

Helsingin Diakonissalaitos  
Sirku Suikkanen

HELSINGIN DIAKONISSALAITOKSEN RAPORTTEJA 1/2010

**SELVITYS KIDUTETTUJEN JA VAIKEASTI  
TRAUMATISOITUNEIDEN TURVAPAIKANHAKIJA-  
JA PAKOLAISLASTEN JA -NUORTEN MÄÄRÄSTÄ  
SEKÄ HEIDÄN PSYKIATRISTEN PALVELUJEN  
TARPEESTAAN**



Helsingin Diakonissalaitos  
Sirku Suikkanen

HELSINGIN DIAKONISSALAITOKSEN RAPORTTEJA 1/2010

**Selvitys kidutettujen ja vaikeasti  
traumatisoituneiden turvapaikanhakija- ja  
pakolaislasten ja -nuorten määrästä sekä  
heidän psykiatristen palvelujen tarpeestaan**

Hanke on saanut tukea Euroopan pakolaisrahastosta.  
Tekijä on yksin vastuussa julkaisussa esitetyistä näkemyksistä eikä  
Euroopan komissio vastaa tietojen perusteella tehdyistä päätelmistä.

© 2010 Helsingin Diakonissalaitos

Toimituskunta: Jaana Föhr, Kristiina Korhonen, Markku Niskanen, Sirkku Suikkanen

Kuvat: Sirkku Suikkanen. Kuvattu alaikäisten ryhmäkodeissa eri puolilla Suomea.

Taitto: Studio Hipateos Oy

Painopaikka: Libris Oy



# SISÄLLYS

TEKIJÄN ESIPUHE.....	5
TIIVISTELMÄ.....	7
SUMMARY.....	9
TAULUKOT.....	11
KAAVIOT.....	11
1 SELVITYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT.....	12
1.1 Mielenterveyspalveluiden kehittämistä ohjeistavat sopimukset, lait ja selonteot.....	14
1.2 Pakolaisuuden traumat lasten ja nuorten kokemina.....	16
1.3 Traumaattisten kokemusten vaikutukset vanhemmuuteen.....	19
1.4 Kidutustraumat.....	21
1.5 Lapsisotilaat ja ihmiskaupan uhrit.....	23
2 SELVITYKSESSÄ KÄYTETYT AINEISTOT JA MENETELMÄT.....	25
3 TURVAPAIKANHAKIJA- JA PAKOLAISLASTEN JA -NUORTEN TRAUMAKOKEMUSTEN MÄÄRÄ JA MIELENTERVEYSPALVELUIDEN TARVE.....	29
3.1 Alaikäisyksiköt.....	29
3.1.1 Vaikeasti traumatisoituneiden lasten ja nuorten määrä.....	31
3.1.2 Kokemuksia mielenterveyspalveluista.....	33
3.1.3 Lasten hyvinvoinnin edistäminen alaikäisyksiköissä.....	34
3.2 Vastaanottokeskukset.....	37
3.2.1 Turvapaikanhakijaperheiden tukeminen.....	39
3.3 Alaikäisten yksintulleiden turvapaikanhakijoiden edustajat.....	41
3.3.1 Alaikäisten turvapaikanhakijoiden traumaattiset kokemukset.....	42
3.3.2 Mielenterveyspalveluiden tarve.....	44
3.3.3 Lasten ja nuorten saama tuki.....	46
3.3.4 Ongelmakohtia.....	48
3.4 Kiintiöpakolaisia kotouttavat kuntayksiköt.....	51
3.4.1 Lasten ja nuorten traumataustat, oireilu ja hoitoonohjaus.....	52
3.4.2 Matalan kynnyksen kotouttavat mielenterveyspalvelut.....	56
3.5 Kolmannen sektorin toimijat; kohderyhmien kanssa työskentelevät yhdistykset ja muut auttajatahot.....	60
3.6 Pakolais- ja turvapaikanhakijalapsen ja -nuoren koulumaailmassa.....	66

4 PAKOLAIS- JA TURVAPAIKANHAKIJALAPSET JA -NUORET	
MIELENTERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÄJINÄ.....	70
4.1 Maahanmuuttajille mielenterveyspalveluita tarjoavat erikoistuneet tahot.....	70
4.2 Lasten- ja nuoripsykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköt.....	72
4.3 Perheneuvolat.....	75
5 YHTEENVETO.....	78
6 SUOSITUKSET.....	81
LÄHTEET.....	84
LIITTEET.....	87
Liite 1: Selvitystyötä varten kuullut tahot.....	87
Liite 2: Alaikäisyksiköiden yhteystiedot.....	91
Liite 3: Vastaanottokeskusten yhteystiedot.....	94
Liite 4: Suomeen saapuneiden kiintiöpakolaisten sijoituspaikkakunnat vuonna 2009 (29 kpl).....	97
Liite 5: Yleisiä trauman jälkeisiä oireita ja traumatisoitumiseen kytkeytyviä muita ongelmia lapsilla ja nuorilla.....	98

# TEKIJÄN ESIPUHE

Tämän selvitystyön toimeksianto näyttäytyi jo lähtökohtaisesti monin tavoin haasteellisena sekä selvityksen laajaa kohderyhmää että koko traumatisoitumisen ilmiötä ajatellen. Kuinka arvioida jostain mitä lapset ja nuoret eivät muista tai halua muistella, mistä haastatellut työntekijät eivät varmuudella tiedä, ja minkä tunnistaminen lasten käytöksen ja oireilun tasolla on vaikeaa? Selvityksen tuottamat työntekijähaastatteluihin perustuvat lukumääräiset arviot kertovat todennäköisesti vain näkyvimmästä osasta eri tavoin oireilevia pakolaislapsia ja -nuoria. Usein haastatellut kertoivat tuntevansa huonosti tai vain osittain asiakaskuntaansa kuuluvien lasten ja nuorten taustoja. Lapset ja nuoret puolestaan vaikenevat joskus pahimmista kokemuksistaan kulttuurisista tai kehitystasoonsa liittyvistä syistä, sekä joskus traumatisoitumiseen liittyvistä välttämislähtöisistä johtuen. Heidän psyykkistä oireiluaan ei ole myöskään aina helppo tunnistaa. Kokemusten mukaan pakolaislapset ja -nuoret samoin kuin heidän perheensäkin vastustavat ongelmien nimeämistä mielenterveysongelmiksi.

Tekemieni haastattelujen ja tapaamisten yhteydessä kohtasin aihepiirin nostattamia moninaisia tunnereaktioita. Monet pakolais- ja turvapaikanhakijalasten kanssa toimivat tahot totesivat ilahtuvansa siitä, että aiheeseen ollaan perehtymässä. Innostuneet odotukset kohderyhmälle suunnattujen mielenterveyspalveluiden kehittämisestä vaikuttivat mittavilta hankkeemme pieniin resursseihin nähden. Vastaan tuli silti toisenlaistakin suhtautumista. Pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten kokemat traumaattiset kokemukset ja mielenterveysongelmat tuntuvat herättävän jopa halua kieltää koko ahdistavan ilmiön olemassaolo.

Tahdon kiittää lämpimästi kaikkia haastattelemani ja sähköpostikyselyihin vastanneita. Kiitokset myös Kidutettujen ja vaikeasti traumatisoituneiden turvapaikanhakija- ja pakolaislasten ja -nuorten hoidon tarpeen arviointi ja kuntouttaminen -hankkeen ohjausryhmälle, jonka puheenjohtajana toimi Helsingin Diakonissalaitoksen huume- ja mielenterveystyön johtaja Pekka Tuomola ja jäsenenä ylilääkäri Jaana Föhr Helsingin Diakonissalaitokselta, erikoislääkäri Tuula Quarshie Kidutettujen kuntoutuskeskuksesta, puheenjohtaja Ahmed Naseem Kansainvälinen nuorten yhdistys ry:sta, psykososiaalinen asiantuntija Salli Alanko Yhteiset Lapsemme ry:n Yksintulleet -projektista, varatuomari Kirsi Hytinantti Lakiasiantointimisto Hytinantti Oy:sta, johtava lakimies Marjaana Laine Pakolaisneuvonta ry:sta, DIAK-Etelän yksikönjohtaja Marja Pentikäinen Diakonia-ammattikorkeakoulusta sekä ylitarkastaja Arja Tiirikainen Uudenmaan elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksesta. Kiitokset selvitystyön toimituskuntaan kuuluneille ylilääkäri Jaana Föhrille, hankerahoituspäällikkö Kristiina Korhoselle ja viestintäpäällikkö Markku Niskaselle asiantuntevasta työpanoksesta. Kiitokset myös Kidutettujen kuntoutuskeskuksen siviilipalvelusmies Kristo Helinille avusta kaavioiden teossa. Eri-tyiskiitokset kotiin Pertille.

Lukijoita haluan muistuttaa siitä, etteivät tämän selvityksen tuottamat arviot ole rinnastettavissa tieteellisen tutkimuksen tuloksiin. Kyseessä on pikemminkin monien kohderyhmän kanssa työskennelleiden tahojen välittämä näkemys selvitystyön aiheesta. Selvitykseen liitetyt lainaukset ovat alikirjoittaneen valitsemia poimintoja kysely- ja haastatteluaineistosta.

Toivon selvitystyön tuoman tiedon hyödyttävän pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten mielenterveyspalveluiden kehittämistyötä myös Helsingin Diakonissalaitoksen hanketta laajemmassa mittakaavassa.

Helsingissä 10.11. 2010

Sirkku Suikkanen





# TIIVISTELMÄ

Selvitys on osa Helsingin Diakonissalaitoksen hallinnoimaa Kidutettujen ja vaikeasti traumatisoituneiden turvapaikanhakija- ja pakolaislasten ja -nuorten hoidon tarpeen arviointi ja kuntouttaminen -hanketta. Hankkeen kohderyhmänä ovat yksin ilman huoltajaa maahan pakolaisina tai turvapaikanhakijoina tulleet alaikäiset, jotka ovat kidutettuja, sotatraumatisoituneita tai sekundaarisesti traumatisoituneita, perheensä mukana maahan pakolaisina tai turvapaikanhakijoina tulleet traumatisoituneet alaikäiset, sekä alle 24-vuotiaat pakolais- ja turvapaikanhakijanuoret, jotka ovat traumatisoituneet lapsuudessaan, ja joiden hoidon tarpeen arviointi ja kuntouttaminen on viivästynyt. Kolmivuotinen hanke kehittää kohderyhmälle suunnattuja erikoistuneita lasten ja nuorisopsykiatrisia hoito- ja kuntoutuspalveluita. Euroopan pakolaisrahasto rahoittaa hanketta 95 000 eurolla ja Helsingin Diakonissalaitos 33 000 eurolla. Hankkeen toteuttaa Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama Kidutettujen kuntoutuskeskus Helsingin Diakonissalaitoksella.

Selvitystyössä kartoitettiin kohderyhmään kuuluvien lasten ja nuorten määrä Suomessa sekä arviointiin heihin erikoistuneiden lasten- ja nuorisopsykiatristen palveluiden tarvetta. Selvitys tehtiin kysely- ja haastatteluaineistoon perustuen keväällä 2010. Tietolähteet edustivat alaikäisten turvapaikanhakijoiden ryhmäkoteja, vastaanottokeskuksia, alaikäisten turvapaikanhakijoiden edustajia ja kuntien kiintiöpakolaisia vastaanottavia yksiköitä. Lisäksi kuultiin lasten- ja nuorisopsykiatrisia erikoissairaanhoidon yksiköitä, perheneuvoloita, oppilashuollon toimijoita sekä yksittäisiä muita hankkeen kohderyhmän kanssa työskenteleviä tahoja, kuten yhdistyksiä. Keskimäärin kolmannes tahoista joihin oltiin yhteydessä vastasi sähköpostikyselyyn tai antoi haastattelun.

Selvityksen mukaan Suomeen saapuneista pakolais- ja turvapaikanhakijalapsista ja -nuorista (0-24 vuotta) lähes kolmasosa (28-32 %) on vaikeasti traumatisoituneita tai havaittavasti oireilevia. Suhteutettuna vuoden 2009 tulijamääriin tämä tarkoittaa, että maahan tulee vuosittain jopa 900 uutta, hoitoa tarvitsevaa lasta ja nuorta.

Tällä hetkellä noin kolmannes oireilevista pakolais- ja turvapaikanhakijalapsista ja -nuorista saa psykiatrista tai psykoterapeuttista apua ongelmiinsa. Siten satoja maahan saapuvia lapsia ja nuoria jää vuosittain tarvitsemansa avun ulkopuolelle. Tämä johtuu osin turvapaikkaprosessin aikaisista rajauksista terveydenhuollon palveluiden käytössä, sillä palveluiden piiriin pääsy edellyttää useimmiten psykoottisuutta tai suisidaalisuutta. Jonot lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa ovat pitkiä ja alan toimijat kokevat osaamisensa vieraasta kulttuurista tulevien perheiden kanssa työskentelyyn riittämättömäksi. Mielenterveyspalveluissa ja perheneuvoloissa tunnustetaan monikulttuuriseen työskentelyyn liittyvän lisätiedon ja koulutuksen tarve.

Kohderyhmä hyötyisi suoraan pakolais- ja turvapaikanhakijayksiköihin sijoitettavista matalan kynnyksen mielenterveystyön resursseista ja asiantuntemuksen lisäämisestä. Sekä kiintiöpakolaisten että turvapaikanhakijoiden vastaanottoyksiköissä kaivataan parempia mahdollisuuksia mielenter-

veyspalveluiden konsultoimiseen ja yhteistyöhön. Lisäksi vaikeimmin oireileville yksin tulleille turvapaikanhakijalapsille ja -nuorille tarvitaan palveluja psykiatrisen sairaalahoidon jälkeen sen sijaan että heidät palautetaan vastaanottokeskuksiin. Maahanmuuttajalasten ja -nuorten ongelmiin, sekä hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseen paneutuvaa valtakunnallista kehittämissyksikköä esitettiin yhtenä ratkaisuna.

Pakolaistaustaisten maahanmuuttajien valmiudet suomalaisten mielenterveyspalveluiden käyttäjinä ovat usein valtaväestöön kuuluvia heikommat. Osa ongelmista johtuu vääristä ennakkoluuloista ja leimaantumisen pelosta, koska kokemuksia vastaavista palveluista ei aiemmassa elämäntilanteissa ole ollut. Myös traumatisoitumiseen liittyvät ilmiöt itsessään vaikeuttavat joskus avun hakemista. Myöskään traumatisoituneilla vanhemmilla ei ole aina voimavaroja lastensa hädän tunnistamiseen. Turvapaikanhakija ja pakolaistaustaisten perheiden auttamistyössä kysytäänkin joustavuutta palveluita tarjoavilta viranomaisilta sekä ymmärrystä asiakasperheiden lähtökohtien vaikutuksille asiakassuhteessa.

# SUMMARY

Sirkku Suikkanen  
The Centre for Torture Survivors in Finland  
Helsinki Deaconess Institute

*A report on the number of tortured and severely traumatised asylum-seeking and refugee children and youth and their need for psychiatric services*

*The 'The Assessment of the Need for Treatment of Tortured and Severely Traumatized Asylum-seeking and Refugee Children and Youth and Their Rehabilitation' Project*

*The project received funding from the European Refugee Fund. The author is solely responsible for the views presented herein, and the European Commission is not responsible for any conclusions made on the basis of the data.*

The report is part of the 'The Assessment of the Need for Treatment of Tortured and Severely Traumatized Asylum-seeking and Refugee Children and Youth and Their Rehabilitation' Project, administered by Helsinki Deaconess Institute. The target group of the project is unaccompanied minors who arrived in Finland as refugees or asylum-seekers, and who have been tortured, traumatised by war, or secondarily traumatised; traumatised minors who arrived in Finland with their families as refugees or asylum-seekers; and refugee and asylum-seeking youth 24 years of age or younger who were traumatised in their childhood and whose assessment of the need for treatment and rehabilitation has been delayed. The three-year project aims to develop specialised children's and adolescent psychiatric treatment and rehabilitation services aimed at the target group. The European Refugee Fund provides EUR 95,000 and Helsinki Deaconess Institute EUR 33,000 for the project. Funded by the Finnish Slot Machine Association, the Centre for Torture Survivors in Finland at Helsinki Deaconess Institute will be responsible for the implementation of the project.

The report focused on determining the number of children and youth belonging to the target group in Finland and on the assessment of their need for specialised child and adolescent psychiatric services. Based on data gathered through questionnaires and interviews, the study was carried out in spring 2010. The sources of information were group homes for minor asylum-seekers; reception centres; representatives of minor asylum-seekers; and units receiving quota refugees in Finnish municipalities. During the project, the following were also heard: child and adolescent psychiatry units providing specialised health care; family centres; pupil welfare services operators; and other indivi-

dual operators working with the target group, such as various associations. Approximately one third of those contacted replied to e-mail questionnaires or gave an interview.

According to the report, almost one third (28-32 %) of the refugee and asylum-seeking children and youth (0–24 years of age) arriving in Finland are severely traumatised or display symptoms. In proportion to the number of arrivals in 2009, this means that annually as many as 900 traumatised children and youth in need of treatment arrive in Finland.

Currently, approximately one third of these traumatised refugee and asylum-seeking children and youth receive psychiatric or psychotherapeutic treatment for their problems. This means that every year, hundreds of traumatised children and youth arriving in Finland receive no treatment for their problems whatsoever. This is partly due to restrictions in the availability of health care services during the asylum-seeking process, because in most cases, an asylum-seeker has to be psychotic or suicidal in order to gain access to these services. Waiting lists for mental health services for children and adolescents are long, and operators in this field feel they lack the necessary skills to work with families coming from a foreign cultural background. The need for additional information and training relating to multi-cultural work has been recognised in mental health services and family centres.

The target group would benefit from increased resources for low-threshold mental health work placed directly in units for refugees and asylum-seekers, as well as from increased expertise. Enhanced opportunities for consultation and cooperation with mental health services are needed in reception units for both quota refugees and asylum-seekers. Furthermore, instead of being returned to reception centres, unaccompanied asylum-seeking children and youth displaying the most serious symptoms should be provided with additional services after treatment in a psychiatric hospital. A national development unit, focusing on the problems of immigrant children and youth and the development of treatment and rehabilitation services for them, was proposed as a possible solution.

Compared to the majority population, immigrants with a refugee background often lack the necessary skills to utilise mental health services in Finland. Immigrants may not have experience of corresponding services in their previous lives, so some of the problems are caused by false prejudices and the fear of being stigmatized. Sometimes the various phenomena related to traumatisation may prevent immigrants from seeking help for their problems. Traumatised parents may also lack the necessary resources to recognise the distress of their children. When helping families with a refugee or asylum-seeking background, the various authorities providing these services should be flexible in their approach, and to understand the importance of the family background in the customer relationship.

# TAULUKOT

<b>Taulukko 1</b>	Yksintulleiden alaikäisten turvapaikanhakijoiden oleskelulupapäätösten määrä, 2009.....	13
<b>Taulukko 2</b>	Alaikäisten turvapaikanhakijoiden ja kiintiöpakolaisten määrä, 2008-09.....	13
<b>Taulukko 3</b>	18-24-vuotiaiden turvapaikanhakijoiden ja kiintiöpakolaisten määrä, 2008-09.....	14
<b>Taulukko 4</b>	Alaikäisten turvapaikanhakijoiden traumakokemusten luonne, määrä ja osuus viiden alaikäisyksikön otoksessa (N=198).....	32
<b>Taulukko 5</b>	Vastaanottokeskusten henkilökunnan arviot alaikäisten, huoltajiensa mukana tulleiden mielenterveysongelmista kärsivien turvapaikanhakijalasten ja -nuorten määrästä.....	37
<b>Taulukko 6</b>	Traumatisoituneiden turvapaikanhakijalasten ja -nuorten määrä 25 edustajan mukaan (N=61).....	42
<b>Taulukko 7</b>	Turvapaikanhakijalasten ja -nuorten erilaiset oireet yleisyysjärjestyksessä 25 edustajan mukaan (N=61).....	45
<b>Taulukko 8</b>	Turvapaikanhakijalasten ja -nuorten saamat mielenterveyspalvelut 25 edustajan mukaan (N=61).....	47
<b>Taulukko 9</b>	Kymmenen kunnan pakolaisyksiköiden työntekijöiden arviot vaikeasti traumatisoituneiden ja oireilevien kiintiöpakolaislasten ja -nuorten määrästä.....	51
<b>Taulukko 10</b>	Kiintiöpakolaislasten ja -nuorten traumakokemuksia yleisyysjärjestyksessä kymmenen pakolaisyksikön otoksessa (N=162).....	52
<b>Taulukko 11</b>	Kiintiöpakolaislasten ja -nuorten oireita yleisyysjärjestyksessä kymmenen pakolaisyksikön otoksessa (N=162).....	53
<b>Taulukko 12</b>	Kiintiöpakolaislasten ja -nuorten saamat mielenterveyspalvelut kymmenen pakolaisyksikön otoksessa (N=162).....	53
<b>Taulukko 13</b>	Perheiden tilanne, otos Helsingin maahanmuuttoyksikön asiakasperheistä (N=66).....	57
<b>Taulukko 14</b>	Lasten tilanne, otos Helsingin maahanmuuttoyksikön asiakasperheistä (N=208).....	57
<b>Taulukko 15</b>	Arvio vuonna 2009 Suomeen saapuneiden kidutettujen ja vaikeasti traumatisoituneiden pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten määrästä Suomessa.....	78

# KAAVIOT

<b>Kaavio 1</b>	Alaikäisten turvapaikanhakijoiden ikäjakauma 25 edustajan mukaan (N=61).....	41
<b>Kaavio 2</b>	Alaikäisten turvapaikanhakijoiden lähtömaat 25 edustajan mukaan (N=61).....	41

# 1 SELVITYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Suomesta ovat tähän asti puuttuneet alaikäisiin pakolaisiin<sup>1</sup> ja turvapaikanhakijoihin<sup>2</sup> erikoistuneet lasten- ja nuorisopsykiatriset arviointi-, hoito-, ja kuntoutuspalvelut, joiden avulla vaikeasti traumatisoituneiden lasten ja nuorten hoito olisi mahdollista. Tämä tarve on tunnustettu Helsingin Diakonissalaitoksen Kidutettujen kuntoutuskeskuksessa, jossa hoidetaan vaikeasti traumatisoituneita aikuisia, joiden lapsille ei ole ollut tarjota asiantuntevia mielenterveyspalveluita. Tarve on ilmennyt sekä kliinisessä potilastyössä että yksikköön ulkopuolelta tulleiden konsultaatioiden kautta.

Tähän kehittämistarpeeseen käynnistettiin Helsingin Diakonissalaitoksella vuoden 2010 alusta Euroopan pakolaisrahaston tuella *Kidutettujen ja vaikeasti traumatisoituneiden turvapaikanhakija ja pakolaislasten ja -nuorten hoidon tarpeen arviointi ja kuntouttaminen* -hanke, joka on suunniteltu kolmevuotiseksi (2010-12). Eräs hankkeen ensimmäisiä tehtäviä oli kartoittaa vaikeasti traumatisoituneiden pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten määrä ja erikoistuneiden lasten- ja nuorisopsykiatristen palveluiden tarve maassamme. Nyt käsillä oleva selvitys on tämän kartoitustyön raportti.

Hankkeen ja samalla selvitystyön kohderyhmäksi rajattiin a) yksin ilman huoltajaa maahan pakolaisina tai turvapaikanhakijoina tulleet alaikäiset, jotka ovat kidutettuja, sotatraumatisoituneita tai sekundäärisesti traumatisoituneita<sup>3</sup> b) perheensä mukana maahan pakolaisina tai turvapaikanhakijoina tulleet edellä mainituista syistä traumatisoituneet alaikäiset, ja c) alle 24-vuotiaat nuoret, jotka ovat traumatisoituneet lapsuudessaan edellä mainituista syistä ja joiden hoidon tarpeen arviointi ja kuntouttaminen on syystä tai toisesta viivästynyt. Ikärajojen linjaamisen taustalla on käsitys nuoruusiän ja persoonallisuuden kehityksen prosessin jatkumisesta noin 24-vuotiaaksi.

Hankkeessa kehitetään kohderyhmälle suunnattuja erikoistuneita lasten ja nuorisopsykiatrisia palveluita osana Kidutettujen kuntoutuskeskuksen toimintaa. Koska palvelutarpeeseen liittyvä kysyntä ylittää hankkeen resurssit, pyritään konsultoivaan työotteeseen. Vuonna 2010 hankkeen henkilöstö koostui kokopäiväisestä psykologi-projektikoordinaattorista, puolipäiväisestä psykologi-VET-lastenpsykoterapeutista ja yhtenä päivänä viikossa työskentelevästä lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäristä. Potilastyön ohessa hankkeen työntekijät tarjoavat konsultaatioita, tietoa ja neuvontaa kohderyhmän kanssa työskenteleville viranomaisille, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ja järjestöjen toimijoille valtakunnallisesti.

---

<sup>1</sup> Pakolainen on henkilö, joka on kotimaansa ulkopuolella ja jolla on perusteltua aihetta pelätä joutuvansa kotimaassaan vainotuksi rodun, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskunnalliseen ryhmään kuulumisen, tai poliittisen mielipiteen johdosta (YK:n pakolaisasema- ja oikeusasema-kokeva yleissopimus). Esimerkiksi sota, luonnonkatastrofi tai köyhyys eivät ole YK:n määritelmän mukaisia pakolaisasemaan oikeuttavia syitä. YK:n pakolaissopimuksen määritelmän uudistamistarve on tunnustettu. Pakolaisiksi kutsutaan Suomessa yleensä myös henkilöitä, jotka ovat saaneet jäädä maahan suojelun tarpeen vuoksi tai humanitaarisista syistä.

<sup>2</sup> Turvapaikanhakija on henkilö, joka pyytää suojaa ja oleskeluoikeutta vierasta valtiosta. Turvapaikkahakemus on jätettävä maahan tullessa tai mahdollisimman pian maahan tulon jälkeen. Turvapaikanhakijan pakolaisuus todetaan vasta turvapaikkahakemukseen annettulla päätöksellä.

<sup>3</sup> Sekundääri eli toissijainen traumatisoituminen tarkoittaa vanhempien traumatisoitumisen välittymistä lapsiin.

Alaikäisten ilman huoltajaa maahan saapuneiden turvapaikanhakijoiden määrän kasvu viime vuosina on entisestään lisännyt kohderyhmään erikoistuneiden mielenterveyspalveluiden ja asiantuntevien konsultaatiomahdollisuuksien kysyntää. Vuonna 2009 Suomeen saapui 557 yksin tullutta alaikäistä turvapaikanhakijaa. Turvapaikanhakijoina maahan saapuneiden alaikäisten kohdalla päädytään suhteellisesti useammin myönteiseen oleskelulupapäätökseen kuin aikuisten turvapaikanhakijoiden kohdalla (taulukko 1).

**Taulukko 1 Yksintulleiden alaikäisten turvapaikanhakijoiden oleskelulupapäätösten määrä, 2009**

	ALAIKÄISET YKSINTULLEET TURVAPAIKANHAKIJAT	MUUT TURVAPAIKANHAKIJAT
Myönteinen oleskelulupapäätös	247 (57 %)	1373 (32 %)
Kielteinen oleskelulupapäätös	165 (38 %)	2568 (59 %)
Rauenneet päätökset	20 (5 %)	394 (9 %)
Kaikki päätökset	432	4335

Lähde: Maahanmuuttovirasto, turvapaikka- ja pakolaistilastot.

Huom. Luvut suuntaa antavia ja lähinnä havainnollistavat trendin. Päätöstilastot eivät korreloi hakijatilastojen kanssa pitkien käsittelyaikojen johdosta. Myönteisten päätösten joukossa on myös aikaisempina vuosina tululle hakijoille tehtyjä päätöksiä. Kielteiset oleskelulupapäätökset sisältävät myös nk. Dublin-päätökset.

Alaikäisten yksintulleiden turvapaikanhakijoiden lisäksi Suomeen saapuu lapsia, nuoria ja nuoria aikuisia pakolaiskiintiössä. Eduskunta päättää vuosittain budjetin yhteydessä pakolaiskiintiön suuruuden, joka vuodesta 2001 lähtien on ollut 750 henkilöä vuodessa. Nuorten ikäluokkien osuus tästä joukosta on korkea, johtuen etenkin pakolaisperheiden monilapsisuudesta. Vuonna 2008 Suomeen saapuneista kiintiöpakolaisista oli lapsia 51 prosenttia ja vuoden 2009 aikana 34 prosenttia (taulukko 2). Maahamme saapuu myös väkivaltaa kokeneita, kodin ja perheen hajoamisen läpikäyneitä pakolaislapsia ja nuoria erilaisten perheenyhdistämisprosessien kautta. Lisäksi pakolaisperheisiin syntyy Suomessa lapsia, jotka saattavat joutua kärsimään vaikeasti traumatisoituneiden vanhempiensa ongelmista. Näissä perheissä lapset altistuvat toissijaiselle eli sekundääriselle traumatisoitumiselle. Suomeen vuonna 2009 saapuneiden alaikäisten pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden (vanhempiensa mukana ja yksin tulleet) määrä oli yhteensä noin 1256 lasta.

**Taulukko 2 Alaikäisten turvapaikanhakijoiden ja kiintiöpakolaisten määrä, 2008–09**

VUOSI	KOKO PAKOLAISKIINTIÖ, JOSTA ALAIKÄISIÄ	ALAIKÄISET YKSINTULLEET TURVAPAIKANHAKIJAT*	KAIKKI TURVAPAIKANHAKIJAT**, JOISTA ALAIKÄISET VANHEMPIENSA MUKANA TULLEET TURVAPAIKANHAKIJAT
2008	737 / 379 (51%)	706	3329 / 198
2009	727 / 249 (34%)	557	5431 / 450

Lähde: Maahanmuuttovirasto, turvapaikkayksikkö, oikeus- ja tukipalvelut.

\*Luvuissa vain oleskeluluvan ratkaisuhetkellä ala-ikäiset. Luvuista on poistettu prosessin aikana täysi-ikäistyneet hakijat.

\*\*Luvuista vähennetty yksintulleiden alaikäisten turvapaikanhakijoiden osuus.

Nuoria aikuisia (18–24-vuotiaat) tuli Suomeen vuonna 2009 kiintiöpakolaisten joukossa 106 henkilöä ja turvapaikanhakijoina 1562 henkilöä ( taulukko 3). Kun nämä 1668 nuorta aikuista lisätään yllä mainittujen 1256 lapsen joukkoon, on vuonna 2009 Suomeen tulleiden lasten, nuorten ja nuorten aikuisten määrä 2924 henkilöä.

**Taulukko 3 18–24-vuotiaiden turvapaikanhakijoiden ja kiintiöpakolaisten määrä, 2008–09**

VUOSI	18–24-VUOTIAAT KIINTIÖPAKOLAISET / KAIKKI KIINTIÖPAKOLAISET	18–24 VUOTIAAT TURVAPAIKANHAKIJAT / KAIKKI TURVAPAIKANHAKIJAT
2008	98 / 737 (13 %)	1103 / 4035 (27 %)
2009	106 / 727 (15 %)	1562 / 5988 (26 %)

Lähde: Maahanmuuttovirasto, turvapaikkayksikkö, oikeus- ja tukipalvelut.

## 1.1 Mielensterveyspalveluiden kehittämistä ohjeistavat sopimukset, lait ja selonteot

Suomi on ratifioinut Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) ihmisoikeussopimuksen 29.9.1989 (Asetus kidutuksen<sup>4</sup> ja muun julman ja epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastaisen yleissopimuksen voimaan saattamisesta sekä yleissopimus eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta). Sopimus velvoittaa Suomea järjestämään kuntoutusta kidutetuille, mutta toiminnot eivät ole juurtuneet julkiseen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään. Myös YK:n lasten oikeuksien yleissopimuksen 39. artiklassa veloitetaan sopimusvaltioita ryhtymään kaikkiin tarpeellisiin toimiin edistääkseen lasten ruumiillista ja henkistä toipumista, silloin kun lapsi on joutunut hyväksikäytön, pahoinpitelyn, kidutuksen tai muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai aseellisen selkkauksen kohteeksi. Lapsen toipumisen ja sopeutumisen on lisäksi tapahduttava ympäristössä, joka edistää lapsen terveyttä ja itsekunnioitusta (YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista). Yhtä lailla hallituksen maahanmuuttopoliittisen ohjelman toimenpiteisiin on kirjattu tavoitteeksi kehittää kuntoutusta ja mielensterveyspalveluita traumatisoituneille turvapaikanhakijoille ja erityisesti tuen tarpeessa oleville lapsille ja nuorille (Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma).

Laissa maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta (9.4.1999/493) säädetään sen 4. luvussa erityisen tuen tarpeessa oleville lapsille annettavasta neuvonnasta, kuntoutukselta ja soveltuvista mielensterveyspalveluista. Psykkisestä tilasta johtuvat erityistarpeet on otettava huomioon myös majoituksen ja muun vastaanoton järjestämisessä. Lasten oikeuksien edistäminen on myös Suomen ihmisoikeuspolitiikan yksi painopistealue. Valtioneuvoston selonteossa Suomen ihmisoikeuspo-

<sup>4</sup> Kidutuksella tarkoitetaan tekoja, joilla aiheutetaan jollekulle tahallisesti kovaa kipua tai kovaa joko henkistä tai ruumiillista kärsimystä tietojen tai tunnustuksen saamiseksi häneltä tai kolmannelta henkilöltä, hänen rankaisemisekseen teosta, jonka hän tai kolmas henkilö on tehnyt tai epäillään tehneen, hänen tai kolmannen henkilön pelottelemiseksi tai pakottamiseksi taikka minkälaiseen tahansa syrjintään perustuvasta syystä, kun virkamies tai muu virallisessa asemassa toimiva henkilö aiheuttaa sellaista kipua tai kärsimystä, yllyttää tai suostuu niiden aiheuttamiseen tai hyväksyy sen hiljaisesti. Kidutusta ei ole sellainen kipu tai kärsimys, joka saa alkunsa pelkästään laillisista seuraamuksista, joko niihin kuuluvana tai niihin liittyvänä. (Kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastainen YK:n yleissopimus)



litiikasta (2009) todetaankin seuraavasti ”Suurella osalla alaikäisistä ilman huoltajaa tulleista turvapaikanhakijoista ja pakolaisista on traumaattisia kokemuksia, mutta näiden ryhmien mielenterveyspalveluissa on edelleen puutteita. Heille ei ole erityisesti heitä varten kehitettyjä hoitomenetelmiä eikä heidän erityistarpeisiinsa koulutettua henkilökuntaa” (Valtioneuvoston selonteko 3.9.2009).

Perusterveydenhuolto, perheneuvolat ja lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikat ovat vastanneet kiduttujen ja vaikeasti traumatisoituneiden turvapaikanhakija- ja pakolaislasten ja -nuorten auttamisesta Suomessa. Monin paikoin koetaan kuitenkin vieraasta kulttuurista tulevien ja poikkeuksellisten traumakokemusten kohtaamisessa osaaminen ja tiedot vajaiksi. Yhtenä osoituksena tästä ovat olleet Kidutettujen kuntoutuskeskukseen jo vuosia suuntautuneet erikoissairaanhoidosta tulevat pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten hoitoon liittyvät kyselyt ja konsultaatiot.

Myös kotimaiset maahanmuuttajalapsiin ja nuoriin liittyvät raportit ja selvitystyöt tukevat näkemystä erikoistuneiden mielenterveyspalveluiden tarpeellisuudesta. Helsingin kaupungin vuonna 2003 tilaama selvitys maahanmuuttajataustaisten lasten mielenterveystilanteesta osoitti, etteivät maahanmuuttajalapsen lapset ja -perheet pysty hyödyntämään julkisen sektorin mielenterveyspalveluita tasavertaisesti valtaväestöön nähden runsaasta mielenterveydellisestä oireilusta huolimatta. Maahanmuuttajalapsen lapset ovat sen sijaan lukumääräänsä nähden ylliedustettuja lastensuojelupalveluissa. Lastensuojelutarpeen syyt poikkeavat valtaväestöstä (alkoholi- ja mielenterveysongelmat) liittyen perheenjäsenten välisiin ristiriitoihin, lasten kasvatukseen liittyviin pulmiin ja kulttuuriristiriitoihin. Näihin ongelmiin tulisi vaikuttaa ennaltaehkäisevästi. Selvityksessä todetaankin, että siinä vaiheessa kun lastensuojelu puuttuu perheen tilanteeseen, on jo kulunut liian pitkä aika ja tapahtunut liian paljon (Uusijärvi 2003, 5-6, 16).

Alaikäisten turvapaikanhakijoiden tilanteesta tehdyt selvitykset ovat nostaneet esiin kohderyhmän tarvitsemien erikoistuneiden mielenterveyspalveluiden puutteen (Mikkonen ym. 2002, 65) sekä korostaneet ajoissa annetun psykologisen tuen merkitystä ongelmien patoutumista ja kärjistymistä ennalta estävänä (Helander ja Mikkonen 2002, 132). Vähemmistövaltuutetun julkaisemassa selvitystyössä lapsen edun toteutumisesta turvapaikanhakija- ja pakolaislapsia koskevissa päätöksissä mainitaan yhtenä ongelmana alaikäisten turvapaikanhakijoiden mielenterveyshäiriöiden hoitoon erikoistuneen yksikön puute (Parsons 2010). Sosiaali- ja terveysministeriön teettämä selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalveluiden tarpeesta ja niiden saatavuudesta käsittelee laajasti maahanmuuttajien mielenterveyspalveluiden tarpeen ja olemassa olevien palveluiden kohtaamattomuutta ja lukuisia terveydenhuollon koulutuksellisia tarpeita maahanmuuttajapotilaiden hoitoon liittyen (Rauta 2005).



## 1.2 Pakolaisuuden traumat lasten ja nuorten kokemina

Pakolais- ja turvapaikanhakijalapsia päätyy kolmannen maailman maista Eurooppaan lukuisista syistä. Taustalla on usein yhteiskunnan vakaviin konfliktitilanteisiin, köyhyyteen ja vainoon liittyviä tekijöitä. Myös perheen sisäiset konfliktit, kaltoin kohtelu, hylätyksi tuleminen ja orpoutuminen ajavat lapsia maailmalle. Lapsia ja nuoria päätyy myös ihmiskaupan uhreiksi. Erityisesti yksintulleet turvapaikanhakijalapsset ja -nuoret ovat harvoin täysin perillä siitä, minne he ovat matkalla. He joutuvat usein vääristelemään ja salaamaan henkilötietojaan aikuisten antamien neuvojen tai uhkailujen vuoksi, mikä lisää lasten psykologista kuormaa ja estää luottamuksellisten suhteiden solmimista viranomaisiin tai huolehtiviin aikuisiin vastaanottomaassa.

