Turvallista liikettä rajapinnoilla

Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoito

Timo Pasanen, Kati Katajamäki, Sinikka Martikainen, Maarit Valkonen ja Leena Leppänen (toim.)

Turvallista liikettä rajapinnoilla

Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoito

Timo Pasanen, Kati Katajamäki, Sinikka Martikainen, Maarit Valkonen ja Leena Leppänen (toim.)

HELSINGIN DIAKONISSALAITOS

Sisällys

Alkusanat ja kiitokset 5

1 Johdanto 6
Helsingin Diakonissalaitoksen integroivien lastensuojelupalveluiden taustaa 6
Intensiivihoitomallin kehittämisen kolme vuosikymmentä 1986–2016 12
Sosiaali- ja terveydenhuollon integroitumisen haasteista lastensuojelussa 16

2 Helsingin Diakonissalaitoksen Lapsi- ja perhepalvelut 24
Lasten ja nuorten intensiivihoito 25
Lasten ja nuorten laitoshoito 34
Perhehoito 36
Perhekuntoutus 37

3 Lasten ja nuorten intensiivihoidon erityispiirteitä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa 38
Intensiivihoidon sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöllisistä puitteista ja rajapinnoista 38
Intensiivihoidon terapeuttisen yhteisön johtamisrakenteiden ja -kulttuurin merkityksestä 44
Vastuulääkäri intensiivihoidossa 47

4 Osastohoito hoidollisen yhteisön perusta 48
Osastohoito integroivana moniammatillisena työskentelynä 48
Nuoruusikäisen kehityksestä ja auttavasta ympäristöstä intensiivihoidossa 58
Nuorten hoidon erityispiirteitä 60
Omahoitajakoulutus 63
Kokemuksia omahoitajakoulutuksesta 64
Terapeuttinen omahoitajasuhde moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta 65
”Jokainen hoitosuhde on ainutlaatuinen” – terapeuttinen omahoitajuus 69
Arvokkaita kohtaamisia intensiivihoidossa 71
Toiminnallisuuden elämykselliset vuosikymmenet, 1974–2014 Pitäjänmäen lastensuojelussa 74

5 Moniammatillinen työ osana hoidollista yhteisöä 78
Lasten- ja nuorisopsykiatrinen työ intensiivihoidossa 78
Psykoterapeuttisen työskentelyn mahdollisuuksista hoitoyhteisössä 85
Kuvataideterapian merkitys lapsen ihmissuhteiden jatkuvuuden tukena 88
Neurokognitiivinen lähestymistapa intensiivihoidossa 94
Toimintaterapeuttinen lähestymistapa intensiivihoidossa 98
Theraplay-terapian käyttö lastensuojelussa: kiintymyssuhteen ja vuorovaikutuksen syventäminen 102
Viittomakielisten ja heikkokuuloisten lasten intensiivihoito 106
Multisysteeminen perhetyö 111
Vanhempien vertaisryhmät 116
Hyvä, hienosti menee: positiivisen psykologian mahdollisuudet intensiivihoidossa 119
Moniammatillisen yhteistyön mahdollisuudet ja haasteet 125

6 Koulu ja kansalaistoiminta yhteistyökumppaneina 142
Koulu osastohoidon kuntoutuskumppanina 142
Kansalaistoiminnan mahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden täydentäjänä, SoTeKa-integraatio 148

7 Erilaisia hoitopolkuja intensiivihoidossa 154

8 Näkökulmia intensiivihoitoon 168
Moniammatillisen asiantuntijaorganisaation johtaminen 168
Intensiivihoidon taloudellisuus muihin palveluihin verrattuna 172
Intensiivihoidon tulevaisuudesta 176

9 Intensiivihoito tutkimuksen näkökulmasta 178
Lasten, nuorten ja perheiden kokemuksia intensiivihoidosta 178
Tutkimuksen näkökulma sijoitetuilla lapsilla esiintyviin laaja-alaisiin häiriöihin 184
Laaja-alaisten häiriömuotojen diagnostiikan ja hoidon erityispiirteitä 194

10 Kokoavia huomioita lastensuojelun ja terveydenhuollon integroivien palveluiden kehittämisen tarpeista ja tulevaisuuden visioista 204
Palveluiden integraation haasteet 205
Ylisukupolviset syrjäytymiskierteet 208
Lasten ja nuorten kehityksen tukeminen 210
Neuropsykiatrinen ja neurokognitiivinen näkökulma sijaishuollossa 212
Koulun erityinen merkitys integroidussa hoitoprosessissa 214
Perhetyön ja vanhempainryhmien merkityksestä lapsen ja nuoren sijaishuollossa 215
Syrjäytymisestä voimaantumiseen, kasvuun, hyvään selviytymiseen ja elinikäiseen uudistumiseen 217

Kirjoittajat 219

Alkusanat ja kiitokset

Sote-keskustelun ja hallituksen kärkihankkeen Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman virittäminä innostuimme keräämään yhteen kokemuksiamme ja tutkimuksiamme Helsingin Diakonissalaitoksen Lapsi- ja perhepalveluissa pitkään jatkuneesta sosiaali- ja terveydenhuollon integroivasta työskentelytavasta ja intensiivihoitomallista. Olemme keränneet eri näkökulmista tietoa intensiivihoidossa tehdystä työstä ja kirjoittajia on suuri joukko. Kiitämme kaikkia kirjoittajia, jotka oman työnsä ohella ennättivät paneutua aiheeseen. Haluamme kiittää suuresti koko Lapsi- ja perhepalveluiden henkilökuntaa ja Helsingin Diakonissalaitoksen muita työntekijöitä sekä kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyökumppaneitamme. Kirjan kuvat on tehnyt meidän oma kuvataiteilijamme Heli Kemiläinen ja graafisesta taitosta vastaa Hilkka Hyvärinen. Prosessin eteenpäin viemisen kannalta suureksi avuksi ovat olleet viestintäpäällikkö Markku Niskanen ja johdon assistentti Eija Pekkarinen. Lopulta suurin kiitos kuuluu kaikille näiden monien vuosien aikana yhteistä matkaa tehneille lapsille, nuorille ja perheille.

1. Johdanto

Helsingin Diakonissalaitoksen integroivien lastensuojelupalveluiden taustaa

Helsingin Diakonissalaitoksella on yli vuosisadan jatkunut, monivaiheinen historia lastensuojelupalveluiden tuottamisesta pääkaupunkiseudulla (1). Yhteiskunnallisten ja lastensuojelukentän murrosten myötä asiakaskunta on muuttunut useaan kertaan ja sen myötä lastensuojelutyön Helsingin Diakonissalaitoksella on täytynyt löytää uusia muotoja. Yksi selvä murroskohta tapahtui, kun perhetyö lastensuojeluun liittyvänä työmuotona alkoi kehittyä vuoden 1984 alussa voimaan astuneen uuden lastensuojelulain hengen mukaisesti. Sen myötä lastensuojelun asiakastyössä perheen tukeminen sai suuremman painoarvon ja samalla säilyttävästä lastenkotiperinteestä alettiin siirtyä hoidollisempaan suuntaan. Tässä murrosvaiheessa Helsingin Diakonissalaitoksen lastenhuollon erityisyksikkö Notkolassa alettiin vuonna 1986 kehittää hoitoa psykiatrista hoitoa saaneille lapsille ja nuorille, sekä heidän perheilleen. Yksikössä asetettiin tavoitteeksi sairaalan jatkohoitopaik-

kana toimiminen, vaikka täsmälliset työmenetelmät ja mallit vielä puuttuivat. Toiminnan kehittämisen alkupuolelta saakka yhteistyö sairaaloiden kanssa on ollut tiivistä:

> *"Yhteistyö Helsingissä toimivien psykiatristen yksiköiden kanssa oli verrattoman hyvä. Psykiatristen sairaaloiden piirissä oli pitkään odotettu, että tällainen paikka perustettaisiin. Kun havaittiin, että Notkola vastasi odotuksiin, psykiatrinen puoli tuki Notkolan toimintaa parhaalla mahdollisella tavalla."(2)*

Osastohoidon rinnalle otettiin jo alkuvaiheessa käyttöön myös kokoperheen perhepaikat. Ensimmäisten toimintavuosien aikana yksikkö saavutti lasten ja perheiden luottamuksen, mikä mahdollisti tavoitteellisen ja pitkäjänteisen työskentelyn. Erityisyksikön rakenne ja hoito kehittyivät vähitellen tavoitteen suuntaisiksi tiiviissä yhteistyössä lastenpsykiatristen sairaaloiden kanssa (1).

Kehitystyön tueksi käynnistyi vuoden 1998 alussa Ray-rahoitteinen lastensuojelutyön kehittämisprojekti ja intensiivihoitomallin alku voidaan sijoittaa vuoteen 1999, jolloin intensiivihoitomallin tuotekuvaus valmistui. Kehittämisestä vastasivat Notkolan erityisyksikön silloinen esimies Kati Pajamäki, joka myöhemmin toimi intensiivihoidon johtajana sekä lasten- ja nuorisopsykiatri Jukka Huikuri ja psykologi Timo Pasanen. Kehittämisprojektin ohjausryhmässä olivat mukana diakoniajohtaja Paavo Voutilainen (pj), Helsingin, Vantaan ja Espoon lastensuojelujohtajat Pirjo Rissanen, Anne Kaatra ja Merja Nikitin sekä lastenpsykiatri Merja-Maaria Turunen ja kehitysjohtaja Hanna Laurila. Projektin tuomien resurssien myötä intensiivihoidon sisältöä syvennettiin ja sille luotiin suunnitelmallinen rakenne. Terveyden- ja sosiaalihuollon välimaastoon sijoittuvien palvelujen kehittäminen edellytti henkilökunnalta muutosta ajattelutapaan lastensuojelutyöstä (3). Kouluttautumisen kautta hoitoprosessin kasvatuksellisen näkökulman rinnalle tuotiin psykiatrista tietoa ja alettiin kiinnittää systemaattisemmin huomiota mm. neuropsykiatrisiin ilmiöihin. Intensiivisen hoitoprosessin tavoitteeksi asetettiin kokonaisvaltainen muutos lapsen elämässä ja koko perheen tilanteessa. Kuntouttavan hoidon perustana oli kasvatuksellisen lähtökohdan ja psykiatrisen hoidon yhdistäminen samaan, turvallisesti rajattuun, kasvuympäristöön. Sen myötä hoitomalli mahdollisti lasten hoidon sairaalajaksoa pidemmässä, perinteistä lastenkotihoitoa tehostetummassa yhteisössä ja samalla vältyttiin lapsen siirtelemiseltä hoitopaikasta toiseen. Psykodynaamisen ja systeemisen ajattelutavan mukaisesti lapsen kehityksen nähtiin liittyvän tiiviisti perheen suhteisiin ja dynamiikkaan, joten lasten hoidon rinnalla kehitettiin jatkuvasti terapeuttista, vuorovaikutusilmiöitä tutkivaa työskentelyä perheiden kanssa (3).

