakemaan?

2. Minkälaista apua saitte hoitoketjun eri vaiheissa?

2.1. Mikä oli hoidossa hyvää?

2.2. Mikä oli hoidossa huonoa?

3. Minkälaista apua olisitte tarvinnut?

4. Mitä jatkossa?