Riippumatta maahantulon tavasta ovat pakolaisuuden kokeneet lapset ja nuoret yleensä kohdanneet paljon turvattomuutta tuottavia tilanteita. Pahimmillaan traumaattiseksi muodostuneet kokemukset häiritsevät lasten ja nuorten normaalin kehityksen etenemistä ja tuottavat posttraumaattista oireilua. Pakolaislapset altistuvat usein monille traumatisoiville stressitekijöille yhtä aikaa.

Traumaattisella tapahtumalla tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilön tai hänen läheistensä henki, terveys ja/tai fyysinen koskemattomuus on uhattuna. Myös muuntyyppiset tapahtumat, jotka voivat olla itse koettuja, joiden todistajaksi on joutunut tai joista on joutunut kuulemaan, voivat traumatisoida erityisesti lapsia (Saigh 1991). Yksittäisellä ja erillisellä traumatapahtumalla, joka on koettu suhteellisen turvallisuudessa ja hallittavassa ympäristössä on erilaiset jälkiseuraukset kuin traumaattisella tilanteella, jossa uhan kokemus on toistuva tai jatkuva. Traumaattisen tilanteen jälkeen ilmenevät stressioireet ovat normaali ilmiö ja lievittyvät suotuisassa tilanteessa itsestään ajan kuluessa. Osalla stressireaktio kuitenkin pysyy ja saattaa vähitellen kehittyä traumaperäiseksi stressihäiriöksi (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD), joka on ahdistuneisuushäiriöihin luokiteltu psykiatrinen häiriö. Vakavamman traumakokemuksen seuraukset eivät parane itsestään, vaan ne vaativat aktiivista käsittelyä, jotta paranemisprosessi pääsee liikkeelle.

Mitä vakavamman trauman lapsi on kohdannut ja mitä lähempänä traumatapahtuma fyysisesti on lasta, tämän lähiympäristöä ja lapselle tärkeitä ihmisiä, sitä voimakkaampia traumaoireita yleensä ilmenee. Vanhemman reaktio tilanteeseen vaikuttaa voimakkaasti lapseen. Perheen antama tuki ja vanhemman hyvä selviytyminen traumatilanteesta ja sen jälkeen puolestaan suojaavat lasta. Traumaperäisen stressihäiriön kehittymisen riski kasvaa kun kyseessä on toisen ihmisen aiheuttama trauma, kuten fyysinen väkivalta, tai jos taustalla on aiempia traumakokemuksia ja psykiatrisia tai neuropsykiatrisia häiriöitä. Lisäksi riski on arveltu suuremmaksi tytöillä kuin pojilla. Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten perusteella noin 15 prosenttia tytöistä ja 6 prosenttia pojista reagoi kokemaansa traumaattiseen traumaperäisen stressihäiriön oirein. Traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys oli kuitenkin huomattavasti suurempi, kun tutkimukseen osallistuneet lapset ja nuoret oli valittu riskiryhmistä kuten tietyistä etnisistä vähemmistöryhmistä, mikä johtui näiden ryhmien korkeammasta altistuvuudesta traumaattisille tapahtumille. Käytännössä kuitenkin jokainen lapsi ja nuori, joka on joutunut seksuaalisen hyväksikäytön uhriksi tai todistanut vanhemman väkivaltaisen kuoleman, saa traumaperäiseen stressihäiriöön liittyviä oireita (March 1993).

Pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten keskuudessa mielenterveysongelmien, erityisesti traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyys on todettu korkeaksi. Laajassa tutkimuskatsauksessa tämä diagnosoitiin 11 prosentilla pakolaislapsista ja 35 prosentilla pakolaisnuorista ja nuorista aikuisista (Fazel ym.

2005). Mielenterveysongelmista kärsivät tutkimusten mukaan erityisesti yksin tulleet turvapaikanhakijalapsset. Tanskalaisessa tutkimuksessa 58 prosentilla 11–16-vuotiaista turvapaikanhakijalapsista todettiin mielenterveydellisiä ongelmia ja esiintyvyyden todettiin lisääntyvän, mikäli turvapaikanhakuprosessi kesti yli vuoden tai jos lasta tai nuorta jouduttiin siirtämään yksiköstä toiseen enemmän kuin neljä kertaa (Nielsen ym. 2008).

Paitsi lähtömaassa koetut traumaattiset kokemukset, myös sosiaaliset kokemukset uudessa elinympäristössä vaikuttavat vahvasti sekä pakolaislasten että aikuisten mielenterveyteen. Useiden tutkimusten mukaan toisen polven maahanmuuttajilla on lähes kaksinkertainen riski psykoottistasoiseen sairastavuuteen verrattuna ensimmäisen polven maahanmuuttajiin. Kantaväestöön verrattuna riski on lähes viisinkertainen (Cantor-Graae & Selten 2005). Maahanmuuttajapopulaatioissa psykoottisen sairastavuuden on havaittu olevan vahvassa yhteydessä sosiaalisen tuen puuttumiseen kuten eristäytyneisyyteen omasta etnisestä ryhmästä ja erilaisiin syrjäytymiskokemuksiin (Veling ym. 2008). Yhteiskunnan marginaaliseen ryhmään kuulumisen voi voimistaa traumatisoitumisen jälkiseurauksena ilmeneviä vierauden ja eristäytyneisyyden kokemuksia.

Trauman vaikutukset ovat vahvasti yhteydessä lapsen kulloiseenkin kehitysvaiheeseen, herkkyyteen haavoittua tai selviytyä tietyntyyppisistä kokemuksista (Punamäki 2005). Traumaperäinen oireilu ilmenee siten eri-ikäisillä lapsilla ja nuorilla eri tavoin. Isompien lasten ja nuorten oireenkuva muistuttaa aikuisten oireilua. Pienillä lapsilla trauman jälkeinen stressi ilmenee yleistyneinä pelkoina, kuten eroahdistuksena, voimakkaana vierastamisena tai unihäiriönä sanallisen kuvaamisen vaikeudesta johtuen. Lapsi voi myös pakonomaisesti toistella symboleja tai sanoja tai alkaa vältellä joitain tilanteita, joiden ei välttämättä tarvitse olla tekemisissä traumakokemuksen kanssa. Lapsen leikki voi olla pakonomaisesti traumatapahumaan liittyviä asioita toistavaa. Normaalisti leikistä poiketen toistava traumaperäinen leikki ei pura lapsen ahdistusta, vaan pikemminkin kohottaa lapsen stressitasoa entisestään. Lapsi voi myös taantua kehityksessään.

Ala-asteikäisillä lapsilla ilmenee usein traumatapahtumaan liittyvää aikajärjestyksen ja eri tapahtumien sekoittumista lapsen muistellessa tilannetta. Tyypillisesti lapsi luo mielessään erilaisia enneuskomuksia eli traumaa edeltäneisiin todellisiin tai kuviteltuihin seikkoihin liittämääns merkityksiä. Lapsi saattaa uskoa, että olemalla tarpeeksi varuillaan ja ennakoimalla näitä merkkejä hän pystyy ennustamaan ja välttämään tulevan trauman. Myös kouluikäisillä ilmenee traumaperäistä leikkiä tai muuta traumaan liittyvää toistamista piirtämällä, puhumalla tai kirjoittamalla. Traumaperäinen stressi voi aiheuttaa myös yleistä aggressiivisuutta, impulsiivisuutta ja ylivilkkautta. Traumatisoituminen vaikuttaa usein merkittävästi koulunkäyntiin ja oppimiseen. Keskittyminen on myös vaikeaa, jos opiskeluun ei ole energiaa esimerkiksi univaikeuksista johtuen, eivätkä opitut asiat siten jää mieleen (Arvonen ym. 2010, 54).

Nuorten traumaperäinen oireilu muistuttaa monin tavoin aikuisten oireilua. Lapsilla esiintyvän leikin sijaan nuori voi toistaa traumaa esimerkiksi piirtämällä, kirjoittamalla tai käyttäytymällä muulla tavoin traumaan viittaavasti, esimerkiksi kantamalla veistä mukana väkivaltaisuuksien jälkeen. Nuori voi myös käyttäytyä hyvin impulsiivisesti tai hyökkäävästi. Keskittymisvaikeudet, ongelmat ystävyssuhteissa, aggressiivisuus ja kielteinen tulevaisuudenkuva ovat tyypillisiä koulu- ja nuoruusikäisillä. Murrosiässä traumaperäisen stressihäiriön oireet liittyvät usein antisosiaalisuuteen, päihde- ja huumeongelmiin sekä persoonallisuuden muutoksiin.

Tanskalaisessa pitkittäistutkimuksessa seurattiin pakolaislasten mielenterveysongelmien esiintyvyyttä yhdeksän vuoden ajan. Lähtötilanteessa kolme neljästä traumatisoituneista pakolaislapsista kärsi kliinisesti merkittävistä mielenterveysongelmista, mutta seuranta-ajan päättyessä vain neljäsosa. Pitkäkestoisien mielenterveysongelmien esiintyvyyteen vaikuttivat traumakokemusten määrä ennen maahan tuloa, mutta lievemminkin traumatisoituneilla stressaavien kokemusten määrä maahan tulon jälkeen (Montgomery 2010). Traumatisoituneiden lasten ja nuorten kohdalla maahan tulon jälkeisillä ympäristötekijöillä on siis tutkimuksen mukaan suuri merkitys mielenterveysongelmien pitkäaikaisen esiintyvyyden ja terveen sopeutumisen kannalta.

Perheellä on keskeinen merkitys selviytymistä tukevana ja suojaavana tekijänä pakolaisuuden eri vaiheissa. Pakolaislapsilla, jotka pysyvät perheidensä yhteydessä tai pääsevät nopeasti uudelleen yhteyteen perheidensä kanssa on todettu esiintyvän vähemmän psyykkisiä oireita ja parempaa mukautumiskykyä kuin lapsilla, jotka joutuvat selviytymään pakolaisprosessista yksin (Lustig ym. 2004). Ero vanhemmista on erityisesti nuorimmille pakolaislapsille vaikea kokemus.

Suomalaisessa tutkimuksessa haastateltiin 46:tta, iältään 6–17-vuotiasta turvapaikanhakijalasta, jotka olivat tulleet maahan ilman huoltajaa (Sourander 1998). Yli puolella turvapaikanhakijalapsista ilmeni kliinisesti merkittäviä psyykkisiä oireita. Yleisimpiä oireita olivat mm. riitaisuus, surullisuus, impulsiivisuus, itsepäisyys, huolestuneisuus, mielialojen heilahtelu, yksinäisyyden kokemukset, päiväaikainen uneksinta, huomionhakuisuus, epäluuloisuus ja keskittymisvaikeudet. Monilla lapsista oli runsaasti huolta somaattisista oireista, he kärsivät uni-valvetrymin häiriöistä ja he toivat myös avoimesti esiin itsemurha-ajatuksia. Lapset olivat hyvin huolissaan kotimaahan jääneistä omaisistaan ja heidän oli vaikeaa ymmärtää turvapaikkaprosessiinsa liittyviä seikkoja (Sourander 1998).

Varsinkaan yksin maassa olevien turvapaikanhakijalasten ja -nuorten kohdalla heistä huolehtivat aikuiset eivät yleensä kykene tarjoamaan riittävästi aikaa suoraan, oman vanhemman puuttumista kompensoivaan kontaktiin. Myös yhteisen kielen puuttuminen tuottaa näissä kontakteissa ongelmia. Puutteet vanhemmuudessa voivat näkyä myöhemmin lasten ja nuorten elämässä sosiaalisten taitojen kehittymättömyytenä, masennus- ja konfliktialttiutena ja itseluottamuksen puutteena (Van der Veer 1998).

Suomalaisia sotalapsia koskeva tutkimus on nostanut esiin paitsi vanhemmista eroon joutumisen tuottamien traumojen pitkäaikaiset koko elämää leimaavat vaikutukset, myös vieraaseen kulttuuriin sopeutumisen tuottamat traumat (Serenius 2003). Identiteetin kehitykseen liittyvät erityisvaikeudet ovat pakolaislapsilla ja -nuorilla kahden kulttuurin välimaastossa kasvettaessa tavallisia. Maahanmuuttokokemus nuoruusiässä heikentää helposti entisestään kehittyvän nuoren käsitystä siitä kuka hän on. Mahdollisuus saada uudessa ympäristössä hyväksyvää palautetta on aiempaa vähäisempi ja toistuva kokemus siitä, ettei täyty odotuksia tai osaa, voi murentaa itsetuntoa.

### 1.3 Traumaattisten kokemusten vaikutukset vanhemmuuteen

Pakolaislasten ja -nuorten kokema sekundääri eli toissijainen traumatisoituminen liittyy heidän vanhempiensa traumaperäisistä syistä johtuvaan alentuneeseen kykyyn toimia vanhempina. Kidutettujen maahanmuuttajavanhempien lasten on todettu kärsivän enemmän psyykkisistä oireista kuin niiden lasten, joiden maahanmuuttajataustaiset vanhemmat eivät ole joutuneet kidutuksen uhriksi (Daud ym 2005). Traumojen vaikutusten on kuvattu välittyvän ja siirtyvän sukupolvelta toiselle mm. siten että ahdistavasta asiasta vaietaan perheessä kokonaan, jolloin lapset jäävät traumatisoivien kuvitelmiensä kanssa yksin. Lapset saattavat myös kokea ahdistavaa syyllisyyttä traumatisoituneiden vanhempiensa kokemuksista.

Vanhemman traumaperäinen oireilu; masennus, uupumus tai hermostumisherkkyys voivat näyttäytyä lapselle pelottavina ja käsittämättöminä ilmiöinä. Lasten ja nuorten riski altistua riittävän huolenpidon puuttumiselle ja liian varhaiselle vastuun ottamiselle perheen asioista voi joskus vanhemman toimintakyvyn alentumisen vuoksi kasvaa. Vanhemmat saattavat tukeutua lapsiinsa liiaksi näiden kehitystasoon nähden erityisesti yksinhuoltajaperheissä. Pakolaisperheissä tavallinen tilanne, isän puuttuminen, muodostaa tunnetun riskitekijän kehittyvien lasten, erityisesti poikien kohdalla. Isättä kasvaneiden suomalaispoikienkin on todettu syyllistyvän aikuisena kahdeksan kertaa todennäköisemmin vankeusrangaistuksen tuottavaan väkivallantekoon kuin poikalapsien, joiden kasvatuksessa isä on ollut mukana (Kempainen 2001).

Tampereella vuonna 2006 päättyneen lapsilähtöisen maahanmuuttajatyön Kriko-projektissa todettiin suurimmalla osalla (noin 80–90 %) projektin asiakkuudessa olleiden maahanmuuttajalasten ja -nuorten vanhemmista vähintään toisella vakava mielenterveysongelma (Lenkkeri & Nguyen 2006). Pakolaisperheissä joudutaan kohtaamaan usein moninkertainen määrä perhettä ja sen yksittäisten jäsenten taseapainoa horjuttavia riskitekijöitä kuten sosioekonomisen tilanteen huononeminen, kielitaidottomuus uudessa ympäristössä, ero perheenjäsenistä, ympäröivän yhteiskunnan vihamieliset asenteet, eristyneisyys saman kulttuuritaustan omaavista henkilöistä, traumaattiset kokemukset ja maahantuloa edeltävä pitkäaikainen stressi (Berry 1991). Pitkittynyt epävarmuus, joka liittyy perheenyhdistämisprosesseihin vaikuttaa kielteisesti koko perheen hyvinvointiin. Epäonnistumiset suvun ja laajan perheen yhteen kokoamisessa koetaan myös raskaina ja masennusta aiheuttavina iskuina yhteisökeskeisestä kulttuurista tulevissa pakolaisperheissä.

Turvapaikanhakijoina maahan saapuneet perheet joutuvat usein elämään pitkäaikaisessa traumaattisen epävarmuuden tilassa mikä lisää laitostumista, toimintakyvyn yleistä laskua ja riskiä elämänhallinnan menettämisestä. Kiintiöpakolaisilla sopeutumiskriisi käynnistyy usein maahanmuuttoa seuraavana sopeutumisyrikkimysten ylikompensaationa ja tätä seuraavana integraatioprosessin psykologisen kriisiytymisenä (Sluzki 2001). Menetysten sureminen käynnistyy tuolloin helpommin, vaikka vieraaseen kulttuuriin sopeutuminen onkin usein elinikäinen prosessi. Pakolaisuuden kriisi voi tuottaa ristiriitoja puolisoiden sekä vanhempien ja lasten välille. Sukupuoliroolit ja odotukset uudessa ympäristössä saattavat olla vahvasti ristiriidassa lähtömaassa omaksuttuihin perinteisiin käsityksiin. Lasten ja vanhempien eritahtinen kotoutuminen uuteen ympäristöön voi koetella vanhempien asemaa perheessä.

Suomalaisessa seurantatutkimuksessa vastaanottokeskuksessa asuvia lapsiperheitä haastateltiin toistuvasti kolmen kuukauden ajan (Sourander 2003). Lähes kaikissa turvapaikanhakijaperheissä ainakin yksi

perheenjäsen oli vaikeasti traumatisoitunut. Depressio-oireet, hermostuneisuus, mielialan muutokset, vetäytyvyys ja ärtyisyys olivat yleisiä. Kolmanneksessa perheistä vanhempi oli yrittänyt itsemurhaa Suomeen saapumisen jälkeen. Yli puolessa perheistä ainakin yhdellä vanhemmalla oli itsetuhoisia ajatuksia haastatteluiden ajankohtana. Vanhempia ja lapsia eivät askarruttaneet niinkään aikaisemmat traumat vaan senhetkiset ongelmat, epävarmuus tulevaisuudesta sekä suru tai epävarmuus kadotetuista sukulaisista. Vanhemmuuden roolin säilyttäminen oli erityisen vaikeaa pienten lasten vanhemmille. Ongelmallisinta tämä oli yksinhuoltajille ja niille vanhemmille, joilla oli vakavia ristiriitoja tai joista toinen oli joutunut kidutuksen uhriksi. Heidän lastensa tilanne oli kuitenkin selvästi parempi kuin ilman vanhempia maahan saapuneiden alaikäisten (Sourander 2003).

Lasten traumaoireiden on havaittu olevan vahvasti yhteydessä vanhempien traumatisoituneisuuden asteeseen, sillä erityisesti kouluikäisille ja sitä nuoremmille lapsille vanhempien tuki on keskeistä traumasta toipumisessa. Vanhempien omat traumat voivat kuitenkin olla esteenä lasten tukemiselle. Vanhemmat joko arvioivat lapsen selviytyneen kokemastaan huomattavasti paremmin kuin lapset itse arvioivat tai vanhemmat tunnistivat lapsillaan samanlaisia oireita kuin itsellään ja voimakkaampina kuin mitä lapsi tunsikin itsellään olevan (Jaffe ym. 1998). Usein lasta autettaessa onkin välttämätöntä tarjota apua myös traumatisoituneelle vanhemmalle, jotta tämä puolestaan pystyy torjumatta kohtaamaan lapsensa kokemukset.

Lasten mielenterveysongelmat ja häiriintynyt käytös koetaan monissa pakolaisperheiden lähtökulttuureissa leimaavana ja merkinä perheen ja suvun epäonnistumisesta. Lapsen ongelmat sivuuttava torjunta voi pakolaisperheissä ilmetä lapsen kohdistuvina kohtuuttomina vaatimuksina hyvästä suoriutumisesta. Siirtolais- ja pakolaisvanhempia onkin tilanteensa vuoksi verrattu narsistisia häiriöitä tuottaviin vanhempiin (Saraneva 2003). Ongelmien ilmetessä apua haetaan vasta kun lapsen käytös on hallitsematonta ja kulttuurille ominaiset keinot ratkoa tilanteita ovat epäonnistuneet. Perheen asioita hoitavan työntekijän tulee olla erityisen hienotunteinen ja ymmärtää perheenjäsenten syyllisyyden ja häpeän kokemusta. Usein esim. lääkärin on viisasta tavata ja kuulla ensin lapsen tai nuoren vanhempia, jotta voidaan luoda paremmat edellytykset auttamistyölle (Huttunen, 2010).

Äitien varhaisen traumatisoituneisuuden ja dissosiaatiivisuuden<sup>5</sup> on havaittu olevan yhteydessä pikkulasten kiintymyssuhteiden häiriintymiseen. Vaurioitunut kiintymyssuhde on riski lapsen myöhemmän psykopatologian kehittymisen kannalta. Erityisen suuressa vaarassa ovat ne lapset joilla on traumaattisten kokemusten lisäksi taustallaan myös vaurioitunut kiintymyssuhde vanhempaan (Punamäki 2005). Näiden lasten on todettu kehittävän taipumusta patologiseen dissosiointiin (Ogawa 1997). Traumatisoituneiden ja dissosiaatiivisten lasten on todettu olevan yliherkkiä muutoksille ja epäjärjestykselle ja he saattavat reagoida esimerkiksi kouluympäristössä tuleviin ärsykkeisiin traumamuistuttajina, jotka laukaisevat affektiivisiä tai dissosiaatiivisia traumaattisia tiloja (Petterson 2003).

---

<sup>5</sup> Dissosiaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa henkilön normaali tajunnan, muistojen, identiteetin ja havaintojen yhdistyminen on häiriintynyt.



## 1.4 Kidutustraumat

Kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastainen YK:n yleissopimus määrittelee kidutuksen tekoina, joilla aiheutetaan jollekulle tahallisesti kovaa kipua tai kovaa joko henkistä tai ruumiillista kärsimystä tietojen tai tunnustuksen saamiseksi häneltä tai kolmannelta henkilöltä, hänen rankaisemisekseen teosta, jonka hän tai kolmas henkilö on tehnyt tai epäillään tehneen, hänen tai kolmannen henkilön pelottelemiseksi tai pakottamiseksi taikka minkälaiseen tahansa syrjintään perustuvasta syystä, kun virkamies tai muu virallisessa asemassa toimiva henkilö aiheuttaa sellaista kipua tai kärsimystä, yllyttää tai suostuu niiden aiheuttamiseen tai hyväksyy sen hiljaisesti. Kidutusta ei ole sellainen kipu tai kärsimys, joka saa alkunsa pelkästään laillisista seuraamuksista, joko niihin kuuluvana tai niihin liittyvänä. Ihmisoikeusjärjestö Amnesty International raportoi vuoden 2010 vuosiraportissaan kidutusta tapahtuvan ainakin 111 maassa. Kidutusta tiedetään käytettävän monissa näistä maista sekä aikuisiin että alaikäisiin (Amnesty International Report 2010).

Kidutus jälkiseurauksineen määritellään massiiviseksi traumaksi, jolle on tyypillistä traumatilanteen suuri intensiteetti ja pitkäaikaisuus. Sen seurauksena ihminen yleensä luovuttaa ja psykologisesti tai fyysisesti kuolee. Ne jotka selviävät, kärsivät erilaisista vakavista traumaperäisistä ongelmista, kehittävät täydellisen traumaan liittyvän muistamattomuuden, eriasteista anhedoniaa<sup>6</sup> tai muuttuvat persoonallisuudeltaan. Kidutus vaikuttaa kaikkeen kidutetun myöhemmässä elämässä kuten ihmisuhteisiin, kykyyn opiskella ja kykyyn tehdä työtä (Saraneva 2003).

Ilman hoitoa kidutuksen vaikutukset voivat olla katastrofaaliset sekä potilaan itsensä, yhteiskunnan että potilaan läheisten kannalta. Kidutetun hoitoon hakeutuminen on kuitenkin vaikeaa, koska kidutetut ovat menettäneet luottamuksensa toisiin ihmisiin, he häpeävät, pelkäävät ja ovat usein epäluuloisia viranomaisia, kuten terveydenhuollon edustajia kohtaan. Vaikeasti traumatisoituneiden kohdalla kidutuskokemukset tulevat hoitosuhteessa esiin usein vasta viiveellä, kun edes jonkinlainen luottamus hoitaviin henkilöihin on syntynyt. Asianmukaiset haastattelutekniikat eivät yksin riitä löytämään vaikeita traumoja ja kidutuskokemuksia, joita usein hävetään, pelätään kertoa tai ei edes muisteta kerrottavassa muodossa. Monet muistoista ovat kehon muistoja.

Kidutus voidaan jakaa fyysisen ja psyykkisen kidutuksen alatyyppeihin. Fyysinen kidutus voidaan puolestaan jakaa äärimmäistä kipua aiheuttavaan, äärimmäistä kuolemanpelkoa aiheuttavaan, välitöntä kuolemanuhkaa aiheuttavaan, äärimmäistä uupumusta aiheuttavaan sekä elinvarioita ja pysyviä elimellisiä vammoja aiheuttavaan. Psykkinen kidutus tähtää uhrin persoonallisuuden tuhoamiseen käyttäen erilaisia deprivatiotekniikoita, pakottamista ja farmakologisia keinoja tai asettamalla uhri mahdollittoman valinnan eteen. Seksuaalisessa kidutuksessa yhdistyvät molemmat muodot. Eri maissa kidutettuja hoitavien keskusten arviot kidutettujen pakolaisten määristä vaihtelevat 5–35 prosentin välillä. Tämän mukaan Suomessa olisi pakolaisten joukossa vähintään 2000-5000 systemaattisesti kidutettua (Ruuskanen 2007).

Yksi Suomessa tehty arvio kidutustraumojen määrästä perustuu terveydentilantutkimukseen, jossa seurattiin puolen vuoden ajan 170 turvapaikanhakijana ollutta henkilöä Tampereen kaupungin vastaanottokeskuksessa (Pirinen 2008). Valtaosa tutkituista oli nuoria aikuisia. 21 prosenttia oli alle 18-vuotiaita (36 alaikäistä). Kidutuskokemuksia heistä oli 57 prosentilla ja muita väkivaltakokemuksia 12 prosentilla.

Turvapaikanhakijoiden kuulemista käsittelevät tutkimukset ovat osoittaneet, että vihjeet kidutuskokemuksista jäävät usein vaille huomiota. Kidutuksen uhrit kärsivät lukuisista terveysongelmista, joita on vaikea tunnistaa ja yhdistää kidutuskokemuksiin (Pirinen 2008). Kidutusuhrien toipumista vaikeuttaa emotionaalisen tuen puute, ero perheenjäsenistä tai omasta etnisestä tai uskonnollisesta ryhmästä, rasististen ennakkoluulojen kohteeksi joutuminen sekä taloudelliset vaikeudet ja huono yleisterveys. Kidutuksen jälkiseuraukset ovat vakavimpia lasten, nuorten ja vanhusten kohdalla. Naiset ovat tutkimusten mukaan herkempiä kidutuksen aiheuttamille jälkiseurauksille kuin miehet.

---

<sup>6</sup> Anhedonia (myös ahedonia) on kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää. Se on yksi keskeisiä vaikea-asteisen masennuksen oireita.



## 1.5 Lapsisotilaat ja ihmiskaupan uhrit

Alle 18-vuotiaiden värväämistä sotilaiksi arvioidaan tapahtuvan eri muodoissaan vähintään 86 maailman valtiossa (Child soldiers, Global report 2008). Ihmisoikeusjärjestö Amnesty Internationalin arvion mukaan noin 250 000 alle 18-vuotiasta lasta on mukana taistelemassa konflikteissa eri puolilla maailmaa ja satojen tuhansien arvioidaan kuuluvan erilaisiin armeijoihin ja olevan riskissä joutua taistelutilanteisiin. Vaikka suurin osa lapsisotilaista on iältään 15-18-vuotiaita, rekrytoinnin kohteena ovat jopa kymmenvuotiaat ja tätäkin nuoremmat. Sekä hallitusten että aseellisten oppositioryhmittymien rekrytoimia lapsisotilaita löytyy Angolasta, Burundista, Kolumbiasta, Kongon demokraattisesta tasavallasta, Ruandasta, Sierra Leonesta, Sri Lankasta ja Ugandasta (Amnesty International USA).

Lapsia värvätään sotilaaksi laittomasti erilaisten aseellisten ryhmittymien palvelukseen tai pakolliseen asepalvelukseen hallitusten joukkoihin. Koska monissa kolmannen maailman maissa käytännöt syntyneiden lasten rekisteröimisessä ovat puutteelliset, värvättävien nuorten todellista ikää on vaikea arvioida. Näin alaikäisiä voi päätyä armeijaan siitä huolimatta, että virallinen linja maassa olisikin rekrytoida vain 18 vuotta täyttäneitä. Pakottamalla ja manipuloimalla nuoria ja lapsia on saatu suorittamaan vakavia ihmisoikeusrikkomuksia kuten siviilien raiskauksia ja murhia. Alaikäisiä on pakotettu aiheuttamaan vammoja tai tappamaan omia perheenjäseniään tai muita lapsisotilaita. Monet lapsista ja nuorista joutuvat toimimaan tämän lisäksi kantajina, keittäjinä, vartijoina, lähetteinä, vakoojina tai seksiorjina. (Child soldiers, Global report 2008).

Lapsisotilaana toimimisella on monella eri tasolla ilmeneviä ja laajoja haitallisia vaikutuksia lasten ja nuorten elämään. Vaikutukset ovat riippuvaisia lapsen iästä, sukupuolesta, persoonallisuustekijöistä, perhe- ja kulttuuritaustasta, traumaattisten kokemusten luonteesta, niiden kestosta ja toistuvuudesta. Usein lapset ovat menettäneet kotinsa tai sinne palaaminen ei yhteisön hyljeksinnän vuoksi ole lapsisotilaana toimineille mahdollista. Lapsisotilailla on myös erityisen suuri riski altistua fyysisille vammoille ja sairauksille, kuten HIV-infektioille, aliravitsemukselle ja päihdeongelmille. Mahdollisuutta koulunkäyntiin ei useimmiten ole ollut, eikä lapsi ole voinut kasvaa ja kehittyä normaalisti.

Erilaiset psyykkisesti traumatisoivat kokemukset voivat aiheuttaa lapsisotilaina toimineille trauma-peräistä oireilua. Nöyryytyskokemukset voivat vaikuttaa lapsen tai nuoren itsetuntoon ja saadut väkivaltaiset mallit lapsen tapaan ratkoa ongelmia. Teot joihin lapset ovat joutuneet osallistumaan saattavat aiheuttavat jälkikäteen vaikeita syllisyys- ja häpeäongelmia. Kokemustensa seurauksena monet lapset ovat menettäneet luottamuksen toisiin ihmisiin. Lapset voivat kärsiä myös pelosta tulla löydetyksi ja uudelleen värvätyksi ja piilottelevat siksi todellista henkilöllisyyttään. Monet lapsisotilaana toimimiseen liittyvistä psyykkisistä jälkivaikutuksista aktivoituvat vasta useita vuosia traumaattisten tapahtumien jälkeen (Varis 2001, 21-27).

**Ihmiskaupassa**<sup>7</sup> on kyse uhrin riippuvuussuhteesta rikolliseen, jolle uhri joutuu työskentelemään maksaakseen velkansa esimerkiksi järjestetystä maahantulosta. Ihmiskaupaa on kuitenkin myös valtioiden sisällä ilman maasta toiseen siirtymistä. Ihmiskauppa liittyy usein prostituutioon ja seksiteollisuuteen, pakkotyöhön tai muunlaisen työvoiman hyväksikäyttöön, naiskauppaan, lapsikauppaan tai elinkauppaan. Uhreiksi päätyy eri-ikäisiä miehiä ja naisia. Uhrien tunnistaminen on vaikeaa, sillä hyväksikäyttötarkoitusta voi olla vaikea osoittaa, eivätkä uhrin useinkaan ole itsekään tietoisia niistä olosuhteista, joihin heidät on kohdemaahan saapumisen jälkeen tarkoitettu alistaa. On tavallista, etteivät ihmiskaupan uhrin itse tiedä joutuneensa ihmiskaupan uhreiksi.

Ihmiskaupan uhreilla on Suomessa oikeus saada apua nimenomaisesta ihmiskaupan uhrien auttamisjärjestelmästä. Avun muotoja ovat asumisjärjestelyt, sosiaali- ja terveyspalvelut, oikeudellisen neuvonnan ja avustamisen, turvallisuusjärjestelyt ja muut uhrin tarvitsemat tukitoimet. Ihmiskaupan uhrien auttamisjärjestelmän hallinnoinnista vastaavat Joutsenon ja Oulun vastaanottokeskukset. Joutsenon vastaanottokeskuksen vastuulla ovat aikuiset ihmiskaupan uhrin, perheet ja ryhmät. Oulun vastaanottokeskus puolestaan huolehtii alaikäisistä ihmiskaupan uhreista. Auttamisjärjestelmän piiriin ohjautumisen edellytyksenä on uhrien tunnistaminen. Tunnistamisvelvoite on ensisijaisesti viranomaisilla, uhreilta sitä ei voida edellyttää. Ensisijaisia tunnistajatahoja ovat rajatarkastusviranomaiset, poliisi, Maahanmuuttovirasto, työsuojelupiirit, kuntien sosiaalitoimi ja muut julkiset sosiaalipalvelut, terveydenhuolto, kirkot ja muut uskonnolliset yhteisöt, työmarkkinajärjestöt, muut järjestöt, turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskukset sekä yksityiset henkilöt. Joulukuun 2009 puoleenväliin mennessä ihmiskaupan uhrien auttamisjärjestelmässä on ollut yhteensä 48 henkilöä. Heistä 12 on ollut alaikäisiä (Kansallisen ihmiskaupparaportoinnin kertomus 2010).

Ihmiskaupan uhrin voivat olla myös turvapaikanhakijoita. Uhrien tunnistaminen turvapaikanhakijoiden joukosta on tärkeää, koska tieto voi joskus ratkaista uhrin oikeuden jäädä maahan. Dublin-päätösmenettelyn mukaan turvapaikanhakijan asia tulee ratkaista siinä Euroopan maassa, josta hän ensimmäisenä on hakenut turvapaikkaa. Suomestakin käännytetään Eurodac-sormenjälkirekisteristä löytyneitä henkilöitä, jotka on rekisteröity jo aiemmin turvapaikanhakijoiksi toisessa valtiossa. Kansallisen ihmiskaupparaportoinnin tutkimissa käännytystapauksissa vuodelta 2009 löydettiin selviä todisteita ihmiskaupan uhriksi joutuneista. Ihmiskauppatapausten tunnistamisessa on edelleen vakavia puutteita ja nopea Dublin-järjestely muodostaa heidän kohdallaan erityisen riskin. Käännyttämisestä tulisikin pidättäytyä, mikäli epäily ihmiskaupasta herää ja etenkin uhrin ollessa alaikäinen. Ihmiskaupan uhrien auttamisjärjestelmässä työskennelleiden käytännön kokemusten mukaan erityisesti seksuaalisesti hyväksikäytetyt uhrin ovat usein traumatisoituneita. Monet uhreista pelkäävät hyväksikäyttäjäänsä, mikä tulisi ottaa nykyistä paremmin huomioon esimerkiksi oikeudenkäyntijärjestelyissä.

---

<sup>7</sup> Ihmiskauppa tarkoittaa hyväksikäyttötarkoituksessa tapahtuvaa henkilöiden värväystä, kuljettamista, siirtämistä, kätkemistä tai vastaanottamista voimankäytöllä uhkaamisen tai voimankäytön tai muun pakottamisen, sieppauksen, petoksen, harhaanjohtamisen, vallan väärinkäytön tai haavoittuvan aseman hyödyntämisen avulla, taikka toista henkilöä vallassaan pitävän henkilön suostumuksen saamiseksi annetun tai vastaanotetun maksun tai edun avulla. Hyväksikäytöksi katsotaan vähintään toisen hyväksikäyttö prostituutiotarkoituksessa tai muut seksuaalisen hyväksikäytön muodot, pakkotyö tai pakollinen palvelu, orjuus tai muu orjuuden kaltainen käytäntö tai orjuuden kaltaiset olot tai elinten poistaminen. Alle 18-vuotiaan värväys, kuljetus, siirtäminen, kätkeminen tai vastaanottaminen hyväksikäyttötarkoituksessa katsotaan aina ihmiskaupaksi. (YK:n ihmiskauppalisäpöytäkirja 3. artikla)

## 2 SELVITYKSESSÄ KÄYTETYT AINEISTOT JA MENETELMÄT

Selvitystyön kohteena olevien vanhempiensa tai huoltajiensa mukana tulleiden alaikäisten turvapaikanhakijoiden ja alaikäisten kiintiöpakolaisten lukumäärien ensisijaisena lähteenä käytettiin Maahanmuuttoviraston tuottamia tilastoja. Tilastot eivät kuitenkaan vastaa täysin todellista tilannetta, sillä tilaston tuottaja on poiminut tiedot erilaisista rekistereistä, jotka eivät ole kaikilta osin täysin täsmällisiä, toisiaan poissulkevia tai vertailukelpoisia. Luvut edustavat kuitenkin virallista ja parasta mahdollista saatavilla olevaa tietoa ikäryhmiin kuuluvien määristä.

Kidutettujen tai vaikeasti traumatisoituneiden turvapaikanhakija- tai pakolaislasten ja -nuorten määrän kartoittamiseksi hankkeessa toteutettiin helmikuussa 2010 kysely, joka suunnattiin alaikäisyksiköiden ja vastaanottokeskusten työntekijöille, alaikäisten yksintulleiden turvapaikanhakijoiden edustajille sekä kuntien kiintiöpakolaisyksiköiden työntekijöille. Aineistoa täydennettiin lähettämällä vastaava kysely myös perusasteen oppilashuollon, lasten- ja nuorisopsykiatrian yksiköiden sekä perheneuvoloiden henkilökunnalle. Lisäksi aineistoa kerättiin alan kolmannen sektorin toimijoilta. Vastaajaryhmästä riippuen määrälliset tiedot hankittiin suullisesti tai sähköpostitse. Yksityiskoh- taisia tietoja kohderyhmän kokemista ongelmista ja psyykkisestä oireilusta sekä heille suunnatun avun järjestämisestä kerättiin semistrukturoiduin haastatteluin. Aineistonhankinta toteutettiin nel- jän kuukauden aikana, helmi-toukokuussa 2010. Selvitystyössä kuullut tahot on lueteltu liitteessä 1.