Lapsi- ja perhepalveluiden moniammatillisen yhteisön kehittyminen on ollut pitkä prosessi ja sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien työn integroituminen osaksi osastohoidon kollektiivista asiantuntijuutta on toteutunut monessa eri vaiheessa. Terveyden- ja sosiaalihuollon rajapinnan ylittävää liikehdintää on tapahtunut molempiin suuntiin. Pitäjänmäen lastenhuoltotyön juuret painottuvat terveydenhuoltoon, kun vuonna 1912 tuberkuloosilasten hoitokoti aloitti toimintansa Pitäjänmäessä. Mäntyrinteen lastenkoti aloitti

toimintansa vuonna 1964 (4). Pitäjänmäen toiminnan painopiste alkoi 1960-luvun lopulla siirtyä sosiaalityön suuntaan. Vuonna 1970 lastenkodissa toimi hoitohenkilökunnan tukena jo useamman eri ammattiryhmän edustajia. Niin kutsuttuun ”toimiston väkeen” kuuluivat lastenkodin johtaja Leila Mäkipentti, apulaisjohtaja ja sairaanhoitaja Eeva-Liisa Oinas, sosiaalityöntekijä Eija Wikman, psykologi Tuula Wallenius ja toimistonhoitaja Maj-Lis Stén (1).

”Apulaisjohtajan toimenkuva laadittiin terveydenhoitopainotteiseksi. Hänen tehtävänään oli vastata yhdessä lastenkodin lääkärin tohtori Irja Salmen kanssa lasten terveyden- ja sairaanhoidosta. Vuoden 1969 lopulla lastenkotiin oli perustettu myös sosiaalityöntekijän toimi (5).”

Sosiaalityön näkökulman vahvistuessa terveydenhuollon päätösten rinnalla alettiin kirjata kokonaisvaltaisemmin myös lapsen hoidon psykososiaalisesta puolesta.

”Vasta vuonna 1970, kun lastenkoti sai kesällä ensimmäisen osapäivätoimisen psykologin Tuula Walleniuksen, alkoivat psykologi ja sosiaalityöntekijä yhdessä laatia tapausneuvottelulomaketta. Koko ajattelu- ja työskentelytapa oli siihen asti ollut hyvin terveydenhoitopainotteinen (6).”

Moniammatillisuus vahvistui, kun vuonna 1974 Liisa Lindgren tuli sairaanhoitajaksi ja Jonna Lehtimäki toiminnallisuuden ohjaajaksi. Ensimmäinen ulkopuolinen työnohjaaja aloitti vuonna 1980 ja näihin aikoihin alkoivat myös säännölliset talon hoidolliset koulutustilaisuudet. Hoidon ja kasvatuksen sisältöjen kehittyessä lapsen hoidon jatkuvuutta tukevaan omahoitajajärjestelmään alettiin kiinnittää enemmän huomiota.

”Lapset kokivat yleensä vaikeana sen, että iltapäivällä koulussa tullessa oli vastassa eri työntekijä kuin aamulla kouluun lähdettäessä”...”Vuonna 1977 alettiin hoidon ja kasvatuksen sisältöön panostaa tietoisesti enemmän ja se toi mukanaan omahoitajajärjestelmän, jokaiselle lapselle nimettiin omahoitaja, jonka kanssa kaikki tärkeät asiat käytiin läpi ja jolla oli enemmän aikaa tälle lapselle (7).”

Vuonna 1986 käynnistyneen Notkolan osastohoidon kehittymisen ja erityisesti intensiivihoitoprojektin myötä vuodesta 1998 alkaen oli kyse tavoitteellisemmasta moniammatillisen lastensuojelutyön integraatiokehityksestä. Osastohoidon, sosiaalityöntekijän ja psykologien yhteistyön rinnalle alkoi tulla uusia ammattiryhmiä. Vuonna 1995 käynnistyi ensimmäinen kuvataideterapiaryhmä. Sittemmin tulivat lasten- ja nuorisopsykiatri, neuropsykologi, kuntouttava neuropsykologi, konsultoiva neurologi ja toimintaterapeutteja. Ensimmäisiä MIM -vuorovaikutusarviointeja tehtiin jo vuonna 1999 lastenpsykiatri Jukka Mäkelän ohjaamana. Osastohoitoon tiiviisti

integroituvan perheterapeuttisen työn juuret ovat 1990-luvun alussa Kati Pajamäen käynnistämässä Notkolan perhetyössä. Vuonna 2002 perheterapeuttien ja ryhmäterapeutin myötä alkoi systemaattinen perheterapiatyöskentely ja vuonna 2007 vanhempien vertaisryhmät.

Eri ammattiryhmien työ on aina kiinteästi sidoksissa osastotyöhön. Siten eri ammattiryhmien näkökulmien integroituminen on elänyt suhteessa intensiivihoidon eri osastojen kehityskaarien mukaan. Kun intensiivihoidon osastopaikkojen lukumäärä on kasvanut, myös eri ammattiryhmien osuus on laajentunut ja kun osastohoidon tarve on vähentynyt, myös ammattiryhmien määrä on supistunut. Yhteiskunnalliset muutokset, sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistuvat lyhyen ja pitkän tähtäimen taloudelliset paineet sekä tavoite lyhentää hoitojaksoja uhkaavat pitkäjänteistä sijaishuollon työskentelyä ja tämä on saatu kokea myös intensiivihoidossa viime vuosien aikana. Intensiivihoitomallin toiminnan jatkuvuutta turvaa osaltaan vuoden 2016 lopulla voimaantullut HUS-sopimus, joka kattaa terveydenhuollon kustannuksia. Toivoa sopii, että kehitteillä oleva sote-maakuntamallit ja uuden tyyppiset sosiaalisen investoinnin rahoitusmallit voisivat tuoda jatkuvuutta lastensuojelun erityispalveluiden toteuttamiseen. Monista tulevaisuuden uhkista huolimatta intensiivihoitomallin mukaisen integroivan työskentelytavan ovat kokeneet hyvänä enemmistö intensiivihoidossa olleista lapsista, nuorista ja perheistä sekä useat yhteistyöverkostojemme sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integroituminen on todettu varsin haasteelliseksi (8, 9, 10, 11). Seuraavissa kirjan luvuissa tuodaan esille lapsi- ja perhepalveluissa ja intensiivihoidossa tehdyn hoitotyön ja tutkimuksen kautta kertynyttä tietoa siitä, miten sosiaali- ja terveydenhuoltoa yhdistäviä palveluita voidaan toteuttaa asiakaslähtöisesti ja samalla kustannustehokkaasti siten, että eri hoitoprosessia ohjaavat teoreettiset viitekehykset ja hoitomenetelmät tulevat lapsen ja perheen arjessa integroiduksi. Jo 30 vuotta jatkuneen intensiivihoidon kehittämisen tuloksena on saatu paljon kokemusta niistä mahdollisuuksista ja haasteista, joita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integroimiseen liittyy. Intensiivihoidossa tehtyjen tutkimusten kautta on haettu objektiivisempaa näkökulmaa hoitoprosessin eri puoliin, kuten intensiivihoitoon valikoituvien lasten ja perheiden tilanteeseen, hoidon vaikuttavuuteen sekä lasten ja vanhempien kokemuksiin intensiivihoidosta. Intensiivihoidon kehittämisprojektin osana tehty väitöstutkimus

(3) toteutui professori lastenpsykiatri Seija Sandbergin ja professori Andre Souranderin ohjauksessa. Tutkimuksessa saatiin uutta tietoa lastensuojelulasten ja perheiden monin tavoin kuormittuneista tilanteista ja voimavaroista sekä ymmärrystä mm. lastensuojelulasten neurokognitiivisesta oireprofiilista, joka osaltaan käynnisti hoitomalliin integroidun neuropsykologisen työskentelyn ja tuki toimintaterapeuttisen työskentelyn aloittamista.

Lapsi- ja perhepalveluissa on kyetty auttamaan lapsia ja perheitä, jotka kärsivät monenlaisista päällekkäisistä ja yli sukupolvien kasautuneista neuropsykiatrisista ongelmista. Näiden lasten ja perheiden tarpeet on valtakunnallisesti hiljattain tiedostettu. Sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeessa (2015) Lapsi- ja perhepalveluiden osalta (12) nousee esiin kehitystavoitteita, jotka ovat hyvin samankaltaisia kuin Helsingin Diakonissalaitoksen lapsi- ja perhepalveluissa jo toteutetaan.

Näitä ovat muun muassa:

- erityistason palvelujen tarjoaminen lastensuojelussa
- moniammatillisuus ja integroiva työote terveys-, sosiaali- ja opetustoimen välillä
- asiakkaiden näkökulmasta palveluiden helppo saatavuus ja tiedon mutkaton kulku perheen ja asiantuntijoiden välillä.

Hallituksen kärkihankkeessa halutaan kehittää osaamis- ja tukikeskuksia, jotka toimivat vaativan, erityistä osaamista edellyttävän asiakastyön keskuksina. Juuri tätä osaamista ja asiantuntijuutta on Helsingin Diakonissalaitoksen lapsi- ja perhepalveluissa. Sen aikaansaaminen on vaatinut vuosien pitkäjänteistä sitoutunutta työskentelyä eri alojen asiantuntijoiden kesken. Hallituksen kärkihankkeessa halutaan todentaa tutkimuksin toiminnan kannattavuutta ja vaikuttavuutta, kuten lapsi- ja perhepalveluissa on vuosien ajan tehty.