Alaikäisten yksintulleiden turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskukset poimittiin Sisäasiainminis- teriön ylläpitämästä listauksesta (liite 2), jonka ministeriö oli koonnut 30.6.2009. **Alaikäisyksiköt** on tässä selvityksessä käytettävä yhteisnimitys, joka tarkoittaa alaikäisten yksintulleiden turvapai- kanhakijoiden ryhmä- ja perheryhmäkoteja sekä tukiasumisyksiköitä. Kaikkiin listattuihin alaikäi- syksiköihin oltiin yhteydessä sähköpostitse ja sovittiin puhelinhaastattelusta, joka sisälsi kysymyksiä kidutettujen tai vaikeasti traumatisoituneiden turvapaikanhakijalasten ja -nuorten määrästä sekä avoimia kysymyksiä kohderyhmän ongelmista, psyykkisestä oireilusta sekä heille suunnatun avun järjestämisestä. Puhelinhaastattelut toteutuivat kymmenellä eri paikkakunnalla sijaitsevien ryhmä- kotien tai tukiasumisyksiköiden henkilökunnan edustajien kanssa. Sisäministeriön 30.6.2009 teke- män alaikäisyksiköiden listauksen jälkeen on perustettu uusia alaikäisyksiköitä. Monet niistä sijait- sevat vanhojen yksiköiden yhteydessä. Tämän takia aineisto pitää sisällään tietoja myös 30.6.2009 jälkeen perustettujen yksiköiden asiakkaista. Haastatellut 16 työntekijää edustivat ammatiltaan terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, pakolais- ja sosiaaliohjaajia, vastaavia oh- jaajia ja yksiköiden johtajia. Selvitystyön tekijä vieraili neljässä eri puolella Suomea sijaitsevassa alaikäisyksikössä; Suomen Punaisen Ristin (SPR) Siuntion ryhmäkodissa, SPR:n Turun vastaanotto- keskuksen Pansion ryhmäkodissa, Alaikäisten turvapaikanhakijoiden tukiasumisyksikössä Parikka- lan Särkisalmella sekä Oulun vastaanottokeskuksen alaikäisten ryhmäkodissa.

**Vastaanottokeskukset**, joissa asuu sekä aikuisia turvapaikanhakijoita (18–24 vuotiaiden kohderyhmä) että turvapaikanhakijaperheitä (vanhempiensa mukana tulleet alaikäiset lapset), poimittiin Sisäasiainministeriön ylläpitämästä listauksesta (liite 3), jonka ministeriö oli koonnut 1.7.2009. Vastaanottokeskuksiin lähetettiin sama sähköpostikysely kuin alaikäisyksiköihin. Puhelinhaastattelut kohdennettiin kolmeen suureen eri puolella Suomea sijaitsevaan turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskukseen, joista kaksi oli transit-vastaanottokeskuksia<sup>8</sup>.

Alaikäisten yksintulleiden turvapaikanhakijoiden osalta yksi aineisto kerättiin myös heidän **edustajiltaan**, jotka käyttävät huoltajalle kuuluvaa puhevaltaa lapsen asioissa. Edustajatoimintaa koordinoivan Maahanmuuttoviraston yhteyshenkilön mukaan edustajia oli tiedossa 90 ja heille kaikille lähetettiin sähköpostikysely. Edustajien suuresta määrästä johtuen heihin ei otettu yhteyttä puhelimitse. Sähköpostikyselyyn vastasi 33 edustajaa. Vastauksista 25 toi tietoa kidutettujen tai vaikeasti traumatisoituneiden turvapaikanhakija- tai pakolaislasten ja –nuorten määrästä. Kahdeksan vastausta sisälsi täsmentämätöntä määrällistä tietoa, mutta sen sijaan enemmän yleisiä kuvauksia ja näkemyksiä teemaan liittyen.

Alaikäisyksiköissä, vastaanottokeskuksissa ja alaikäisten edustajien keskuudessa tehtyä kartoitusta täydennettiin haastattelemalla **kiintiöpakolaisia vastaanottaneiden kuntien pakolaisyksiköitä**. Kuntien vastaanottamien kiintiöpakolaisten ensivaiheen vastaanottotyöstä ja kotouttamisesta huolehtivat sosiaalitoimen organisaatioihin sijoittuvat maahanmuuttoyksiköt, jotka poimittiin Sisäasiainministeriön maahanmuutto-osaston vuoden 2009 kiintiöpakolaisia vastaanottaneiden kuntien tilastosta (liite 4). Koska joukosta puuttui kuntia, joiden maahanmuuttajamäärät ovat viimeisen kolmen vuoden aikana olleet suuria, päätettiin listaa täydentää. Näin ollen sähköpostikysely lähetettiin mainittujen 29 kunnan lisäksi seitsemään Suomen kuntaan (Turku, Salo, Hyvinkää, Joensuu, Oravainen, Kontiolahti, Lappeenranta), jotka ovat ottaneet vastaan eniten kiintiöpakolaisia ennen vuotta 2009. Haastateltaville tahoille toimitettiin haastattelurunko valmistautumista varten sähköpostitse ja varsinainen haastattelu tapahtui myöhemmin sovittuna aikana puhelimitse tai henkilökohtaisella tapaamisella. Kaikkiaan haastateltiin 19:aa työntekijää. Yhteensä kymmenestä yksiköstä saatiin työntekijöiden antama määrällinen arvio vaikeasti traumatisoituneiden alle 18-vuotiaiden pakolaislasten ja alle 24-vuotiaiden pakolaisnuorten lukumäärästä.

Julkisten toimijoiden lisäksi myös **kolmannen sektorin toimijat** kohtaavat kohderyhmän edustajia. Selvitystä varten oltiin yhteydessä seuraaviin tahoihin, joilta saatiin selvitykseen aineistoa: Eri-tyishuoltojärjestöjen liitto EIJ ry, Yhteiset Lapsemme ry, Kanava nuoriso ry ja Pakolaisneuvonta ry. Lisäksi haastateltiin yksityistä turvapaikanhakijoihin, pakolaisiin ja ulkomaalaisasiakkaisiin keskittyvää lakimiestä.

Koulu on merkittävä näköalapaikka lasten ja nuorten elämään ja keskeinen vaikuttaja maahanmuuttajalasten lasten ja nuorten kotoutumisessa, ja siksi kartoitus ulotettiin myös koulujen oppilashuoltoon. Yhteystiedot saatiin **Helsingin opetustoimesta** ja **Vantaan sivistystoimesta** ja

---

<sup>8</sup> Suomesta turvapaikkaa hakevat henkilöt sijoitetaan ensivaiheessa transit-vastaanottokeskuksiin. Transit-vaiheen aikana poliisi ja Maahanmuuttovirasto pitävät turvapaikkapuhuttelun turvapaikkahakemuksen tutkimista varten. Transit-vaiheen aikana turvapaikanhakijalla on oikeus oikeusapuun ja päivystysluontoisiin palveluihin. Turvapaikkapuhuttelun jälkeen turvapaikanhakijat voidaan sijoittaa muihin vastaanottokeskuksiin odottamaan päätöstä turvapaikkahakemukseen.

kohdennettiin niiden alaisille perusasteen kouluille. Helsingin ja Vantaan perusasteen oppilashuollon henkilöstöltä kysyttiin sähköpostitse eri tavoin oireilevien pakolais- ja turvapaikanhakijataustaisten lasten ja nuorten määrästä ja niistä havainnoista, joita koulun arjessa oli tehty heidän psyykkisestä hyvinvoinnistaan. Tämän lisäksi kuultiin monikulttuurista oppilashuoltoa konsultoivia psykologeja ja molemmissa kaupungeissa sekä Helsingin kaupungin pedagogisia yhteyshenkilöitä, jotka toimivat oman äidinkielen opettajina, uskonnonopettajina ja konsultoivina tulkkeina. Saadut vastaukset kattoivat tilanteen yhdeksällä Vantaan ja kahdeksalla Helsingin kaupungin perusasteen koululla. Määrällisten arvioiden saaminen traumatisoituneista ja oireilevista pakolais- ja turvapaikanhakijataustaisista oppilaista ei ollut mahdollista, sillä kouluilla ei ole oikeutta koota tietoja oppilaidensa pakolais- tai turvapaikanhakijataustasta. Tämän tyyppinen tieto ei ole henkilötietolain (Henkilötietolaki 22.4.1999/523) tarkoittamaa opetuksen järjestämisen kannalta välttämätöntä tietoa. Pakolais- tai turvapaikanhakijatausta saattaa silti joskus nousta esiin henkilökunnan ja oppilaan välisissä keskusteluissa.

Aineistoa täydennettiin lähestymällä **maahanmuuttajille mielenterveyspalveluita tuottavia erikoistuneita yksiköitä**, joita ovat Helsingin Diakonissalaitoksen Kidutettujen kuntoutuskeskus, Oulun Diakonissalaitos, Suomen mielenterveysseuran SOS-kriisikeskuksen ulkomaalaisten kriisipalvelu, Tampereen kaupungin psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille ja Lounais-Suomen mielenterveysseuran Turun kriisikeskus. Niissä tehtiin haastatteluja joko puhelimitse tai henkilökohtaisesti. Lisäksi sähköpostikysely lähetettiin niille sairaanhoitopiireille, joiden alueella sijaitti kymmenen eniten vuosina 1992-2008 pakolaisia vastaanottanutta kuntaa. Kysely kohdistettiin **lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian erikoissairanhoidon yksiköille**, käytännössä ylilääkäreille. Vastaajat edustivat 14 nuorisopsykiatrian hoitoyksikköä eri puolelta Suomea. Näistä viisi sijaitti Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella ja kolme Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Loput vastauksista tulivat Kainuun, Keski-Suomen ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireistä. Lastenpsykiatrian yksiköistä vastauksia tuli Pohjois-Savon, Helsingin ja Uudenmaan, Vaasan, Pohjois-Pohjanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireistä. Sähköpostikysely lähetettiin myös **perheneuvoloille**, käytännössä viiden suurimman kaupungin perheneuvolatoiminnan johtajalle.

Lukumääräisten arvioiden tuottaminen kidutettujen ja vaikeasti traumatisoituneiden lasten ja nuorten määristä oli suurelle osalle selvityksessä haastatelluista ja kuulluista tahoista vaikeaa. Syitä oli useita. Ensinnäkin vastaajilla oli vaikeuksia ylipäätään tunnistaa lasten ja nuorten pahoinvointia. Toiseksi arviointia vaikeuttivat puuttuvat tai vasta kehitteillä olevat haastattelu- tai rekisteröintikäytännöt, jotka eivät huomioi pakolais- tai turvapaikanhakijataustaa (mm. perheneuvoloissa) tai joiden mukaan pakolaisuuteen liittyvien taustatietojen kokoaminen ei ole luvallista (esimerkiksi koulujen oppilashuollon toimijat). Kolmas keskeinen syy oli se, että lapset ja nuoret tai heidän perheensä välttävät usein aiheesta puhumista. Tämä on luonnollista, sillä vaikean traumatisoitumisen tuottamiin jälkioireisiin liittyy tyypillisesti vaikeus palata ahdistaviin muistoihin. Samoin kulttuuriset syyt saattavat estää puhumisen perheen mainetta vahingoittaviksi koetuista tapahtumista, kuten perheenjäsenen joutumisesta raiskauksen uhriksi. Jotkut vastaajista (kuten suurten vastaanottokeskusten terveydenhoitajat) eivät pystyneet antamaan tarkkoja kuvauksia lasten ja nuorten taustoista suurista asiakasmääristä johtuen. Osa vastaajista ilmoitti, ettei kunnan pakolaisten joukossa ollut lainkaan kohderyhmiin kuuluvia lapsia tai nuoria.

Tässä selvityksessä vaikeasti traumatisoituneita ja eri tavoin näkyvästi oireilevia lapsia ja nuoria kohdellaan yhtenä joukkona. Haastateltujen mukaan vakavasti oireilevat lapset ja nuoret on laskettu mukaan traumatisoituneiden lukumääriin, vaikka traumataustasta ei välttämättä ollut tietoa. Koettujen traumojen esiin saaminen saattaisi monissa tapauksissa vaatia pitkäkestoista psykoterapeuttista työskentelyä ja luottamussuhteen rakentamista, mikä ei haastateltujen tahojen tekemässä työssä aina ole mahdollista. Koska pakolaispopulaatioissa vakavat traumataustat ovat yleisiä, on hyvin todennäköistä, että selvitystyön poimimat lukumäärät edustavat vain osaa vaikeasti traumatisoituneiden määrästä. Selvitystyön lukumääraisten arvioiden voikin olettaa edustavan näkyvintä ja tunnistettavinta joukkoa niistä lapsista ja nuorista, jotka ovat erilaisten mielenterveyspalveluiden tarpeessa.



# 3 TURVAPAIKANHAKIJA- JA PAKOLAISLASTEN JA -NUORTEN TRAUMAKOKEMUSTEN MÄÄRÄ JA MIELENTERVEYSPALVELUIDEN TARVE

Luvussa kolme tarkastellaan yksityiskohtaisesti selvitystyön tuottamia arvioita turvapaikanhakija- ja pakolaislasten ja -nuorten traumakokemusten määrästä sekä heidän mielenterveyspalveluiden tarpeestaan. Arviot perustuvat kyselyihin ja haastatteluihin, jotka osoitettiin alaikäisyksiköille, vastaanottokeskuksille, alaikäisten yksintulleiden turvapaikanhakijoiden edustajille, kiintiöpakolaisia kotouttaville kuntayksiköille, kohderyhmän kanssa työskenteleville kolmannen sektorin toimijoille sekä kouluille.

## 3.1 Alaikäisyksiköt

Alaikäisyksiköt ovat alaikäisten yksintulleiden turvapaikanhakijoiden ryhmä- ja perheryhmäkoteja sekä tukiasumisyksiköitä. Selvitystyöntekijä vieraili neljässä eri puolella Suomea sijaitsevassa alaikäisyksikössä, jotka olivat Sui-tiassa sijaitseva SPR:n Siuntion ryhmäkoti (20 paikkaa + 20-paikkainen tukiasumisyksikkö), SPR:n Turun vastaanottokeskuksen Pansion ryhmäkoti (24 paikkaa), alaikäisten turvapaikanhakijoiden tukiasumisyksikkö Parikkalan Särkisalmella (80 paikkaa) sekä Oulun vastaanottokeskuksen alaikäisten ryhmäkoti (14 paikkaa ja 40-paikkainen tukiasumisyksikkö). Ke-vään 2010 aikana monissa alaikäisyksiköissä paikkamäärät ovat pienentyneet tässä mainituista, koska turvapaikanhakijamäärät ovat laskeneet. Parikkalan tukiasumisyksikkö uutisoitiin lakkautet-tavan vuoden 2010 loppuun mennessä.

Vierailut mahdollistivat selvitystyön tekijän tutustumisen yksiköiden ja nuorten arkeen paikan pääl-lä. Nuorten päivät kuluvat normaalin koulunkäynnin viikkorytmissä, mikä on keskeisin ja merkittävin yksittäinen turvapaikanhakijanuorten elämää strukturoiva tekijä. Peruskouluikäisillä on joko mah-dollisuus osallistua kunnalliseen opetukseen valmistavilla luokilla tai vaihtoehtoisesti opetus on jär-jestetty vastaanottoyksikköön. Esimerkiksi Parikkalan alaikäisten tukiasumisyksikössä tasoryhmiin jaettua opetusta järjestettiin 20 tuntia viikossa yksikön sisällä. Yksikön lapsilla ja nuorilla oli velvoi-te osallistua opetukseen ja työtoimintaan. Joissain yksiköissä peruskouluiän jo ylittäneille nuorille etsitään kurssipaikka pakolaisille kielenopetusta tarjoavista paikoista, kun taas toisissa paikoissa opetus tapahtuu paikan päällä yksikössä parina tuntina päivässä ja viitenä päivänä viikossa. Luku ja kirjoitustaidottomille on myös erillisiä järjestelyjä paikasta riippuen. Koulu tai kurssimatkat lap-set kulkevat joko omatoimisesti tai yhteiskuljetuksella riippuen keskuksen sijainnista. Oppivelvolli-suusiän ohittaneet näyttävät muodostavan väliinputoajaryhmän, jolle ei aina pystytä turvaamaan riittävän intensiivistä opetusta.

Asumisjärjestelyt vaihtelevat yksiköittäin kahden tai useamman hengen asuttamista keittiöllisistä ja kylpyhuoneellisista soluasunnoista kahden-neljän hengen jakamiin asuntolahuoneisiin. Viimeksi mainituksa asumismuodossa keittiö, sekä tytöille ja pojille tarkoitettut erilliset yhteispesutilat sijaitsevat käytävän varrella. Vierailuissa yksiköissä kiinteistöjen kunnossa oli toivomisen varaa ja yleisilme oli usein kolkko. Oleskelutilojen määrä vaihteli yksiköittäin. Joissain paikoin varsinaista yhteistä oleskelutilaa tuntui olevan lasten määrään nähden suhteellisen vähän ja lapset ja nuoret viettivät vapaa-aikaansa myös käytävä- ja aulatiloissa. Joissain yksiköistä löytyi vain yksi tai kaksi televisiota tai tietokonepäätettä, joiden käyttövuorot jaettiin ajanvarauslistalla suuren lapsimäärän kesken. Jotkut lapset ja nuoret syrjäseutu-yksiköissä olivatkin saaneet esim. edustajansa avustuksella hankittua kannettavan tietokoneen, jolla pystyi pitämään yhteyttä ulkomaailmaan tai seuraamaan kotimaan ohjelmia.

Vapaa-ajan viettomahdollisuudet vaihtelevat huomattavasti sen mukaan missä alaikäisyksiköt sijaitsivat. Kaupunkiyksiköissä lapset ja nuoret voivat paremmin liikkua omaehtoisesti. Monissa yksiköissä oli järjestetty pelivuoroja tai kuntosalikäyntejä yksikön ulkopuolella. Nuorten vapaa-ajan virkistystoiminnan merkitys nähtiin suureksi ja siihen kaivattiin lisäresursseja erityisesti maaseutu-yksiköissä, missä pitkät talvet ja tekemisen puute kuormittavat nuoria. Yksiköissä oltiin yhtä mieltä siitä, että pitkästyminen on vahvasti yhteydessä nuorten psyykkiseen huonovointisuuteen. Varsinkin oleskeluluvan jo saaneiden nuorten pitkittynyt oleskelu syrjäseutujen yksiköissä vaikuttaa heidän psyykkistä hyvinvointiaan huonontavasti. Kuntapaikan pitkittyneen odotuksen kerrottiin lannistavan ja masentavan nuoria.

*“Päällimmäisenä täällä näkyy tämä odottamisen tuska. Odotetaan ensin Migrin kutsua, sitten odotetaan päätöstä ja kun on tullut päätös, odotetaan kuntapaikan saamista. Elämä on pelkkä sarja odottamista ja siinä rinnalla pitäisi kasvaa nuoresta aikuiseksi.”*

*Työntekijä alaikäisyksikössä<sup>9</sup>*

*“Valtava pettymys ensimmäisille, jotka täällä sai oleskeluluvan, oli se, kun täältä ei päässytäkään pois. Sitten odotetaan sitä 18-vuoden ikää, että silloin ainakin pääsee pois. Siihenkin on tullut vähän hankaluutta kun aikuisyksiköt eivät mielellään ota A-luvan saaneita 18-vuotiaita, kun tykätään että kuntapaikkahan se pitäis olla, eikä siirtyä toiseen vastaanottokeskukseen. Nyt on kertynyt jo niitäkin pettymyksiä.”*

*Työntekijä alaikäisyksikössä*

Eriasteisia nuorten keskinäisiä ristiriitatilanteita kerrottiin ilmenevän lähes viikoittain, mutta niiden koettiin hoituvan useimmiten keskustelemalla. Kurinpidollisiin toimenpiteisiin, kuten siirto toiseen yksikköön, oli jouduttu silti turvautumaan asioissa, joissa rajanylityksiä ei voitu sallia. Selvien rajojen tarjoamisen tärkeyttä perusteltiin ensisijaisesti kaikkien yhteisellä turvallisuudella.

---

<sup>9</sup> Luottamuksellisuussyistä selvitystyön kommentteissa lainattujen henkilöiden nimiä ei ole mainittu.



### 3.1.1 Vaikeasti traumatisoituneiden lasten ja nuorten määrä

Kaikkiaan kysely antoi tietoja 430:n eri alaikäisyksiköissä asuvan lapsen ja nuoren tilanteesta. Näistä runsaan neljänneksen eli 110 lapsen ja nuoren psyykinen hyvinvointi oli haastateltujen työntekijöiden mukaan selkeästi huolestuttava. Mielenterveyspalveluita oli kuitenkin organisoitu vain alle kolmannekselle oireilevista lapsista tai nuorista (32 lasta tai nuorta). Lyhyitä psykiatrisia konsultaatioita mainittiin järjestetyn muillekin niissä tapauksissa, joissa lapsen tai nuoren tiedettiin tulleen raiskatuksi, kidutetuksi, vangituksi tai joutuneen palvelemaan lapsisotilaana. Konsultaatioon liittyi usein turvapaikkahakemukseen liitettävän lausunnon tarve lapsen tai nuoren kokemasta henkisestä kärsimyksestä ja oireista.

Työntekijöiden oli vaikea saada taustatietoja yksiköissä asuvista lapsista ja monet haastatelluista kertoivat, etteivät lapset halunneet puhua traumaattisista kokemuksistaan ja siksi vakavien traumakokemusten määrästä ei varmuudella tiedetty. Toisinaan lapsella tai nuorella oli runsaasti fyysisiä arpia ja epäilykset kidutuksesta tai muusta vakavasta pahoinpitelystä olivat ilmeisiä.

Yksityiskohtaisemman kuvan saamiseksi alaikäisyksiköiden lasten ja nuorten tilanteesta, selvitystyössä pureuduttiin tarkemmalla tasolla viiteen alaikäisyksikköön. Näissä yksiköissä oli yhteensä 198 lasta. Henkilökunnan tiedossa oli, että heistä yhdeksän lapsen ja nuoren taustalla oli kidutuskokemus. Kuitenkin henkilökunta arvioi, että peräti 68 lasta tai nuorta (34 %) oli eri syistä mielenterveydellisen avun tarpeessa, kuten käy ilmi taulukosta 4.

Sosiaalityöntekijä ja/tai terveydenhoitaja pyrkii kokoamaan alkukartoituksessa tietoja lasten ja nuorten kokemuksista ja taustoista. Käsitys nuoren voinnista varmistuu silti yksikössä vasta ajan kuluessa ja vuorovaikutuksessa henkilökunnan ja muiden nuorten kanssa. Esimerkiksi transit-yksiköissä oireilevien nuorten määrästä voitiin antaa vain varovaisia arvioita asiakkaiden viikoittaisen vaihtuvuuden vuoksi. Vastaavasti myös hyvin suurten yksiköiden kohdalla tiedot nuorten taustoista ja psyykkisestä voinnista jäävät henkilöstön mukaan vähäisiksi. Nuorten halu kertoa taustoistaan vaihtelee hyvin paljon ja riippuu myös siitä, missä vaiheessa nuorta tavataan ja haastatellaan.

*“Nuoret eivät aina kerro traumaistaan. Yksikin poika kävi minun luonani vuoden ja joka kerta se tässä itki ja sanoi että hän puhuu kokemuksistaan sitten maahanmuuttovirastossa. No sitten aika tuli sinne ja sieltä tultuaan hän ilmoitti, ettei näytä siellä kirjoitettua pöytäkirjaa minulle. Toiset nuoret oireilee kovasti jo pelkästään erossa oloa perheestään. Pelko on kova, etteivät he näe näitä enää ikinä.”*

*Sosiaalityöntekijä*

**Taulukko 4** Alaikäisten turvapaikanhakijoiden traumakokemusten luonne, määrä ja osuus viiden alaikäisyksikön otoksessa (N=198)

TRAUMAN LUONNE	TRAUMATAUSTAISTEN LASTEN JA NUORTEN MÄÄRÄ	OSUUS YKSIKÖN LAPSISTA JA NUORISTA
Sotatilanteeseen liittyvä traumaattinen kokemus	12	6 %
Kidutustrauma	9	5 %
Pahoinpitely ulkopuolisen toimesta	7	4 %
Raiskaustrauma	6	3 %
Toinen tai molemmat vanhemmista surmattu	6	3 %
Yritetty värvätä lapsisotilaaksi	4	2 %
Ollut vangittuna	3	2 %
Pahoinpitely perheenjäsenen toimesta	3	2 %
Nähty äitinsä raiskaamisen	2	1 %
Uhkailtu	2	1 %
Toiminut prostituotuna	1	1 %
Traumatausta, syy epäselvä	13	7 %
Lasten ja nuorten määrä yhteensä	198	100 %
Selkeä mielenterveydellisen avun tarve henkilökunnan arvion mukaan	68	34 %

Lähes kaikki haastateltavat kuvasivat alaikäisyksiköissä asuvien turvapaikanhakijalasten ja nuorten oireilevan henkistä pahoinvointiaan jollain tavalla. Lapsen tai nuoren pahoinvoinnin syytä mietittiin usein ja haastateltuja askarrutti liittyivätkö oireet vanhoihin traumakokemuksiin vai turvapaikkaprosessin tuottamiin paineisiin. Henkilöstön oli myös vaikea arvioida milloin oireilu on niin vakavaa, että on syytä lähteä hakemaan lapselle tai nuorelle psykiatrista apua.

Eniten alaikäisyksiköissä asuvilla lapsilla ja nuorilla kuvattiin ilmenevän erilaisia psykosomaattisiksi tulkittuja oireita; epämääräisiä jatkuvia ja selittämättömiksi jääviä kipuja, päänsärkyä ja vatsavaivoja. Vuorokausirytmien häiriöt ja nukkumisvaikeudet sekä näihin yhteydessä oleva päiväaikainen väsymys olivat yleisesti mainittuja ongelmia. Yöaikaiset pelot ja painajaiset olivat myös usein mainittu oire, jolla oli yhteyksiä päiväaikaan väsymykseen. Monesti nuorten oli keskittymisvaikeuksiensa takia vaikea ymmärtää henkilökunnan heille kertomia tavanomaisia asioita. Nuoret itsekin olivat huolissaan muistivaikeuksistaan. Ilmiö korostui varsinkin transit-yksikkövaiheessa, jolloin psyykinen kuormitus lukuisten muutosten ja uusien kokemusten myötä oli runsasta. Henkilökunnan mukaan koulusta tuli usein palautetta siitä, etteivät lapset ja nuoret oppineet keskittymis- ja muistivaikeuksien vuoksi yksinkertaisiakaan asioita.

Erilaisten traumatapahtumista muistuttavien asioiden oli huomattu laukaisevan lapsissa ja nuorissa psyykkisen oireilun lisääntymistä. Näitä olivat erotilanteiden uusiutumiset esimerkiksi yksiköstä toiseen siirrettäessä, uudenvuoden raketit, internetissä tai televisiossa nähdyt uutiset kotimaan tapahtumista sekä poliisien tai vartijoiden käynnit vastaanottokeskuksissa. Varautuneisuus, valppaus, pelokkuus, hermostumisherkyys ja paniikkikohtaukset mainittiin yleisinä ilmiöinä.

Nuorten keskinäisiä riitoja ja tappeluita kerrottiin olevan usein. Niiden lasten ja nuorten, joilla oli taustallaan sotaan ja väkivaltaan liittyviä vaikeampia kokemuksia, havaittiin reagoivan konfliktitilanteissa voimakkaimmin. Henkilökunnan mukaan lasten ja nuorten arkeen aiemmin liittynyt väkivalta oli siten hyvin nähtävissä nykytilanteeseen reagoinnissa ja käyttäytymisessä. Lasten ja nuorten mielialojen äärimäinen vaihtelu, masentuneisuus, itsemurhapuheet sekä eriasteinen itsetuhoinen käytös mainittiin yleisinä. Menneisyydestä puhuminen oli monille lapsille ja nuorille vaikeaa ja joissain tapauksissa ilmeni myös puhumattomuutta. Lisäksi väärän identiteetin ylläpitoon liittyi haastateltujen mukaan nuorilla monenlaista stressiä.

### 3.1.2 Kokemuksia mielenterveyspalveluista

Useimmat haastatelluista kokivat saatavilla olevat lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut riittämättömiksi tai soveltumattomiksi turvapaikanhakijalasten erityisproblematiikan ja traumojen hoidon näkökulmasta. Erilaisia lääkkeitä, erityisesti nukahtamislääkkeitä, oli haastateltujen mukaan määrätty hyvin yleisesti monille lapsille ja nuorille. Tätä kritisoitiin huonona hoitona. Lasten- ja nuorisopsykiatristen palveluiden käyttöön lapsia ja nuoria päätyi vain erittäin painavista syistä kuten psykoottisen oireilun, itsemurhayrityksen, vaikean masennuksen tai muun vakavan ja erityisen häiritsevän oireilun vuoksi. Näitä palveluita käytettiin yleensä tilanteissa, joissa apu oli välttämätöntä tai hoitamatta jättäminen kohtuutonta. Mielenterveysongelmaisten ja traumatisoituneiden välttämättömän hoidon määrittäminen koettiin alaikäisyksiköissä vaikeaksi tehtäväksi.

Nuorisopsykiatristen palveluiden vaikea saatavuus tuotti monin paikoin ongelmia ja hyvin pitkiä jonotusaikoja, joita pidettiin kohtuuttomina turvapaikanhakijanuoren elämäntilanteen näkökulmasta. Yksittäisen lapsen kohdalla mainittiin vuoden 2009 tammikuusta vuoden 2010 helmikuuhun kestänyt hoitoon jonotusaika. Tarjolla saattoi resurssipulasta johtuen olla siten pelkäämistään lääkityshoitoa. Muidenkin psykoterapeuttisten palveluiden saatavuus oli etenkin syrjäseuduilla puutteellista.

Haastatellut kokivat, etteivät lapset tai nuoret näyttäneet hyötyvän lyhyeksi jääneistä erikoissairaanhoidon kontakteista. Hoito toteutui usein pelkäämistään lääkityshoitoa. Ongelmalliseksi nuorten psykiatrisissa osastohoitoon toimittamisissa koettiin se, että hoito jäi usein hyvin lyhyeksi eikä vastaanottoyksiköllä ollut riittäviä resursseja nuoren tukemiseen tämän kotiuduttua osastolta takaisin. Näiden nuorten tukemiseksi haastatteluissa esitettiin ajatus erikoistuneen tukiasumisyksikön perustamisesta pääkaupunkiseudulle. Yhtenä esimerkkinä kerrottiin itsemurhaa yrittäneen nuoren haavojen puhdistamisesta ja lähettämisestä takaisin vastaanottoyksikköön ilman tilanteen tarkempaa selvittelyä. Haastatelluilla oli myös kokemus siitä, että osaaminen turvapaikanhakija- ja pakolaislasten erityistilanteisiin liittyen oli hoitopaikoissa niin puutteellista, että henkilökunta saattoi tahattomasti traumatisoida lasta tai nuorta lisää.

Haastatellut mainitsivat vain muutaman tapauksen, jossa lapsi tai nuori oli kuntoutunut hyvin onnistuneen psykoterapeuttisen avun myötä. Myönteinen esimerkki on perheryhmäkoti, jonka nuorista neljännes ohjattiin kriisipsykoterapeuttisen avun piiriin ja jonotusaika oli paikallisesti hyvin organisoiduista erityispalveluista johtuen maksimissaan kuukausi. Usein nuorten oma kynnys jatkaa terapeuttisia keskusteluja oli kuitenkin korkea. Nuorten käsitys mielenterveyspalveluista saattoi olla hyvin hatara ja he pelkäsivät hulluksi leimaantumista. Monin paikoin koettiin, että tarvetta hoitoihin olisi huomattavasti to-

teutunutta enemmän. Osassa alaikäisyksiköistä oli organisoitu erilaisia terapiapalveluita ostopalveluina (esimerkiksi psykiatri tai psykoterapeutti käy yksikössä kaksi kertaa viikossa tai yksikköön hankitaan erilaisia luovia tai toiminnallisia terapiamuotoja). Käytettävissä olevien taloudellisten resurssien rajallisuus asettaa näiden palvelujen hyödyntämisen suurimmat esteet. Näitä tukitoimia pidettiin kuitenkin merkittävänä ja niiden avulla voitiin vähentää jonkin verran erikoissairaanhoidon tarvetta. Joissain yksiköissä oltiin huolestuneita siitä, että harrastustoiminnan resurssit olivat vähentyneet ja arveltiin, että säästämisen seurauksista maksetaan myöhemmin kovempaa laskua lasten ja nuorten sosiaalisina ongelmina ja kroonistuneina mielenterveysongelmina. Varsinkin ne nuoret, joilla ei ilmennyt vakavaa oireilua, hyötyivät haastateltujen mukaan selvästi harrastusten ja sosiaalisen tuen kautta saamastaan avusta.

### 3.1.3 Lasten hyvinvoinnin edistäminen alaikäisyksiköissä

Turvapaikkaa hakevat alaikäiset saavat myönteisen oleskelulupapäätöksen selvästi useammin kuin aikuiset turvapaikanhakijat, kuten käy ilmi taulukosta 1 selvityksen ensimmäisessä luvussa. Haastatellut kritisoivatkin julkisuudessa esiintynyttä väitettä siitä, että alaikäisten turvapaikanhakijoiden oleskelu ja ongelmat olisivat Suomessa vain väliaikaisia ilmiöitä. Iso osa turvapaikanhakijalapsista ja nuorista jää maahan ja ajoissa saadulla hoidolla on tulevaisuuden ongelmia ennalta ehkäisevä vaikutus.

Mitä pidemmän aikaa turvapaikkapäätöstä vastaanottoyksikössä odotetaan, sitä selkeämmin lapsen tai nuoren psyykkisen oireilun nähtiin lisääntyvän. Myös pitkät perheenyhdistämisprosessit ovat psyykkisesti koettelevia sillä lapset ja nuoret tuntevat jatkuvaa huolta omaisistaan, joista he kantavat monenlaista vastuuta. Aiemmasta pidentynyt transit-yksikössä vietetty aika nähdään erittäin huolestuttavana kehityksenä silloin kun kyse on psyykkisesti huonovointisista nuorista, joille on tarjolla vain pitkiä hoitojonoja ja siirtoja yksiköstä toiseen.

Vapaa-ajan aktiviteettien kuvattiin jäävän joissain vastaanottokeskuksissa liian vähäiseksi ja tämän nähtiin heikentävän lasten ja nuorten psyykkistä hyvinvointia. Samoin elämään liittyvän säännöllisyyden, erityisesti kouluun pääsemisen ja opiskelun merkitystä korostettiin mielenterveyttä ylläpitävinä asioina. Yksikön sijaintia alueella, joka ei tarjonnut harrastus- tai opiskelumahdollisuuksia pidettiin ongelmallisena.

Yksikön koolla mainittiin olevan yhteys lasten hyvinvointiin siten, että pienemmissä yksiköissä, joissa ohjaajaresurssit olivat suhteessa lasten määrään paremmat, ilmeni erään haastatellun mukaan vähemmän itsetuhoista oireilua. Arvioitiin, että lisääntynyt turvallisuuden tunne mahdollisti lapsille ja nuorille paremmin omien tunteiden ilmaisun, vaikka tämä näkyikin joskus rajuina purkauksina. Laitostyyppisten yksiköiden nähtiin olevan lasten ja nuorten hyvinvoinnille erityisen haitallisia ja niillä todettiin olevan lamaava vaikutus. Kehityksen toivottiin kulkevan tulevaisuudessa enemmän kohti pieniä yksiköitä, yksityisasumista ja sukulaisten kanssa asumista. Itsenäisesti asuvien nuorten palvelutarpeen oli myös huomattu oleva vähäisempää kuin laitoksissa oleskelevien. Myös oman etnisen ryhmän tuen oli havaittu vaikuttavan suotuisasti nuorten hyvinvointiin.

Taustatietojen kartoittamista oli alaikäisyksiköissä pyritty kehittämään esimerkiksi sosiaalityöntekijöiden haastattelukoulutuksella, jota Yhteiset lapsemme ry:n Yksintulleet-hanke oli tarjonnut. Alkukartoitus-haastattelumallissa pyritään lapsen taustatietojen ja hyvinvointiin vaikuttavien seikkojen laajaan kartoittamiseen. Eräs haastatelluista sairaanhoitajista kertoi, että hänellä oli tapana tiedustella koettuihin traumoihin ja mielenterveysongelmiin liittyviä seikkoja turvapaikanhakijan terveystietojen pohjaa laajemmin. Kaikin paikoin ei kuitenkaan systemaattisesti kyselty henkiseen hyvinvointiin liittyviä asioita. Jotkut haastatelluista sanoivat, etteivät he halua tungetella, vaan edetä tietoja kartoittaessaan lapsen ja nuoren omilla ehdoilla.

Keskusteluissa nousi esiin myös henkilökunnan tarvitsema tuki työlleen. Yksittäiset vastaajat kuvasivat vaikeaksi erotella mikä oli nuorelle iän mukaista normaalia oireilua ja mikä huolirajan ylittävää käytöstä. Psykkisiin oireisiin liittyvää konsultaatioapua kaivattiin, jotta ilmenneitä ongelmia voisi pohtia jonkun asiantuntijatahon kanssa. Yksiköiden käyttämien lääkäripalveluiden tai varsinkaan terveyskeskuslääkäreiden kanssa tähän ei tarjoutunut riittävää mahdollisuutta. Eräessä haastatellussa yksikössä oli ostettu työnohjausta nuorisopsykiatrialta konsultaatiokäyntien muodossa. Myös miespuolisten työntekijöiden tärkeä merkitys nuorten poikien ohjauksessa nostettiin esiin.



## Lyhyesti

- Alaikäisyksiköiden henkilöstön mukaan runsas neljännes (26 %) yksiköissä asuvista lapsista ja nuorista oireilee psyykkisesti.
- Viiden yksityiskohtaisemmin tarkastellun alaikäisyksikön otoksessa kidutuskokemus oli tiedossa viidellä prosentilla lapsia ja nuoria, mutta kaikkiaan runsas kolmannes (34 %) yksiköiden asiakkaita oli mielenterveydellisen avun tarpeessa mm. jonkin muun traumaattisen kokemuksen takia, esimerkiksi sotatrauman, raiskauksen tai pahoinpitelyn.
- Alaikäisyksiköiden työntekijöiden on vaikea saada tietoja yksikössä asuvien turvapaikanhakijalasten ja -nuorten kokemista traumaattisista tapahtumista, sillä lapset ja nuoret eivät välttämättä halua puhua kokemuksistaan. Heidän psyykkiseen hyvinvointiinsa liittyviä asioita ei myöskään systemaattisesti kartoiteta vastaanottoyksiköissä, joskin kartoitustyömenetelmiä pyritään jatkuvasti kehittämään.
- Vaikeasti traumatisoituneiden välttämättömän hoidon tarpeen määrittäminen koettiin vastaanottoyksiköissä erittäin haastavaksi. Vastaanottoyksiköiden henkilökunta kaipaa asiantuntevaa konsultaatioapua ja tukea nuorten oireilun vakavuuden arvioimisessa ja päätöksentekonsa tueksi.
- Vain alle kolmannes vaikeimmin oireilevista lapsista ja nuorista oli saanut mielenterveyspalveluita. Tällöin kyse oli psykoottisesta oireilusta, itsemurhayrityksestä tai vaikeasta masennuksesta. Psykiatrisen hoidon jälkeen paluu vastaanottoyksikköön oli ongelmallista, sillä nuorille ei kyetty tarjoamaan tarvittavaa ylimääräistä tukea. Erityisesti pääkaupunkiseudun läheisyyteen kaivattaisiin erityisyksikköä vaikeimmin oireilevien lasten ja nuorten tukemiseksi.
- Haastatellut kokivat terveydenhuollosta puuttuvan tietoa ja ymmärrystä turvapaikanhakijalasten ja nuorten erityistilanteista. Lasten ja nuorten pelättiin joskus traumatisoituvan uudelleen näissä palveluissa.
- Kaikkien turvapaikanhakijalasten ja nuorten tunnistettiin ilmaisevan psyykkistä pahoinvointiaan jollain tavoin. Tavallisesti oireilu oli selittämättömäksi jääneitä toistuvia fyysisiä oireita, vuorokausirytmien häiriöitä, nukkumiseen liittyviä ongelmia, yöllisiä pelkoja ja painajaisia, väsymystä, mielialaongelmia ja keskittymisvaikeuksia. Häiritseviä oireita hoidettiin terveydenhuollon palveluissa lääkityshoidolla, mitä pidettiin riittämättömänä apuna.
- Lievemmin oireilevien nuorten hyvinvointiin nähtiin vaikuttavan suotuisasti sen, että tarjolla oli riittävästi muuta psykososiaalista tukea ja toimintaa kuten harrastusmahdollisuuksia. Pitkittyneen laitoksessa oleskelun kuntapaikkaa odotellessa huomattiin passivoivan nuoria ja heikentävän heidän psyykkistä hyvinvointiaan.

## 3.2 Vastaanottokeskukset

Selvitykseen poimituissa vastaanottokeskuksissa asui noin 1300 turvapaikanhakijaa ja heistä noin 230 eli 18 prosenttia oli haastattelujen ajankohtana alaikäisiä. Haastateltujen antamat arviot erityisen tuen tarpeesta olevista, oireilevista alaikäisistä vaihtelivat laajasti 25-40 prosentin välillä. Haastatellut eivät pystyneet antamaan tarkempia kuvauksia lasten ja nuorten tilanteista suurista asiakasmääristä johtuen. Vanhempiansa mukana tulleiden turvapaikanhakijalasten ja nuorten kohdalla jouduttiin siten tyytymään työntekijöiden antamiin väljiin prosentuaalisiin arvioihin vaikeimmin oireilevien määristä. 18-24-vuotiaiden määrystä ja tilanteesta saatiin lukumääräinen arvio vain yhdestä vastaanottokeskuksessa, jossa oli haastatteluhetkellä 136 turvapaikanhakijaa. Siellä ikäryhmän koko oli 29 (21 %) ja näistä yhdeksällä eli lähes kolmanneksella (31 %) nuorella aikuisella arvioitiin olevan psykiatrisen avun tarvetta. Heistä viisi olikin lähetetty psykiatrian klinikan konsultaatioon. Arviot vastaanottokeskusten mielenterveysongelmista kärsivien turvapaikanhakijalasten ja -nuorten osalta on koottu taulukkoon 5.

**Taulukko 5 Vastaanottokeskusten henkilökunnan arviot alaikäisten, huoltajiensa mukana tulleiden mielenterveysongelmista kärsivien turvapaikanhakijalasten ja -nuorten määrystä**

PERHEIDENSÄ MUKANA TULLEET ALAIKÄISET TURVAPAIKANHAKIJALAPSET	18-24-VUOTIAAT TURVAPAIKANHAKIJAT
25-40 % eri tavoin näkyvästi oireilevia	31 % eri tavoin näkyvästi oireilevia

Yleisesti ottaen vastaanottokeskusten henkilöstöllä oli suuri huoli kaikista lapsista ja nuorista ja heidän henkisestä hyvinvoinnistaan. Perheiden tilanteista tiedettiin yleensä hyvin vähän silloin, kun heidät oli majoitettu yksityismajoitukseen verrattuna niihin lapsiin ja perheisiin jotka asuivat vastaanottokeskuksissa. Esimerkiksi Helsingissä yksityismajoituksessa asuvien perheiden luona saatettiin tehdä kotikäynti vain kerran vuodessa. Osa hakijoista on myös siinä määrin somaattisesti terveitä, ettei yksiköissä työskenteleville terveydenhoitajille ollut kertynyt juurikaan heitä koskevaa tietoa.

Keskeisimpänä ongelmana ja riskinä alaikäisten lasten ja nuorten hyvinvoinnille haastatellut nostivat esiin vanhempien psyykkiseen vointiin ja jaksamiseen liittyvät seikat. Mikäli vanhemmat kykenevät selviytymään kokemistaan vaikeuksista, näkyy tämä myös lasten hyvinvoinnissa. Jos vanhemmat ovat psyykkisesti huonovointisia, tällä on väistämättä vaikutus myös perheen lapsiin monin tavoin. Vanheman puuttuessa tai voidessa huonosti, vastuu perheen hyvinvoinnista saattaa siirtyä esimerkiksi perheen vanhimmalle lapselle. Lasten koettiin olevan toisinaan heitteillä siitä huolimatta, että vanhemmat heitä vastaanottokeskuksessa hoitivatkin. Esiin nousi myös työntekijöiden kokemus siitä, että perheiden kanssa työskennellessä huomio kohdentuu voittopuolisesti perheen vanhempien ongelmiin ja lasten asiat jäävät herkästi taka-alalle. Lasten hyvinvoinnin arviointiin kaivattiin lisää menetelmällistäkin tukea.

Erityisen suuria traumoja perheille nähtiin aiheutuvan perheiden hajoamisesta. Salakuljettajien toimesta perheenjäsenet saattavat päätyä kuljetetuiksi eri paikkoihin, minkä jälkeen mahdollisuus yhteydenpitoon usein katkeaa. Ilmiön koettiin lisääntyneen tulijoiden keskuudessa viime aikoina. Sisaruksista eroon joutumisen oli havaittu olevan varsinkin nuoremmille lapsille erityisen traumaattinen kokemus, siinä missä

12–18-vuotiaiden nähtiin jo ymmärtävän tilannetta paremmin. Tilanteen aiheuttama avuttomuus oli silti myös heille raskasta ja traumaattista.

Haastateltujen mukaan vanhemmat usein ohjeistavat lapsia vaikenemaan tietyistä asioista käännättämisen pelossa, mikä omalta osaltaan tuottaa lapsille ja nuorille psyykkistä kuormitusta ja estää vapaan puhumisen. Tämä tuli näkyviin myös tabuluontoisiin traumatapahtumiin kuten raiskauksiin liittyvissä tilanteissa. Lapset ovat yleensä lojaaleja vanhemmilleen, jos vanhemmat pyytävät heitä vaikenemaan asioista. Tämä puolestaan vaikeuttaa traumatisoituneiden tunnistamista.

Vastaanottokeskusvaiheen stressaavan ja poikkeuksellisen elämäntilanteen nähtiin siirtyvän perheiden dynamiikkaan. Esimerkiksi äärimmäisen tiukan kurin noudattaminen joissain perheissä näkyi lasten apaattisuutena. Henkilökunnalla oli myös havaintoja vanhempien tarkoitushakuisesta vetoamisesta lapsen oireiluun silloinkin kun lapsen kohdalla ei havaittu mitään ongelmia. Haastatellut työntekijät tunnistivat, että kyseessä oli usein vanhempien oma hoitamaton hätä ja tuen tarve. Lasten pahoinpitelyä kohdattiin haastateltujen mukaan yksiköissä vähän. Yleensä vanhemmat itse ottivat asian puheeksi ja myönsivät avoimesti voimattomuutensa.

*”Paljon tulee esille kaikenlaisia pelkoja. Monet tulevat Kreikan kautta, missä on koettu pieksämis- ja hakkaamiskokemuksia. Nämä kokemukset kasaantuvat vielä kotimaassa koettujen päälle. Perheissä eletään usein siinä pelossa ja uhassa, että tullaan palauttamaan tällaiseen paikkaan”*  
Yksikön johtaja

18–24-vuotiaiden turvapaikanhakijoiden tilanne oli haastateltavien mukaan huolestuttava ja heidän kuvattiin olevan varsin ”heikoin eväin” maailmalle yksin lähteneitä. Erityisesti monien nuorten miesten kohdalla normaalien elämiseen liittyvien taitojen oli havaittu olevan vielä vaillinaisia. Hakijoiden elämäntilanteet toki vaihtelevat; osalla on jo omia lapsia ja perhe, osa on naimattomia. Erityisesti nuorten somalinaisten kohdalla mainittiin löytyvän paljon niitä, joiden joko tiedettiin tai arveltiin joutuneen seksuaalisen väkivallan uhriksi. Asioista oli kuitenkin monien kohdalla vaikea saada mitään varmuutta, koska hakijat itse eivät useimmiten halua puhua kokemuksistaan. Ongelmista puhutaan monasti epä määräisten fyysisten vaivojen kautta. Nuorten aikuisten mielenterveydellisiin ongelmiin liittyi haastateltujen mukaan usein tunnistamisen vaikeus eivätkä vaikeimmin oireilevat pysty aina hakemaan itselleen apua. Erään haastatellun yksikönjohtajan mukaan tarvitaan paljon rohkaisua ja sen selittämistä, että ongelmista voi tulla luottamuksellisesti puhumaan, jotta hakijat ylipäänsä uskaltavat hakeutua puheille ja avautua asioissaan.

Haastatellut kuvasivat nuorten aikuisten psyykkisen pahoinvoinnin ilmenevän yleensä unettomuutena, murehtimisena, somatisointina, viiltelynä, itsemurhapuheina ja syömälakkoina. Itsemurhayrityksiksi tulkittavia intoksikaatiotilanteita lääkkeitä yliannostelemalla kerrottiin myös tapahtuvan ajoittain. Suuren, jo pitkään toimineen transit-yksikön terveydenhoitaja muisteli uransa aikana tapahtuneen kaksi onnistunutta, noin 25-vuotiaiden nuorten itsemurhaa, joissa nuorilla oli taustallaan psykiatrinen sairaus.



### 3.2.1 Turvapaikanhakijaperheiden tukeminen

Vastaanottokeskusten terveydenhoitajat tukevat turvapaikanhakijaperheitä psyykkisesti tarjoamalla mahdollisuuksia keskustelutapaamisille. Tämän koettiin olevan usein asiakkaille vaivatonta ja myös työntekijälle mielekästä, koska tämä tunsu asiakasperheen tilanteen entuudestaan. Vaikka työ koettiin raskaaksi, oli haastatelluilla myös se kokemus, etteivät ulkopuoliset auttajatahot kyyneleet aina hallitsemaan asiakkaiden ahdistukseen mukaan menemistä, jolloin ulkopuolinen interventio saattoi jopa heikentää asiakkaan vointia entisestään. Terveydenhoitajien tarjoama psyykinen apu oli useimmiten kuuntelemista. Traumatapahtumien kaivelu koettiin eettisesti arveluttavaksi, varsinkin transit-yksikössä, kun hoidolle ei voitu varmistaa mitään jatkuvuutta. Jonot psykiatriisiin hoitopaikkoihin olivat pitkiä eikä vastaanottoaikaakaan aina ehditä edes saamaan hakijan vastaanottokeskuksessa oleskelun aikana. Työntekijöiden mukaan annetun avun ei tarvinnut olla välttämättä erikoistunutta psykiatrista apua toimiakseen.

Haastatellut toivoivat, että palveluita resursoitaisiin enemmän ja keskitettäisiin mahdollisimman paljon vastaanottokeskusten sisälle, jolloin työssä kertyvä asiantuntemus olisi tehokkaasti käytössä ja väliintulot hyödyttäisivät asiakasta. Moniin eri paikkoihin hajautettujen, samalle perheelle kohdennettujen palveluiden koettiin olevan ongelmallisia hallita ja organisoida. Lisäksi käytettävissä oleviin lääkäripalveluihin toivottiin lastenlääkäriresurssien lisäämistä. Psykiatrisissa erikoissairaanhoidon toimipisteissä oli haastateltujen mukaan kohdattu turvapaikanhakijoiden torjuntaa asiakasryhmänä. Tuolloin oli usein vedottu osaamattomuuteen asiakasryhmän hoidossa. Toisaalta myös somaattisen puolen hoitopaikoissa oli kohdattu joskus lasten ja nuorten valittamien vaivojen psykologisointia jopa niin pitkälle, että virtsatietulehduksia oli jäänyt hoitamatta. Yhdellä paikkakunnalla edes yksityinen lääkäriasema ei kelpuuttanut turvapaikanhakijoita asiakkaikseen.

*”Mieleen tulee ne itsemurhauktilanteet, joissa itse arvioin että tuntemani potilas on psykoottinen. Päivystäjä lähettää potilaan eteenpäin, mutta tilanne arvioidaan psykiatrisella osastolla toisin. Lähettäminen osastolle saattaa toistua 3-4 kertaa saman ihmisen kohdalla kahden viikon sisällä. Minusta tämä on potilaan pallottelua”*

*Terveydenhoitaja*

Transit-yksiköiden olosuhteiden mainittiin ylipäänsä olevan lapsille ja nuorille huonosti soveltuvia. Perheiden arkipäivän tukemiseen koettiin olevan vain vähän keinoja. Esimerkiksi Helsingin vastaanottokeskuksen yksiköissä lapsilla ei ole pääsääntöisesti koulunkäyntimahdollisuutta eikä mahdollisuutta osallistua päiväkerhotoimintaan. Sosiaalityöntekijän tai terveydenhoitajan arvioitua perheen psykososiaalisen tilanteen vaativan tämäntyyppistä tukea koulunkäyntimahdollisuus on organisoitu. Tämä järjestely koskee kuitenkin vain osaa lapsista. Kielenopetusta on järjestetty aikuisille muutamana päivänä viikossa noin kolmen viikon jaksoissa. Yksiköissä on järjestetty omana toimintana lasten kerhoja, mutta lapsimäärään nähden toimintaa on koettu olevan liian vähän.

## Lyhyesti

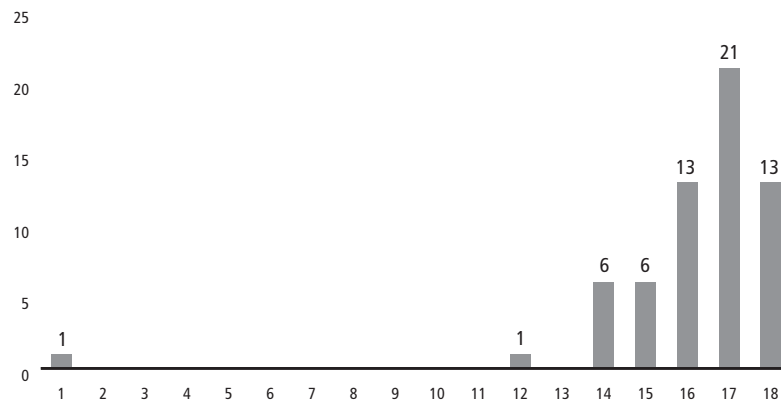
- Vastaanottokeskusten henkilöstön mukaan turvapaikanhakijaperheiden alaikäisistä lapsista 25-40 prosenttia oireilee huolestuttavasti. 18–24-vuotiaista turvapaikanhakijoista 31 prosenttia on psykiatristen palveluiden tarpeessa.
- Vanhempien psyykinen huonovointisuus ja ero läheisistä perheenjäsenistä olivat tavallisimpia lasten hyvinvointia heikentäviä ja oireilua aiheuttavia tekijöitä.
- Lasten oli todettu usein vaikennevan perhettä kohdanneista vaikeista kokemuksista lojaliteetista vanhempiaan kohtaan, mikä vaikeutti avun tarpeessa olevien tunnistamista.
- Vanhempien oma hätä saattaa ilmetä yli- tai alireagoitina lapsen oireiluun. Turvapaikanhakijoiden stressaava elämäntilanne näkyy perheen dynamiikassa.
- Vastaanottokeskusten ulkopuolisissa terveydenhuoltopalveluissa torjuttiin monesti turvapaikanhakijoiden avunpyynnöt vedoten osaamattomuuteen.
- Vastaanottoyksiköissä annettu apu koettiin toimivaksi ja siihen toivottiin nykyistä enemmän resursseja. Keskuksiin kertyvä osaaminen ja asiakkaiden tuntemus hyödyttävät asiakkaiden ongelmien kohtaamisessa ja tilanteiden arvioinnissa.
- Palvelujen hakemista samalle perheelle useasta eri paikasta pidettiin huonona käytäntönä. Samoin koettiin ulkopuolisten konsultoitavien auttajatahojen joutuvan helposti asiakkaiden ahdistuksen imuun ja tämän joskus heikentävän asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia entisestään.
- Lastenlääkäripalveluita kaivattiin lisää vastaanottokeskusten sairaanhoitajien tueksi.
- Vastaanottokeskukset soveltuvat huonosti lasten olinpaikoiksi etenkin jos koulunkäyntimahdollisuudet ja muu elämää jäsentävä viriketoiminta puuttuvat.

### 3.3 Alaikäisten yksintulleiden turvapaikanhakijoiden edustajat

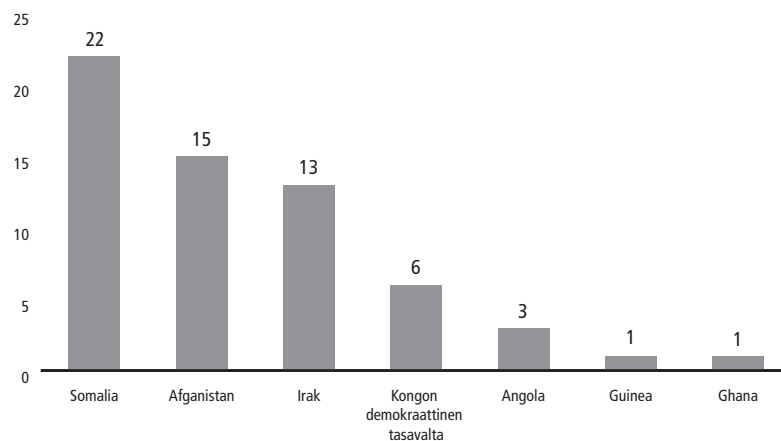
Jokaiselle ilman huoltajaa tai muuta laillista edustajaa Suomessa olevalle alaikäiselle turvapaikanhakijalapselle, pakolaislapselle, tilapäistä suojelua saavalle lapselle tai oleskelulupaa hakevalle lapselle määrätään edustaja. Edustaja käyttää huoltajalle kuuluvaa puhevaltaa lapsen asioissa ja hänen tehtävänä on valvoa, että lapsen etu otetaan mahdollisimman hyvin huomioon. Edustajan tehtäviin kuuluu olennaisesti yhteydenpito viranomaisiin, oikeusavustajaan ja muihin turvapaikkaprosessissa mukana oleviin tahoihin. Edustajan tulee myös pääsääntöisesti kuulla lasta hänen asiassaan ja hänen on otettava lapsen mielipide huomioon. Oikeus edustajan käyttöön päättyy nuoren täytettyä 18 vuotta.

Edustajille suunnatussa kyselyssä kartoitettiin edustettujen lasten ja nuorten psyykkisen oireilun määrää ja luonnetta sekä traumataustaan liittyviä tietoja. Lisäksi tiedusteltiin, onko lapsi tai nuori saanut Suomessa hoitoa ongelmiinsa ja jos ei, niin mistä tämä edustajan näkemyksen mukaan on johtunut. Taustatietoina tiedusteltiin edustetun lapsen tai nuoren ikää, sukupuolta ja lähtömaata. 61 lapsen otokses- sa edustetut lapset olivat 1–18-vuotiaita. Eniten oli 17-vuotiaita (21 nuorta). Kaaviossa 1 on nähtävissä lasten ikäjakauma. Tyttöjä lapsista ja nuorista oli 14 (23 %) ja poikia 47 (72 %). Kaaviossa 2 nähdään heidän lähtömaansa. Eniten tulijoita oli Somaliasta (22), Afganistanista (15) ja Irakista (13).

**Kaavio 1** Alaikäisten turvapaikanhakijoiden ikäjakauma 25 edustajan mukaan (N=61)



**Kaavio 2** Alaikäisten turvapaikanhakijoiden lähtömaat 25 edustajan mukaan (N=61)



### 3.3.1 Alaikäisten turvapaikanhakijoiden traumaattiset kokemukset

Alaikäisten edustajilla oli useimmissa saaduissa vastauksissa runsaasti eri yhteyksistä kertynyttä tietoa edustettaviensa traumaattisista kokemuksista. Toisaalta myös pitkään toimineilla edustajilla oli epäilyksiä siitä, ettei lasten vaikeista kokemuksista tullut tietoon kuin jäävuoren huippu. Syynä tähän epäiltiin olevan lasten erilaiset pelot turvapaikanhakuprosessiin liittyen, salakuljettajien uhkaukset ja traumaattisten kokemusten muistelemisen ahdistavuus. Joidenkin lasten ja nuorten kohdalla edustajilla oli joko tietoa tai vahva epäily hyvin vaikeista kokemuksista, joista lapset tai nuoret eivät olleet halukkaita puhumaan. Useimmissa tapauksissa vakavia traumatisoivia tapahtumia oli yksittäisten lasten ja nuorten kokemushistoriassa monia.

Kaikki yksintulleet alaikäiset turvapaikanhakijat olivat joutuneet kokemaan eron sukulaisista ja läheisistä perheenjäsenistä. Kokemus oli usein kytköksissä sotaan liittyviin traumaattisiin tilanteisiin. Useilla lapsilla ja nuorilla oli vaikeita muistikuvia sotatilanteista, sillä he olivat joutuneet näkemään sukulaisensa tai vanhempansa surmatuksi tulemisen, menettäneet toisen tai molemmat vanhempansa tai olivat nähneet oman kotinsa tuhoutumisen. Erilaiset pahoinpitelykokemukset, raiskatuksi tuleminen ja seksuaalinen hyväksikäyttö liittyivät joko lähtömaassa tai pakomatalla koettuihin tilanteisiin. Pakomatalla koetuista moninaisista traumoista oli myös runsaasti mainintoja. Pakomatalla oli jouduttu pidätetyksi tai vangituksi jopa kuukausien pituiseksi ajaksi ja näissä yhteyksissä oli koettu väkivaltaa ja epäinhimillistä kohtelua. Salakuljettajat olivat potkineet, pakkosyöttäneet lapsille unilääkkeitä tai käyttäneet heitä seksuaalisesti hyväkseen. Pitkään kestäneiden matkojen aikana lapset eivät olleet saaneet ruokaa, eivät voineet ulostaa tai peseytyä, ja he olivat joutuneet olemaan pitkiä aikoja pakotetussa asennossa ahtaissa tiloissa. Tämän lisäksi traumakokemuksina raportoitiin lapsisotilaana toimiminen, katulapsena eläminen, ruoan puutteessa eläminen, perheväkivalta, perheen hylkäämäksi tuleminen tai avioliittoon pakottaminen. Yksi lapsi oli tehnyt surmatyön, yksi tullut kidnapatuksi ja kaksi oli pakotettu työskentelemään ääriuskonollisessa järjestössä. Yhden edustettavan mainittiin joutuneen ihmiskaupan uhriksi. Koko aineistossa (33 haastateltua edustajaa), joka koostui osittain myös laajoista ja epätarkoista kuvauksista, löytyi maininta kidutuksesta neljän lapsen tai nuoren kohdalla. Prosentuaalisen osuuden arvioiminen tästä joukosta ei ole kuitenkaan mahdollista, koska tietoa kaikkien edustettavien määrästä ei ollut käytettävissä. 61:n lapsen tarkennetussa otoksessa kidutustrauma löytyi yhdeltä lapselta, sen sijaan muita traumatisoivia kokemuksia mainittiin runsaasti.

**Taulukko 6 Traumatisoituneiden turvapaikanhakijalasten ja -nuorten määrä 25 edustajan mukaan (N=61)**

TRAUMAN LUONNE	TRAUMATAUSTAISTEN LASTEN JA NUORTEN MÄÄRÄ
Sotatilanteeseen liittyvä väkivaltatrauma	26
Sekalaisia, useita traumatisoivia kokemuksia	25
Raiskaus	7
Lapsisotilas	2
Kidutustrauma	1

*“Hän on juossut pakoon kranaatin iskettyä kotiin ja joutunut heistä eroon useiksi vuosiksi. Elänyt katulapsena, myynyt khatia, asunut kaatopaikalla. Herännyt tapetun ihmisen vierestä. Muuttanut toisille seuduille. Kidnapattu lapsisotilaaksi koulutettavaksi kuoleman uhalla. Sinä aikana hakattu köysillä ym, aamuhierätyksellä kylmällä vedellä, nälkää, janoa, vangittuna olemista. Isä kadonnut, todennäköisesti samat ihmiset tappaneet isän. Karannut sotilailta, ehkä tappanut vanginvartijansa. He ottivat paetessaan muutaman kiväärin. Oletan että hänen tarinassa on niin pahoja asioita, ettei ne ole tulleet ulos. Uhka edelleen perhettä kohtaan, koska uhkaajat ottaneet perheen maatilain haltuun, mutta äidillä tilan paperit. Äidin päälle on ajettu autolla hänen lähtönsä jälkeen.”*

*Edustaja*

*“Hän kertoo nähneensä kun perhe tapettiin, hän itse oli piilossa. Nyt kokee voimakasta syyllisyyttä, että hänen olisi pitänyt jotakin tehdä vaikka hän oli silloin vasta noin kymmenen vuoden vanha. Ja hänen ollessaan noin 13v poliisi ampui hänen ystävänsä hänen nähden.”*

*Edustaja*

*“Nuori on kertonut miten on joutunut hakeutumaan suojaan kun kodin lähellä on ollut rajuja taisteluja. Myös perheen jäseniä on kadonnut mellakoiden aikana, eikä heidän kohtalostaan ole saatu tietoa. Hän on myös kertonut tullessaan lievästi pahoinpidellyksi (läpsimistä, tönimistä) käydessään orvoille tarkoitettussa sisäoppilaitoksessa. Tätä oli tapahtunut niin opettajien kuin muiden koululaisten toimesta. Pakomatista hän on kertonut niin vähän, että siitä voi epäillä sen olleen melkoisen traumaattinen.”*

*Edustaja*

*“Tiedän, että hän on menettänyt isänsä ja että hän pelkäsi sotatilaa ja erityisesti siitä aiheutuvia ääniä. Hänellä oli psyykkisiä ongelmia ja unettomuutta jo kotimaassansa. Koen vahvasti, että taustalla on traumaattisia kokemuksia, mutta hän ei suostu puhumaan niistä. Hän yleensä vastaa vain kyllä/ei-kysymyksiin tai sanoo, että kaikki on hyvin, vaikka ei ehkä olisikaan. Pakomatka on ollut pitkä ja rankka. Suomessa olon aikana häntä on kiusattu vastaanottokeskuksella sekä fyysisesti että henkisesti. Sanalliset selkkaukset hän koki raskaimpana, mutta hän oli kykenemätön puolustautumaan sanallisesti, joten lopulta kun kiusaaminen meni kestävämmäksi, hän puolusti itseään fyysisesti, jonka seurauksena hän päätyi poliisilaitokselle kaksikin kertaa. Toisen kerran jälkeen hänet siirrettiin toiseen yksikköön. Itse uutena edustajana oletin, että alaikäiset saatetaan aina kun heidät siirretään, mutta sain vasta jälkepäin kuulla, että vain alle 15-vuotiaat saatetaan. Poika, jolla on dyskalkuliaa eikä välttämättä pärjää arjen perustoiminnoistakaan ilman apua, pistettiin siis yksin junaan. Junanvaihdon yhteydessä hän hävisi - tietenkään ei osannut hypätä oikeaan junaan oikealta raiteelta - ja poliisit etsivät häntä ympäriinsä. Lopulta hän löytyi aivan toisesta kaupungista. Hänet oli heitetty pois junasta ja hän joutui*

*maksamaan 80 euron sakot. Hän hävitti kaksi matkalaukkuaan, joissa oli myös arvokkaita tavaroita kuten tietokone. Tämän tilanteen jälkeen olin yhä vaativampi uuden yksikön työntekijöiden ja sosiaalityöntekijän kanssa. Aikaisemmassa yksikössä pojan tilaa ei mielestäni otettu tarpeeksi vakavasti – 'kaikkihan nämä lapset ovat erityisen tuen tarpeessa', joka sekin toki pitää paikkaansa. Pyysin, että pojalle saataisiin jonkinlainen diagnoosi tai todistus hänen erityisen tuen tarpeestaan, jotta se huomioitaisiin mm. siirtojen ja elämiseen liittyvien järjestelyjen yhteydessä. Lausunto saatiin tehtyä, juuri ennen kuin edustajuuteni loppui."*

*Edustaja*

### **3.3.2 Mielenterveyspalveluiden tarve**

Useimmat kyselyyn vastanneista edustajista (25 edustajaa) kertoivat edustamiensa lasten tai nuorten kärsivän jonkinlaisesta psyykkisestä huonovointisuudesta. Mukaan mahtui myös kuvaus kolmesta nuoresta, joiden ei oltu havaittu oireilevan kokemuksistaan huolimatta mitenkään sekä kuudesta nuoresta, joiden kerrottiin yleisesti oireilevan paljon ilman, että kuvausta täsmennettiin.

Eniten kuvauksia 61 lapsen ja nuoren otoksessa oli uneen ja nukkumiseen liittyvistä ongelmista kuten nukahtamisvaikeuksista, unettomuudesta ja painajaisten näkemisestä. Seuraavaksi yleisimpänä nousivat esiin maininnat mielialaoireista, pääasiassa masennuksesta, ärtyisyydestä tai muutoin voimakkaasti vaihtelevista mielialoista. Usein kohdattuja oireita olivat erilaiset ahdistusoireet, jotka ilmenivät pelkona ja kohtauksellisina paniikkioireina. Keskittymiseen, muistiin ja oppimiseen liittyvät ongelmat yhdistyivät vastauksissa turvapaikkaprosessin aiheuttamaan psyykkiseen kuormitukseen ja omaisiin liittyvään huoleen ja ikävään, joka satoi lasten ja nuorten psyykkisiä voimavaroja. Aggressiivinen käytös nousi esiin hallitsevana ongelmana viiden kohdalla. Lisäksi esiin nousivat somaattiset oireet, erityisesti toistuva päänsärky tai muut kivut, ruokahaluttomuus, vatsavaivat, oksentelu, huimaus ja sydämen tykytys, itsensä vahingoittaminen tai itsemurhayritys, levoton ja "koheltava" käytös, psykoottiset oireet, epäluuloisuus ja lievä kehitysvamma. Koko aineistossa (33 vastaajaa) mainittiin lisäksi kahden nuoren kärsineen vaikeista pakko-oireista. Lisäksi raportoitiin erilaisten fyysisten traumojen jättämistä oireista kuten pahoinpitelyn aiheuttamista pysyvistä hengitysvaikeuksista ja selkävivoista sekä arvista, joita oli aiheutettu esimerkiksi lapsen tai nuoren ihoa tupakalla polttamalla. Yksittäisiä mainintoja koko aineistossa löytyi yökastelusta, traumoihin liittyvien takaumien kokemisesta ja änkytyksestä kärsivistä lapsista ja nuorista.

**Taulukko 7 Turvapaikanhakijalasten ja -nuorten erilaiset oireet yleisyysjärjestyksessä 25 edustajan mukaan (N=61)**

OIREILUN TAI ONGELMIEN LUONNE
Uneen ja nukkumiseen liittyvät ongelmat
Erilaiset mielialaoireet
Pelko ja ahdistusoireet, paniikkikohtaukset
Muistin, keskittymiskyvyn ja oppimisen vaikeudet
Väkivaltaisuus, aggressiivinen käytös
Somaattiset oireet
Itsemurhayritys, muu itsetuhoisen käytös
Levoton, koheltava käytös
Psykoottinen tila
Epäluuloisuus
Lievä kehitysvamma

*”Tyypillisintä oireilua on varmaankin ahdistus ja univaikeudet, joista kärsii tosi moni. Unettomuus johtuu kyllä usein siitä, että lapset ovat huolissaan perheistään ja ikävöivät perheitään. Siihen lisättynä turvapaikkaprosessiin liittyvä epävarmuus ja prosessin kesto, lisäävät entisestään ahdistusta. Useat kärsivät keskittymisvaikeuksista, joka luonnollisesti vaikeuttaa erityisesti heidän koulunkäyntiä ja sitä kautta heidän kotoutumista Suomeen. Yhtenä ilmiönä on tullut varsinkin tytöillä ihmeelliset tajunnanmenetyskohtaukset ja hyperventiloinnit. Joillakin nuorilla ilmenee vakaavaakin masennusta ja ahdistusta, joka on johtanut itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Muutamilla afrikkalaisilla pojilla ilmenee jostain syystä änkytystä. En oikein osaa sanoa, mistä se mahtaa johtua. Joillakin lapsilla on esiintynyt yökastelua.”*

*Edustaja*

*”Kolmella kuudesta nuoresta on ollut niin suuria psyykkisiä ongelmia, että minä maallikkona ne huomaan. Oireina on ollut unettomuutta, itsetuhoisuutta - liikaa lääkkeitä - , tavaroiden rikkomista - mm. ikkunan rikkominen päällään - ja masentuneisuutta. Kahdella kuudesta on ollut niin pahoja psyykkisiä oireita, että he ovat joutuneet turvautumaan psykiatriseen sairaalahoitoon turvapaikkaprosessin aikana. Hoito on ollut kuitenkin vain sairaalaan otto muutamiksi päiviksi ja kun lääkäri on todennut, ettei nuori ole vaaraksi itselleen eikä muille - 'ei tarvitse pakkohoitoa' - , on nuoret palautettu asumisyksikköön.”*

*Edustaja*

### 3.3.3 Lasten ja nuorten saama tuki

Pääsääntöisesti turvapaikanhakijalapsen ja nuoren saavat terveydenhuoltoon liittyvät palvelunsa vastaanottoyksikkönsä terveyden- tai sairaanhoitajalta. Edustajien kokemukset nimenomaan mielenterveysongelmiin kohdistuneesta avusta olivat pääosin lääkehoitoon liittyviä. Erityisesti unilääkkeiden määräämistä kommentoitiin useasti. Lapsen tai nuoren ahdistuksen tai puhumattomuuden hoitaminen pelkällä lääkityksellä oli monien edustajien arvion mukaan ollut riittämätön apu edustettavien ongelmiin ja se koettiin suoranaiseksi välinpitämättömyydeksi. Monet tilanteet olivat hoituneet psykiatrin yksittäisillä konsultaatioilla tai lyhyillä osastohoitojaksoilla. Yleislääkärin apua oli säännönmukaisesti saatu akuuteissa somaattisissa vaivoissa. Tällöinkin edustajien kokemus oli, että selittämättömäksi jääneet vatsakivut ja päänsäryt kuitataan liian usein pelkin särkylääkereseptein. Turvapaikanhakuvaiheessa lapsille ja nuorille pyrittiin turvaamaan joissain paikoin kaksi psykiatrin tapaamista lääkityksen aloittamista ja lausunnon kirjoittamista varten. Hyvin toimivana apuna mainittiin oman psykiatrisen sairaanhoitajan antama terapeutin tuki alaikäisyksikössä.

*”Henkisesti huonosti voivien lasten määrä on kasvanut. Lapsi on voinut saada tilanteeseensa pari konsultaatiokäyntiä psykiatrilla maahanmuuttovirastolle toimitettavaa lausuntoa varten. Ministeriö ei ole antanut lupaa enempään. Vasta päätöksen jälkeen on voinut hakea apua, mutta sitä on ollut äärimmäisen vaikea saada. On paikkakuntia, jossa sitä ei ole saanut lainkaan. Ja muuallakin asiantuntijuus näissä asioissa ei ole ollut kovin korkeatasoista. Jos lapsella on sairaalahoitoa tarvitseva psyykinen ongelma, on ollut erittäin vaikea saada lasta hoitoon. Edustettavieni kohdalla on käynyt niin, että he jotka on viety ambulanssilla tai poliisin avustamana sairaalaan, ovat saaneet hoitoa akuuttiin tilanteeseensa. Terapiaa he eivät ole saaneet. Ongelmana on ollut myös se, että ei ole ollut kunnollista järjestelmää, joka voisi selvittää lasten hoidon ja avun tarvetta. Toisinaan lapsen oireet näyttäytyvät asosiaalisena ja aggressiivisena käyttäytymisenä, mutta vastaanottokeskuksen henkilökunnalla kaikkialla Suomessa ei ole taitoa eikä osaamista nähdä asioiden johtuvan psyykkisestä huonovointisuudesta, vaan lasta pidetään hankala ja usein tällainen lapsi siirretään toiseen vastaanottokeskukseen, jossa ongelma yleensä jatkuu. Lapsi on saattanut joutua kaltoin kohdelluksi lähtömaassansa tai matkalla Suomeen. Lapset ovat kokeneet seksuaalista hyväksikäyttöä, pahoinpitelyjä, lapsisotilaana toimimista jne. Joissakin Euroopan maissa lapset ovat joutuneet uhkailun kohteiksi vastaanottokeskuksissa henkilökunnan taholta, myös seksiin pakottamista tai sillä uhkailua on ollut ko. paikoissa.*

*Pienemmät lapset eivät ainakaan puhu näistä asioista, yhden noin 2 vuoden ikäisen lapsen kohdalla eri tahot ovat miettineet voisiko olla, että lapsi on joutunut seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi mutta varmuutta asiasta ei ole. Kaltoin kohdeltujen joukossa on tyttöjä ja poikia”.*

Edustaja



Tilanne tuntui vaihtelevan myös alueittain ja yksiköittäin huomattavasti siten, että eräässä yksikössä raiskauksen uhri tai itsemurhaa yrittänyt ei saanut edustajan mukaan muuta kuin akuutin avun, koska paikkakunnalta ei löytynyt riittäviä jatkohoitomahdollisuuksia. Toisaalla paremmat resurssit mahdollistivat esimerkiksi itsemurhayrityksen jälkeisen lasten- tai nuorisopsykiatrisen tutkimusjakson osasto-olosuhteissa tai vaikeimmin traumatisoituneille leikkiterapian, psykoterapian tai vastaanottoajan kunnallisiin palveluihin.