Lastensuojelun, sosiaali- ja terveydenhuollon integroivien palveluiden kenttä on kehittymässä, eikä terveydenhuollon ammattilaisten asema lastensuojelupalveluissa ole vielä riittävän selkiytynyt lainsäädännön eikä kilpailutusten kannalta. Intensiivihoidon ainutlaatuisuutta on se, että siinä toimivat terveydenhuollon ammattilaiset kuuluvat lastensuojelun toimintaan omana terveydenhuollon toimintayksikkönään (13, 14). Intensiivihoidon integroitu palvelu eroaa sekä lainsäädännöllisesti että käytännön hoitotyön kannalta sellaisista lastensuojelun palveluista, joissa terveydenhuollon ammattilainen, esim. konsultoiva lääkäri, käy julkisen tai yksityisen terveydenhuollon tilaamana yksittäisellä käynnillä lastensuojeluyksikössä. Kirjassa kuvataan yksityiskohtaisesti ja käytännön tasolla sitä, miten tällainen lastensuojeluun sijoitetun terveydenhuollon toimintayksikön toiminta integroituu sosiaalihuollon palveluihin ja päinvastoin, miten lastensuojelun ja sosiaalityön eri puolet integroituvat intensiivihoitomallin rakenteiden kautta terveydenhuollon kenttään. Lisäksi kirjassa pohditaan, millaisia rajapintoja syntyy lastensuojelun sosiaalityötä ja terveydenhuoltoa yhdistävän palvelun sisällä; sekä millaisia tuloksia ja millaista hyötyä tällaisesta yhteistoiminnasta voidaan saada aikaan yksilötasolla, perheissä ja yhteiskunnassa sekä taloudellisesti. Kirjassa tuodaan esiin myös haasteita ja ratkaisukeinoja, joita tällainen pioneerityö on vaatinut kehittyäkseen.

Lähteet

1. **Mäkipentti**, L. (2003). *Keuhkotautisista sosiaaliorpoihin. Helsingin Diakonissalaitoksen Pitäjänmäen lastenkoti 1910–2000.* Kirjapaja: Helsinki.
2. **Mäkipentti**, 2003, 176.
3. **Pasanen**, T. (2001). *Lastenkodin asiakaskunta. Psykiatrinen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehdinnasta sekä hoidon tarpeesta.* Sarja C. Scripta Lingua Fennica Edita, Turku. Liite 2.
4. **Niskanen**, M. (2003). *Lapset Diakonissa-laitoksessa.* Teoksessa: Mäkipentti, L. (2003). Keuhkotautisista sosiaaliorpoihin. Helsingin Diakonissalaitoksen Pitäjänmäen lastenkoti 1910–2000. Kirjapaja: Helsinki. 11–16.
5. **Mäkipentti**, 2003, 111.
6. **Mäkipentti**, 2003, 114.
7. **Mäkipentti**, 2003, 132.
8. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K. & **Åstedt**, T. (2015a). *Ylisukupolvisten ja varhaisten riskitekijöiden sekä perheen toimintakyvyn yhteys perheen yhdistymiseen intensiivihoitojakson jälkeen.* Perheterapia 2, 22–38. https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/Perheterapia_2_2015_web.pdf
9. **Puustinen-Korhonen**, A. (2013). *Lastensuojelun kuntakyselyn 2012 tulokset.* Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
10. **Sinko**, P. & **Muuronen**, K. (2013). *Olisiko jo tekojen aika? Lastensuojelun asiakastyössä toimivien näkemyksiä lastensuojelun nykytilasta.* Lastensuojelun Keskusliitto ja Talentia, Helsinki.
11. **Sinko**, P., **Pitkänen**, M., **Hoikkala**, S., **Pollari**, K. & **Martiskainen**, T. (2016). *Rajapinnoilla, lapsen erityisten tarpeiden huomioiminen sijaishuoltopaikan valinnassa.* Lastensuojelun Keskusliitto, Helsinki.
12. *Hallituksen kärkihanke, Lapsi- ja perhe-palveluiden muutosohjelma (2015).* Hanke-suunnitelma, Sosiaali- ja terveysministeriö
13. *Laki yksityisestä terveydenhuollosta* (9.2.2007/159) http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900152 (luettu 15.12.2016).
14. *THL ohje 6/2013 sosiaalihuollossa syntyvien potilastietojen erottamisesta terveydenhuollon potilasrekistereihin kuuluvista ja valtakunnalliseen potilastiedon arkistoon tallennettavista potilastiedoista* http://www.kanta.fi/documents/12105/3494314/Ohje+sosiaalipalveluissa+syntyvien+potilastietojen+käsittelystä/312941ad-6cb6-464b-9d1a-6500d2b2dc5b (luettu 15.12.2016).

Intensiivihoitomallin kehittämisen kolme vuosikymmentä 1986–2016

Notkolan erityisyksikön esimiehenä vuosina 1986–1998, intensiivihoidon kehittämisprojektissa 1998–2000 ja intensiivihoidon johtajana vuosina 2000–2007 toimineen Kati Pajamäen haastattelu 26.1.2017. Haastattelija: Timo Pasanen.

Vuodesta 1986 eteenpäin: Notkolassa luotiin peruspohja hoidollisuudelle ja perheen tilanteen laaja-alaiselle ymmärtämiselle Notkolan kehittämistyön taustalla vaikutti 80-luvulla Pitäjänmäen lastenkodin osastoilla koetut suuret haasteet vaativahoitoisten lasten ja nuorten hoitamisessa. Helsingin kaupungilta tuli pyyntö lähteä kehittämään sijoitettujen lasten ja nuorten psykiatrisesti orientoitunutta hoitoa ja lastenkodin johtaja Leila Mäkipentin ja apulaisjohtaja Eila Wikmanin kanssa kävimme tiivistä ajatusten vaihtoa uuden hoito-orientaation merkityksestä. Kehittämistyön mahdollisti Notkolan silloisen työryhmän uskallus ja innostus kehittämistyötä kohtaan ja sopivan kriittinen asenne omaa työtapaa kohtaan. Tiiviin kehittämisen kohteena olivat yhtä hyvin hoidon jatkuvuutta ja turvallisuutta tukevat rakenteet, kuin vuodenajan traditioiden ja juhlien merkitysten esiin nostaminen. Osalla työryhmästä oli psykiatrisen hoitotyön koulutus, joka tuki psykiatrisen hoidollisuuden kehittämistä. Alusta lähtien meillä oli tiivis yhteys Auroran lastenpsykiatrisen osaston lääkäreihin Anu Kuuseen ja Anja Lammentaustaan. Heidän tuki oli hyvin tärkeä hoitoprosessin eri vaiheissa.

Perheet mukaan hoitoon alusta saakka

Kun itse olin kouluttautumassa perhetyöhön ja kun uuden lastensuojelulain myötä perheiden asema nousi uudella tavalla esille, vahvistui ajatus ottaa perheet tiiviisti mukaan hoitoon. Aluksi meillä oli kaksi perhepaikkaa, josta toiminta laajeni 90-luvun puoliväliin mennessä kuuteen perhepaikkaan, jolloin ne integroitiin osaksi lapsi- ja perhetyön palvelualueen perhekuntoutusta.

Aluksi lapset ja nuoret tulivat Notkolaan sairaalan suosittelemina ja sosiaalityöntekijän lähettämänä. Vähitellen lasten ja nuorten sekä perheiden hoidontarpeen ja elämäntilanteiden arviointiin alettiin kiinnittää enemmän huomiota siten, että kyettiin vastaamaan tarkemmin asiakkaiden hoidon tarpeisiin. Vuosien myötä vahvistui ymmärrys hoidon alun arviointivaiheen suuresta merkityksestä koko myöhemmän hoitoprosessin kannalta. Sen myötä Notkolan hoitoprossia haluttiin kehittää tavoitteellisemmaksi, jolloin lasten ja nuorten kuntouttaminen ja hoidon määräaikaisuus nousivat esille.

Lasta ja nuorta ei voi pitää koko elämäänsä odotussali tunnelmassa, joten asioiden rehellinen aukipuhuminen ja selkeiden päätösten tekeminen tärkeä osa sijaishuollon prosessia.

Vuodesta 1998 eteenpäin: Intensiivihoidon kehittäminen

Intensiivihoidon kehittämisprojektin käynnistämisen taustatekijöinä tulee mieleen seuraavia havaintoja. Perhetukiprojektin työntekijänä minulle edelleen vahvistui käsitys perheen keskeisestä merkitystä lapsen ja nuoren kuntoutumisesta. Samoihin aikoihin sairaaloiden lasten ja nuorten psykiatriset osastojaksot olivat lyhenemässä. Sairaaloiden henkilökuntien vaihtuvuus oli myös suurta ja esim. lapsella saattoi puolen vuoden aikana useita eri vastuulääkäreitä, jolloin psykiatrisen hoitoprosessin jatkuvuus jäi heikoksi.

Osa lapsista ja nuorista putosi sairaalahoidon ja lastensuojelun väliseen kuiluun. Käytöshäiriöisinä heitä ei otettu sairaalaan ja psykiatrisen avun saaminen lastensuojelussa oli vaikeaa.

Intensiivihoidon kehittämisprojekti oli hektistä työntekoa ja kehittämistä moneen suuntaan. Notkolassa pitkään jatkunut hoitoprosessin kehittäminen oli intensiivihoitoprojektin vankka tausta ja perusta. Vuonna 1998 minulle siirtynyt Pikku-Pellaksen nuorten huumehoitoyksikön kriisijohtajuus puolestaan mahdollisti kehittämisaihioiden toteuttamisen käytännössä. Pikku-Pellaksen kautta nuorten hoitoprosessiin kytkeytyvä perheterapeuttinen työskentely, hoidon jatkuvuutta turvaavat uudet rakenteet sekä moniammattillisen työskentelyn tarpeellisuus tulivat käytännössä testatuiksi. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen lasten- ja nuorisopsykiatrin, lääkärin, psykologin, kuvataideterapeutin sekä Pikku-Pellaksen työryhmän kanssa mahdollisti integroivan hoitoprosessin uudenlaisten hoitokäytänteiden kehittämisen. Helppoa se ei aina ollut, mutta äärimmäisen mielenkiintoista.