**Taulukko 8 Turvapaikanhakijalasten ja -nuorten saamat mielenterveyspalvelut 25 edustajan mukaan (N=61)**

TOIMENPIDE	NUORTEN MÄÄRÄ
Psykiatrin tapaaminen	7
Lääkehoito	7
Jonossa nuorisopsykiatrisen poliklinikalle	2
Tarkkailujakso psykiatrisella osastolla	2
Nuorisopsykiatrisen osastohoitojakso	2
Psykiatrisen erikoissairaanhoidajan tapaamiset yksikössä	2
Keskustelut psykologin kanssa	1
Neurologin tutkimus	1
Jonossa kidutettujen kuntoutuspalveluihin	1
Hoidossa kidutettujen kuntoutuspalveluissa	1

Kaikkien vastanneiden joukossa (33 edustajaa) kymmenen edustajaa mainitsi, etteivät edustetut lapset tai nuoret ole saaneet minkäänlaista apua mielenterveysongelmiinsa tai että apu oli kokonaan yksikössä työskentelevän yksittäisen terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan varassa.

Ongelmalliset tilanteet erilaisten hoitojen jatkuvuudessa tai käynnistämisessä liittyivät täysi-ikäiseksi tuloon, jolloin nuori oli siirretty asumaan toiselle paikkakunnalle aikuisten turvapaikanhakijoiden vastaanottoyksikköön. Siirtovaiheet näyttäytyivät edustajien vastauksissa riskitilanteina, joissa jo aloitettu hoitokontakti saattoi katketa tai tiedonkulku lähettävän ja vastaanottavan tahon kesken ei toiminut. Myös nuorten oma haluttomuus ottaa apua vastaan nousi esiin. Syynä tähän nähtiin sekä nuorten omat kulttuurisesta taustasta nousevat leimautumisen pelot, että hoitojärjestelmän huonot valmiudet kohdata kyseistä erityisryhmää.

*”Molemmissa tapauksissa tulee eteen se, ettei hoitohenkilökunnalla ole riittävästi tietoa kohderyhmästä, tulkin käytöstä, edustajan roolista jne. Esim. psykiatri ehdotti tytölle hoitoneuvottelussa, että hänen olisi parempi palata kotimaahansa, jossa vanhemmat ja muu perhe asuu. Tuossa hoitoneuvottelussa jouduttiin käymään läpi monia hyvin oleellisia perusasioita, jotta päästiin eteenpäin.”*

*Edustaja*

*”Hän saa unilääkkeitä mielin määrin! Omasta mielestäni tämä vain pahentaa hänen tilannetta. Oireita yritetään hävittää, mutta syihin ei paneuduta. Mielestäni jonkinlainen yksityisyys tekisi hyvää suurimmalle osalle alaikäisistä turvapaikanhakijoista. Tiedän, että käytännön järjestelyjen kannalta tämä on lähes mahdotonta. Mielestäni syy riittävän hoidon puutteeseen on se, että vastaanottokeskuksella on paljon akuutimpia tilanteita ja lähes jokaisella on uniongelmia. On helpompaa siis hoitaa uniongelmia lääkkeillä.”*

*Edustaja*

*”Minulla on ollut useita nuoria jotka nyt siirtyneet toisiin kuntiin ja 18 täyttäneitä. Yksi raiskattu poika, ei hoitoja, siirto aikuisten joukkoon heti kun 18, vaikka oli esitetty, että ei ennen kuin vähän varttuu. Toinen poika, pahoinpidelty, tappouhka omalta isältä, ei hoitoja eikä tukea, siirto aikuisten joukkoon. Kolmas poika, pakkosiirto toiseen laitokseen kun katsottiin yläikäiseksi, yritti itsaria suurella viinamäärällä, huuhtelu ja siirto. Neljäs poika 17, pahoinpidelty, aikuiset miehet kepeillä mm. päähän hakattu, nyt unilääkkeitä vain, ei muuta apua. Viides poika, nähnyt vanhemmat räjäytettyinä, ainut lapsi, ei mitään sukua, tarvittaessa unilääkkeitä, aika ajoon puhumaton. Kuudes tyttö, 17 raiskattu, ihmiskaupan uhri, unilääkkeitä, yritetty saada apua, tuetaan mitä voidaan itse.”*

*Edustaja*

*”Nyt vihdoin tuntuu, että jonkinlaista huolenpitoa hän on saanut, mutta hänen tilansa olisi pitänyt ottaa vakavasti aikaisemmin. Erityinen hoito olisi kyllä tervetullut tällaisen nuoren tilanteessa ja itse koen, että edustajuuden jatkuminen tai jonkinlaisen edunvalvojan nimeäminen olisi ollut hänen kohdallaan oikeudenmukaista, koska hän toimii kuin pieni lapsi, eikä osaa hoitaa asioitaan itse ja varsinkaan valvoa omaa etuaan. Mielestäni se, että hänen tilaansa ei otettu vakavasti, johtuu pitkälti siitä, että hän yleensä pitää matalaa profiilia vastaanottokeskuksella, ei puhu asioistaan ja ei valita. Hän ottaa kaikki omille harteille kannettavaksi. Näennäisesti hänellä on siis kaikki hyvin. Ja koska vastaanottokeskus on yleensä täynnä näkyviä ongelmia ja siellä on niin paljon ihmisiä, tällainen tapaus jää hyvin helposti huomaamatta.”*

*Edustaja*

### 3.3.4 Ongelmakohtia

Yksittäiset edustajat toivat esiin havaintonsa vastaanottokeskusten heikoista olosuhteista lasten ja nuorten psyykkistä vointia heikentävinä tekijöinä. Kritiikki kohdistui myös kuntien halukkuuteen perustaa vastaanottokeskuksia ja samanaikaisesti laiminlyödä traumatisoituneiden lasten ja nuorten tarvitseman avun järjestäminen. Oleskeluluvan saaminenkaan ei hoitoon pääsyä monien mainintojen perusteella mahdollistanut, vaan kaikki oli riippuvaista alueen palveluiden mahdollisuuksista vastata hoidon tarpeeseen. Hoitoon pääsyyn liittyvät odotusajat mainittiin monin paikoin liian pitkiksi haavoittuvassa tilassa oleville lapsille ja nuorille, jotka tarvitsisivat tehokkaammin tarjottua ja asiantuntevaa apua.

Vastauksissa tuotiin esiin se, miten lasten ja nuorten ahdistus usein väheni ainakin väliaikaisesti myönteisten oleskelulupapäätösten myötä. Pidempään edustamaansa lasta tai nuorta seurannet edustajat toivat esiin huolen siitä, että hyvien hetkien jälkeen edessä on vielä paljon ongelmia, mikäli vaikeasti traumatisoitunut lapsi ei saa tarvitsemaansa psykiatrista kuntoutusta. Vaikeampaa oireilua oli tullut joissain tapauksissa esiin vasta pidemmän ajan kuluttua, kun ulkoinen tilanne oli tasaantunut.

*“Kokemusteni ja muiden edustajien keskusteluissa tullut esiin, että suurin osa alaikäisistä mitä täällä...on, ovat avun tarpeessa...paikka ole sopiva alaikäisille, sekä aivan liian paljon nuoria,.. ala-arvoisissa tiloissa, ei tarpeeksi televisioita eikä muuta toimintaa, nyt kun vielä toimeentulotuki pienennettiin, ruoka kerran päivässä, kasvaville nuorille!”*

*Edustaja*

*“Ensimmäisen vastaanottokeskuksen vastaava ohjaaja kieltäytyi hankkimasta kidutuksista lääkärinlausuntoa puhuttelua varten. Hän määritteli, että koska B kävelee joka päivä kouluun ja hoitaa asiansa kuin muutkin, niin ei ole mitään perustetta lääkärinlausuntoon. Sittemmin muutti toiseen vastaanottokeskukseen. Sai lääkärinlausunnon Migriin. Lääkäri tutki päälle ajon vammat ja hän sai akuuttiin särkyyn lääkkeitä kuin myös nukahtamislääkkeitä. Fysikaalisesta kuntoutuksesta keskusteltiin, että sitä voidaan harkita vasta, kun on kuntapaikka”.*

*Edustaja*

*“Turvapaikanhakijalasten hoitoon pääseminen on todella vaikeaa, koska heille on periaatteessa turvattu ainoastaan akuutti terveydenhoito. Ainoastaan rankimmat tapaukset ovat päässet varsinaisen "korjaavan" hoidon piiriin tai edes oireilun vaatimiin tutkimuksiin. Työskenneltyäni suomalaisten lastensuojelulasten kanssa, tiedän miten vaikeaa on lasten ja nuorten psyykkinen auttaminen. Tämä vaikeusaste nousee potenssiin, kun puhutaan turvapaikanhakijalapsista. Tämä johtuu monesta eri seikasta, mm. kielimuurista hoitohenkilökunnan ja hoitoa tarvitsevan välillä - huolimatta siitä, että tulkki olisi käytettävissä. Turvapaikanhakijalasten ongelmat ovat hyvin erilaisia, mihin hoitohenkilöstö on työssään aikaisemmin törmännyt. Suurimpana ongelmana kuitenkin pidän palvelujen puuttumisen ja palvelujen piiriin pääsemisen, varsinkin pienemmällä paikkakunnilla mutta myös ihan suuremmissakin keskuksissa”.*

*Edustaja*

## Lyhyesti

- Edustajien mukaan lähes kaikki turvapaikanhakijalapsen kärsivät jonkin asteisesta psyykkisestä huonovointisuudesta. Tavallisimpia oireita olivat unihäiriöt, mielialaoireet, ahdistuneisuus, aggressiivisuus, keskittymisvaikeudet ja itsetuhoisuuteen liittyvät puheet ja teot.
- Edustajat kertoivat tavallisimpien traumakokemusten olevan 61 turvapaikanhakijalapsen otoksessa sotaan ja väkivaltaan liittyvät traumat (43 % lapsista). Yhtä suurella joukolla lapsista oli moninkertaisia, sekalaisia traumoja jotka liittyivät vanhempien kuolemaan, läheisten surman tai pahoinpitelyn todistajaksi joutumiseen ja pakomat-kalla koettuihin vaikeuksiin. Seitsemän lasta oli raiskattu, kaksi toiminut lapsisotilaana ja yhtä oli kidutettu.
- Edustajat tiesivät lasten traumataustasta melko paljon, mutta siitä huolimatta koke-neet edustajat arvioivat, ettei lasten vaikeimmista kokemuksista tullut esiin kuin osa.
- Edustajat olivat tyytymättömiä turvapaikanhakijalasten ja nuorten saamiin mielenter-veyspalveluiden laatuun ja määrään. Oleskeluluvan saaminen ei joidenkin vastaajien mukaan välttämättä parantanut tilannetta.
- Turvapaikanhakijalasten ja nuorten vaikean tilanteen ja taustan huomioiden hoitoon pääsyn odotusaikoja pidettiin kohtuuttomina. Edustajat vaativat tehokkaammin tarjot-tuja ja asiantuntevia mielenterveyspalveluita, jotta havaitut ongelmat eivät kroonistui-si.
- Siirrot yksiköstä toiseen ja täysi-ikäiseksi tulo tuottivat ongelmallisia tilanteita alka-neissa hoidoissa. Siirtojen mielekkyyttä kritisoitiin näissä tilanteissa.
- Alaikäisyksiköiden olosuhteisiin kohdistui kritiikkiä; puutteiden nähtiin heikentävän lasten ja nuorten psyykkistä hyvinvointia.

### 3.4 Kiintiöpakolaisia kotouttavat kuntayksiköt

Vanhempiensa mukana maahan tulleiden kidutettujen ja vaikeasti traumatisoituneiden kiintiöpakolaislasten ja -nuorten määrää kartoitettiin haastatteleamalla yhteensä 19 työntekijää kiintiöpakolaisia vastaanottaneissa kunnissa. Kuntien vastaanottamien kiintiöpakolaisten ensivaiheen vastaanottotyöstä ja kotouttamisesta huolehtivat sosiaalitoimen organisaatioihin sijoittuvat maahanmuuttoyksiköt. Yhteensä kymmenestä yksiköstä saatiin työntekijöiden arvioita vaikeasti traumatisoituneiden alle 24-vuotiaiden pakolaislasten ja -nuorten lukumääristä. Näiden yksiköiden asiakkaina oli haastattelujen ajankohtana yhteensä 539 alle 18-vuotiasta lasta ja 138 alle 24-vuotiasta nuorta. Heistä 134 lapsen (25 %) ja 28 alle 24-vuotiaan nuoren aikuisen (20 %) tiedettiin läpikäyneen vaikeita traumaattisia kokemuksia. Työntekijät olivat huolissaan näiden lasten ja nuorten tilanteesta ja arvioivat, että lisätukeen tai hoitoon olisi tarvetta. Pakolaisyksiköiden työntekijöiden arviot traumatisoituneiden kiintiöpakolaislasten ja -nuorten määrästä on koottu taulukkoon 9.

**Taulukko 9** Kymmenen kunnan pakolaisyksiköiden työntekijöiden arviot vaikeasti traumatisoituneiden ja oireilevien kiintiöpakolaislasten ja -nuorten määrästä

TRAUMATISOITUNEET JA OIREILEVAT ALLE 18-VUOTIAAT ASIAKKAAT / KAIKKI ALLE 18-VUOTIAAT ASIAKKAAT	TRAUMATISOITUNEET JA OIREILEVAT 18–24-VUOTIAAT ASIAKKAAT / KAIKKI 18–24-VUOTIAAT ASIAKKAAT
134 / 539 (25 %)	28 / 138 (20 %)

Muutamassa yksikössä todettiin, ettei kunnan pakolaisten joukossa ole traumatisoituneita lapsia tai nuoria. Jotkut haastatelluista puolestaan kertoivat, ettei perheiden lapsille ja nuorille toistaiseksi tehty omia alkuhaastatteluja, mutta työmalleja oltiin tätä varten luomassa. Perheiden alkuhaastattelujen tukena ei haastateltujen mukaan usein ole käytettävissä paljoakaan taustatietoja, sillä YK:n pakolaishaastatteluisa kerrottuja tarinoita ei välitetä kuntien työntekijöille. Osa traumakokemuksista, erityisesti hävettäviksi ja arkaluontoisiksi koetut, eivät välttämättä tule siten enää kuntatasolla työntekijöiden tietoon. Haastatellut kuvasivat myös erilaisten mielenterveysongelmien tunnistamisen olevan vaikeaa erityisesti siitä syystä, ettei perheiden sisäisiksi asioiksi miellettyistä ongelmista saada useimmiten esiin kuin murto-osa. Ne lapset ja nuoret jotka eivät oireile ulospäin aggressiivisesti jäävät siten herkästi vaille apua. Annetut määrälliset arviot lasten traumaista ja oireilusta ovat siten vain suuntaa antavia, eivät eksakteja lukuja.

*“Terveystenhoitamme ovat käyneet läpi potilaitaan. Esimerkiksi yhdellä th:lla, jolla on alle 100 asiakasta kaiken kaikkiaan, on asiakkaana ainakin 9 alle 24 v traumatisoitunutta. Esimerkiksi 19 v, jota äitipuoli kurittanut toistuvasti, oireina uniongelmia, takaumia, ylivireyttä + 8 muuta, jotka kaikki alle 21 v. Toisella th:lla 6 yksin ilman huoltajaa tullutta alle 24 v, 1 perheen mukana tullut. Yksi näistä alaikäisenä yksin tulleista on 15 v tyttö, raiskattu kymmeniä kertoja, kun kidnapattiin. Muuten "kaikki hyvin" mutta aivan invalidisoivia kipuja, jotka ovat vieneet tytön moniin tutkimuksiin. Psykologille ei enää halua. Jos olisi vain muutama, muistaisi hyvin, mutta kun on kymmeniä!”*

*Kuntayksikön työntekijä*

### 3.4.1 Lasten ja nuorten traumataustat, oireilu ja hoitoonohjaus

Kymmenessä kotouttamisyksikössä, joissa haastatteluja tehtiin, eniten mainintoja nousi esiin lapsen tai nuoren vanhemman kidutuksesta tai raiskauksesta (20 lapsen kohdalla) tai lähiperheenjäsenen surmatuksi tulemisesta (19 lapsen kohdalla). Monesti lapset tai nuoret olivat itse joutuneet silminnäkijöiksi näille tapahtumille. Maininta lapsen tai nuoren joutumisesta raiskauksen uhriksi löytyi 11 lapsen kohdalta ja kidutuksesta neljän lapsen kohdalla. Vakavaan perheväkivaltaan liittyviä mainintoja löytyi 10 lapsen kohdalla. Tähän kategoriaan on sisällytetty myös pakkoavioliitot. Kolme lasta oli toiminut lapsisotilaana. Tämän lisäksi lapsia oli kohdeltu väkivaltaisesti pakolaisleireillä tai muissa entisissä olinpaikoissa, esimerkiksi koulussa (kahdeksan mainintaa). Mukaan mahtui myös yksi pakkotyöleirillä ollut. Vanhempien vakava uupumus, traumatisoituneisuus tai vanhemmuutta heikentävä avuttomuus (esimerkiksi heikkolahjaisuus tai vastaava syy) kosketti haastateltujen mukaan myös seitsemää lasta tai nuorta. Myös kulttuurisidonnaisista syistä joidenkin yksihuoltajaperheiden vanhimmille pojille ja tyttärille kertyi erityisen raskaita vastuita ilman vanhemman vammaa ja toimintakyvyttömyyttäkin. Tämä tilanne oli haastateltujen mukaan vallinnut perheissä usein jo pitkään ennen Suomeen tuloa. Lapset ja nuoret olivat saattaneet joutua tekemään kehitystasoonsa nähden epäinhimillisen pitkiä ja raskaita työpäiviä muun perheen elättämiseksi. Useimmat sota-alueilta tulleet lapset ja nuoret olivat haastateltujen mukaan myös joutuneet näkemään ja kokemaan erilaisia pelottavia tilanteita kuten ihmisten ampumista ja kuolleita. Tarkkaa lukumääräistä arviota näistä ei saatu.

**Taulukko 10 Kiintiöpakolaislasten ja -nuorten traumakokemuksia yleisyysjärjestyksessä kymmenen pakolaisyksikön otoksessa (N=162)**

TRAUMAATTINEN TAPAHTUMA	MAININTOJEN MÄÄRÄ
Isä tai äiti tullut kidutetuksi tai raiskatuksi	20
Perheenjäsen surmattu	19
Lapsi tai nuori itse tullut raiskatuksi	11
Vakavaa perheväkivaltaa	10
Muu ulkopuolisen toimesta lapseen kohdistunut väkivalta	8
Vanhemmuutta vakavasti heikentävä ongelma	7
Lapsi tai nuori tullut kidutetuksi	4
Lapsisotilas	3
Ollut pakkotyöleirillä	1

Haastateltujen yksiköiden asiakasperheisiin kuuluvilla lapsilla ja nuorilla tiedettiin ilmenevän eniten nukkumiseen ja uneen liittyviä ongelmia kuten unettomuutta ja painajaisia (27 mainintaa), masennusta (16), levottomuutta ja ylivilkkautta (16), erilaisia pelkoja (10), ahdistuneisuutta (8) ja aggressiivisuutta (7). Lisäksi kolmen kohdalla mainittiin psykoottinen oireilu. Kolmen kohdalla oli myös maininta itsemurhayrityksestä. Tämän lisäksi haastateltavat kertoivat lukemattomista muista yksittäisistä oireista ja ongelmista, joita lapsilla ja nuorilla oli ilmennyt kuten takaumia traumaattisista tilanteista, selittämättömiä päänsärkyjä ja vatsakipuja, arkuutta, vetäytyvyyttä, selittämättömiä koulupoissaoloja, häiriökäyttäytymistä, keskittymisvaikeuksia, muisti- ja oppimisvaikeuksia, päivä- ja yöaikaista kastelua, ajelehtivaa käy-

töstä, epätavallista seksuaalista mielenkiintoa ja päihteiden käyttöä. Pienten lasten kohdalla mainittiin erityisesti näkyvinä oireina takertuvuus, itkuisuus ja ruokahaluttomuus. Yksin tulleiden lasten ja nuorten kohdalla, mikäli heitä asiakkaina oli, mainittiin lisäksi erityisenä taakkana lasten ja nuorten suunnaton huoli toisaalle joutuneista vanhemmista.

**Taulukko 11 Kiintiöpakolaislasten ja -nuorten oireita yleisyysjärjestyksessä kymmenen pakolaisyksikön otoksessa (N=162)**

OIREILUN TAI ONGELMIEN KUVAUS	MAININTOJEN MÄÄRÄ
Uneen ja nukkumiseen liittyvät ongelmat	27
Masennus	16
Levottomuus, ylivilkkäisyys	16
Pelot	10
Ahdistuneisuus	8
Aggressiivisuus	7
Psykoottinen oireilu	3
Itsemurhayritys	3

Haastateltujen mukaan 162 pakolaislapsen ja -nuoren otoksessa 43 lasta tai nuorta (27 %) oli saanut mielenterveyspalveluja. Lasten ja nuorisopsykiatriseen konsultaatioon, hoitoon tai muuhun psykoterapeuttiseen hoitosuhteeseen päättämisestä oli tieto 30 lapsen tai nuoren kohdalla. Kidutettujen kuntoutuskeskuksen konsultoiva lasten- ja nuorisopsykiatri oli hoitanut viittä otokseen päätyntä lasta. Psykiatriseen sairaalahoitoon oli päätenyt neljä lasta tai nuorta. Perheneuvoloiden palveluista oli maininta neljän lapsen kohdalla. Mikäli yksikössä toimi sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai psykologi, oli omien palveluiden tilanne parempi. Samoin mikäli paikkakunnan maahanmuuttajapalvelut toimivat kiinteässä yhteistyössä kriisikeskuspalveluiden kanssa.

**Taulukko 12 Kiintiöpakolaislasten ja -nuorten saamat mielenterveyspalvelut kymmenen pakolaisyksikön otoksessa (N=162)**

SAADUT MIELENTERVEYSPALVELUT	LASTEN TAI NUORTEN MÄÄRÄ	OSUUS YKSIKÖIDEN LAPSISTA JA NUORISTA
Psykiatrinen/psykoterapeuttinen konsultaatio tai hoito	30	19 %
Kidutettujen kuntoutuskeskus	5	3 %
Psykiatrinen sairaalahoito	4	2 %
Perheneuvolapalveluissa	4	2 %
Yhteensä	43	27 %

Suurena ongelmana mainittiin pitkät jonot lasten- ja nuorisopsykiatriisiin palveluihin. Hoitoon pääsyn kynnys on monin paikoin korkea resurssien rajallisuudesta johtuen, mutta maahanmuuttajien kohdalla kynnys on haastateltujen mukaan vielä paljon valtaväestöäkin korkeampi. Haastatellut totesivat että pakolaisyksiköiden sairaanhoitajien, terveydenhoitajien, psykologien ja sosiaalityöntekijöiden odotetaan hoitavan itse asiakaskuntansa myös erityisongelmien osalta. Näin ollen työntekijät kokivat jäävänsä yksin ongelmien kanssa ja pitivät sitä ahdistavana ja kuormittavana. Mielenterveyspalveluissa hoitojen kuvattiin herkästi lopahtavan heti alkuunsa, mikäli pakolaisyksikön työntekijä ei ollut vastaanotolla mukana varmistamassa hoidon käynnistymistä. Haastatellut kertoivat, että hoitoyksiköissä saatettiin vedota osaamattomuuteen jo konsultaativaiheessa. Hoitoyksiköiden nähtiin olevan lisäkoulutuksen tarpeessa, sillä esimerkiksi tulkin kanssa toimimisen oli havaittu olevan ongelma edelleen monin paikoin. Vaikeasti traumatisoituneiden nähtiin jäävän mielenterveyspalveluissa väliinputoajiksi. Erityisesti moneen kertaan asiansa eri yhteyksissä purkamaan joutuneiden turvapaikanhakijataustaisten nuorten kohdalla koettiin, etteivät nämä useinkaan enää kuntayksikköön asiakkaiksi päädyttyään halua ja jaksa puhua ongelmistaan.

*”Perheneuvolan jonot ovat pitkät ja homma katkeaa usein siihen kun perhe alkaa puhua käytännön asioista. Ei ymmärretä, että kyse on luottamuksen rakentamisesta. Alkuun puhutaan pitkäänkin käytännön asioista ennen kuin syvempiin juttuihin päästään. Psykiatrian poliklinikat ottavat meillä vastaan vain vaikeasti psyykkisesti sairaita nuoria. Meiltä kysytään aina, että eikö maahanmuuttajille ole tarjolla omia palveluita. Terveyskeskukseen saadaan keskivaikeasti masentuneita, mutta siellä lääkärin ja depressiohoitajan tilanne on keho. En tiedä mitä tehdään, koska meillä tulee rajat vastaan. Lapsia ja nuoria ei ole otettu vastaan oikein mihinkään. Aina kun on kyse maahanmuuttajista, tulee seinä vastaan; kysytään ettekö te erikoispisteenä voi hoitaa. Jos lisäkoulutusta ja työvoimaa saataisiin, niin kyllä mielellään voitaisiin tehdä asiat itse.”*

*Terveydenhoitaja*

*”Tämä 13 vuotias poika ja hänen äitinsä halusivat itse apua. Poika itse kertoi kokemuksistaan ja ongelmistaan vastaanotollani. Hän oli nähnyt miten puutarhuria oli ammuttu päähän lähietäisyydeltä. Kouluun oli osunut pommi, missä yhteydessä oli kuollut mm. pojan hyvä ystävä. Pojalla oli ongelmiaan painajaiset ja takaumat, hän kuuli pommikoneen ääniä ja räjähdyksiä. Poika kävi kerran lastenpsykiatrian poliklinikalla, missä lääkäri arvioi, ettei jatkohoidon tarvetta ole. Äiti oli todennut pojan voinnin olevan jo vähän parempi ja sen perusteella kai oli luovutettu. Perheessä on muitakin lapsia.”*

*Sairaanhoitaja*

*”Yksi esimerkki oli tämä burmalaisperhe. Heille psykologit puhuivat niin vaikeasti, ettei edes tulkki ymmärtänyt mitä tarkoitettiin. Käynnistä ei ollut heille mitään hyötyä. Täällä ohjaajat usein joutuvat vääntämään asiakkaille rataiskoversioita myös lääkärikäynneistä.”*

*Sosiaalityöntekijä*



*”Tällä kidutetulla on hoitonaan masennuslääke ja perusterveydenhuollon kontakti. Sieltä lääkäri ei kovin helposti lähetä psykiatrille, kun muutenkin on jonoa. Itse menen asiakkaiden kanssa mukaan aika usein, eikä näytä hyvältä. Usein todetaan ‘ei hyödy psykiatrisesta hoidosta’ tai ‘ahdistuu psykiatrisesta hoidosta’. Lähetetään sitten takaisin sosiaalitoimeen. Sitten on tapaus, joka oli osastohoidossa kuukauden, eikä kertaakaan kutsuttu paikalle tulkkia, vaikka häntä oli jouduttu eristämäänkin”.*

*Sairaanhoitaja*

*”90-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa näitä lapsia ja nuoria ei saatu oikein mihinkään. Kieltäytyivät tulkin käytön vaikeuteen vedoten. Siksi meillä päädyttiin tähän yksityisen ostopalvelupsykoterapeutin käyttöön. Edelleen tämä silti on pallottelemista. ‘Tehkää te jotakin’ sanotaan meille sosiaalitoimen puolella, vaikka kyse on selkeästi hoitoa vaativasta mielenterveysongelmasta. Ei meillä ole juuri keinoja auttaa, lukuun ottamatta esim. tukihenkilön järjestämistä.”*

*Sosiaalityöntekijä*

*”Miten vaikuttaa asenteisiin? Niitä on vaikea muuttaa millään koulutuksella, jos perusasenne on se, ettei haluta maahanmuuttaja-asiakkaita kohdata. Meillä on nuorisopolin apulaisylilääkäri sanonut, että he eivät voi ottaa mamunuoria, jotka eivät pysty keskustelemaan suomeksi, eli he eivät tilaa tulkkia. Hän sanoi, että jos ei ole kieltä, ei voi olla insaittia mielen maailmaan. Tämähän on selvää syrjintää”.*

*Sairaanhoitaja*

Haastateltujen mukaan on tavallista, ettei kuntaan tulon alkuvaiheessa yleensä valitettu psyykkiseen huonovointisuuteen liittyviä ongelmia niin paljon kuin myöhemmissä vaiheissa, kun sopeutumisprosessissa kohdattiin ongelmia. Jotkut haastatelluista kommentoivatkin alkukartoitusten tai vastaavien haastattelujen informaatioarvon vähäiseksi vaikeasti oireilevien tunnistamiseen. Kokemusten mukaan avuntarpeen esiintulo vaati yleensä pidemmän ajan. Myös pitkittyneet tai epäonnistuneet perheenyhdistämisprosessit tuottivat haastateltujen mukaan asiakkaille huomattavaa psyykkistä kuormitusta ja oireilua. Alaikäisten turvapaikanhakijoiden määrän nousu viime vuosina on näkynyt monilla suuremmilla paikkakunnilla oleskeluluvan saaneiden, itsenäisesti kuntaan muuttaneiden asiakkaiden kasvaneina määrinä, minkä oli myös koettu heikentävän mahdollisuuksia paneutua tarkemmin yksittäisten asiakkaiden tilanteisiin.

### 3.4.2 Matalan kynnyksen kotouttavat mielenterveyspalvelut

Helsingin, Jyväskylän ja Turun kaupungin maahanmuuttoyksiköissä työskentelee psykologi osana muuta sosiaalitoimen ammattilaisista muodostuvaa tiimiä. Helsingin ja Jyväskylän maahanmuuttoyksiköiden psykologit toimivat tehtävissään kokoaikaisesti. Turun ulkomaalaistoimistossa psykologi toimii kolmena päivänä viikossa ja palvelu ostetaan Lounais-Suomen mielenterveysseuralta. Espoon kaupungin maahanmuuttajapalveluissa työskentelee psykiatrinen erikoissairaanhoitaja, joka suuren asiakasmäärän vuoksi pääasiassa selvittelee ja arvioi asiakkaiden tilanteita ja ohjaa tarpeenmukaisiin mielenterveyspalveluihin. Hoidollisia keskusteluja Espoossa tarjotaan niille asiakkaille, jotka eivät ole halukkaita hakeutumaan julkisten mielenterveyspalveluiden piiriin tai esimerkiksi silloin kun asiakas vielä jonottaa toiseen hoitopaikkaan.

Ammatillisesti yksinäinen rooli sekä eri-ikäisistä ja monista erityisongelmista kärsivä suuri asiakasmäärä leimaavat pakolaisyksiköiden psykologien ja psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuva. Yhteistyö muiden julkisten mielenterveyspalveluiden kanssa kärsii myös herkästi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajoista. Asiakkaan kynnys hakea apua mielenterveydellisiin tai muihin perheongelmiin on maahanmuuttoyksikön psykologin tai erikoissairaanhoitajan myötä matalampi, jos työntekijä tunnetaan henkilökohtaisesti, jolloin palveluita ei koeta samalla tavoin leimaavina kuin ulkopuolisia mielenterveyspalveluita. Tuttua työntekijää saatetaan maahanmuuttajayhteisöissä jopa suosittelua avuksi uusille tulokkaille. Erilaisen mielenterveysongelmia ja palveluita koskevan informaation vastaanottaminen on myös maahanmuuttoyksiköiden kontekstissa asiakkaille helpompaa.

Selvitystyössä läpikäytiin otos Helsingin maahanmuuttoyksikön psykologin asiakkuudessa olevista lapsiperheistä ja heidän tilanteistaan. Selvityksen ajankohtana koko maahanmuuttoyksikön asiakkuudessa oli 150 perhettä, joissa oli 350 alaikäistä lasta. Tämän lisäksi ilman huoltajaa tulleita vastaanottokeskuksesta siirtyneitä ja kuntapaikan saaneita alaikäisiä oli yhteensä yhdeksän. Otokseen valikoitui 66 summittain poimittua perhettä, joissa oli 206 eri-ikäistä lasta. Tämän lisäksi otokseen osui kaksi ilman huoltajaa maassa olevaa yksin elävää nuorta.

Perheistä kolmannes oli yksinhuoltajaperheitä. Neljänneksessä perheistä jompikumpi vanhemmista oli joutunut kidutuksen tai raiskauksen uhreiksi. Samoin joka neljännen perheen jäsenet olivat joutuneet toisistaan eroon tai käyneet läpi perheenyhdistämisprosessin. Seitsemän perhettä oli tämän lisäksi yhdistynyt niin, että perheen kokoajana oli ollut Suomeen ensin päätynyt alaikäinen lapsi. Lähes joka viidennessä perheessä oli vanhemman hoitoa vaativa mielenterveysongelma. Lisäksi perheissä esiintyi vakavaa perheväkivaltaa tai lapsen kaltoinkohtelua, avioeroja ja tapauksia, joissa lapset oli jouduttu sijoittamaan kodin ulkopuolelle vanhempien vaikeuksista johtuvista syistä. Kuvaus perheiden tilanteista on koottu taulukkoon 13.

**Taulukko 13 Perheiden tilanne, otos Helsingin maahanmuuttoyksikön asiakasperheistä (N=66)**

PERHEEN TILANNE	MAININTOJEN MÄÄRÄ
Yksinhuoltajaperheitä	21
Perheessä jompikumpi vanhemmista joutunut kidutuksen tai raiskauksen uhriksi	16
Perheenjäsenten erilleen ajautuminen tai perheenyhdistämisprosessi	16
Vanhemman hoitoa vaativa mielenterveysongelma perheessä	12
Perheen kokoajana ollut alaikäinen lapsi	7
Vakavaa perheväkivaltaa tai lapsen kaltoin kohtelua perheessä	5
Avioero perheessä	4
Lapsi jouduttu sijoittamaan kodin ulkopuolelle	3
Perheiden määrä otoksessa	66

Tarkasteltaessa lasten tilannetta huomataan, että joka kymmenennellä lapsella on väkivaltatrauma, samoin kuin eriasteista psyykkistä oireilua. Neljällä lapsella todettiin vaikea vamma tai vakava somaattinen sairaus ja yhdellä lapsella kidutustraua. Lasten tilanteesta on yhteenveto taulukossa 14.

**Taulukko 14 Lasten tilanne, otos Helsingin maahanmuuttoyksikön asiakasperheistä (N=206)**

LAPSEN TILANNE	MAININTOJEN MÄÄRÄ
Lapseen suoraan kohdistunut väkivalta	21
Lapsen eriasteista psyykkistä oireilua	20
Lapsen vaikea vamma tai vakava somaattinen sairaus	4
Lapsen kidutuskokemus	1
Lasten määrä perheissä	206

Haastateltujen mukaan asiakasperheiden tilanteisiin paneutuminen on kärsinyt parin viime vuoden aikana, koska asiakasmäärät ovat kasvaneet. Työn lisääntyminen johtui etenkin oleskeluluvan saaneiden itsenäisesti kuntaan muuttaneiden turvapaikanhakijoiden kasvaneista luvuista. Lasten ja nuorten tilanteiden tarkempaan selvittelyyn ja tukemiseen nähtiinkin tarvittavan lisää asiantuntevia työntekijöitä. Vaikeimmin oireilevien lasten ja nuorten saaminen eteenpäin tarpeen mukaiseen erikoissairaanhoidon tai perheneuvolapalveluihin on vaikeaa, sillä haastateltujen mukaan näissä palveluissa vedotaan resurssipulaan, osaamattomuuteen ja vaikeuteen työskennellä tulkin kanssa. Usein vedotaan myös Kidutettujen kuntoutuskeskuksen ja ulkomaalaisten kriisikeskuksen olemassaoloon asiakasta käännytettäessä. Julkisten palveluiden kuormitustilanne on monin paikoin vaikea, sillä haastateltujen kokemusten mukaan suuremmissa Etelä-Suomen kaupungeissa myös jono omalääkärille saattaa olla joskus liki kahden kuukauden pituinen. Mikäli potilaasta laaditaan lähete mielenterveyspalveluihin, odotusaika on usein yli kolme kuukautta.

Kannustavana esimerkkinä pakolaisyksiköiden haastatteluissa tulivat ilmi erään pienemmän paikkakunnan moniammatilliset eri toimialojen (mm. koulutoimen, terveydenhuollon ja pakolaistyön) työntekijöistä kootut tiimit, joissa yhdessä neuvottelemalla pyrittiin hahmottamaan maahanmuuttajalapsen tai -nuoren tilannetta ja ratkaisemaan sopivat tuen ja avun muodot. Käytännön tukitoimien organisoinnilla (tukiopetus tai muu aikuisen antama tuki) oli koettu voitavan vaikuttaa tehokkaasti lasten hyvinvointiin silloin, kun ongelmat eivät olleet vakavia. Parhaiten toimiviksi avun muodoiksi nähtiin ne, jotka toteutuivat lähellä lasta tai nuorta, tämän omassa elinympäristössä ja yhdessä entuudestaan tuttujen työntekijöiden kanssa.

Eräs haastateltujen pakolaisyksiköiden terveydenhoitajista nosti esiin erityisten matalan kynnyksen ryhmämuotoisten terapioiden tarpeen. Ahdistuneita nuoria kävi hänen vastaanotollaan tiuhaan eikä nuorille yleensä ollut mahdollisuutta saada psykoterapeuttista tukea julkisten palveluiden kautta. Haastatellut arvioivat, että tämän tyyppinen tukimuoto voisi auttaa myös vaikeampien mielenterveysongelmien tunnistamisessa. Hoitajat kaipasivat työssään mahdollisuutta asiantuntevan nuorisopsykiatrin konsultointiin. Työssä jäätettiin liiaksi yksin vaikeiden ongelmien kanssa. Jokaiselle nuorelle toivottiin asiantuntevaa mielenterveydellistä seulontaa noin puolen vuoden tai vuoden kuluttua maahantulosta.



## Lyhyesti

- Pakolaisyksiköiden työntekijöiden mukaan alaikäisistä kiintiöpakolaisista kidutettuja ja vaikeasti traumatisoituneita on noin joka neljäs (25 %) ja 18–24-vuotiaista nuorista aikuisista joka viides (20 %).
- Pakolaisperheet vaikenevat hävettävistä ongelmista ja perheen sisäisistä asioista ja siksi vaikeat traumat ja mielenterveysongelmat tulevat esiin vain osittain ja ajan kanssa.
- Haastattelujen mukaan yleisin pakolaislapsia tai -nuoria kohdannut trauma liittyi lapsen vanhemman kokemaan väkivaltaan kuten kidutetuksi tai raiskatuksi tulemiseen tai jonkun perheenjäsenen surmaan. Haastateltujen tiedossa oli raiskaustrauma 11 lapsen tai nuoren kohdalla (=7%), kidutustrauma neljän lapsen kohdalla (=2 %) ja lapsisotilastausta kolmen lapsen kohdalla (=2 %).
- Pakolaislapset ja -nuoret kärsivät eniten uneen ja nukkumisen liittyvistä ongelmista, masennuksesta ja levottomasta ja ylivilkkaasta käytöksestä, erilaisista peloista, ahdistuneisuudesta ja aggressiivisuudesta.
- Traumatisoituneista pakolaislapsista noin 27 prosenttia oli saanut mielenterveyspalveluita. Palveluja pidettiin kuitenkin heikkoina ja pakolaislasten ja -nuorten kohtaamisen koettiin olevan mielenterveyspalveluissa puutteellista. Pakolaisyksiköiden oletettiin erityisyksikköinä selviytyvän itse asiakkaidensa ongelmien kanssa, minkä työntekijät kokivat ahdistavaksi ja kuormittavaksi.
- Kiintiöpakolaisyksiköihin sijoitetuista matalan kynnyksen mielenterveyspalveluista on myönteisiä kokemuksia Helsingissä, Jyväskylässä, Turussa ja Espoossa. Maahanmuuttaja-asiakkaat kokevat esim. pakolaisyksikön psykologin puheille menon vähemmän leimaavaksi kuin ulkopuolisiin mielenterveyspalveluihin hakeutumisen. Koska asiakkaat ovat usein monin tavoin vaikeasti traumatisoituneita ja perheet moniongelmaisia, tulisi nämä mielenterveystyön resurssit mitoittaa oikein, jotta asiakkaiden tilanteisiin voitaisiin paneutua riittävästi. Nykyisellään yksiköissä joudutaan huolehtimaan myös erikoissairaanhoidotasoista apua tarvitsevista asiakkaista, koska julkiset mielenterveyspalvelut eivät pysty vastaamaan hoidontarpeeseen.

### 3.5 Kolmannen sektorin toimijat; kohderyhmien kanssa työskentelevät yhdistykset ja muut auttajatahot

Julkisen sektorin lisäksi kidutetut ja vaikeasti traumatisoituneet turvapaikanhakija- ja pakolaislapset ja -nuoret saavat apua kolmannen sektorin toimijoilta. Seuraavassa esitellään lyhyesti joitain turvapaikanhakija- ja pakolaislasten ja nuorten kanssa toimivien tahojen kokemuksia. Esittelyt Erityishuoltojärjestöjen liitto EHJÄ ry:sta, Yhteiset Lapsemme ry:sta, Kanava nuoriso ry:sta ja Pakolaisneuvonta ry:sta on laadittu yhdessä toimijoiden kanssa.

#### Erityishuoltojärjestöjen liitto EHJÄ ry

Erityishuoltojärjestöjen liitto EHJÄ ry on vuonna 1983 perustettu valtakunnallinen lastensuojelujärjestö, jonka yhtenä keskeisenä toiminta-alueena on lastensuojelullinen jälkihuolto ja nuorten maahanmuuttajien tuettu asuminen. Noin puolet EHJÄ ry:n nuorten maahanmuuttajien tuetun asumisen toiminnan rahoituksesta tulee Raha-automaattiyhdistykseltä. Toiminnan tavoitteena on edistää nuorten kotoutumista suomalaiseen yhteiskuntaan ja lisätä heidän itsenäistä selviytymistään arjessa. Palvelu on tarkoitettu ensisijaisesti 17–22-vuotiaille nuorille. Maahanmuuttajanuoret tulevat EHJÄ ry:n tuettuun asumiseen useimmiten vastaanottokeskuksista, perheryhmäkodeista tai kotoaan. Espoon Maahanmuuttajapalveluiden kanssa yhteistyössä järjestetty tuetun asumisen yhteisö tarjoaa paikan viidelle nuorelle. Tämän lisäksi tuetaan 5-7 omassa vuokra-asunnossaan asuvaa nuorta. Tuki räätälöidään yhteistyössä palveluun lähettäneen sosiaalityöntekijän kanssa. Varsinais-Suomen ja Vaasan alueella nuorten tuettua asumista tarjotaan noin 20 nuorelle.

Tukiasunnossa asumisen aikana nuori harjoittelee itsenäistä selviytymistä ohjaajan avustuksella. Keskeisenä työmuotona ovat säännölliset kotikäynnit. Tuki räätälöidään nuoren tarpeista käsin yksilöllisesti. Tuki pitää sisällään tarpeen mukaisesti opintojen tukemista, työpaikan etsimistä, virka-asioiden hoitamista, psykososiaalista tukea, raha-asioiden hoitamista, arjen taitojen opettamista (ruoanlaitto, siivous, vaatehuolto) ja harrastuksiin tukemista. Nuorilla on lisäksi mahdollisuus saada päivittäistä puhelintukea arkisin sekä osallistua EHJÄ ry:n leireille ja retkille.

Järjestön pääkaupunkiseudun työntekijöillä oli haastattelun ajankohtana asiakkuudessa 17 Espoon ja Järvenpään alueella asuvaa nuorta. Kyseisistä nuorista kukaan ei ollut psykiatrisen hoidon piirissä, vaan selvisi muiden tukitoimien varassa. Kokemusta oli vuosien varrelta kolmesta lapsisotilastaustaisesta nuoresta, joista kaksi oli päässyt hoidon piiriin. Muulla Suomessa järjestön asiakkuudessa on ollut muutamia kidutustaustaisia nuoria, joista joillain oli takanaan hoitajakso psykiatrisessa sairaalassa. Mikäli nuorilla itsellään oli motivaatiota hoitoon, oli sitä kokemuksen mukaan pystytty kaikkein vaikeimmin traumatisoituneiden kohdalla järjestämään.

Järjestön toiminnanjohtajan mukaan kuukausittain laadittujen raporttien perusteella, esimerkiksi helmikuun 2010 raportoinnissa, tuen piiriin kuuluvien turvapaikanhakijataustaisten nuorten erilaisesta psyykkisestä oireilusta löytyi mainintoja 11 nuoren kohdalla 38:sta. Arviolta siis useampi kuin joka neljäs tuen piiriin kuuluvista nuorista kärsii eriasteisista psyykkisistä oireista tai pahoinvoinnista.

Tavallisina nuorten ilmaisemina oireina mainittiin erilaiset masentuneeseen mielialaan ja vähäenergisyteen liittyvät oireet. Nuoret valittivat myös univaikeuksia, erilaisia kipuja ja pelkoja. Erilaiset elämän vastoinkäymiset tuottivat pahoinvoinnin lisääntymistä, joten tilanteet vaihtelivat. Tavanomaisesta aikuisen tarjoamasta käytännönläheisestä tuesta ja rinnalla kulkemisesta oli havaittu olevan terapeutista hyötyä ja se tarjosi nuorille eheyttäviä kokemuksia.

EHJÄ ry:n mukaan parhaat tulokset saavutetaan nuorten pidempikestoisella tukemisella. Järjestö voi tukea nuoria puolesta vuodesta kolmeen vuoteen. Tukiasunnoissa asuttiin keskimäärin 13 kuukautta, mikä joissain tapauksissa oli työntekijöiden kokemuksen mukaan liian lyhyt aika. Tilanteeseen vaikuttavat ensisijaisesti palveluita ostavien kuntien taloudelliset mahdollisuudet. Tuen päättyminen oli työntekijöiden kokemuksen mukaan nuorille usein raskas paikka, johon nuorta jouduttiin valmistelemaan etukäteen pitkäänkin.

### **Yhteiset Lapsemme ry**

Yhteiset Lapsemme ry on vuonna 1988 perustettu valtakunnallinen lastensuojelujärjestö, jonka toiminnan tavoitteena on edistää maahanmuuttajalasten, monikulttuuristen lasten, ulkomailta Suomeen adoptoitujen lasten ja maamme etnisiin vähemmistöihin kuuluvien lasten asemaa Suomessa. Yhteiset Lapsemme ry on aloittanut keväällä 2008 Raha-automaattiyhdistyksen rahoittaman Yksintulleet-projektin, jonka tavoitteena on kehittää psykososiaalista asiantuntemusta ja lapsen edun huomioon ottamista yksintulleiden alaikäisten turvapaikanhakijoiden turvapaikkamenettelyssä.

YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksen ja Suomen lainsäädännön mukaan kaikissa lapsen elämään vaikuttavissa päätöksissä on otettava huomioon lapsen etu. Käytännön tasolla lapsen kuuleminen mahdollisimman kattavan ja totuudenmukaisen kuvan saamiseksi lapsen lähtötilanteesta, pakomatkasta, iästä, perhetaustasta ja sukulaisuussuhteista on haastavaa, ja konkreettisia keinoja lapsen edun arvioimiseen on vähän. Yksintulleet-projekti pyrkii lisäämään alan toimijoiden psykososiaalista asiantuntemusta ja siten lapsen edun toteutumista parantamalla lapsen äänen ja kokemusten esille saamista turvapaikkamenettelyssä.

Yksintulleet-projektin yhtenä toimintamuotona kehitetään alaikäisten vastaanottoyksiköissä työskentelevien sosiaalityöntekijöiden haastattelumenetelmiä ja työkäytäntöjä. Projektin aikana sosiaalityöntekijöille kehitetään haastattelumalli alaikäisten turvapaikanhakijoiden psykososiaalisen tilanteen arvioimiseksi ja lapsen etu -lausunnon kirjoittamisen tueksi. Alaikäisten vastaanottoyksiköissä työskentelevät sosiaalityöntekijät koulutetaan haastattelumallin käyttöön ja sitä testataan ja kehitetään yhteistyössä alaikäisyksiköiden kanssa. Kehittämistyön tavoitteena on luoda yhtenäiset käytännöt, jotka tukevat sosiaalityöntekijöiden työtä ja edistävät yksintulleiden alaikäisten turvapaikanhakijoiden tasavertaista kohtelua.

Hankkeen työntekijöiden näkemys on, että moniammatillisuuden lisääminen turvapaikanhakijalasten ja nuorten kanssa tehtävässä työssä olisi lapsen edun turvaamiseksi tärkeää. Alaikäisten vastaanottoyksiköiden työryhmiä tulisi siksi täydentää lasten psyykkisen hyvinvoinnin asiantuntijoilla kuten psykolo-

geilla. Tällainen käytäntö olisi ulkopuolelta hankittavia konsultaatiopalveluita toimivampi ja erityisesti lasten näkökulman huomioiden helpompi ratkaisu. Huonovointisimmille ja vaikeimmin traumatisoituneille turvapaikanhakija- ja maahanmuuttajalapsille ja -nuorille tulisi hankkeen työntekijöiden näkemyksen mukaan kehittää lisää sekä perustason että erikoissairaanhoidon taseisia mielenterveyspalveluita. Hankkeessa kertyneen kokemuksen mukaan alaikäisillä turvapaikanhakijoilla ei ole juuri mahdollisuuksia päästä asianmukaisen hoidon piiriin silloinkaan kun lapsen tai nuoren psyykinen oireilu tunnistetaan.

## **Kanava nuoriso ry**

Kanava nuoriso ry on vuonna 1995 perustettu nuorisjärjestö, johon kuuluu noin 500 pääosin maahanmuuttajataustaista nuorta jäsentä. Heistä enemmistö asuu Helsingissä ja puhuu äidinkielenään somalin kieltä. Toiminnan tavoitteisiin kuuluu tukea lasten ja nuorten henkistä ja fyysistä hyvinvointia yhdessä muiden asiasta vastuuta kantavien tahojen kanssa sekä vaikuttaa päätöksentekijöihin erilaisten aloitteiden ja tiedottamisen kautta. Yhdistys toimii syrjäytymisvaarassa olevien lasten, nuorten ja perheiden hyväksi sekä taistelee rasismia vastaan. Päätoimintamuodot ovat neuvonta- ja tukihenkilötoiminta, sovittelemista, katu- ja työtoiminta, liikunta ja muu vapaa-ajantoiminta sekä leirit ja retket. Kanavan tiloissa kokoontuvat useamman kerran viikossa maahanmuuttajatyttöjen ja -poikien kerhot.

Kanava ry toteuttaa toimintojaan erilaisten projektien muodossa yhteistyökumppaneidensa kanssa, joita ovat lähinnä oppilaitokset ja työvoimapalvelut. Hankkeissa ohjaajina toimivat resurssihenkilöt tukevat nuoria erilaisissa elämänhallintaan liittyvissä taidoissa ja pyrkivät sitä kautta vahvistamaan heidän koulutus- ja työllistymismahdollisuuksiaan. Yhdistys järjestää kesäisin myös leirejä pääkaupunkiseudulta tuleville nuorille ja perheille. Tavoitteena on tarjota virkistytymismahdollisuuksia niille lapsille, joilla on muutoin vähän mahdollisuuksia kokea mökkielämää tai etelänmatkoja.

Yhdistyksessä meneillään olevassa Kunnon kundi -projektissa pyritään tukemaan erityisessä syrjäytymisvaarassa olevia maahanmuuttajapoikia, joita haastattelun ajankohtana oli hankkeessa mukana 15. lähtään hankkeen nuoret ovat 17–25-vuotiaita. Nuorten taustat vaihtelevat, osa heistä on yksin maahan tulleita, osa perheidensä kanssa muuttaneita. Keskeisiä ongelmia ovat vaikeudet päästä kiinni opiskelutai työpaikkoihin. Haastattelun yhdistyksen työntekijän mukaan taustalla on usein vakavia ristiriitoja vanhempien kanssa joko nuoren omasta käytöksestä tai vanhempien edustamasta tiukasta ja rajoittavasta arvomaailmasta johtuen. Yksin maahan tulleiden nuorten on usein vaikeaa sopeutua uudestaan vanhempien asettamiin rajoihin siinä vaiheessa, kun muu perhe saapuu Suomeen perheen yhdistämisen prosessin kautta. Hankkeessa nuoria pyritään auttamaan henkilökohtaisilla suunnitelmilla ja käytännönläheisellä avulla kuten kodinhoitotaitojen ja omien asioiden hoitoon liittyvien taitojen opettamisella. Lisäksi Kanava ry on tukena työ- ja opiskelupaikan etsimisessä hyvin konkreettisella tavalla opastaen ja nuorten itsetuntoa tukien. Myös vapaa-ajan aktiviteetteihin pyritään vaikuttamaan, sillä mielekkään tekemisen puuttumisen nähdään järjestössä lisäävän riskiä ajautua huonoon seuraan.

Hankkeen työntekijän mukaan nuoret eivät juuri puhu traumaattisista kokemuksistaan, mikä selittyy kulttuurisilla tavoilla ja kielloilla. Vaikeat ja potentiaalisesti perheen mainetta muun yhteisön silmissä uhkaavat asiat pyritään pitämään piilossa. Lapset kasvatetaan tähän asennoitumiseen pienestä pitäen. Jos perhe tulee leimatuksi, se johtaa herkästi myös perheen lapsien syrjintään. Tästä syystä mielenterveyspalvelut ovat vieras asia ja yleensä ongelmassa konsultoidaan kokeneempia ihmisiä. Mielenterveyspalve-



luihin ohjaaminen koetaan edelleen herkästi osoituksena huonommuudesta. Yhteisöllisyys ja vertaistuki korvaavat ulkopuolisen avun ja ovat hyvin tärkeitä nuorille, joilla on ongelmiansa vuoksi kokemus henkilökohtaisesta epäonnistumisesta.

Hankkeen työntekijän tuntuman mukaan tällä hetkellä maahan tulevien turvapaikanhakijanuorten traumataustat ja kokemukset pakomatkoilta ovat aiempina vuosina saapuneisiin verrattuna entisestään raaistuneet. Hänen näkemyksensä mukaan olisi suotavaa, että traumatisoivista kokemuksista kyseltäisiin heti maahantulovaiheessa ja pyrittäisiin nopeasti ja heti maahantulon alkuvaiheessa toteutuvalla psykososiaalisella tuella lieventämään tulevia ahdistuksia ja sosiaalisia ongelmia.

### **Pakolaisneuvonta ry**

Pakolaisneuvonta on kansalaisjärjestöjen vuonna 1988 perustama yleishyödyllinen yhdistys, joka antaa oikeudellista apua ja neuvontaa turvapaikanhakijoille, pakolaisille ja muille ulkomaalaisille. Yhdistys toimii turvapaikanhakijoiden, pakolaisten ja muiden maahanmuuttajien aseman parantamiseksi Suomessa sekä seuraa Euroopan unionin turvapaikka- ja pakolaispolitiikan kehitystä. Yhdistyksellä on toimistot Helsingissä, Kouvolassa, Oulussa ja Oravaisissa. Pakolaisneuvonnassa työskentelevät lakimiehet ja oikeusneuvojat ovat pakolais- ja ulkomaalaisoikeuden asiantuntijoita. Pakolaisneuvonta antaa turvapaikanhakijoille oikeusapua turvapaikkaprosessin alkuvaiheessa, valitusprosesseissa tuomioistuimiin sekä säilöönotto-oikeudenkäynneissä. Lisäksi Pakolaisneuvonta antaa yleistä oikeudellista neuvontaa muille ulkomaalaisille ja neuvoo viranomaisia ulkomaalaislainsäädäntöön liittyen. Yhdistystä kuullaan asiantuntijana ulkomaalaislain ja muiden ulkomaalaisia ja pakolaisia koskevien päätösten valmistelun yhteydessä. Pakolaisneuvonta on Euroopan pakolaisjärjestöjen ECRE:n (European Council on Refugees and Exiles) jäsen. Järjestö on myös YK:n pakolaisjärjestö UNHCR:n (United Nations High Commissioner for Refugees) virallinen yhteistyökumppani.

Haastattelun yhdistyksen lakimiehen mukaan erityisesti avustettujen alaikäisten turvapaikanhakijoiden kohdalla erilaista psyykkistä oireilua tulee näkyviin paljon. Osa ongelmista johtuu traumaattisista kokemuksista, osalla turvapaikkaprosessin stressaavuus itsessään tuottaa psyykkistä reagoitua. Ilmiöt sekoittuvat, sillä vaikeasti traumatisoituneiden taustakokemukset alentavat turvapaikkaprosessin tuottaman stressin sietokykyä. Alaikäisten kohdalla vankeus- ja kidutuskokemuksia tulee lakimiesten tietoon harvoin, nämä taustat ovat tavallisempia aikuisilla. Alaikäisten kohdalla yleisempiä ovat sen sijaan seksuaaliseen hyväksikäyttöön ja erilaisiin pelottaviin tilanteisiin liittyvät traumat. Varsinkin poikien seksuaalinen hyväksikäyttö on yhdistyksen lakimiehen kokemusten mukaan haasteellista selvittää. Työtä helpottaa se, että lakimies on samaa sukupuolta kuin asiakas. Myös tulkkauksessa pyritään tästä syystä mahdollisimman pitkälti saman tulkin käyttöön. Alaikäisten kohdalla tapaamisissa on mukana myös oma edustaja, jonka läsnäololla on asioiden purkamisessa iso merkitys. Edustaja on usein ollut mukana jo sosiaalityöntekijän ja terveydenhoitajan tapaamisissa, missä samoja kokemuksia on otettu puheeksi. Edustajan tuella asiat uskalletaan, muistetaan ja ymmärretään ottaa esiin myös lakimiehen luona.

Pakolaisneuvonnan lakimiehet ovat alaikäisen turvapaikanhakijan edustajan ohella monesti läsnä myös maahanmuuttoviraston turvapaikkapuhutteluissa. Näin toimitaan erityisesti jos alaikäinen ei syystä tai toisesta kykene kertomaan taustoistaan. Vaikeasti traumatisoituneiden kohdalla on usein tämä tilanne.

Asiakkaat eivät yleensä tuo oma-aloitteisesti esiin vaikeiden traumakokemusten aiheuttamia psyykkisiä ongelmia, vaan asioista joudutaan kyselemään. Näin asiakkaita voidaan ohjata hakemaan oireilustaan terveydenhuollon asiantuntijalausuntoja turvapaikkaprosessin tueksi. Yleensä vastaanottokeskuksen henkilökunta tietää vakavimmista traumaista ja asiakas on ohjattu terveydenhuollon palveluihin, kuten kidutustramatisoituneiden kohdalla esimerkiksi Kidutettujen kuntoutuskeskukseen. Yhdistyksen lakimiehen tuntuma on, että seksuaalisen hyväksikäytön uhreille ja sotatramatisoituneille alaikäisille on vaikea saada psykoterapeuttista apua ja kuntoutusta. Turvapaikanhakijat ovat oikeutettuja vain välttämättömin terveydenhuollon palveluihin samaan aikaan, kun pitkä turvapaikkaprosessi tuottaa ahdistusta ja traumatisoi nuoria lisää.

Yksityinen turvapaikanhakijoihin, pakolaisiin ja ulkomaalaisiasiakkaisiin toiminnassaan keskittyvä lakimies pääkaupunkiseudulta arvioi alaikäisiä olevan noin puolet hänen kaikista tämänhetkisistä turvapaikanhakija-asiakkaistaan. Keskeistä turvapaikanhakijalasten ja nuorten kohtaamisessa on hänen mukaansa luottamuksen rakentaminen, jonka aikaansaamiseksi vaaditaan välttämättä lapsen kohtamiseen liittyviä taitoja. Myös pitkä kokemus alalta on haastatellun henkilön mukaan merkittävä tuki vaativassa työssä. Jotta avustettavalle lapsiasiakkaalle saadaan rakennettua käsitys siitä, ettei hän ole prosessissaan yksin, vaatii tämä avustavilta aikuisilta aitoa keskittymistä ja kykyä välittää lapselle oma aikomuksensa ja halunsa auttaa. Esimerkiksi ihmiskaupan uhrit eivät välttämättä ymmärrä joutuneensa ihmiskaupan uhreiksi, eivät ole tietoisia auttamisjärjestelmästä, eivätkä osaa, ymmärrä tai uskalla tuoda kaikkia kokemuksiaan esiin spontaanisti. Asiat eivät ehkä tule lainkaan esiin, mikäli kontaktia lapseen ei synny tai lasta ei auteta ymmärtämään kokemustensa merkitystä prosessin kannalta.

Haastatellun mukaan turvapaikkaperusteiden selvittämisen merkitys korostuu lapsiasiakkaiden kohdalla senkin vuoksi, että heidän on ylipäättään vaikea todistaa vainonvaaransa päätöksentekijälle Suomessa. Jos he eivät tuo esiin esimerkiksi kidutuskokemuksiaan, on vaarana se, ettei heille myönnetä turvapaikkaa, vaan jokin muu oleskelulupa Suomesta. Esimerkiksi vuonna 2009 turvapaikka myönnettiin vain yhdelle yksintulleelle lapselle. Jos lapsi luottaa aikuisiin ja kertoo tarinansa, on mahdollista, että hänen vainonpelkonsa uskotaan, erityisesti jos lääkärinlausunto tukee hänen kertomaansa. Haastateltu lakimies kuvaa ongelmalliseksi sen, ettei alaikäisillä, toisin kuin aikuisilla, ole ollut Suomessa mahdollisuutta saada kidutukseen erikoistuneen yksikön tekemää asiantuntijalausuntoa todisteeksi kidutuksesta.

Vaikeasti traumatisoituneiden lapsiasiakkaiden mahdollisuudet saada psykoterapeuttista apua haastateltu näkee yleisesti aikuisiasiakkaiden mahdollisuuksia heikommiksi. Tilanteet joissa iänmääritys johtaa nuoren turvapaikanhakijan aikuisyksikköön siirtoon ovat myös riskitilanteita, jos nuori on psykiatristen palveluiden tarpeessa. Nuoren tilanteen erityisyyttä ei aikuisyksikössä välttämättä pystytä huomioimaan, sillä yksiköt ovat suurempia ja nuorten mielen terveyden ongelmat jäävät huomiotta siellä helpommin kuin pienissä yksiköissä, ryhmäkodeissa ja tukiasunnoissa.

Lakimiehelle edustajat ovat tärkeitä yhteistyökumppaneja alaikäisen turvapaikanhakijan asioiden hoidossa. Haastatellun kokemusten mukaan päätoimisilla edustajilla on usein paras alan lainsäädännön asiantuntemus ja ammatillinen ote, mikä takaa lapsen edun toteutumisen. Kokeneelle toimijalle myös traumatisoituneiden ja vaikeimmin oireilevien tunnistaminen on helpompaa. Tämän takia olisi aiheellista luoda tarkemmat edustajatoiminnan ammatilliset standardit tehtävän hoitamiseksi.

## Lyhyesti

- Kolmannen sektorin toimijat antoivat vain vähän arvioita asiakkaidensa mahdollisista kidutus- ja traumakokemuksista. Erään arvion mukaan runsas neljännes asiakkaista kärsi eriasteisista psyykkisistä oireista tai pahoinvoinnista.
- Haastateltujen mukaan alaikäisten turvapaikanhakijoiden mahdollisuudet saada kertomuksensa tueksi asiantuntijalausuntoja tai asianmukaista hoitoa ovat aikuisia huomomat, silloinkin kun psyykinen oireilu tunnistetaan.
- Traumatisoituneet lapset ja nuoret eivät aina osaa, ymmärrä tai uskalla tuoda esiin kaikkia kokemuksiaan spontaanisti. Myös kulttuuriset säännöt ja lojaliteetit rajoittavat puhumista perheen mainetta uhkaaviksi koetuista asioista.
- Työskentely alaikäisten kanssa ja vaikeiden kokemusten esiin saaminen vaatii kykyä rakentaa luottamuksellista suhdetta lapseen. Jos kontaktia ei synny, on vaarana etteivät turvapaikkaprosessin kannalta oleelliset asiat tule esiin.



### 3.6 Pakolais- ja turvapaikanhakijalapsen ja -nuoren koulumaailmassa

Koulumaailman kokemuksia pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten tilanteesta kartoitettiin Helsingin opetustoimen ja Vantaan sivistystoimen alaisissa perusasteen kouluissa. Kaikki kyselyyn vastanneet olivat kohdanneet eritaustaisia maahanmuuttajaoppilaita ja kuvasivat vastauksissaan niitä lukuisia sopeutumishaasteita, joita heillä uudessa kouluympäristössään oli. Esiin nousseita asioita olivat ennen kaikkea kielen oppimiseen ja uuden ympäristön tuottamaan kognitiiviseen ylikuormitukseen liittyvät ilmiöt. Lapsilla ilmeni puhumattomuutta osana normaalia kielen oppimisen prosessia ja mahdollisesti myös reaktiona liian suuriin vaatimuksiin koulussa.

*”Tuli yksi maahanmuuttajanuori, jonka kohdalla muutto vieraaseen maahan ja kulttuuriin laukaisi oireita valikoivasta puhumattomuudesta ja syrjään vetäytymisestä sekä luvattomista poissaoloista. Tuki on ollut moniammatillista ja mukaan on otettu oppilaan opettaja sekä huoltajat. Kieliongelmat haittasivat kovasti alussa hänen auttamistaan, mutta oikein suunnattu tuki on selvästi parantanut hänen tilannettaan. Oikea tuki oli tässä tilanteessa opettaa kolmen hengen ryhmässä 12–15-vuotiaita luku- ja kirjoitustaidottomia niin, että he saivat kokea olevansa silti nuoria ja arvostettuja oppilaitamme, vaikka heiltä puuttuikin tärkeät koulutaidot. Puhumaton oppilas sai lyhyitä puheopetustuokioita erityisopettajalta ja mahdollisuuden vastata siten, että hänen alkava kielen hallinta ei saattanut häntä hämilleen. Lisäksi käytiin tulkin välityksellä hyviä keskusteluja perheen kanssa siitä, että ongelmana on puhumattomuus ja siitä pitää puhua yhdessä. Nyt nuori on jo osoittanut olevansa huumorintajuinen vähäiselläkin suomen kielellä ja pystyy avoimeen katsekontaktiin.”*

Opettaja

*”Viime lukuvuonna saapuneella toisella oppilaalla oli myös selkeää syrjään vetäytymistä, vähäistä kontaktinottoa muihin oppilaisiin ja suuria ongelmia oppimisessa. Hän jää myös vapaa-ajallaan sisätiloihin, koska ei ole saanut kavereita eikä osaa liikkua yksinään. Oppimisongelmat ovat suuria ja niihin on vaikea saada riittävästi tukea. Ongelmana on myös pätevän tulkin puuttuminen, kun maassamme on vain yksi tätä kieltä tulkkaava.”*

Opettaja

Eri syistä johtuvat oppimisen ongelmat mainittiin maahanmuuttajaoppilaiden kohdalla yleisinä. Esimerkkeinä mainittiin keskittymisvaikeudet ja eri syistä johtuvat mieleen painamisen vaikeudet. Kyselyyn vastanneet mainitsivat oppimisen ongelmien selvittelyn haasteelliseksi, sillä niiden erottaminen toisen kielen oppimiseen liittyvistä asioista, aiemman kouluhistorian vähäisyydestä ja esimerkiksi traumatisoitumisen aiheuttamista ilmiöistä ei ole yksiselitteistä. Haastatteluun vastanneet kuvasivat maahanmuuttajalasten käytösongelmien olevan suhteellisen harvinaisia ja esiin nousi maininta vain yhdestä vakavammasta konfliktitilanteesta.

Koulujen oppilashuollon palvelut keskittyvät kartoittavaan, tutkivaan ja tukea antavaan työhön, joten varsinainen terapia järjestetään lapselle tai nuorelle yleensä muualta. Vastaajilla oli kokemuksia siitä, ettei avun organisoiminen maahanmuuttajanuorille ollut helppoa ja että heitä potilasryhmänä torjuttiin. Jonojen nuorisopsykiatriisiin palveluihin mainittiin ruuhkaisemmillä alueilla olevan noin vuoden mittaisia. Kouluterveydenhoitajien luona maahanmuuttajaoppilaiden kerrottiin asioivan mielellään ja puhuvan siellä asioistaan.

*“Kielitaito on usein syynä, kun vedotaan siihen, jos yritetään jatko-ohjausta jollekin nuorellelapselle. Viimeisin hylkäämisen syy erikoissairaanhoidon taholta oli, ettei perheen oleskelulupatilanne ole tarpeeksi vakiintunut. Jokaiselle nuorelle ns. oma henkilökohtainen kotouttamissuunnitelma, jossa kulkisivat rinnakkain koulutus, terveydenhuolto ja vapaa-aika. Lisää tukea pitäisi saada juuri maahantulovaiheeseen erityisesti kasvavien nuorten miesten mielenterveyden tukemiseen. Tarvittaisiin enemmänkin jokin matalan kynnyksen paikka, jossa nuoret miehet voisivat käsitellä aggression tunteitaan. He tarvitsisivat jonkun mahdollisesti omasta kulttuuristaan kertomaan heille miten käsitellä tunteitaan.”*

*Koulukuraattori*

*“Raivokohtauksissaan poika käyttäytyy aivan kuin menisi jotenkin sekaisin eikä hallitse itseään. Raivo syntyy esimerkiksi siitä, kun pitää tehdä jokin tavallinen kouluun liittyvä asia. ... tarvitsee ehdottomasti psykiatrista apua omien tunteittensa käsittelyyn sekä itsetunnon vahvistamiseen. Hän olisi tarvinnut sitä jo kauan aikaa sitten. ... Perheen käynnit nuorisopsykiatrisella polilla eivät onnistuneet, koska työntekijöiden mukaan perhe ei ymmärtänyt, mistä oli kyse, heillä ei ollut riittävästä suomen kielen taitoa eikä poika ollut motivoitunut.”*

*Koulukuraattori*

Jotkut vastanneista kertoivat vaikeuksista asioida maahanmuuttajavanhempien kanssa. Joidenkin vanhempien kerrottiin tuntevan epäluuloa koulun henkilökuntaa kohtaan ja vastustavan lapsille ehdotettuja tutkimuksia, erityisluokkapaikkaa tai nuorisopsykiatrista hoitoa. Nämä tilanteet vastaajat olivat tulkinneet niin, etteivät vanhemmat halunneet lastensa erottuvan muista. Myös myönteisiä kokemuksia yhteistyöstä vanhempien kanssa oli. Jotkut maahanmuuttajavanhemmista osallistuivat innokkaasti koulun kanssa tehtävään yhteistyöhön. Vastauksissa nousi esiin myös yksi kommentti vanhemmista, joiden kohdalla tyttöjen koulunkäynnin tärkeyttä ei tunnutta ymmärtävän. Omana ryhmänään mainittiin lapset, jotka olivat ilman vanhempia Suomessa joko sisarusken tai muun sukulaisen luona. Heidän kohdallaan aikuiseksi kasvamisen kysymykset olivat vastaajien mukaan erityisen hankalia ja heille toivottiin monenlaista tukea soveltuvien mielenterveyspalveluiden lisäksi.

Selvitystyötä varten kuultiin myös Helsingin opetusviraston ja Vantaan sivistysviraston monikulttuurista oppilastyötä konsultoivia psykologeja sekä Helsingin kaupungin oppilashuollon pedagogisia yhdyshenkilöitä. Pedagogiset yhdyshenkilöt (5 henkilöä) toimivat oman äidinkielen konsultoivina tulkkeina ja yhteisymmärryksen lisääjinä maahanmuuttajataustaisten oppilaiden perheiden ja koulun välillä. He työskentelevät myös oman äidinkielen ja uskonnon opettajina.

Pedagogiset yhdyshenkilöt olivat nähneet työssään Helsingin perusasteen kouluissa paljon maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten huolestuttavaa käytöstä. Päälimmäisinä havaintoina maahanmuuttajaoppilaiden ongelmista he mainitsivat häiritsevän ja levottoman käyttäytymisen ja oppimismotivaatioon liittyvät ongelmat. Myös havaintoja traumakokemuksia toistavasta käytöksestä kuvattiin. Helsingissä yksittäisten koulujen oppilaista jopa 50 prosenttia saattaa olla eri maista saapuneita maahanmuuttajalapsia.

*”Yksi 13-vuotias poika, joka tuli sota-alueelta ja asui täällä sukulaisten luona, joutui tappeluun koulussa joka ainoa päivä. Hän oli todella aggressiivinen ja mm. rikkoi tavaroita. Poliisi ja ambulanssi jouduttiin kutsumaan paikalle”.*

*Opettaja*

Pedagogiset yhdyshenkilöt olivat havainneet erityisesti ongelmia niillä lapsilla ja nuorilla, jotka olivat yksin maahan turvapaikanhakijoina tulleita. Näiden lasten ja nuorten yhtenä raskaana taakkana nimettiin kotimaahan jääneet perheet. Epäonnistuneet perheenyhdistämisprosessit tuottivat haastateltujen mukaan nuorille syyllisyys- ja häpeätaakkaa. Se puolestaan vaikutti haitallisesti nuorten itsetuntoon ja haluun ponnistella eteenpäin esimerkiksi ammattiopintoihin. Myös vastaanottokeskuksista käsin koulua käyvät turvapaikanhakijalapsen, jotka olivat joutuneet siirtymään perheineen maasta toiseen, mainittiin erityisryhmänä. Jokaisessa paikassa lapset olivat oppineet asioita uudella kielellä ja joutuneet aloittamaan koulunkäyntinsä alusta. Tulevaisuutta ja koulunkäyntiä leimasi jatkuva epävarmuus. Haastavaksi yhdyshenkilöt kokivat myös opettajien yleisesti ottaen vähäisen kulttuurituntemuksen suurimpienkaan kansallisuus- ja kieliryhmien kohdalla.

Monikulttuurista oppilashuoltotyötä konsultoivilla psykologeilla oli kokemuksia yksittäisistä ongelmallisista tilanteista sellaisten nuorten kohdalla, jotka olivat kokeneet vaikeita traumoja Suomesta kotimaahan vierailulle lähettämisen yhteydessä. Palvelujärjestelmästä ei tuntunut löytyvän tahoja, josta saada apua jälkikäteen näille sotatraumatisoituneille alaikäisille. Maahanmuuttajaoppilaiden kohdalla haasteeksi oli hoitopaikan löytämisen lisäksi koettu usein myös perheen motivoiminen tilanteen selvittelyyn. Esiin nousi myös maininta siitä, ettei koulun oppilashuollon henkilöstöllä ollut aina varmuutta turvapaikanhakijanuorten oikeudesta oppilashuollon palveluihin. Oppilashuollon palvelut koskevat Suomessa kaikkia perusasteen ja lukioiden oppilaita.

## Lyhyesti

- Perusasteen oppilashuollon henkilöstön vastausten perusteella koulussa kohdataan maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten varsin vakavaltakin kuulostavaa oireilua. Oppilaiden pakolais- tai turvapaikanhakijataustat eivät ole henkilökunnan tiedossa, jollei asia erikseen tule puheeksi.
- Oppilashuollon palvelut keskittyvät pääsääntöisesti kartoittavaan, tutkivaan ja tukea antavaan työhön, joten varsinainen terapia tulisi järjestää lapselle tai nuorelle muualta. Maahanmuuttajaoppilaiden kohdalla haasteeksi oli hoitopaikan löytämisen lisäksi koettu usein myös perheen motivoiminen tilanteen selvittelyyn.
- Koulu toimii yhtenä tärkeimpänä maahanmuuttajaoppilaita kotouttavana tahona. Monien uusien asioiden tuottama kognitiivinen ylikuormitus voi kuitenkin ilmetä oppimisen vaikeuksina sekä eri tavoin ilmenevinä tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmina.



## 4 PAKOLAIS- JA TURVAPAIKANHAKIJA-LAPSET JA -NUORET MIELENTERVEYS-PALVELUIDEN KÄYTTÄJINÄ

Turvapaikanhakijoilla on vastaanottovaiheessa oikeus välttämättömiin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja muihin välttämättömiin perustarpeisiin. Lapselle, joka on erityisen tuen tarpeessa, on annettava soveltuvaa neuvontaa ja kuntoutusta sekä soveltuvia mielenterveyspalveluita. Lapsilla on oikeus terveyspalveluihin, joita antavat vastaanottokeskuksen terveydenhoitaja ja se terveyspalveluita tuottava taho, jolta vastaanottokeskus ostaa terveyspalvelut. Hoitava lääkäri päättää hoidosta. Lasten terveydenhoito toteutuu laajempaan kuin aikuisten turvapaikanhakijoiden välttämättömät terveyspalvelut. Oleskeluluvan saaneet lapset saavat terveyspalvelut kunnasta.