Intensiivihoidon kehittämisprojektin aluksi työskentelyltä edellytettiin hyvin tarkkarajaista ja strukturoitua työskentelyä, jotta uudet hoidolliset rakenteet saatiin läpiajetuksi arkeen. Esim. hoitotiimeissä oli aluksi minuuttiaikataulu, jolla pyrittiin varmistamaan moniääninen dialogi ja kaikkien näkökulmien esille pääsy. Aluksi työnohjauksellinen tunneprosessointi ja hoidon tavoitteita selkeyttävä dialogi menivät sekaisin, mutta vuosien harjoittelun myötä rakenteet selkeytyivät ja eriytyivät sopivalla tavalla. Lapsen, nuoren ja perheen eri puolien ymmärtämisessä edettiin yksipuolisesta lapsen ja nuoren näkökulman korostamisesta perheen kaikkien jäsenien huomioimiseen. Suuri työ tehtiin, jotta edellisen päivän voimakkaat tunnetilat eivät valloittaneet hoitotiimiä, vaan lapsen, nuoren ja perheen tilannetta maltettiin tarkastella riittävän laaja-alaisesti. Psykologien kehittämän lapsen varhaisvaiheita kartoittava haastattelu tuki osaltaan lapsen ja nuoren kehityksen kokonaisvaltaista tarkastelua. Perheterapeuttien näkökulma puolestaan nosti vanhempien ja lähiverkoston näkökulman uudella tavalla esiin. Vastuusosiaalityöntekijät päätettiin pyytää mukaan hoitotiimeihin ja vuosien myötä tämä on osoittautunut tärkeäksi moniäänisen vuoropuhelun kehittymisen kannalta. Perheen kuulemisen ja suojelemisen tärkeys hoitoprosessin alussa haluttiin turvata. Kaksivaiheisella tuloneuvottelulla pyrittiin varmistamaan perheen lapsille, vanhemmille ja perheen tukiverkostolle mahdollisuus kertoa oma näkökulmansa, jonka jälkeen voitiin viranomaisverkoston kanssa yhdessä keskustella hoidon tarpeesta ja mahdollisuuksista.

Intensiivihoidon ytimen muodostavan osastotyön hoidollisuuden ja sitä tukevien

rakenteiden kehittäminen on monivaiheinen prosessi. Tärkeänä osastohoidon työvälineenä terapeuttisen omahoitajuuden kehittämiseen kiinnitettiin erityistä huomiota. Omahoitajia tuettiin hoidon syventelyyn ja erilaisten transferenssi-ilmiöiden tutkimiseen. Esimerkiksi saattoi vallita tilanne, että nuori ei suostunut tulemaan lainkaan kahdenkeskiseen omahoitajatapaamiseen. Omahoitajaa tuettiin odottaessa kirjamaan ylös omia vastatunteitaan ja ajatuksiaan, kun muu työryhmä kävi samalla ymmärtävää keskustelua nuoren kanssa omahoitajatapaamisen esteiden syistä. Omahoitajan ja muun työryhmän näkemysten integroiminen saattoi syventää huomattavan paljon nuoren ymmärrystä.

Intensiivihoidon kehittämisprojektin kautta moniammatillinen työskentely tuli osaksi hoitoyhteisöä. Lasten ja nuorisopsykiatrin rooli ymmärtävän hoidollisen syventelyn kannalta oli suuri. Lääkärityön integroituminen osastojen ja muiden ammattiryhmien työhön oli merkittävä. Nuorisopsykiatrinen näkökulma oli välttämätön nuorten erityisiä tarpeita herkästi kuulevan hoitopolun rakentamisen kannalta. Psykologi- ja neuropsykologitutkimusten myötä turvattiin lasten ja nuorten erityistarpeiden tunnistaminen osastohoidossa ja perhetyössä. Kuvataideterapeutti ja toimintaterapeutit mahdollistivat lapsen ja nuoren yksilöllisen ymmärtäminen osana yhteisöä ja samalla moninaisten yksilö- ja ryhmäprosessien kehittämisen. Pitkäaikaisella toiminnanohjaajalla oli keskeinen rooli yhteisöllisen toiminnallisuuden kehittämisessä. Toiminnallisuuden kautta kaikille osaston lapsille ja nuorille löytyi paikka osallistavassa yhteisössä. Perheterapeuttien mukaan tulon myötä perhetyö syveni perheterapian suuntaan ja vanhemmuuden arviointi tuli tärkeäksi osaksi hoitoprosessia. Lapsen hoitoprosessiin ja hoidon tavoitteisiin nivoutuva perheterapeuttinen työskentely on tärkeä osa lapsen hoidon tuloksellisuutta. Perheen alasysteemien, kuten vanhempien parisuhteen ja sisarussuhteiden hoitaminen oli tärkeä osa koko perheen kuntoutumista. Sairaalakoulun saaminen yhteistyökumppaniksi oli merkittävä askel kokonaisvaltaisen integroivan hoitomallin kehittämisen kannalta.

Intensiivihoidon kehittymisen kannalta johtajuusrakenteiden selkeyttäminen oli välttämätöntä monitasoisen ymmärtävän dialogien kehittymiseksi. Intensiivihoidon johtamisessa ei haasteita puuttunut. Kun tehtävänä on johtaa ihmisiä, niin täytyy tuntea hyvin substanssi, jonka äärellä perustyö tehdään. Johtajan on uskallettava katsoa tulevaa, vaikka ei vielä kunnolla näe, ja samalla tuntea vahvasti, myös vaiettua ja vastenmielistä. Tämä on kai sitä johtajan rohkeutta ottaa vastaan ja kokea, joka sitten käytännössä osoittautuu sitoutumiseksi, suostumiseksi ja viisaiden näkyjen eteenpäin viemiseksi. Ilmapiiri on johtamisessa tärkeällä sijalla. Alavireinen työilmasto sammuttaa työn tekemisen ja seurauksena on, ettei kukaan jaksa kuulla ja kuunnella. Tarvittaessa johtajan on uskallettava pysäyttää koko työprosessi, vaatia selvennystä ja sammuttaa ajoissa vääränlainen kilpailu. Johtajuuteen täytyy liittyä vahva pragmaattisuus ja mieltymys rakenteisiin; vain riittävän strukturoidusta ja säännöllisestä voi syntyy uutta ja toimivaa. Johtamiseen kuuluu myös puuduttavista rutiineista huolehtimista, vaikka haluaisi keskittyä vain luovaan ja inspiroivaan. Kun suuri kärsimättömyys iskee ei voi muuta kuin huoahtaa: ”Jumala anna minulle kärsivällisyyttä, mutta pian!”

Intensiivihoidon nopea laajeneminen asetti haasteita kehittämistyölle.

Vanhempien aito vastuuttaminen on ollut yksi keskeisiä työstämisen kohteita koko intensiivihoidon aikana. Verkoston huomioimiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Perheiden vertaistuen merkitys vastuuttamisen kannalta voi olla hyvin suuri.

Hoito pitäisi viedä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa kotiin, mahdollisuuksien mukaan jo heti arviointivaiheen jälkeen, jolloin perhe voi turvallisesti harjoitella arjessa ja saada riittävän pitkäjänteisesti tukea uusien vuorovaikutustapojen ja toimintatapojen oppimiseksi.

Hoidon rajausten ja ääritilanteiden, kuten kiinnipitohoitojen kehittäminen ja ymmärtävä tutkiminen on oltava keskeinen osa osastohoitoa.

Palvelualue ei saa kääntyä liiaksi sisäänpäin, jotta vältetään laitostumisen, kroonistumisen ja asiakkaiden poissulkemisen vaara ja uudistutaan ulkopuolelta työnohjauksen ja koulutusten kautta tulevan uuden tiedon ja ymmärryksen kautta.

Sote-maailma tulee asettamaan täysin uusia haasteita koko palvelujärjestelmälle. Kilpailijoiden, sidosryhmien ja omia palveluitaan yhtiöittävien kuntaostajien roolit voivat sekoittua.

Diakoniahengen mukainen sitoutuminen kaikkien lastensuojelulasten, nuorten ja perheiden kokonaisvaltaiseen hoitamiseen edellyttää jatkuvaa uudistumisen kykyä, ja samalla vahvaa sitoutumista diakonia-arvoja toteuttaneeseen yli 100-vuotiseen hoitotyön historiaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integroitumisen haasteista lastensuojelussa

Timo Pasanen

Lastensuojelun ja lasten- ja nuorisopsykiatrian vahvempi integroituminen on todettu tarpeelliseksi (1, 2, 3, 4, 5), mutta sosiaalityön asiantuntijoiden arvioiden mukaan sen toteutumiselle on edelleen paljon esteitä (6, 7). Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kasvatusalan palvelukentän monitasoisuuden ja pirstoutuneisuuden, resurssipulan sekä erilaisten viitekehyksien ja ajattelutapojen vuoksi yhteistyö voi olla varsin haasteellista (8). Palvelujärjestelmän pirstalemaisuus hämmentää, sekä lastensuojelun asiakkaita että työntekijöitä:

> *"Kaikissa tutkimuskeskusteluissa tuli voimakkaasti esiin koko julkisen palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja sekavuus. Keskustelijat kokivat sekavaksi sekä julkisen sektorin peruspalvelut että lastensuojelun ja muiden toimijoiden tarjoamat erityispalvelut. Palveluiden pirstaleisuus hämmensi sekä lastensuojelun asiakkaita että työnohjaajia (9)."*

Ja avun saanti koettiin monin tavoin haastavaksi hajanaisessa palvelujärjestelmässä:

> *"Keskusteluissa tuotiin useaan otteeseen esiin, että avun saamista hankaloittaa palveluiden jakautuminen eri sektoreihin, joiden työntekijät pitävät tiukasti kiinni omasta alueestaan. Lastensuojelun yhteydessä korostuvat erityisesti koulutoimen, psykiatristen palveluiden, päihdehuollon ja sosiaalitoimen tiukat keskinäiset rajanvedot (9)."*

Eri sektoreiden välinen työnjako on haastavaa ja moni lastensuojelussa työskentelevä yhtyy lastensuojelun ammattilaisten näkemyksiin, joiden mukaan:

> *"Lastensuojelun mielestä yhteistyö tapahtuu lähes aina psykiatrian sanelemin ehdoin, tulipa aloite yhteistyön tekemiseen kummalta taholta hyvänsä. Tai jos apua saadaankin, se on riittämätöntä, liian lyhytaikaista ja tapahtuu pelkästään kapeasta lääketieteellisestä näkökulmasta käsin. Lastensuojelu kokee olevansa altavastaaja ja kokee, ettei sitä kuulla eikä arvosteta riittävästi (10)."*

Lasten ja nuorten voi olla vaikea saada ajoissa psykiatrista tukea, kun hoitoa ei ole tarjolla tai heidän tilanteensa arvioidaan olevan liian vakiintumaton hoidon aloittamiseksi (10, 11, 12).

> *"Lapsen kuntoutumista tukevia hoito- ja terapiapalveluita on aivan liian vähän, kuten hyvin tiedetään. Tämä yhdistettynä melko yleiseen luottamuspulaan lastensuojelun ja lasten- ja nuorisopsykiatrian välillä sekä vaikeuksiin toimia yhteisten tavoitteiden hyväksi on erittäin haasteellinen yhtälö (13)."*

Sijaishuollon järjestämisessä on korostettu lapsen kuulemisen merkitystä ja mahdollisuutta pitää yhteyttä läheisiin ihmisiin (14). Hoidon näkökulmasta ihmissuhteiden voimavarojen esiin saaminen edellyttää tiivistä perhetyötä ja huostaanoton herättämien tunteiden läpikäyminen hoitoprosessin eri vaiheissa on tärkeää hoitoon sitoutumisen kannalta. Kuitenkin lapsen ja nuoren oirehdintaa saatetaan edelleen tarkastella liian yksilökeskeisesti (10) ja sijaishuollon yksiköt sijaitsevat usein liian kaukana lapsen ja nuoren lähiverkostosta (15), jotta monitasoinen perhe- ja verkostotyö olisi mahdollista.

Sijaishuollon valintaan liittyy monia eri haasteita ja varsinkin laaja-alaisesti oirehtivien, maahanmuuttaja lasten, eri tavoin traumatisoituneiden ja vammautuneiden lasten kohdalla liikutaan monien eri palveluiden rajapinnalla, jolloin hoidon tarpeen arviointi on erityisen haastavaa:

> *"Sijaishuoltopaikan valinnassa voidaan joutua kohtaamaan omanlaisiaan haasteita tilanteessa, jossa lastensuojelun asiakkaana olevalla lapsella on erityisiä tarpeita. Ne voivat liittyä esimerkiksi siihen, että lapsella on jokin elämään vaikuttava vamma tai maahanmuuttajatausta tai siihen, että hän tarvitsee mielenterveyspalveluita arjesta selviytyäkseen. Joidenkin lasten kohdalla lastensuojelulla on rajapintaa kaikkien näiden asioiden kanssa. Erityisen vaativaa on turvata näiden lasten oikeuksien paras mahdollinen toteutuminen sijoitustilanteessa ja sijaishuollon järjestämisessä (16)."*

Sijaishuoltoon sijoitettavien laaja-alaisesti oirehtivien lasten ja nuorten hoidon tarpeen arviointiin on kiinnitettävä erityistä huomiota, jotta he saavat tarvitsemansa laaja-alaisen tuen kehitykselleen (2, 17). Mikäli arviointiprosessi jää puutteelliseksi, lasten ja nuorten monimuotoinen oirehdinta voi tulla ilmiasunsa perusteella tulkituksi liian kapea-alaisesti, esim. käytöshäiriöksi, jolloin taustalla olevat moninaiset psykiatriset ja traumaoirehdinnan piirteet, oppimiskyvyn haasteet sekä lapsen ja nuoren toimintakyvyn yhteys perheen ja lähiverkoston tilanteiden jatkuviin muutoksiin jäävät liian vähälle huomiolle (18). Myös sijaishuoltoon tulevien lasten vanhempien on todettu jäävän liian usein ilman riittävää tukea ja mielenterveyspalveluita (6, 10), vaikka vanhempien mielenterveysongelmat on todettu yhdeksi keskeiseksi taustatekijäksi lapsen sijoitukselle (11).

Perhehoidon ensisijaisuus sijaishuoltona laitoshoitoon nähden on tärkeä muutos, mutta se ei saa ohittaa lapsen tai nuoren etua. Siten valinnan perhe- ja laitoshoidon välillä pitäisi perustua realistiseen arviointiin lapsen ja nuoren hoidon tarpeesta ja lähiverkoston tilanteesta:

> *"Lasten etnisyys, monikulttuurisuuden kysymykset, lasten vammat, psyykkiset sairaudet ja häiriöt sekä oppimiseen ja kommunikaatioon liittyvät erityiskysymykset viitoittavat hoidon järjestämisen tapoja, sen intensiivisyyttä tai väljyyttä (19)."*

"Lapsen tarpeisiin vastaaminen saattaa edellyttää sellaista erityisosaamista, jota perhehoidossa ei pystytä tarjoamaan jatkuvan vahvan tuen ja vankkojenkaan tukitoimien avulla. Perhehoitoon sijoittamisen esteiksi mainittiin haastatteluissa muun muassa lapsen ikä (karkeasti ottaen 13 tai 14 vuoden ikä) tai raju oirehdinta (akuutti psyykkinen oireilu, päihteidenkäyttö, väkivalta tai rikollisuus tai näiden erilaiset yhdistelmät) sekä rajoittamisen tarve (20)."

Edellä todettujen perhehoidon sijoituksen esteiden lisäksi toistuvat aikaisemmat sijoitukset lisäävät sijaishuollon katkeamisen riskiä (2, 21, 22), joten laadukas lapsen, nuoren ja perheen tilanteen arviointi tukee hoidon jatkuvuuden toteutumista. Erityisen huolestuttavana täytyy siten pitää sosiaalityöntekijöiden näkemystä siitä, että:

"Sijaishuollon arvioinnin toteuttamisen tavoissa on isot erot seutukuntien, kuntien ja työntekijöiden välillä. Yhdenvertaisuus ei näytä toteutuvan. Leimallisinta arvioinnille ovat sattumanvaraisuus, kuntakohtaisuus ja sosiaalityöntekijäkohtaisuus. Lapsen asioiden hoidossa jää paljon sen varaan, kuinka sinnikäs ja rohkea sosiaalityöntekijä hänen asioitaan hoitaa. Näin on myös sellaisten lasten kohdalla, joilla on erityisiä tarpeita (23)."

Hyvinvointivaltiota murtavan taloudellisen, sosiaalisen ja psyykkisen hyvinvoinnin ylisukupolvisen eriarvoistumiskehityksen vähentämistä voi pitää yhtenä keskeisenä tavoitteena sekä ennaltaehkäisevässä työssä että sijaishuollon palveluissa. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten hyvinvointiongelmien ylisukupolvisia jatkumoita tutkittaessa (24) todettiin, että:

"Lasten sijoitusurissa oli eroja sen mukaan, onko lapsi ollut huostassa vai ei. Jos lapsi on ollut huostassa, on sijoitusaika ollut todennäköisemmin pitkä kuin lyhyt, sijoituksia on ollut useita ja lapsi on ollut sijoitettuna pääasiassa perhehoitoon tai laitokseen. Jos lasta ei ole koskaan otettu huostaan, on sijoitus ollut useimmin kertaluontoinen, lyhytaikainen ja väliaikainen ratkaisu ja sijoituspaikkana on tavallisimmin ollut laitos (25)."

Hyvinvointiongelmien, kuten matalan koulutason, toimeentulotuen ja psykiatrisen hoidon tarpeen siirtyminen ylisukupolvisesti näkyi vuonna 1987 syntyneessä ikäluokassa selvästi. Sen sijaan:

"Huostaanotetuilla ja muilla perusteilla sijoitetuilla nuoren koulutuksen pituus, toimeentulotuen tarve ja mielenterveyden ongelmat eivät mukailleet heidän vanhempiensa vastaavaa tilannetta yhtä selkeästi. He olivat todennäköisemmin vailla peruskoulun jälkeistä jatkotutkintoa sekä toimeentulotuki- ja mielenterveyspalveluiden piirissä kuin muu samanikäinen väestö vanhempien taustatilanteesta riippumatta (26)."

Keskeinen haaste liittyy siihen, että sijoitettuna olleilla nuorilla tarkasteltujen hyvinvointiongelmien riski oli selkeästi väestöverrokkeja

korkeampi myös silloin kun vanhemmilla ei ole vastaavaa hyvinvointiongelmaa. Toisaalta:

> *"Sijoitettuna olleiden joukossa oli kuitenkin myös niitä, jotka näillä mittareilla mitattuina voivat hyvin vanhempien vakavista hyvinvointiongelmista huolimatta (27)."*

Siten sijaishuollon palveluiden kehittämisen kannalta erityisen tärkeänä kysymyksenä voidaan nostaa esiin kysymys siitä:

> *"Mikä näiden nuorten elämässä on tukenut selviytymistä äärimmäisen haavoittavista lähtökohdista huolimatta ja miten palvelujärjestelmän eri osat ovat olleet tässä mukana (28)?"*

Hallituksen asettaman Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman tavoite siirtää palveluiden painopistettä varhaiseen ja ennaltaehkäisevään työhön on tärkeä tavoite. Lasten, nuorten ja perheiden tilanteet ovat kuitenkin moninaisia ja taustalla vaikuttavien ylisukupolvisten kasautumiskierteiden katkaiseminen asettaa erityisiä haasteita palveluiden integraatiolle ja vaikuttavuudelle.

"Kustannusten ja inhimillisen kärsimyksen näkökulmasta Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmalle ratkaisevaa on se, kykeneekö ohjelma uudistamaan palvelujärjestelmän kykyä käsitellä vaikuttavasti lasten ja perheiden hyvinvointia vakavasti uhkaavia ongelmia, joiden taustalla on usein myös ylisukupolvisia syrjäytymisen ja näköalattomuuden kierteitä. Painopisteen siirtäminen varhaiseen tukeen ja ehkäisevään työhön ei saa tarkoittaa sitä, että voimavaroja vähennetään sieltä, missä inhimillinen kärsimys on syvintä, palvelutarpeet pahiten kasautuneita ja kustannukset suurimpia. Sen sijaan pitäisi monipuoliseen tietoon ja ruohonjuuritasolla syntyneisiin kokemuksiin perustuen pohtia, mitä olisivat sellaiset palveluiden organisaatiomuodot, joita vaikuttava ammatillinen auttaminen näissä tilanteissa edellyttää. Kustannusten ja suoritteiden yläpuolelle tulisi asettaa kysymys siitä, millainen ammatillinen apu oikeasti auttaa ja miten poliittiset tahot ja niiden tahtoa ja arvoja ilmentävät hyvinvointipalveluja tuottavat organisaatiot voivat asettua vahvistamaan aidosti vaikuttavia avun tarjoamisen käytäntöjä. Inhimillisen kärsimyksen ja vakavimpien hyvinvointiuhkien kanssa painivia työntekijöitä ja heidän asiakkaitaan ei saa jättää yksin kamppailemaan asiakkaiden vaikeiden elämäntilanteiden ja inhimillisen kärsimyksen sekä auttamista vaikeuttavien järjestelmän ongelmien kanssa (29)."