Käytännössä maahanmuuttajat ovat asiakasryhmä, jota kohdataan suhteellisen harvoin mielenterveyspalveluissa. Hoitokontaktin käynnistymistä mutkistavat monet tekijät. Lapset, nuoret ja heidän perheensä vierastavat usein itse mielenterveyspalveluiden piiriin ohjaamista erilaisista taustakulttuuristaan heijastuvista ennakkoluuloista ja puutteellisesta tiedosta johtuen. Samoin mielenterveyspalveluissa saatetaan kulttuurisidonnaisten ongelmien ilmetessä tehdä tulkinta perheen, lapsen tai nuoren soveltumattomuudesta palveluiden käyttäjäksi. Kitkaa voi aiheutua varatuilta ajoilta poisjäännistä ja lapsen, nuoren tai perheen vaikeuksista tai haluttomuudesta puhua terapian kannalta ”oikeista asioista”. Myös tulkin kanssa työskentely koetaan edelleen monissa paikoissa terapeuttista tai hoidollista työskentelyä vaikeuttavaksi tai jopa haittaavaksi tekijäksi.

### 4.1 Maahanmuuttajille mielenterveyspalveluita tarjoavat erikoistuneet tahot

Suomessa ei ole ollut saatavilla kidutettujen tai vaikeasti traumatisoituneiden maahanmuuttajalasten ja -nuorten ongelmiin erikoistuneita lasten- ja nuorisopsykiatrisia palveluita. Maahanmuuttajalapset ja -nuoret käyttävät pääsääntöisesti samoja mielenterveyspalveluita kuin valtaväestöönkin kuuluvat. Maahanmuuttajiin erikoistuneet mielenterveyspalveluita tuottavat tahot palvelevat pääsääntöisesti aikuisia. Yli 18-vuotiaat maahanmuuttajanuoret ovat voineet hyödyntää myös näitä palveluita.

Raha-automaattiyhdistyksen tuella toimiva Helsingin Diakonissalaitoksen Kidutettujen kuntoutuskeskus on erikoistunut auttamaan aikuisia kidutuksen uhreja. Kyseessä on erikoissairaanhoitotasoinen poliklinikka, jonne potilaat tulevat hoitoon terveydenhuollon ammattihenkilön läheteellä. Hoitoon pääsyn edellytyksenä on kidutuksen aiheuttama traumatisoituminen. Moniammatillisessa kuntoutustyössä sovelletaan kansainvälisesti hyväksi havaittuja hoitomalleja. Perheenjäsenet huomioidaan hoidossa, mutta varsinaisesti resursseja lasten ja nuorten hoitoon ei ole ollut käytettävissä. Keskukseen on kuitenkin ohjautunut jo pitkään kyselyjä lasten ja nuorten mahdollisuudesta saada hoitoa ja kuntoutusta eri puolilta



Suomea. Pääasiassa kyselyt ovat tulleet erikoissairaanhoidon toimipisteistä, mutta myös muilta pakolais- ja turvapaikanhakijalasten kanssa toimivilta tahoilta.

Viimeisen kahden vuoden ajan yksikössä on konsultoinut yhtenä päivänä viikossa lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, jolle on ohjautunut potilaaksi pääasiassa 18-vuotta täyttäneitä nuoria aikuisia sekä yksikön hoidossa olevien aikuisten lapsia. Kidutettujen kuntoutuskeskuksessa hoidettiin vuonna 2009 yhdeksää alle 24-vuotiasta, eli selvityksen kohderyhmään lukeutui noin 5 prosenttia koko keskuksen potilasmäärästä. Euroopan pakolaisrahaston tuella käynnistetyn hankkeen myötä lapsille ja nuorille suunnatut resurssit lisääntyivät vuonna 2010. Hankkeen työntekijäresurssit ovat osoittautuneet kysyntään ja tarpeeseen nähden vähäisiksi ja siksi toiminnassa painotetaan konsultoivaa työtettä, jotta osaamista ja kokemuksia saadaan jaettava mahdollisimman laajalti.

Oulun Diakonissalaitos käynnisti vuonna 2006 Raha-automaattiyhdistyksen tuella kidutettujen kuntoutusprojektin, joka tarjoaa palveluita Pohjois-Suomen alueella yli 16-vuotiaille kidutustraumatisoituneille. Tämän selvitystyön laatimisen ajankohtana elokuussa 2010 varmaa tietoa projektin jatkumisesta seuraavana vuotena ei vielä ollut. Oulun Diakonissalaitoksen Kidutettujen kuntouttamispalveluissa oli vuonna 2009 asiakkaana yhteensä 47 kuntoutujaa, joista 12 oli alle 24-vuotiaita (2 naista ja 10 miestä). Toisin sanoen neljännes yksikön kaikista kuntoutujista oli nuoria aikuisia. Alle 16-vuotiaita kuntoutujien perhetapaamisten yhteydessä tavattuja lapsia ei tilastoida yksikön asiakkaiksi.

Suomen mielenterveysseuran SOS-kriisikeskuksen ulkomaalaisten kriisipalvelu Helsingissä tarjoaa henkilökohtaista keskusteluapua selviytymisen tueksi maahanmuuttajille suomeksi, ruotsiksi, englanniksi ja tarvittaessa myös tulkin välityksellä. Yksikön kriisityöntekijät ovat sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia. Auttamisen tavoitteena on tukea asiakasta selviytymään vaikeasta tilanteesta. Kriisi-asiakkaalla on myös mahdollisuus saada koulutettu vapaaehtoinen tukihenkilö, jota sitoo vaitiolovelvollisuus. Vastaanotolle ei tarvita lähetettä, vaan yhteydenotto puhelimitse riittää. Apua tarjotaan yksilöille, pariskunnille ja perheille. Palvelu on tarkoitettu aikuisille. Hoitoon on tullut viime vuosina enenevästi 20–26-vuotiaita nuoria aikuisia. Yksikössä tilastoidaan vuosittain tulevat uudet asiakkaat, joita vuonna 2009 oli 178. Näistä alle 24-vuotiaiden osuus oli noin 18. Tämän lisäksi yksikössä kävi aiempina vuosina hoitokontaktinsa aloittaneita. Yksikön erityisasiantuntijan arvion mukaan nuorten alle 24-vuotiaiden osuus asiakkaista on korkeintaan 10 prosenttia.

Tampereen kaupungin psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille on Suomen ainut kunnallinen yksikkö, joka järjestää psykiatrista hoitoa ja hoidon arviointia yli 18-vuotiaille pakolaisina kuntaan tulleille maahanmuuttajille, joiden hoidossa tarvitaan psykiatrista erikoissairaanhoidoa. Tällaisia potilaita ovat esimerkiksi itsetuhoiset tai vaikeasti traumatisoituneet (kidutus, raiskaukset, sotatraumat) potilaat, joiden psykiatrinen häiriö estää työn tai opiskelun. Lievemmin oireilevat potilaat pyritään hoitamaan perusterveydenhuollossa, jossa voidaan aloittaa esimerkiksi mielialalääkitys masennus- tai traumaperäisiin oireisiin ja tarvittaessa ohjata potilas depressiohoitajalle tilanteen selvittelyyn. Poliklinikalla tehdään myös pidempään maassa olleiden traumatisoituneiden pakolaisten työkyky- ja kuntoutusarvioita. Poliklinikan työryhmään kuuluvat psykiatrian erikoislääkäri, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti. Vuonna 2009 työryhmässä hoidetuista 170 potilaasta 15 (9 %) oli 18–24-vuotiaita. Työryhmä toimii kiinteässä yhteistyössä Tampereen ulkomaalaistoimiston ja sen terveydenhuoltopalveluiden kanssa. Työryhmän hoidossa olevien vaikeasti traumatisoituneiden potilaiden perheissä on usein paljon eri-ikäisiä lapsia, joista vaihte-

valla määrällä on myös traumaperäistä oireilua. Vanhemmuuden tukeminen ja lasten oireilun selvittely on siten läsnä potilastyössä jatkuvasti.

Lounais-Suomen mielenterveysseuran Turun kriisikeskus tarjoaa kriisipalveluita maahanmuuttajille akuuteissa mielenterveyteen ja sosiaaliseen elämään liittyvissä ongelmatilanteissa. Asiakaskäyntejä tarjotaan lyhytaikaisesti myös yli 13-vuotiaille nuorille. Vuoden 2009 aikana 38 alle 24-vuotiaasta pakolais- ja turvapaikanhakijataustaista asiakasta kävi kriisikeskuksessa yhteensä 231 kertaa. Useimmilla heistä oli taustallaan erilaisia vakavia traumoja, joista tavallisimpia olivat seksuaaliset traumat, väkivaltakokemuksiin liittyvät traumat ja sotatraumat. Kidutukseen liittyviä kokemuksia otetaan haastattelun työntekijän mukaan harvoin puheeksi spontaanisti, joten niiden osuudesta asiakkaiden traumataustoissa ei ole varmuutta. Erityisen huolestuttavana ryhmänä mainittiin pitkittyneiden turvapaikanhakuprosessien tai muusta syystä ilman oleskelulupaa vuosia maassa oleskelleiden tilanteet. Heidän oli usein havaittu sairastuvan psyykkisesti vaikean elämäntilanteensa seurauksena.

Maahanmuuttajille mielenterveyspalveluita tarjoavien erikoistuneiden tahojen haastatteluissa nousi esiin kokemuksia siitä, ettei pakolaistaustaisia henkilöitä juurikaan ohjata Kelan kuntoutuspsykoterapioihin. Traumaperäiset mielenterveyden häiriöt muodostavat kuitenkin kohderyhmässä merkittävän työkykyä alentavan pitkäaikaissairauksien ryhmän. Tästäkin syystä erikoistuneiden palveluiden merkitys tasa-arvoistavana tekijänä nähtiin suurena.

Maahanmuuttajille mielenterveyspalveluita tarjoavilla erikoistuneilla tahoilla oli kohdattu paljon maahanmuuttajalasten ja nuorten pahoinvointia. Haastatellut kokivat, ettei lasten ja nuorten oireilua tunnusteta riittävästi ja että ongelmat siksi herkästi kroonistuvat ja johtavat päihdeongelmiin sekä väkivaltaiseen ja rikolliseen käyttäytymiseen. Ongelmia lasten selviytymiselle ja kotoutumiselle tuottavat sekä ennen maahanmuuttoa koetut traumat, että Suomessa koetut traumatisoivat vastoinkäymiset ja syrjintäkokemukset. Haastateltujen mukaan Suomessa tarvittaisiin valtakunnallinen kehittämisselitys, joka paneutuisi maahanmuuttajalasten ja -nuorten ongelmiin sekä hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseen. Tarvetta perusteltiin ulkomaisilla tutkimuksilla, joiden mukaan maahanmuuttajalapsen muodostavat erityisen riskiryhmän, jonka alttius psyykkiseen sairastumiseen on suuri.

## 4.2 Lasten- ja nuoripsykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköt

Selvitys ulotettiin kymmenen eniten pakolaisia vastaanottaneiden kuntien sairaanhoitopiiriin lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon yksiköihin. Vastanneista nuorisopsykiatrian yksiköistä viidessä oli hoidettu vuositasolla vain yhtä pakolais- tai turvapaikanhakijataustaista nuorta ja yhdeksässä yksiköistä 2-6 nuorta. Yhdessä yksiköistä ei oltu kohdattu kohderyhmään kuuluvia nuoria lainkaan. Pietarsaaren kaupungin lasten ja nuorten vastaanotolla läheisten vastaanottokeskusten nuoret muodostivat noin kaksi prosenttia vuositasaisten potilaiden määrästä (5 nuorta 250-300 potilasta kohti). Kyselyyn vastanneissa lastenpsykiatrian yksiköissä mainittiin hoidettavan useimmissa noin 3-10 perhettä vuodessa. HUS:n lastenpsykiatrian poliklinikalla pakolais- ja turvapaikanhakijataustaisten lasten osuus on ollut vuositasolla 2-2,5 prosenttia koko potilasmäärästä (10 lasta 400-500 potilasta kohti). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ei sen kuudella lastenpsykiatrisella aluepoliklinikalla ole juuri kohdattu pakolais- ja turvapaikanhakijataustaisia lapsia sen jälkeen kun Perniön vastaanottokeskus lopetti toimintansa. Myös TYKS:in lastenpsykiatrian erityispoliklinikoilla ja osastolla näitä lapsia on hyvin satunnaisesti.

Hoitoon tulon syinä mainittiin nuorten osalta tavallisimpana traumaattisen stressihäiriön oireet, psykoottinen oireilu ja masentuneisuus. Sopeutumishäiriö-diagnoosit ja sekamuotoinen ahdistuneisuus- ja masentuneisuusoireilu olivat yleisiä. Monien kohdalla oireilun taustalla oli kulttuuriin liittyviä ristiriitoja (mukana myös maininta kunniaväkivallan uhkaan liittyvästä pelkoreaktiosta), traumaattisia kokemuksia sekä elämäntilannekriisejä. Usein jouduttiin selvittämään oppimisvaikeuksiin liittyviä ongelmia. Mukana oli myös maininta nuoresta potilaasta, jonka ongelmien vastaaja ei kokenut liittyvän suoraan hänen statukseensa pakolaisena. Kyseinen nuori oli sijoitettu asumaan kodin ulkopuolelle ja hän kärsi huumeongelmasta.

Lasten kohdalla hoitoon tulon syiden mainittiin liittyvät traumaperäiseen oireiluun, erilaisiin pelkotiloihin, aggressiiviseen käyttäytymiseen, somaattisiin oireisiin ja perheenyhdistämisen epäonnistumisiin liittyviin reaktioihin. Osastoilla hoidetuilla lapsilla oli ollut suuria kokonaisvaltaisia ja traumaperäisiä kehityksellisiä ja psyykkisiä ongelmia. Myös perheväkivaltaan ja lasten kaltoinkohteluun liittyvät ongelmat mainittiin.

Haasteina sekä lasten että nuorisopsykiatrian yksiköissä koettiin tulkkaukseen ja viestintään liittyvät ongelmat. Harvinaisten kielten tulkkeja ja naispuolisia tulkkeja oli erityisen vaikeaa saada, mikä vaikuttaa sekä hoitojen aloitukseen että toteuttamiseen. Kun tulkki on useimmiten varattu osastoyksiköissä vain sovittuihin haastatteluihin ja neuvotteluihin, jää muu kielellinen kommunikaatio potilaiden kanssa vähäiseksi. Tällöin oltiin huolestuneita siitä, ettei potilaan viestejä oireistaan osattu tulkita eri tilanteissa oikein tai voitu perustella potilaalle osastolla noudatettavia sääntöjä. Jossain paikoin koettiin, ettei vieraasta kulttuurista tulevalle kielitaidottomalle potilaalle ollut paljon hoidollista tarjottavaa yhteisen kielien puutumisen vuoksi.

Tulkin käytön vaatima lisäaika mainittiin ongelmaksi käytännön työssä. Puhuminen hyvin henkilökohtaisista ja kipeistä asioista tulkin välityksellä koettiin hankalaksi. Joskus tulkilla ei koettu olevan käsitystä siitä, kuinka välittää psykiatrisessa työssä oleelliset puheen vivahteet ja tyyli. Joidenkin nuorten mainittiin kertoneen työntekijöille siitä, että tulkki oli jättänyt kääntämättä vanhemman kiroilut ja häpäisevän sävyn puheessa. Tilanteet, joissa vanhempiaan paremmin suomea puhuva nuori oli joutunut toimimaan tulkina, koettiin valitettavina. Puhelintulkkaus koettiin hankalaksi, samoin kuin tilanteet, joissa vanhemmat eivät hyväksyneet tulkkia. Vaikeaksi koettiin myös se, ettei tulkkien kielitaidon tasosta ollut olemassa riittävästi tietoa, vaikka hyviäkin kokemuksia löytyi. Välillä työntekijät kokivat ulkopuolisuutta vuorovaikutustilanteessa, kun tulkkien koettiin jäävän keskustelemaan vanhempien kanssa eikä kääntävän keskustelua.

Kulttuuriset erot tuottivat saatujen vastausten perusteella suuria haasteita työntekijöille. Tieto potilaan ja perheen kulttuurista koettiin usein riittämättömäksi. Työntekijöillä oli toisinaan vaikeuksia hahmottaa perheen sisäisen hierarkian, kasvatuseräpäisyyden ja sukupuoliroolien eroavuutta suomalaisesta. Kenen sana oli laki, missä yhteydessä oli soveliaasta puhua kenenkin kanssa ja se miten vieraitten uskontojen säännöt vaikuttivat, aiheutti epävarmuuden kokemuksia. Perheen sisäisiin asioihin koettiin joskus päästävän huonosti käsiksi. Ilmiö liitettiin kulttuurisiin seikkoihin, joista nimettiin myös perheiden korkeat suoritusvaatimukset, jolloin perheissä ei työntekijöiden näkemyksen mukaan riittänyt ymmärrystä lasten ja nuorten ongelmille. Lasten ja nuorten vain odotettiin pärjäävän.

Nuorten nähtiin olevan perheterapeuttisissa istunnoissa lojaaleja vanhempiaan kohtaan eivätkä he ottaneet ongelmia esille samalla tavoin kuin kahdenkeskisessä kontaktissa työntekijöiden kanssa. Joillekin nuorille ja vanhemmille psykiatrinen apu oli pelottava, vieras ja jopa häpeällinen asia. Perheillä oli usein negatiivisia kokemuksia viranomaisten ja hoitotahojen kanssa toimimisesta, joten luottamuksen rakentaminen nuoren ja erityisesti vanhempien kanssa koettiin aikaa vieväksi. Tunteista puhumisen oli koettu onnistuvan helpommin kuin erilaisten syy-seuraussuhteiden tarkastelun. Asiakasperheiden taipumus kääntyä ongelmien hoidossa mieluiten oman etnisen ryhmän puoleen koettiin joskus hämmentäväksi. Miespuolisten työntekijöiden vähäinen määrä oli koettu ongelmalliseksi, sillä monissa kulttuureissa perheen asioita hoitivat ulospäin miehet. Toisinaan miespuolisia huoltajia oli ollut vaikeaa saada mukaan perhetapaamisiin. Joskus puheet kääntyivät konkreettisiin asioihin tarvittavaan apuun kuten rahaan ja asumisasioihin. Joidenkin vastaajien mukaan ylipäänsä hoidon aloittaminen ja siihen sitoutuminen oli havaittu hankaliksi. Toisaalla koettiin että kunhan hoidon tarkoitus saatiin selitettyä asiakkaille, yhteistyö sujui.

Psykologisten tutkimusmenetelmien soveltaminen vieraasta kulttuurista tuleville lapsille ja nuorille oli vaikeaa menetelmien kieli- ja kulttuurisidonnaisuuden vuoksi. Erityiseksi ongelmaksi mainittiin kognitiivisen tason kartoittaminen silloin, kun esimerkiksi koulunkäynnissä oli todettu ongelmia.

Jatkohoidon organisoimista pidettiin vaikeana ja traumaterapeuttista osaamista omaavia uusia hoitotahoja kohderyhmälle koettiin tarvittavan. Hoitoyksiköissä oltiin myös huolestuneita siitä, että eri tahot tekivät työtä samojen asiakkaiden kanssa toisistaan tietämättä. Pitkäkestoisenkin terapian onnistumisesta hyvin organisoidun tulkkauksen avulla oli myönteisiä kokemuksia. Pitkät välimatkat vastaanotokeskuksen ja hoitopaikan välillä vaikeuttivat toisinaan hoitokontaktien toteutumista. Turvapaikanhakijanuorten kanssa tehtävää työtä pidettiin hyvin aikaa vievänä eri tahojen kanssa tehtävän yhteistyön, puheluiden ja selvittelyjen vuoksi. Traumaattisten häiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon kaivattiin jatkuvasti lisäkoulutusta. Toisaalta koettiin, että vaikka koulutusta monin paikoin oli järjestettykin, ei erityisen vaikeasti traumatisoituneiden perheiden ja lasten kohtaamiseen silti löytynyt riittävästi tietotaitoa.

*”Olen hoitanut puolen vuoden aikana yhden turvapaikkaa hakevan lapsen asioita. Hän tuli osastolle psykoottisuuden vuoksi, oli harhaillut vähissä vaatteissa ulkona. Ihmiskauppaa epäillään myös ja asia on poliisin tutkinnassa. Mietityttää, onko mahdollisesti myös seksuaalista hyväksikäyttöä taustalla. Kieliongelmaa on, Suomessa ei ole hänen äidinkieltään osaavaa tulkkia. Keskustellaan englannin kielellä”*

*Sosiaalityöntekijä*

### 4.3 Perheneuvolat

Kunnalliset kasvatus- ja perheneuvolat eri puolella Suomea tarjoavat apua lasten ja nuorten kehitykseen, kasvatukseen ja vanhemmuuteen liittyvissä kysymyksissä. Lisäksi apua voi hakea perheen vuorovaikutukseen sekä lasta ja perhettä kohdanneisiin kriiseihin. Perheneuvolayksiköt toimivat usein myös konsultoivina asiantuntijayksikköinä, joiden puoleen lasten, nuorten ja heidän perheidensä kanssa työskentelevät tahot voivat kääntyä. Työskentelyn pääpaino on varhaisessa tukemisessa ja ennaltaehkäisevässä työssä. Perheneuvoloiden tarjoamia palveluita on organisoitu eri paikkakunnilla eri tavoin. Esimerkiksi Helsingissä pari- ja perheterapia tai vauvaperheille suunnattu työ on eriytetty omiksi erikoistuneiksi työryhmikseen perheneuvolaorganisaation sisällä.

Selvitystyön sähköpostikysely suunnattiin viiden suurimman kaupungin perheneuvolaorganisaatioille, joilta tiedusteltiin sitä, miten pakolais- ja turvapaikanhakijalapsen ja nuoren palveluissa näkyneet ja millaisia haasteita lasten, nuorten ja heidän perheidensä kanssa työskentely on tuottanut. Kyselyyn saatiin vastauksia neljältä paikkakunnalta. Tämän lisäksi haastateltiin Helsingin kaupungin perhetoimiston monikulttuurisen työn kehittämistyöryhmää, jossa oli edustus perheneuvolan itäisen alueyksikön johtavista työntekijöistä, perheoikeudellisesta yksiköstä ja lapsiperheiden palveluiden kehittämistyöstä.

Haastatelluilla ja nettikyselyyn vastanneilla tahoilla perheneuvolayksiköiden asiakkuuteen, joko tutkimuksiin tai hoitoon, mainittiin päätyvän monin paikoin vain yhdestä kahteen pakolais- tai turvapaikanhakijataustaista perhettä vuosittain. Tampereen kaupungin perheneuvolassa arvioitiin hoidettavan 10-20 pakolais- tai turvapaikanhakijataustaista perhettä vuodessa, koko asiakasmäärän ollessa 1100 perhettä. Turun perheneuvolapalveluissa pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten määrän arvioitiin olevan vuosittain suuruudeltaan 30-50 luokkaa riippuen kuntaan muuttaneiden määrän vaihtelusta. Tarkkaa tilastointia asiakkaiden maahantulostatuksesta ei ole, joten tiedon tuottaminen oli kaikissa yksiköissä vaikeaa.

Helsingissä tehdyn organisaation sisäisen selvityksen mukaan perheneuvolan asiakkaista 97 prosenttia oli Suomen kansalaisia, mutta tähän lukuun saattaa sisältyä Suomen kansalaisuuden saaneita pakolais- taustaisia perheitä. Ilman huoltajaa saapuneita turvapaikanhakijalapsia tai -nuoria ei asiakkaina ollut. Sen sijaan asiakkaina oli runsaasti kahden kulttuurin perheitä, joiden kohdalla toisen vanhemman pakolais- tai turvapaikanhakijatausta ei välttämättä nouse aina edes puheeksi. Näiden perheiden palvelamisessa ei haastateltujen mukaan välttämättä kohdata erityisesti poikkeavaa suomalaisperheisiin verrattuna.

Maahanmuuttajataustaisten perheiden ja lasten kohdalla perheneuvolapalveluihin johtanut huoli oli havaittu usein koulussa, päiväkodissa tai neuvoloissa. Havaitut lasten ongelmat liittyivät useimmiten pelkoihin, univaikeuksiin, kasteluongelmiin, oppimisvaikeuksiin tai häiriökäyttäytymiseen. Perheiden ongelmat puolestaan liittyivät parisuhdeongelmiin, perheväkivaltaan tai kasvatusvaikeuksiin. Vanhemmat kaipaivat keinoja lastensa rajaamiseen ilman fyysistä rankaisemista.

Yksittäisten asiakkaina olleiden pakolais- tai turvapaikanhakijataustaisten perheiden kokemushistorias- sa oli ollut yleensä vakavia väkivaltaan liittyviä traumatisoivia tapahtumia. Vanhemmat ovat olleet itse traumatisoituneita ja lapsen hädän tunnistaminen on saattanut olla tästä syystä vaikeaa. Vieraassa kult-

tuurissa elämän aloittelun ja kotoutumisen tuottamat paineet voivat olla myös niin kuormittavia, ettei vanhemmilla jää voimavaroja lastensa ongelmiin keskittymiseen. Tämä on näkynyt vastaanotoilla myös siten, että vanhempien mieltä ovat painaneet muualle jääneet sukulaiset tai asuntoasiat, eikä oireilevan lapsen asiaan ole päästy keskittymään. Vastaajien mukaan työskentelyn painopiste alkuun onkin usein siinä, että perheen arki saadaan turvallisiksi ja perhe saadaan palvelujen piiriin. Muun trauma- tai terapiatyön nähtiin tulevan ajankohtaiseksi vasta myöhemmässä vaiheessa, kun arki on vakiintunut ja turvallinen. Toisaalta esimerkiksi Turun kasvatus- ja perheneuvola tekee yhteistyötä kaupungin ulkomaalais-toimiston kanssa järjestämällä pakolaislapsille psykoterapeuttisia lyhytiryhmiä, joiden tarkoituksena on auttaa lapsia käsittelemään niitä kokemuksia ja tunteita, joita he ovat pakomatalla ja uudessa ympäristössään Suomessa kohdanneet. Ryhmiin mahtuu kerralla 6-8 lasta. Jos perheet olivat hiljattain maahan tulleita ulkomaalaistoimiston asiakkaita, pyrittiin työtä tekemään yhdessä ulkomaalaistoimiston kanssa, minkä oli havaittu auttavan vanhempia ja perheneuvolaa rakentamaan keskinäistä yhteistyötään.

Koska vastaavista palveluista ei asiakkaiden lähtökulttuureissa ole kokemusta, olivat vastaajien mukaan vanhempien mielikuvat perheneuvolapalveluista joskus epämääräisiä. Tämä saattoi ilmetä alkuun ennakkoluuloisuutena, koska eri viranomaiset olivat olleet lähtömaassa kielteisessä mielessä vallankäyttäjiä. Toisaalta kielteisiä kokemuksia viranomaisista on voinut kertyä myös Suomessa. Ongelmien käsittelyn kulttuuri on usein myös erilaista, perheen ja suvun sisäistä niin, että viranomaiset eivät kuulu siihen. Vastaajien kokemuksen mukaan perheen ongelmien purkamista ulkopuolisille vieraille tahoille ei kaikissa kulttuureissa pidetä ylipäättään sopivana.

Kulttuurista kuilua on pyritty kuromaan umpeen käännettämällä perheneuvolatoimintaa selittäviä esitteitä eri kielille. Silti käsitteiden vastaamattomuus tai puuttuminen toisessa kulttuurissa tuottaa haastateltujen mukaan ongelmia. Tulkkeja pyritään vastaajien mukaan käyttämään aina kun se on tarpeen. Lasten käyttämisestä tulkkeina pidättäydytään ehdottomasti. Hyvänä käytäntönä pidettiin sitä, että lähetävän tahon työntekijä osallistui ensimmäiselle käynnille perheneuvolassa. Näin saatiin esiin sekä lähetävän tahon huoli perheestä että laajempi kuva perheen tilanteesta. Kyselyyn vastanneet mainitsivat myös sen, että alalle olisi hyvä saada lisää maahanmuuttajataustaisia työntekijöitä.

## Lyhyesti

- Maahanmuuttajille mielenterveyspalveluita tarjoavat erikoistuneet tahot palvelevat pääsääntöisesti yli 18-vuotiaita. Lounais-Suomen mielenterveysseuran kriisikeskuksen palvelut yli 13-vuotiaille maahanmuuttajille ja Oulun Diakonissalaitoksen kidutettujen kuntoutusprojektin palvelut yli 16-vuotiaille muodostavat poikkeuksen.
- Kolmanneksessa selvitystyön kyselyyn vastanneissa nuorisopsykiatrian yksiköissä oli kohdattu vain yksi pakolais- tai turvapaikanhakijataustainen nuori. Vastaanottokeskuksia lähellä sijaitsevilla paikkakunnilla määrän arvioitiin olevan noin kaksi prosenttia vuosittaisesta potilaiden määrästä.
- Kyselyyn vastanneissa suuremmissa lastenpsykiatrian yksiköissä arvioitiin pakolais- ja turvapaikanhakijalasten määrän olevan samaa luokkaa, noin kaksi prosenttia kaikista potilaista.
- Yleisimpänä hoitoon tulon syynä sekä lasten- että nuorisopsykiatrian yksiköissä mainittiin traumaperäiset oireet.
- Kyselyyn vastanneissa ja haastatelluissa perheneuvoloissa pakolais- ja turvapaikanhakijaperheitä kohdataan harvoin (saadut määrälliset arviot 1-2 prosentin luokkaa). Tarkkojen arvioiden antaminen oli vaikeaa, sillä asiakastilastoihin ei tallenneta tietoa pakolais- tai turvapaikanhakijataustasta. Suurilla paikkakunnilla on kuitenkin runsaasti asiakkaina kahden kulttuurin perheitä.
- Pakolaisperheiden syyt hakeutua perheneuvolapalveluihin eivät poikkea kantaväestön syistä; lasten pelot, univaikeudet, kasteluongelmat, oppimisvaikeudet ja häiriökäyttäytyminen mainittiin useimmin. Palvelut ovat perheille usein kulttuurisistakin syistä käytäntönä vieraita ja ohjautuminen niihin tapahtuu usein koulun tai päivähoidon aloituksesta.
- Pakolaisperheiden kokemushistoriassa oli usein vakavia väkivaltatraumoja. Vanhempien mainittiin olevan oman sopeutumisprosessinsa vuoksi usein niin kuormittuneita, ettei lapsen hätää tunnistettu.

## 5 YHTEENVETO

Tämän selvityksen mukaan noin kolmasosa (28-32 %) Suomeen saapuneista pakolais- ja turvapaikanhakijalapsista ja -nuorista on eri tavoin psyykkisesti oireilevia ja traumatisoituneita. Kun tiedetään, että Suomeen saapui vuonna 2009 yhteensä 2924 ikäryhmään 0-24 vuotta kuuluvaa lasta ja nuorta, voidaan arvioida, että heistä eri tavoin traumatisoituneiden lukumäärä oli jopa yli 900. Taulukkoon 15 on koottu erikseen arviot alaikäisten ja 18–24-vuotiaiden traumatisoituneiden ja oireilevien pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden osuuksista ja määristä vuositasona.

**Taulukko 15 Arvio vuonna 2009 Suomeen saapuneiden kidutettujen ja vaikeasti traumatisoituneiden pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten määrästä Suomessa**

	ALAIKÄISET TURVAPAIKAN- HAKIJAT*	ALAIKÄISET KIINTIÖ- PAKOLAISET	18–24 -VUOTIAAT TURVAPAIKAN- HAKIJAT	18–24 -VUOTIAAT KIINTIÖ- PAKOLAISET	YHTEENSÄ
Kaikki saapuneet vuonna 2009	1007	249	1562	106	2924
Arvio traumati- soituneiden / oi- reilevien määräs- tä vuonna 2009	252-369	62	484	21	819-936
Arvio kaikkien traumatisoitunei- den ja oireilevien osuudesta	**25-37 %	25 %	31 %	20 %	28-32 %

\* luvut sisältävät sekä yksin että huoltajansa mukana tulleet

\*\* alaikäisten turvapaikanhakijoiden yhteenlasketusta summasta laskettu

Huom. Luvut traumatisoituneista ja oireilevista ovat suuntaa antavia.

Lähteet: Maahanmuuttovirasto, kyselyt ja haastattelut

Yksin maahan tulleista alaikäisistä turvapaikanhakijoista noin 2-5 prosentilla oli kokemustautassaan alaikäisyksiköiden työntekijöiden tai alaikäisten edustajien tiedossa oleva kidutustrauma. Raiskaustraumoja oli tiedossa 3-11 prosentilla lapsista ja nuorista. Edustajien tiedossa olevia lapsisotilaita oli 3 prosenttia edustetuista alaikäisistä turvapaikanhakijoista. Koko aineistosta löytyi maininta yhdestä ihmiskaupan uhriksi päätyneestä nuoresta. Tavallisimpia esiin tulleita traumakokemuksia olivat erilaiset sotaan ja väkivaltaan liittyvät tapahtumat sekä moninkertaiset traumaattiset kokemukset, joita oli kertynyt lähtömaassa ja matkalla Suomeen. Suurimmalla osalla yksin tulleista turvapaikanhakijalapsista arviointiin olevan traumaattisia kokemuksia, mutta avustavien aikuisten tiedossa niistä epäiltiin olevan vain osa, esimerkiksi siksi etteivät lapset ja nuoret olleet halukkaita tai pystyneet eri syistä kertomaan kokemuksistaan. Traumakokemusten ja lapsen tai nuoren mielenterveysongelmien yhteydet eivät muutoinkaan ole suoraviivaisia. Jo vanhemmista erossa olon epäiltiin haastateltujen mukaan tuottavan joillekin lapsista ja nuorista oireilua. Yksin tulleista alaikäisistä turvapaikanhakijoista 25-34 prosentilla arvioitiin



esiintyvän huolestuttavaa oireilua ja tarvetta mielenterveyspalveluihin. Vuositasolla (esim. vuoden 2009 yksintulleiden alaikäisten turvapaikanhakijoiden tulijamäärällä, joka oli 557 lasta ja nuorta) tämä tarkoittaa noin 139-189 lapsen ja nuoren eriasteisesti oireilevaa joukkoa.

Perheidensä mukana tulleiden alaikäisten turvapaikanhakijalasten osalta haastateltujen arviot vaikeimmin oireilevista vaihtelivat 25-40 prosentin välillä. Arvioiden vaihtelu johtuu siitä, että mielenterveysongelmien tunnistaminen on vaikeaa suurten asiakasmäärien ruuhkauttamissa vastaanottokeskuksissa. Vaikeneminen hävettäväksi tai perhettä leimaavaksi koetuista traumaista kuten raiskatuksi tulemisesta on tavallista. Vanhempien kiellot sekä lasten lojaliteetti vanhempiaan kohtaan näkyvät niin, etteivät lapset puhu spontaanisti perhettä kohdanneista leimaavista tapahtumista. Kun Suomeen saapui vuonna 2009 huoltajiensa kanssa 450 turvapaikanhakijalasta, voidaan arvella että heistä noin 113-180 oireili huolestuttavasti. 18–24-vuotiaista turvapaikanhakijoista 31 prosentin arveltiin kärsivän hoitoa vaativista mielenterveysongelmista, mikä viime vuoden tulijamäärillä tarkoittaa 484 avun tarpeessa olevaa nuorta aikuista.

Kuntien pakolaisyksiköiden työntekijöiden antamien arvioiden mukaan psyykkisesti eri tavoin oireilevia ja traumatisoituneita alaikäisiä löytyy kaikista kiintiöpakolaislapsista noin 25 prosenttia ja 18–24-vuotiaista 20 prosenttia. Vuoden 2009 kiintiöpakolaisista 249 oli tullessaan alaikäisiä, jolloin tästä joukosta löytyisi noin 62 oireilevaa ja traumatisoitunutta lasta. Vastaavasti 18–24-vuotiaiden ikäryhmään kuului 106 kiintiöpakolaista, joista siten arviolta noin 21 oireili psyykkisesti. Saatujen tietojen pohjalta yleisin pakolaislapsia tai nuoria kohdannut trauma liittyi lapsen vanhemman kokemaan väkivaltaan kuten kidutetuksi tai raiskatuksi tulemiseen (12 %) tai jonkun perheenjäsenen surmaan (12 %). Lisäksi pakolaisyksiköiden työntekijöiden tiedossa oli raiskatuksi tulleita lapsia ja nuoria (7 %), kidutustrauatisoituneita (2 %) ja lapsisotilaita (2 %). Luvut ovat suuntaa antavia, sillä lasten, nuorten ja perheiden traumaista ei ole työntekijöillä tarkkaa tietoa. Syyt tähän ovat pitkälti samoja kuin turvapaikanhakijalasten ja nuortenkin kohdalla. Myöskään YK:n pakolaisille suorittamissa haastatteluissa esiin tulleita tietoja traumaattisista kokemuksista ei välitetä täydellisinä kuntien työntekijöille. Mielenterveysongelmat korostuivat haastateltujen mukaan myöhemmin epäonnistuneiden tai pitkittyneiden perheenyhdistämisprosessien aikana.

Selvityksen mukaan kaikista traumatisoituneista pakolais- ja turvapaikanhakijalapsista ja -nuorista vain noin kolmannes oli saanut tarvitsemaansa apua, lähinnä lääkitystä tai muuta hoitoa mielenterveysongelmiin. Jos tämä suhteutetaan vuonna 2009 maahan tulleiden 0–24-vuotiaiden pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden lukumäärään (2924 lasta ja nuorta), joista arviolta kolmannes oli oireilevia ja traumatisoituneita, niin heistä noin 300 lasta ja nuorta sai hoitoa, kun samalla noin 600 traumatisoitunutta ja oireilevaa lasta ja nuorta jäi ilman tarvitsemaansa hoitoa. Tämän lisäksi haastateltavat pitivät saatua hoitoa lasten ja nuorten ongelmien vakavuuteen nähden riittämättömänä ja pitkiä odotusaikoja mielenterveyspalveluihin kohtuuttomina.

Tarvetta erikoistuneisiin lasten ja nuorisopsykiatriisiin palveluihin tuotiin esiin laajasti niin vaikeimmin traumatisoituneiden turvapaikanhakija- ja pakolaislasten ja -nuorten erityisongelmien hoitoon, kuin koko kohderyhmän kanssa työskentelevien kentän konsultaatiotarpeisiin liittyen. Pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten tarve erikoistuneisiin lasten ja nuorisopsykiatriisiin palveluihin korostuu erityisesti kaikkein vaikeimpien traumojen hoidossa, kuten kidutus- ja raiskaustrauatisoituneiden sekä lapsisotilaana toimineiden kohdalla. Vaikka pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten mielenterveysongelmat eivät aina poikkea valtaväestön mielenterveysongelmista, on hoidossa huomioitava kult-

tuuriin liittyviä eroja ja usein työskenneltävä tulkin välityksellä. Selvitystyön kyselyyn vastanneista lasten ja nuorisopsykiatrian toimijoista monet kokivat näiden seikkojen vaikeuttavan työskentelyä.