- **Viimeaikaisen tutkimuksen valossa** sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integrointi asettaa varsin suuret haasteet palvelusektoreiden väliselle moniammatilliselle yhteistyölle ja tarjottujen palveluiden laatu vaihtelee paljon eri kuntien välillä.

- **Erityisiä tarpeita omaavien** lasten, nuorten ja heidän perheidensä edun toteutumisen kannalta sosiaali- ja terveydenhuollon integroivien palveluiden laadun, kuten lapsilähtöisten arviointikäytänteiden, palvelupolkujen jatkuvuuden ja joustavuuden, kehittäminen on erityisen tärkeää.

- **Huono-osaisuuden ylisukupolvista kasautumista** selittävien riskitekijöiden lisäksi olisi tärkeä tunnistaa niitä eri systeemisen tason suojaavia tekijöitä ja palvelujärjestelmän toimivia kohtia, jotka tukevat lasten, nuorten ja perheiden selviytymistä haasteellisista lähtökohdista huolimatta.

- **Palvelujärjestelmän uudistamisen** pitäisi tapahtua inhimillisiä arvoja kunnioittaen siten, että yksipuoliset ideologiset näkökulmat ja kustannusnäkökulma eivät määritä liiaksi tulevia ratkaisuja, vaan huomioidaan realistisesti myös kasautuviin palvelutarpeisiin kytkeytyvä inhimillinen hätä ja sen edellyttämään pitkäjänteiseen ja vaikuttavaan ammatilliseen auttamistyöhön kehittyneet toimintamallit.

Lähteet

1. **Sourander**, A., **Hukkanen**, R. & **Piha**, J. (1997). *Mental health among children in children's homes and in psychiatric hospital.* Psychiatria Fennica 28: 183–191.

2. **Pasanen**, T. (2001). *Lastenkodin asiakaskunta psykiatrinen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehdinnasta sekä hoidontarpeesta.* Turun yliopisto: Sarja C. Scripta Lingua Fennica.

3. **Lehto-Salo**, P. (2011). *Koulukotisijoitus – nuoren toinen mahdollisuus? Mielenterveyden häiriöiden, oppimisvaikeuksien ja perhe-ongelmien kirjo kehittämishaasteena.* Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

4. **Haapasalo-Pesu**, K. (2012). *Sillan rakennusta lastensuojelulaitosten ja nuorisopsykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä Satakunnan sairaanhoitopiirin alueella.* S. 99–109. Teoksessa Timonen-Kallio, E. & Pelander, T. (toim.): Lastensuojelun ja psykiatrian rajapinnoilla. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

5. **Kananoja**, A., **Lavikainen**, M. & **Oranen**, M. (2013). *Toimiva lastensuojelu -selvitysryhmän loppuraportti.* Helsinki: Sosiaali- ja terveys-ministeriö, 2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_ file?folderId=6511574&name=DLFE-26809.pdf (luettu 5.12. 2016).

6. **Puustinen-Korhonen**, A. (2013). *Lastensuojelun kuntakyselyn 2012 tulokset.* Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

7. **Sinko**, P. & **Muuronen**, K. (2013). *Olisiko jo tekojen aika? Lastensuojelun asiakastyössä toimivien näkemyksiä lastensuojelun nykytilasta.* Lastensuojelun Keskusliitto ja Talentia, Helsinki.

8. **Alhanen**, K. (2014). *Vaarantunut suojeluvalta. Tutkimus lastensuojelujärjestelmän uhkatekijöistä.* Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116722/URN_ISBN_978-952-302-278-2.pdf?sequence=1 (luettu 19.12.2016).

9. **Alhanen**, 2014, 8.

10. **Sinko**, P., **Pitkänen**, M., **Hoikkala**, S., **Pollari**, K. & **Martiskainen**, T. (2016). *Rajapinnoilla, lapsen erityisten tarpeiden huomioiminen sijaishuoltopaikan valinnassa.* Lastensuojelun Keskusliitto, Helsinki. 25–27.

11. **Heino**, T., **Hyry**, S., **Ikäheimo**, S., **Kuronen**, M. & **Rajala**, R. (2016). *Lasten kodin ulkopuolelle sijoittamisen syyt, taustat, palvelut ja kustannukset.* HuosTa-hankkeen (2014–2015) päätulokset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3/2016. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

12. **Puustinen-Korhonen**, A. (2013). *Lastensuojelun kuntakyselyn 2012 tulokset.* Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

13. **Sinko** & **Muuronen** 2013, 37.

14. *Lastensuojelulaki 54§*, http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417 (luettu 15.11.2016).

15. *Tuloksellisuustarkastuskertomus, lastensuojelu (2012).* Valtion tarkastusviraston tarkastuskertomukset 6/2012. http://www.e-julkaisu.fi/vtv/lastensuojelu/ (luettu 15.11.2016)

16. **Sinko** ym. 2016, 5–6.

17. **Petrelius**, P., **Tulensalo**, H., **Jaakola**, A-M. & **Hietamäki**, J. (2016). *Kohti lapsikeskeistä ja kokonaisvaltaista lapsen tilanteen ja tuen tarpeiden arviointia.* Teoksessa: Petrelius, P., Tulensalo, H., Jaakola, A-M. & Hietamäki, J. (Toim.) Lapsen elämäntilanteen ja tuen tarpeiden lapsikeskeinen, monitoimijainen arviointi. Tietoa lastensuojelun kehittämisen pohjaksi. Työpaperi 33/2016. Helsinki. 5–25. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131363/URN_ISBN_978-952-302-749-7.pdf?sequence=1

18. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K., **Martikainen**, S. & **Åstedt**, T. (2015b). *Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psykiatrinen oirehdinta, tarkkaavaisuus ja toimintakyky: intensiivihoitojakson jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu.* Yhteiskuntapolitiikka 80; 4:350–364. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129559/pasanen.pdf?sequence=1

19. **Känkänen**, P. & **Pösö**, T. (2009). *Lastensuojelun laitoshuollon vaikuttavuus.* Teoksessa: Heino, T. (Toim.) Erityinen lapsuus - erityinen yhteiskunnallinen vastuu. Mitä lastensuojelusta tiedetään ja mitä päätöksentekijän pitäisi siitä tietää? Taustamateriaalia sektoritutkimuksen neuvottelukunnalle. 28–34.

20. **Sinko** ym. 2016, 19.

21. **Oosterman**, M., **Schuengel**, C., Slot, W., **Bullens**, R. & **Doreleijers**, T. (2007). *Disruptions in foster care: A review and meta-analysis.* Children and youth services review 29: 53–76.

22. **Ward**, H. (2009). *Patterns of instability: Moves within the care system, their reasons, contexts and consequences.* Children and Youth Services Review 31: 10, 1113–1118.

23. **Sinko** ym. 2016, 59.

24. **Kataja**, K., **Ristikari**, T., **Paananen**, R., **Heino**, T. & **Gissler**, M. (2014). *Hyvinvointiongelmien ylisukupolviset jatkumot kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten elämässä.* Yhteiskuntapolitikka 79:1, 38–54.

25. **Kataja** ym. 2014, 49.

26. **Kataja** ym. 2014, 49.

27. **Kataja** ym. 2014, 49.

28. **Kataja** ym. 2014, 51.

29. **Nousiainen**, K., **Petrelius**, P. & **Yliruka**, L. (2016). *Johdanto teemaan: Ylisukupolvisesta näköalattomuudesta muutokseen näköalaistavan sosiaalityön tunnustelua.* Teoksessa: Nousiainen, K., Petrelius, P. & Yliruka, L. (Toim.). Puheista tekoihin! Ylisukupolvisten ongelmien ehkäiseminen lastensuojelussa ja perhe- ja sosiaalipalveluissa THL – Työpaperi 20/2016. 11–17.

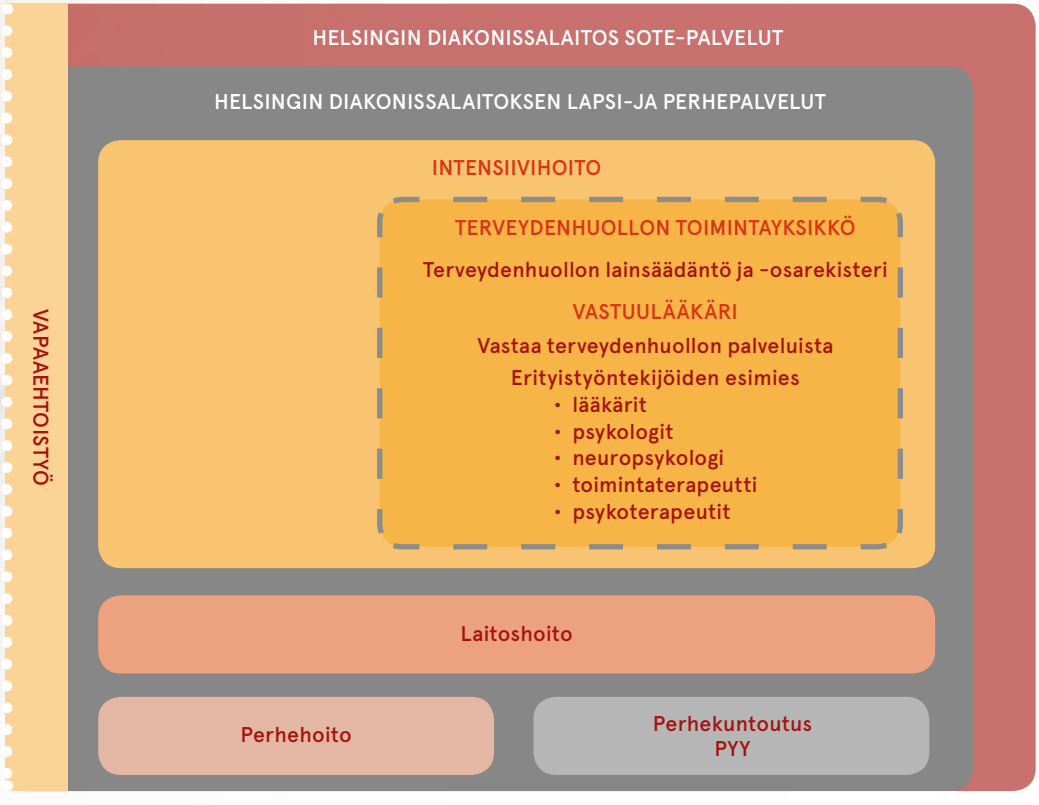
2.

Helsingin Diakonissalaitoksen Lapsi- ja perhepalvelut

Lapsi- ja perhepalveluissa on tehty pitkäjänteistä kehitystyötä lastensuojeluasiakkaiden tarvitsemien palveluiden parantamiseksi.

Lapsi- ja perhepalveluiden (Kuva 1.) moninaisen kehittämisen yhdistävinä tekijöinä voi mainita:

- sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden asiakaslähtöinen integroituminen
- joustavien palvelujatkumoiden mahdollistaminen
- uudenlaisten hoito- ja kuntoutusmallien kehittäminen
- asiakkaiden näkökulman ja hoidon vaikuttavuuden tutkiminen.

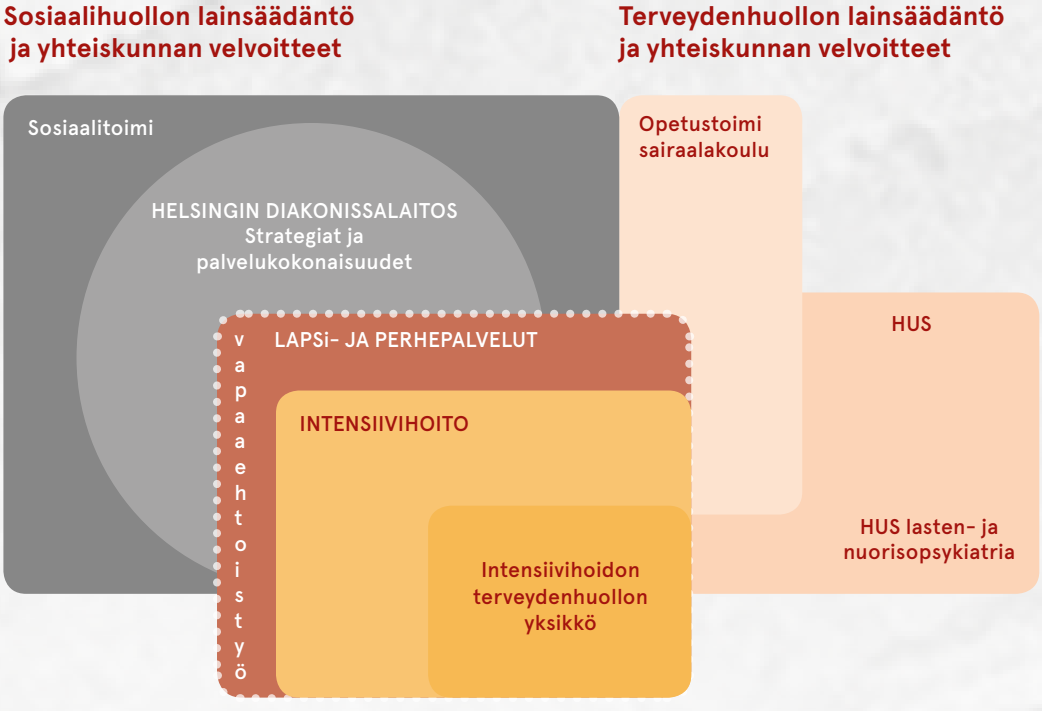


Kuva 1. Helsingin Diakonissalaitoksen Lapsi- ja perhepalveluiden kokonaisuus

Lapsi- ja perhepalveluihin kuuluvat intensiivihoito, laitoshoito, perhehoito ja perhekuntoutus PYY. Intensiivihoidossa toimivat terveydenhuollon erityistyöntekijät kuuluvat lastensuojelun toimintaan omana terveydenhuollon toimintayksikkönään.

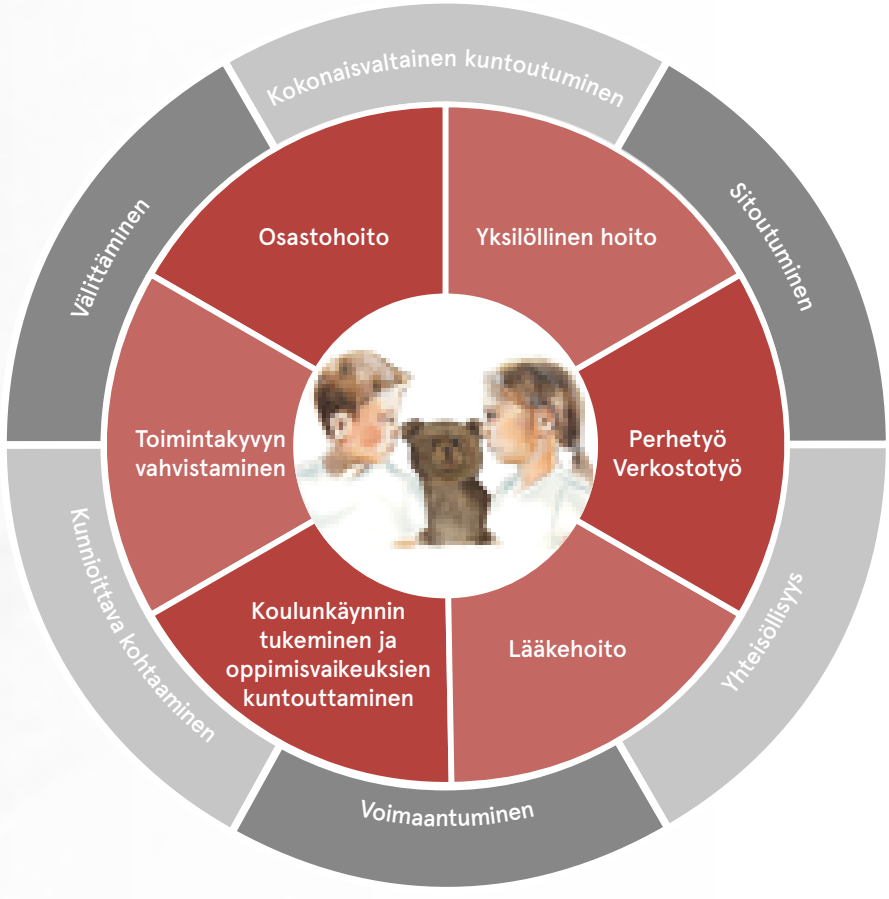
Lasten ja nuorten intensiivihoito

Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon alaista toimintaa. Sitä ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ja velvoitteet, yhteiskunnalliset säädökset sekä Helsingin Diakonissalaitoksen eettinen perintö ja strategiat (Kuva 2).



Kuva 2. Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidon yhteistyötahoja ja velvoitteita
Intensiivihoito asettuu sosiaali- ja terveydenhuollon ja opetustoimen rajapintaan

Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoitoyksiköt tarjoavat sijaishuollon erityisyksiköissä toteutettavaa, sijaishuoltoa ja yksilölliseen tarpeeseen perustuvaa lasten- ja nuorisopsykiatrista hoitoa monimuotoisesti oirehtiville lapsille, nuorille ja heidän perheilleen. Lasten intensiivihoito on suunnattu 6–12-vuotiaille lapsille ja nuorten intensiivihoito 13–17-vuotiaille nuorille. Eri viitekehyksiä integroiva hoito pyrkii lapsen ja nuoren sekä perheen vahvuuksien ja ongelmien moniulotteiseen tarkasteluun ja hoitoon (Kuva 3). Tämä mahdollistaa lasten, nuorten ja perheiden kehityksellisten, mielenterveydellisten ja sosiaalisten piirteiden huomioinnin hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.



Kuva 3. Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoitomalli

Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidon perusajatuksena on tarjota lapselle ja nuorelle perusturvallisuus, hoiva ja kasvatus sekä mahdollistaa lasten- ja nuorisopsykiatrinen hoito samassa turvallisessa kasvuympäristössä. Hoitojakson ajan huostaanotettu lapsi tai nuori asuu osastolla ja hänen perheensä kanssa työskennellään tiiviisti koko hoitoprosessin ajan.

Lapsen, nuoren ja perheen hoitoprosessia ohjaavaan moniammatilliseen työryhmään kuuluvat osaston työryhmä ja lähiesimies, yksikön johtaja, lasten- ja nuorisopsykiatri, psykologi, perheterapeutti, neuropsykologi ja toimintaterapeutti. Lasten ja nuorten tueksi kohdennetaan kuntouttavat toimet paitsi yksilöllisesti myös muuhun kasvuympäristöön, kuten esimerkiksi perheen ja koulun tueksi. Intensiivihoitojakson ajaksi lasten- tai nuorisopsykiatrinen hoitovastuu siirtyy sovitusti intensiivihoidon lääkärille. Vastuulääkäri koordinoi ja vastaa terveydenhuollon luvanvaraisesta toiminnasta.

TOIMINTATERAPEUTIN tehtävänä on tukea ja vahvistaa lapsen ja nuoren toimintakykyä ja edistää kehitystä niin, että hän pystyy mahdollisimman täysipainoisesti osallistumaan arkipäivän tilanteisiin. Toimintaterapia on lääkinnällistä kuntoutusta ja siinä pyritään vaikuttamaan yksilön toimintamahdollisuuksiin, joita saattavat rajoittaa erilaiset kehitykselliset häiriöt, sairaudet tai vammat. Toimintaterapian edellytyksenä on toimintaterapia-arvio, jossa kuntoutusjaksolle määritellään tavoitteet ja kesto. Toimintaterapeutti osallistuu henkilöstön kouluttamiseen.

SAIRAANHOITAJA JA SOSIONOMI toteuttavat intensiivihoidon osastolla hoidollista ja kuntouttavaa työtä yhdessä moniammatiilisen työryhmän kanssa. Sairaanhoitaja ja sosionomi vastaavat osastohoidon rakenteista ja osastohoidon osana toteutuvasta terapeuttisesta omahoitajuudesta. Sairaanhoitajalla on erityinen vastuu somaattisesta hoitotyöstä ja lääkehoidon toteutuksesta sekä seurannasta yhdessä lääkärin kanssa.