Alaikäisten turvapaikanhakijoiden edustajien ja vastaanottokeskusten ja kiintiöpakolaisia vastaanottavien kuntayksiköiden työntekijöiden näkemyksen mukaan pakolais- ja turvapaikanhakijalapset ja -nuoret jäävät liian usein väliinputoajiksi nykyisissä mielenterveyspalveluissa. Valmiuksia asiakasryhmän kohtaamiseen ei monin paikoin ole, ja pitkät jonotusajat mielenterveyspalveluihin tuottivat haastateltujen mukaan kohtuuttomia tilanteita. Kolmanneksessa selvitystyön kyselyyn vastanneista nuorisopsykiatrian yksiköistä oli hoidettu vuositasona vain yksi pakolais- tai turvapaikanhakijataustainen nuori. Vastaanottokeskuksia lähellä sijaitsevilla paikkakunnilla sekä suuremmissa kaupungeissa määrän arvioitiin olevan noin 2 prosenttia vuosittaisesta potilaiden määrästä. Selvityksen perusteella perheneuvolapalveluissa pakolaistaustaisia perheitä kohdataan hyvin harvoin eivätkä perheet haastateltujen mukaan pysty aina hyödyntämään saamia palveluita tarkoituksenmukaisesti, vaikka palveluun hakeutumisen syyt eivät poikkeavat valtaväestön tavanomaisista syistä. Haastateltujen kokemus oli, että koko palvelu ja työskentelyasetelma, kuten perheen sisäisten asioiden puhuminen ulkopuoliselle, on monissa pakolaiskulttuureissa vieras. Pakolaisyksiköissä ja turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksissa annettujen matalan kynnyksen mielenterveyspalveluiden on haastateltujen mukaan havaittu toimivan paremmin. Asiointi tutulla työntekijällä koetaan vähemmän leimaavaksi kuin ulkopuolisiin mielenterveyspalveluihin ohjaaminen. Yksiköissä kertyvä osaaminen ja asiakkaiden tuntemus hyödyttävät myös asiakkaiden ongelmien kohtaamisessa ja tilanteiden osuvassa arvioinnissa. Mielenterveysalan ammattilaisten kuten psykologien ja psykiatristen sairaanhoitajien määrää tulisikin nykyisestäään lisätä sekä kiintiöpakolaisia vastaanottavissa yksiköissä että turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksissa.

Maahanmuuttajille tarkoitetut erikoistuneet mielenterveyspalvelut on suunnattu pääsääntöisesti yli 18-vuotiaille. Poikkeuksen tästä muodostavat Lounais-Suomen mielenterveysseuran kriisipalvelut yli 13-vuotiaille maahanmuuttajille ja Oulun Diakonissalaitoksen kidutettujen kuntoutusprojekti yli 16-vuotiaille. Turvapaikanhakijoilla on lain mukaan oikeus vain akuuttiin ja välttämättömään hoitoon, mikä rajoittaa erityisesti yli 18 vuotiaiden nuorten mahdollisuuksia saada apua mielenterveysongelmiinsa. Akuuttia ja välttämätöntä apua vaativien mielenterveysongelmien määrittämisen haastatellut vastaanottokeskusten ja alaikäisyksiköiden työntekijät kokivat erittäin haastavaksi mielenterveysongelmien osalta. Sekä turvapaikanhakijoiden että pakolaisten kanssa työskentelevät tahot kaipasivat toimivia konsultaatiomahdollisuuksia sillä heidän kokemuksensa oli, että asiakkaiden vakavienkin mielenterveysongelmien kanssa jäätiin liian usein yksin. Myös erikoissairaanhoidon yksiköt kokivat tarvitsevänsä konsultaatioapua kidutettujen ja vaikeasti traumatisoituneiden hoidossa.

Haastatellut nostivat esiin vaikeimmin oireilevien ja psykiatriseen sairaalahoitoon päätyneiden turvapaikanhakijalasten ja nuorten ongelmallisen tilanteen siinä vaiheessa, kun nuoret palaavat takaisin vastaanottokeskukseen. Haastateltujen mukaan nuoria ei pystytä näissä olosuhteissa tukemaan riittävästi tavanomaisin työntekijäresurssein vaan heidän tuekseen tarvittaisiin Suomeen erityinen tukiasumisyksikkö, jonka tulisi sijaita paikalla jossa myös tarvittavia mielenterveyspalveluita on saatavilla. Sekä turvapaikkaprosessin pitkittymisen että kuntapaikan pitkän odotusajan nähtiin heikentävän turvapaikanhakijanuorten psyykkistä hyvinvointia. Samoin vaikuttivat pitkittyneet ja tuloksettomat perheenyhdistämisprosessit.

## 6 SUOSITUKSET

- 1. Toimiviksi havaittuja matalan kynnyksen mielenterveyspalveluita pakolais- ja turvapaikanhakijalapsille, nuorille ja heidän perheilleen tulee lisätä.** Pakolais- ja turvapaikanhakijataustaisten lasten ja -nuorten tiedetään kärsivän valtaväestöä enemmän mielenterveysongelmista. On myös tiedossa etteivät julkiset mielenterveyspalvelut pysty vastaamaan näiden lasten ja nuorten avuntarpeeseen. Kynnys hoitoon hakeutumiseen on korkea myös asiakkaista johtuvista syistä. Matalan kynnyksen apujärjestelmää rakentamalla helpotettaisiin sekä julkisten mielenterveyspalveluiden kuormitusta että luotaisiin vähemmän leimaaviksi koettuja ja helposti saatavilla olevia mielenterveyspalveluita. Voittopuolisesti sosiaalialan ammattilaisista koostuvien pakolaisyksiköiden henkilökuntarakennetta tulisi moniammatillistaa sijoittamalla yksiköihin nykyistä enemmän mielenterveystyön ammattilaisia kuten psykologeja ja psykiatria sairaanhoitajia. Psykososiaalisen asiantuntemuksen lisääminen myös turvapaikanhakijalasten ja nuorten kanssa tehtävässä työssä olisi lapsen edun turvaamiseksi tärkeää. Myös kotoutumisajan eriytyt perusterveydenhuollon palvelut on havaittu hyväksi käytännöksi pakolaisten alkuvaiheen suuren palvelutarpeen vuoksi, sekä terveyspalveluiden että pakolaisten näkökulmasta.
- 2. Kaikkein vaikeimmin oireilevien ja psykiatrisen sairaalahoitoon päätyneiden turvapaikanhakijanuorten tueksi tarvitaan Suomessa tuettu asumisyksikkö,** jossa nuoria pystytettiin tukemaan paremmin psykiatrisesta osastohoidosta palaamisen jälkeen. Soveltuvien mielenterveyspalveluiden ja kuntoutuspalveluiden saatavuus tulisi huomioida paikan sijainnissa.
- 3. Pakolais- ja turvapaikanhakijalapsiin ja nuoriin erikoistuneille lasten- ja nuorisopsykiatrisille palveluille tulee luoda pysyvät rakenteet maassamme.** Selvityksen perusteella lähes kolmannes vuosittaisista tulijoista on traumatisoituneita ja oireilevia. Erikoistuneen lasten- ja nuorisopsykiatrisen osaamisen ja tiedon tarve korostuu kidutettujen, lapsisotilaiden ja raiskaustraumatisoituneiden pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten hoidossa ja kuntoutuksessa. Erikoistuneen yksikön tai yksiköiden keskeinen rooli olisi tarjota myös konsultaatioita ja toimia tietopankkina muille alan toimijoille ja erikoissairaanhoidon yksiköille, jotka usein kokevat epävarmuutta erityisellä tavalla traumatisoituneiden ja vieraasta kulttuurista tulevien lasten ja nuorten kohtaamisessa ja hoidossa.
- 4. Julkisen sektorin mielenterveyspalveluissa ja perheneuvolapalveluissa työntekijöille tulee tarjota säännöllisesti täydennyskoulutusta vieraasta kulttuurista tulevien potilaiden kohtaamisessa ja hoidossa.** Tärkeää tietoa ovat kulttuurien väliseen viestintään liittyvät seikat ja tulkin kanssa työskentelyyn liittyvä tieto. Tieto ja taidot kehittyvät työtä tekemällä, joten puuttuva kokemus ja osaaminen eivät voi olla peruste kieltäytyä maahanmuuttajapotilaan hoidosta. Varsinkin pakolaisuuden ja yhteiskunnallisen marginaaliasemansa vuoksi eri tavoin traumatisoituneet potilaat ovat herkkiä reagoimaan torjutuksi tulemiseen ja kokemukseen ymmärryksen puutteesta. Hoitosuhteessa monista pakolaiskulttuureista tulevien kanssa vaaditaan työntekijöiltä tavallista enemmän joustavuutta.

5. **Pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten psyykkistä hyvinvointia ja traumataustaa tulisi seuloa myös terveydenhuollon kontakteissa, kuten kiintiöpakolaisten alkuterveystarkastuksissa, nykyistä systemaattisemmin.** Selvityksen perusteella lasten ja nuorten hyvinvointiin liittyvä tieto on pakolais- ja turvapaikanhakijayksiköissä usein vähäistä. Tällä on merkitystä sekä lapsen oikeusturvan toteutumiselle että lapsen tarvitsemien terveyspalveluiden näkökulmasta. Yhteiset Lapsemme ry:n Yksintulleet -projekti on työskennellyt asian edistämiseksi kehittämällä turvapaikanhakijalapsen taustaa, hyvinvointia ja traumakokemuksia kartoittavaa haastattelumallia alaikäisyksiköiden sosiaalityöntekijöille sekä kouluttamalla heitä haastattelumallin käyttöön. Haastattelumallin kehittämisen yhtenä lähtökohtana on ollut tarve monipuoliseen tiedonkeruuseen lapsen etua käsittelevien lausuntojen laatimisen tueksi.
6. **Psyykkisesti oireilevien turvapaikanhakijalasten ja nuorten turvapaikkaprosessin pituus, kuntapaikan odotusaika ja yksiköistä toiseen tapahtuvat siirrot tulisi pitää minimissä. Myös hyvinvointia tukeviin olosuhteisiin vastaanottoyksiköissä tulisi panostaa.** Turvapaikkaprosessin ja kuntapaikan odotusajan pituudella sekä yksiköistä toiseen tapahtuvien siirtojen määrällä on havaittu olevan yhteys turvapaikanhakijalasten ja -nuorten mielenterveysongelmiin niin selvitystyön haastattelujen kuin kansainvälisten tutkimustenkin mukaan. Mikäli turvapaikanhakijalapsella tai -nuorella on aloitettu psykiatrinen tai psykoterapeuttinen hoitosuhde jossakin, tulisi hoitosuhteen katkeamisen aiheuttamia siirtoja paikasta toiseen pyrkiä välttämään. 18-vuotta täyttäneen mielenterveysongelmista kärsivän nuoren siirtyminen aikuisyksikköön voi myös aiheuttaa tilanteen, jossa nuoren erityistarpeet jäävät jatkossa huomioimatta. Näille nuorille tulee organisoida tarvittava tuki myös aikuisyksiköissä. Vastaanottokeskuksille ja alaikäisyksiköille on tärkeää taata myös riittävät resurssit lasten ja nuorten koulunkäynnin, harrastusten ja viriketoiminnan tarjoamiseksi. Ne tuovat monin tavoin epävakaassa tilanteessa elävien lasten ja nuorten arkeen mielenterveyttä ja yleistä hyvinvointia tukevaa sisältöä.
7. **Itsenäistä elämää opettelemaan joutuvien turvapaikanhakija- ja pakolaistaustaisten nuorten pidempikestoiseen jälkihuoltoon on tärkeää panostaa.** Jälkihuollon palvelut tarjoavat alan toimijoiden mukaan usein omaisten ja suvun tukea vailla oleville nuorille terapeuttisia aikuiskontakteja. Nuoret hyötyvät käytännönläheisestä tuesta sekä eheyttäviä ja korvaavia kokemuksia tarjoavasta rinnalla kulkemisesta. Lapsen omassa elinympäristössä ja tuttujen työntekijöiden toimesta annettu tuki voi olla paras vaihtoehto silloin, kun leimaantumisen pelko tai perheen asioista puhumiseen liittyvät esteet muodostavat kynnyksen muiden mielenterveyspalveluiden käytölle.
8. **Maahanmuuttajien mielenterveystyön toimijat suosittelevat maahanmuuttajalasten ja -nuorten ongelmiin sekä hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseen keskittyvän valtakunnallisen kehittämissyksikön perustamista maahamme.** Traumatisoituneet pakolais- ja turvapaikanhakijataustaiset lapset, nuoret ja nuoret aikuiset ovat maassamme jatkuvasti määrältään kasvava ryhmä, jonka alttius psyykkiseen sairastumiseen on tutkimusten mukaan suuri. Paitsi ennen maahanmuuttoa koetut traumat myös Suomessa koetut traumatisoivat vastoinkäymiset ja syrjäytäkemukset aiheuttavat ongelmia näihin ryhmiin kuuluvien lasten ja nuorten selviytymiselle ja kotoutumiselle. Pakolais- ja turvapaikanhakijalasten ja -nuorten oireilua ei tunnusteta riittävästi, mikä voi johtaa ongelmien kroonistumiseen ja sitä kautta päihdeongelmiin, väkivaltaiseen

ja rikolliseen käyttäytymiseen sekä radikalisoitumiseen. Tutkimusten mukaan vihjeet kidutuskokeuksista jäävät usein vaille huomiota. Ajalliselta kestoaltaan rajalliset projektit tai maahanmuuttajille mielenterveyspalveluita tarjoavat erikoistuneet toimijat pystyvät kattamaan olemassa olevasta palvelutarpeesta vain pienen osan.



# LÄHTEET

Amnesty International Report 2010; the state of the world human rights.

Amnesty International USA. Child Soldiers. Verkkodokumentti. <http://www.amnestyusa.org/children/child-soldiers>. [Luettu 23.8.2010]

Arvonen A, Katva L & Nurminen A (2010). Maahanmuuttajien oppimisvaikeuksien tunnistaminen. Opetus 2000, PS-kustannus.

Asetus kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen vastaisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta 29.09.1989 / 60/1989. Verkkodokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1989/19890060>. [Luettu 19.4.2010]

Berry J.W (1991). Refugee adaptation in settlement countries: an overview with an emphasis on primary prevention. Kirjassa: Ahearn FL, Athey JL, toim. Refugee children: theory, research and services. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, s. 20-38.

Cantor-Graae E. & Selten J-P (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162, s. 12-24.

Child soldiers, Global report 2008. Coalition to stop the use of child soldiers. Verkkodokumentti. [www.child-soldiers.org](http://www.child-soldiers.org) [Luettu 23.8.2010]

Daud A, Skoglund E & Rydelius P-A. (2005). Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *International Journal of Social Welfare* 2005: 14:23-32.

Fazel M, Wheeler J & Danesh J (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365, s. 1309-1314.

Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma 19.10.2006, s. 34-35.

Helander R & Mikkonen A (2002) Ikävä äitiä... Ilman huoltajaa tulleet pakolaislapset Suomessa, Väestöliitto, Väestötutkimuslaitos E 13/2002, Helsinki.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>. [Luettu 10.6.2010]

Huttunen, M. (2010) Maahanmuuttajalapsi ja koululääkäri. Teoksessa Pakaslahti A. & Huttunen M (toim.), Kulttuurit ja lääketiede, Duodecim 2010, Helsinki.

Jaffe, P.G. & Geffner R(1998). Child custody disputes and domestic violence: critical issues for mental health, social service and legal professionals. Teoksessa Holden, G. W. & R. Geffner & E.N. Jouriles (toim.) Children exposed to marital violence. Theory, research and applied issues.

Kansallisen ihmiskaupparaportoinnin kertomus 2010. Ihmiskauppa ja siihen liittyvät ilmiöt sekä ihmiskaupan uhrien oikeuksien toteutuminen Suomessa. Julkaisusarja 7. Vähemmistövaltuutettu, Helsinki 2010.

Kempainen L (2001). Family Predictors of severe mental disorders and criminality in the northern Finland 1966 birth cohort. Väitöskirja, Oulun yliopisto, Oulu.

Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta 9.4.1999/493 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990493>. [Luettu 13.4.2010]

Lenkkeri L- M & Nguyen J (2006). Kriko. Kriisistä kotoutumiseen - Lapsilähtöinen maahanmuuttajatyöprojekti, loppuraportti. Julkaisematon lähde.

Lonigan, C.J, Shannon M.P, Finch A.J, Daugherty T.K & Taylor C.M (1991). Children's reactions to a natural disaster: Symptom severity and degree of exposure. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 13, s. 135-154.

Lustig S.L, Kia-Keating M, Knight W.G, Geltman P, Ellis H, Kinzie J.D, Keane & Saxe G.N(2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 4, s. 24-36.

Maahanmuuttovirasto. Turvapaikka ja pakolaistilastot. <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?article=3127>. [Luettu 24.5.2010]

March, J. S & Amaya-Jackson L (1993). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents PTSD Research Quarterly. Vol 4:4. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, Duke University Medical Center.

Mikkonen A, Martiskainen T & Åberg L (2002). Yksin Suomessa. Ilman huoltajaa tulleiden asema kansainvälisten suositusten valossa. Lastensuojelun keskusliitto.

Montgomery E (2010). Trauma and resilience in young refugees: A 9-year follow-up study. *Development and Psychopathology* 22, s. 477-489.

Nielsen S.S, Norredam M, Christiansen K.L, Obel C, Hilden J & Krasnik A (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark. The effect of length of stay and number of relocations: a cross sectional study. *BMC Public Health*, 8, s. 293

Ogawa J.R, Scroufe L.A, Winfield N.S, Carlson E.A & Egeland B(1997). Development and the fragmented self; Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, s. 855-879.

Parsons A (2010). Lapsen edun toteutuminen turvapaikanhakija- ja pakolaislapsia koskevissa päätöksissä. Vähemmistövaltuutettu, kansallinen ihmiskaupparaporttija. Painoyhtymä Oy, Porvoo.

Petterson P (2003). Lapsi matkalla eheämmäksi ja elävämmäksi. Teoksessa *Matkalla eheäksi ja eläväksi*, Traumaterapiakeskuksen loppuraportti. Traumaterapiakeskus, Oulu.

Pirinen I (2008). Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä. Väitöskirja, Tampereen yliopisto.

Punamäki R (2005). Kiintymyssuhteen ja traumaattisen kokemuksen yhteys. Teoksessa Sinkkonen J & Kalland M (toim.) *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. WSOY, Helsinki.

Rauta, A (2005). Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Ruuskanen H (2007). Kidutetun kipu, *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 123(4), s. 486-492

Saigh P.A (1991). The development of posttraumatic stress disorder following four different types of traumatization. *Behaviour Research and Therapy*, 29, s. 213-216.

Saraneva K (2003). Trauma ja pakolaisuus, psykoanalyttinen käsitys traumasta ja sen hoidosta pakolais- ja siirtolaiskohtaloissa. Teoksessa Haaramo S & Palonen K (toim.) Trauman monet kasvot, psyykkinen trauma sisäisenä kokemuksena. Therapeia-säätiö, RT-Print.

Serenius M (2003). Muistin taistelu unohdusta vastaan. Suomalaisten sotilasten näkemyksiä lapsuuden erokokemusten vaikutuksista. Teoksessa Haaramo S & Palonen K (toim.) Trauman monet kasvot, psyykkinen trauma sisäisenä kokemuksena. Therapeia-säätiö, RT-Print.

Sluzki C. E (2001). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. Teoksessa Hegemann, T & Salman R (Hg) Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie Verlag, Bonn.

Sourander A (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee children. *Child Abuse & Neglect*, 22, s. 719-27.

Sourander A (2003). Refugee families during asylum seeking. *Nordic Journal of Psychiatry* 57, s. 203-7.

Sourander A(2007). Turvapaikkaa hakevien pakolaislasten ja -nuorten mielenterveys. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2007; 123 (4), s. 479-485.

Uusijärvi A (2003). Miten Helsingissä hoidetaan maahanmuuttajataustaisten lasten mielenterveyttä? Selvitys maahanmuuttajataustaisten lasten mielenterveystilanteesta ja palvelujärjestelmän kehittämissaasteista, Helsingin kaupunki. Sosiaalivirasto. Terveysvirasto; Mielenterveysprojekti 31.10.2003.

Valtioneuvoston selonteko Suomen ihmisoikeuspolitiikasta 2009. Verkkodokumentti. <http://formin.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=34787>. [Luettu 23.4.2010]

Van der Veer G. (1998). *Counselling and Therapy with Refugees and Victims of Trauma. Psychological Problems of Victims of War, Torture and Repression*, Second Edition, John Wiley & sons.

Varis A (2001). Psycho-Social Rehabilitation and Reintegration of Ex-Child Soldiers. E.M.A. in Human Rights and Democratisation. University of Padova. Julkaisematon lähde.

Veling M.D, Susser E, van Os J, Mackenbach J.P, Selten J-P & Hoek H. W(2008). Ethnic Density of Neighborhoods and Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 165, s. 66-73.

YK:n yleissopimus lapsen oikeuksista. Suomen Unicef. Verkkodokumentti. [http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/LOS\\_A5fi.pdf](http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/LOS_A5fi.pdf). [Luettu 26.3.2010]



# LIITTEET

## Liite 1: Selvitystyötä varten kuullut tahot

### Puhelinhaastattelut:

Espoon ryhmä ja perheryhmäkoti, Kivenlahti

Helsingin vastaanottokeskus

Hämeenlinnan maahanmuuttajapalvelut

Joutsenon vastaanottokeskus

Jyväskylän maahanmuuttajapalvelut

Kontiolahden vastaanottokeskus Oy

Kotkan maahanmuuttajapalvelut

Kotkan vastaanottokeskus, ryhmäkoti ja tukiasunnot

Lahden kaupungin maahanmuuttajapalvelut

Länsi-Uudenmaan maahanmuuttajatoimisto, Raasepori

Maalahden kunta

Mikkelin maahanmuuttotoimisto

Mänttä-Vilppulan ryhmä ja perheryhmäkoti

Oravaisten vastaanottokeskus, ryhmä ja perheryhmäkoti

Oulun maahanmuuttajapalvelut

Parikkala-Särkisalmi Alaikäisten turvapaikanhakijoiden tukiasumisyksikkö

Porin maahanmuuttajapalvelut

Porvoon maahanmuuttajapalvelut

Raision aikuissosiaalityö

Ruukin vastaanottokeskus

Savonlinnan kaupunki, pakolaissihteeri

SPR Lammin vastaanottokeskus, Ruoveden ja Lammin yksiköt

SPR Rovaniemen vastaanottokeskus, tukiasunnot

SPR Turun vastaanottokeskus, Pansion ryhmäkoti ja tukiasunnot

Suomen mielenterveysseura, SOS kriisikeskus, Ulkomaalaisten kriisipalvelu

Tampereen kaupunki, Psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille

Turun ulkomaalaistoimisto

### **Henkilökohtaiset tapaamiset:**

Ehjä ry, Helsinki

Toiminnanjohtaja Kai Laitinen

Vastaava ohjaaja Maarit Tuovinen

Ohjaaja Nora Witäns

Ohjaaja Pirjo Nykänen

Espoon maahanmuuttajapalvelut

Psykiatrinen sairaanhoitaja Inga Ahtokari

Johtava sosiaalityöntekijä Anne Niittyä

Sosiaalityöntekijä Aino-Mari Kairamo

Sosiaalityöntekijä Jenni Lemercier

Espoon ryhmä ja perheryhmäkoti

Sosiaaliohjaaja Hanna Käkönen

Terveysterapeutti Pirjo Ainasoja

Sosiaalityöntekijä Riitta Moghaddam

Helsingin Diakoniaopisto

Psykologi Anne Nurminen

Toimintaterapeutti Liisa Katva

Koulutuspäällikkö Anne Salmela

Kuraattori Sanna Järvi

Helsingin Diakonissalaitos

Kidutettujen kuntoutuskeskus

Psykiatrian erikoislääkäri Rea Laakso

Psykiatrian erikoislääkäri Tuula Quarshie

Helsingin Diakonissalaitoksen

Lapsi ja perhetyön palvelualue

Psykologi Timo Pasanen

Psykologi Marja Blatter-Pohja

Psykologi Kaisa Lumijärvi

Psykologi Jarmo Könönen

Helsingin kaupunki

Monikulttuurista oppilashuoltotyötä konsultoiva psykologi

Sirkka Vilen

Helsingin kaupunki  
Oppilashuollon pedagogiset yhteyshenkilöt, konsultoivat tulkit  
Opettaja ja koulunkäyntiavustaja Taffesse Shimeless  
Opettaja Irina Slioor  
Opettaja Hamdi Abdalla  
Opettaja Hawa Aalto  
Opettaja Mohamed Warsame  
Kieli ja kulttuuriryhmien opetuskonsultti Sari Korkalainen

Helsingin kaupunki  
Sosiaalivirasto  
Maahanmuuttoyksikkö  
Psykologi Jari Meskanen

Helsingin kaupunki  
Sosiaalivirasto  
Perheneuvola, Moniku-työryhmä  
aluepäällikkö Sirpa Salonen  
johtava sosiaalityöntekijä Heli Hakanen  
johtava psykologi Raija Mönkkönen  
kehittämiskonsultti Merja Svensk  
lakimies Ann-Mari Lahtinen

Kanava nuoriso ry  
Yhteyshenkilö Mohamed Mukhtar Abdi

Lakiasiantomisto Hytinantti Oy  
Varatuomari Kirsi Hytinantti

Lounais-Suomen mielenterveysseuran Turun kriisikeskus  
Maahanmuuttajien kriisipalvelut  
psykologi Stephen Lord

Metsälän vastaanottokeskuksen henkilökunta, Helsinki  
(vierailu Kidutettujen kuntoutuskeskuksessa 2.6.2010)

Pakolaisneuvonta, Helsinki  
Lakimies Sampo Löf-Rezessy

Parikkala-Särkisalmi, Alaikäisten turvapaikanhakijoiden tukiasumisyksikkö  
Vs. johtaja Sirpa Hirvonen  
Sosiaalityöntekijä Anna Hälvä  
Sosiaaliohjaaja Elina Tiihonen

SPR Siuntion ryhmäkoti ja tukiasunnot  
Sairaanhoitaja Najmaldin Sharifi

SPR Turun vastaanottokeskus, Pansion ryhmäkoti  
Pakolaisohjaaja Tii Miettinen  
Pakolaisohjaaja Janne Toivonen

Traumaterapiakeskus, Helsinki  
Psykologi, traumapsykoterapeutti Paula Petterson

Vantaan kaupunki  
Maahanmuuttajien yhteispalvelutoimisto  
Terveystoimittaja Hannele Rauha  
Terveystoimittaja Fazile Nuri

Vantaan sivistysvirasto  
Kieli- ja kulttuuriryhmien konsultoiva koulupsykologi Elise Sailas

Väestöliitto  
Monikulttuurisuuden asiantuntija Anna Mikkonen

Yhteiset Lapsemme – All Our Children ry  
Yksintulleet-projekti  
Projektipäällikkö Henna Mustonen  
Psykososiaalinen asiantuntija Salli Alanko

### **Sähköpostikyselyt:**

Alaikäisten turvapaikanhakijoiden edustajat

Helsingin ja Vantaan perusasteen oppilashuollon toimijat

Helsingin, Vantaan, Espoon, Tampereen ja Turun perheneuvolat

Lasten ja nuorisopsykiatrian ylilääkärit seuraavissa sairaanhoitopiireissä:

Helsinki-Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Kainuun sairaanhoitopiiri

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Kymenlaakson sairaanhoitopiiri

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Vaasan sairaanhoitopiiri

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

## **Liite 2: Alaikäisyksiköiden yhteystiedot**

### **Espoon ryhmä- ja perheryhmäkoti, Kivenlahden perheryhmäkoti**

PL 32220  
02070 ESPOON KAUPUNKI  
Puh. päivystys 09 8164 8991  
[www.espoo.fi](http://www.espoo.fi)

### **Espoon ryhmä- ja perheryhmäkoti, Ryhmäkoti Ingas**

PL 74203  
02070 ESPOON KAUPUNKI  
Puh. päivystys 09 8165 0480  
[www.espoo.fi](http://www.espoo.fi)

### **Espoon ryhmä- ja perheryhmäkoti, Siltatalon tukiasumisen yksikkö**

PL 77216  
02070 ESPOON KAUPUNKI  
Puh. päivystys 09 8168 3576  
[www.espoo.fi](http://www.espoo.fi)

### **Härmälän ryhmä- ja perheryhmäkoti**

Nuolialantie 48 C  
33900 TAMPERE  
Puh. päivystys 040 800 4148  
[www.tampere.fi](http://www.tampere.fi)

### **Kontiolahden vastaanottokeskus Oy, Perheryhmäkoti Lukkarila**

Paiholantie 45 B  
80850 PAIHOLA  
Puh. päivystys 040 196 4673

### **Kontiolahden vastaanottokeskus Oy, Ryhmäkoti Parkki**

Ristisaarentie 9  
80710 LEHMO  
Puh. päivystys 040 514 8674

### **Kontiolahden vastaanottokeskus Oy, Ryhmäkoti Tukarila**

Ylätalo: Paiholantie 45 A / Alatalo: Niemenkartanontie 2 B  
80850 PAIHOLA  
Puh. päivystys 040 196 4677

### **Kontiolahden vastaanottokeskus Oy, Nutukka 2 -hankkeen tukiasumisyksikkö Tuikku**

Kylänlahdentie 81  
81820 KYLÄNLAHTI  
Puh. 040 576 6186

### **Kotkan vastaanottokeskus, Koivulan ryhmäkoti**

Jokipolku 1  
48710 KOTKA  
Puh. 05 234 5581

**Kotkan vastaanottokeskus, Laajakosken ryhmäkoti**

Laajakoskentie 512  
48750 KOTKA  
Puh. päivystys 05 260 0751

**Lammin vastaanottokeskus, tukiasumisyksikkö (SPR)**

Ronnin rantakuja 2  
16980 RONNI  
Puh. päivystys 040 197 6074

**Mänttä-Vilppula, ryhmä- ja perheryhmäkoti**

Sairaalanatie 168 rak. 3  
35820 MÄNTTÄ  
Puh. 03 474 9470  
[www.siivetlapselle.fi](http://www.siivetlapselle.fi)

**Oravaisten ryhmä- ja perheryhmäkodit ja tukiasumisyksikkö**

Masuunintie 98  
66800 ORAVAINEN  
Puh. päivystys 0500 272 889  
[www.oravais.fi](http://www.oravais.fi)

**Oravaisten vastaanottokeskus, Villa Miranda, Pietarsaaren ryhmä- ja perheryhmäkodit**

Runeberginkatu 11  
68600 PIETARSAARI  
Puh. päivystys 050 582 3524

**Oulun vastaanottokeskus, Pudasjärven tukiasumisyksikkö**

Rimmintie 15  
93100 PUDASJÄRVI  
Puh. päivystys 071 876 3163

**Oulun vastaanottokeskus, ryhmäkoti**

Heikinharjuntie 66  
90630 OULU  
Puh. päivystys 071 876 0401

**Parikkalan alaikäisten turvapaikanhakijoiden tukiasumisyksikkö**

Maataloustie 33  
59310 SÄRKISALMI  
Puh. 040 518 4784

**Rovaniemen vastaanottokeskus, tukiasunnot (SPR)**

Laajakaista 4 M  
96460 ROVANIEMI  
Puh. päivystys 0400 479 975

**Siuntion ryhmäkoti ja tukiasuntoyksikkö (SPR)**

Harjulinna 17, Suitia  
02570 SIUNTIO KK  
Puh. päivystys 0400 723 408

**Turun ensi- ja turvakoti ry / perheryhmäkoti**

Luolavuorentie 7

20810 TURKU

Puh. 02 513 4100, perheryhmäkoti 02 513 4121

[www.turunensi-jaturvakotiry.fi](http://www.turunensi-jaturvakotiry.fi)

**Turun vastaanottokeskus, Pansion ryhmäkoti (SPR)**

Valmetinkatu 10

20240 TURKU

Puh. 02 2764 131

**Turun vastaanottokeskus, Punkalaitumen ryhmäkoti, tukiasunnot (SPR)**

Kostilantie 301

31900 PUNKALAUDUN

Puh. 0400 583 562

**Turun vastaanottokeskus, tukiasunnot (SPR)**

Metallikatu 10

20240 TURKU

Puh. 0400 919 512

**Vanhamäen ryhmä- ja perheryhmäkoti**

Vanhamäentie 122

77600 SUONENJOKI

Puh. päivystys 050 547 9047

Lähde:[www.migri.fi](http://www.migri.fi)

## Liite 3: Vastaanottokeskusten yhteystiedot

### Helsingin vastaanottokeskus

PL 58850  
00099 HELSINGIN KAUPUNKI  
Puh. 09 3104 2900

### Helsingin vastaanottokeskus

Kallion toimipiste  
Kaarlenkatu 7  
00530 HELSINKI  
Puh. 09 466 44/ vastaanotto 24

### Joutsenon vastaanottokeskus

Tiurunientie 250  
55330 TIURUNIEMI  
Puh. 07187 63170

### Kajaanin vastaanottokeskus

Lönnotinkatu 3, II krs  
87100 KAJAANI  
Puh. 08 6155 2760

### Kontiolahden vastaanottokeskus Oy

Kämppe  
Sairaالاتie 6  
80850 PAIHOLA  
Puh. 0400 980 820

### Kotkan vastaanottokeskus

Sammonkatu 17  
48600 KARHULA  
Puh. 05 234 5860

### Metsälän vastaanottokeskus

PL 62860  
00099 HELSINGIN KAUPUNKI  
Puh. 09 3104 2770

### Oravaisten vastaanottokeskus

Masuunintie 98  
66800 ORAVAINEN  
Puh. 06 385 1100

### Oravaisten vastaanottokeskus

Pietarsaaren toimipiste  
Runeberginkatu 11  
68600 PIETARSAARI  
Puh. 0500 266 057



**Oulun vastaanottokeskus**

Heikinharjuntie 66  
90630 OULU  
Puh. 071 87 63100

**SPR Kontioniemen vastaanottokeskus**

Kontionimentie 62  
80780 KONTIONIEMI  
Puh. 040 181 0925

**SPR Kristiinankaupungin vastaanottokeskus**

Lapväärtintie 163 C  
64100 KRISTIINANKAUPUNKI  
Puh. 040 195 3610

**SPR Lammin vastaanottokeskus**

Rantatie 2  
16980 LAMMI  
Puh. 040 197 6074

**SPR Lammin vastaanottokeskus**

Ruoveden toimipiste  
Pöytäniementie 156  
34600 RUOVESI  
Puh. 040 194 8375

**SPR Rovaniemen vastaanottokeskus**

Vaaranlaita 2 B 6  
96400 ROVANIEMI  
Puh. 016 365 701

**SPR Rovaniemen vastaanottokeskus**

Kemin toimipiste  
Oklaholmankatu 24 H  
97400 KEMI  
Puh. 040 480 6084

**SPR Ruukin vastaanottokeskus**

Tuomiojantie 513  
92400 RUUKKI  
Puh. 08 2707 501

**SPR Siuntion vastaanottokeskus**

Harjulinna 17, Suitia  
02570 SIUNTIO KK  
Puh. 0400 724 408

**SPR Siuntion vastaanottokeskus**

Suomusjärven toimipiste  
Karjalohjantie 8  
25410 SUOMUSJÄRVI  
Puh. 0400 728 723

**SPR Turun vastaanottokeskus**

Metallikatu 6  
20240 TURKU  
Puh. 02 276 4111

**SPR Turun vastaanottokeskus**

Punkalaitumen toimipiste  
Koistilantie 301  
31900 PUNKAL Aidun  
Puh. 0400 986 390

**Vaasan vastaanottokeskus**

Kauppapuistikko 20 A  
65100 VAASA  
Puh. 06 325 2920

Lähde: Sisäasiainministeriö 30.6.2009.

**Liite 4: Suomeen saapuneiden kiintiöpakolaisten  
sijoituspaikkakunnat vuonna 2009 (29 kpl)**

<b>kunta</b>	<b>määrä</b>
ESPOO	24
HELSINKI	11
HÄMEENLINNA	7
JYVÄSKYLÄ	68
KAJAANI	44
KEMI	34
KOKKOLA	29
KORSNÄS	7
KOTKA	31
KOUVOLA	26
KUOPIO	27
LAHTI	21
MAALAHTI	13
MIKKELI	38
NOKIA	6
OULU	1
PIRKKALA	10
PORI	26
PORVOO	24
PUNKALOIDUN	4
RAASEPORI	10
RAISIO	11
ROVANIEMI	74
SAVONLINNA	17
SEINÄJOKI	22
TAMPERE	42
TORNIO	25
VAASA	53
VANTAA	18
	723

Lähde: Sisäasiainministeriö, maahanmuutto-osasto.

## Liite 5: Yleisiä trauman jälkeisiä oireita ja traumatisoitumiseen kytkeytyviä muita ongelmia lapsilla ja nuorilla

- Itkuisuus, kiukkuisuus, uhmakkuus
- kieltäytyy nukkumasta yksin
- painajaiset, pahat unet
- pelokkuus ilman näkyvää syytä
- huolestuneisuus
- ahdistuneisuus (eroahdistus, paniikkihäiriö ja yleistynyt ahdistuneisuus)
- masentuneisuus
- itsetuhoisuus
- surullisuus, vetäytyminen, eristäytyminen
- luottamisen vaikeus
- ei halua olla yksin; takertuu aikuisiin
- kärsimättömyys; turhautuu nopeasti
- ylivilkkaus ja tarkkaavaisuushäiriöt
- aggressiivisuus, kiukunpuuskat, raivokohtaukset
- seksuaalisesti hyökkäävä käytös (mm. seksuaalisesti hyväksikäytetyt)
- selittämättömät kivut ja säryt; ruumiillisten sairauksien paheneminen
- säpsähtely, säikähtely
- taantuminen (lapsi käyttäytyy lapsellisemmin kuin ennen traumaa)
- traumaa muistuttavat leikit, pelit, piirustukset, tarinat
- puhuu jatkuvasti traumasta
- välttelee traumasta puhumista (myös kysyttäessä)
- pelkää ja ahdistuu traumaan liittyvistä asioista, esineistä ja tapahtumista
- huono itsetunto
- koulu- ja ihmissuhdevaikeudet (perhe, kaverit)
- tunne merkityksi tulemisesta
- päihdeongelmat









Helsingin Diakonissalaitos  
Alppikatu 2  
00530 Helsinki  
Puhelin (09) 77 501



Euroopan pakolaisrahasto  
osallistuu hankkeen rahoittamiseen