LASTEN- JA NUORISOPSYKIATRI vastaa lasten ja nuorten terveydenhuollon alaisesta hoidosta yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa. Hän muodostaa kokonaisvaltaisen kuvan lapsen- ja nuoren tilanteesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä lapsen, nuoren ja vanhemman kanssa keskustellen ja käytettävissä oleviin asiakirjoihin sekä osastohoidon havaintoihin ja erityistyöntekijöiden tutkimuksiin tutustuen. Lääkärin työhön kuuluvat mm. psyykkisen tilan arviot, diagnosointi, lääkehoidosta vastaaminen ja erikoissairaanhoidon asiakirjojen laatiminen. Lasten- ja nuorisopsykiatri kouluttaa sekä edistää hoidon kehittämistä ja tieteellistä tutkimusta.

PERHETERAPEUTTI vastaa perhetyöstä, perheterapiasta yhteistyössä moniammatillisen työryhmän kanssa. Perheterapeutti toimii perheterapian asiantuntijana moniammatillisissa hoitotiimeissä ja yhteistyöverkostoissa. Perheterapeutti vastaa perheen vahvuuksia, toimintakykyä ja sen esteitä mittaavan laaja-alaisen perheterapia-arvion tekemisestä ja multisysteemisen perhetyön suunnittelusta. Perheterapeutti osallistuu henkilöstön kouluttamiseen.

NEUROPSYKOLOGIN tehtävänä on tuoda neurotieteen, kognitiivisen- ja kehityspsykologian tietämystä ja menetelmiä moniammatillisiin työryhmiin. Neuropsykologin keskeistä työaluetta ovat keskushermoston sairauksiin ja vammoihin sekä kehityshäiriöihin ja oppimisvaikeuksiin liittyvien psykologisten seuraamusten arviointi ja kuntoutus. Neuropsykologi antaa hoitosuosituksia sekä tukee hoidon ja kasvatuksen suunnitelmallisuutta ja tavoitteellisuutta osana moniammatillista työryhmää. Neuropsykologi tarkastelee ja kehittää hoitoa tieteellisin tutkimuksin sekä osallistuu henkilöstön kouluttamiseen.

PSYKOLOGIN tehtävänä on tuoda psykologinen osaaminen osaksi hoitoa, kuntoutusta ja tukea. Psykologi toteuttaa tarpeen mukaan erilaisia haastatteluita, arviointeja ja psykologin tutkimuksia. Psykologi tekee hoitosuosituksia, tukee hoidon ja kasvatuksen suunnitelmallisuutta ja tavoitteellisuutta. Psykologi tuo tieteellisesti tutkittua tietoa hoitoon ja kuntoutukseen. Lisäksi hän kouluttaa sekä edistää hoidon kehittämistä ja tieteellistä tutkimusta.

Kuva 4. Ammattiryhmien työkuvat

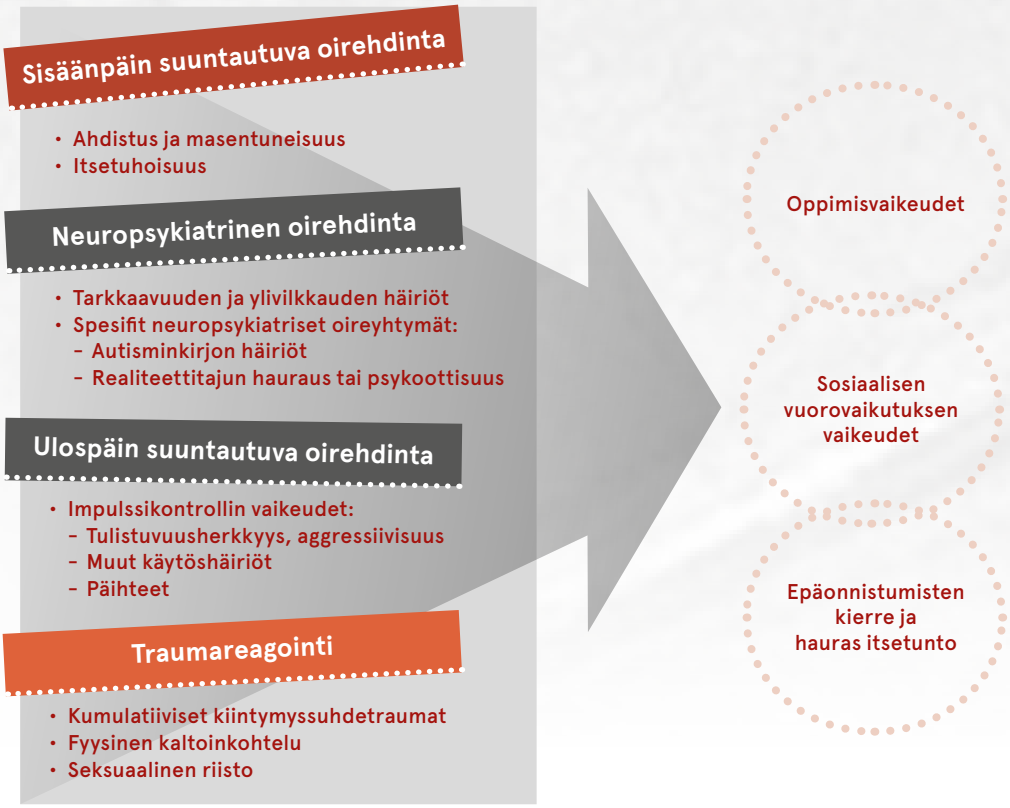
Moniammatillinen työryhmä antaa hoitosuosituksia. Asiakassuunnitelma-neuvotteluissa tehdään päätöksiä. Siinä mukana ovat lapsi tai nuori ja perhe, sosiaalityöntekijä, osaston lähiesimies, omahoitaja sekä tarvittaessa moniammatillisen työryhmän edustajia ja muita perheen hoidolle merkittäviä tahoja.

Osastohoidon hoivaavan arjen kautta tuotetun perusturvallisuuden ja siihen integroituvien erityisten hoidollisten tavoitteiden suhteuttaminen edellyttää tiivistä vuoropuhelua eri ammattiryhmien välillä. Koulutusten, työnohjausten ja konsultaatioiden avulla vahvistetaan ammatillista kehittymistä, tuetaan omahoitajasuhdetta ja hoitoyhteisön kykyä vastata asiakkaiden hoidollisiin tarpeisiin. Eri ammattiryhmät integroituvat perustehtävänsä kautta moniammatillisen terapeuttisen yhteisön toimintaan (Kuva 4). Lisäksi heillä on laaja kirjo erilaisia terapia- ja erikoistumiskoulutuksia, joiden tuoma ymmärrys lisää lapsen ja perheen hoitoprosessin vaikuttavuutta. Eri ammattiryhmien tiivis yhteistyö osaston työntekijöiden kanssa tukee haastavien hoidollisten prosessien ymmärtämistä ja niihin kytkeytyvien moninaisten systeemisten ilmiöiden ja tuhoavien suojautumismekanismien hallintaa. Laaja-alaisten kiintymyssuhdehäiriöiden ja traumojen hoivaaminen edellyttää jatkuvaa eri hoidollisten lähestymistapojen vuoropuhelua.

Intensiivihoitoon sijoitettujen lasten ja nuorten oirekuva on usein laaja-alainen ja monimuotoinen. Psyykkisen oireilun lisäksi lapsilla on tyypillisesti neuropsykiatrisia ja neurokognitiivisia ongelmia, jotka näyttäytyvät muun muassa oppimisvaikeuksina tai sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksina (Kuva 5). Koulunkäynti on monen lapsen ja nuoren kohdalla ollut vaikeaa ja satunnaista. Osalla se on keskeytynyt kokonaan. Lähes kaikilla intensiivihoidon asiakkailla on ollut ennen hoitoon tuloaan kontakti lasten- tai nuorisopsykiatriaan. Asiakkuus on kuitenkin useiden kohdalla keskeytynyt.

Lasten ja nuorten moninaisen oirehdinnan lisäksi perheiden ja muun lähiverkoston tilanne on usein monin tavoin kuormittunut ja haastava. Siten lapsen, nuoren ja perheen tilanteen kokonaisvaltainen ymmärtäminen on tärkeä lähtökohta tavoitteelliselle hoitoprosessille. Intensiivihoitomallin keskeisiä hoidollisia viitekehyksiä ovat kehityksellinen, traumaterapeuttinen, neuropsykiatrinen, perheterapeuttinen ja monikulttuurinen viitekehys. Kehityksellisen viitekehyksen mukaan lapsi tai nuori nähdään elämäntapahtumiensa ja kokemustensa muodostamana kokonaisuutena. Monipuolisen tiedon saamisella ylisukupolvisista riski- ja suojaavista tekijöistä, lapsen ja nuoren varhaisvaiheista ja psyykkisestä kehityksestä sekä kehityksen esteistä on tällöin keskeinen merkitys lapsen ja nuoren ymmärtämiselle ja hoitamiselle osastolla. Traumaterapeuttinen viitekehys pyrkii ymmärtämään syvää avuttomuutta herättävien traumaattisten kokemusten aktivoimia suojautumisreaktioita ja niiden vaikutuksia yksilön tapaan orientoitua ympäristöönsä, prosessoida kehontuntemuksiaan ja aistihavaintojaan, tunteitaan ja ajatuksiaan sekä kykyyn säädellä omaa toimintaansa. Neuropsykiatrisen viitekehyksen mukaan tietoisuus, persoonallisuus, emootiot, kognitiot ja ruumiillisuus muodostavat monitasoisen toisiinsa kytkeytyvän kokonaisuuden. Hermoston neurobiologisen tasapainon järkkyminen ilmenee psykiatrisina ja neurokognitiivisina oireina sekä käyttäytymisen haitallisina muutoksina. Perheterapeuttisen viitekehyksen mukaan kuntoutumisen

edellytyksenä nähdään muutoksen aikaansaaminen koko perheen tilanteessa ja perheen alasysteemeissä. Myös silloin kun yksittäinen hoitointerventio kohdistuu yksilöön, hoito ymmärretään perhekokonaisuuden näkökulmasta. Monikulttuurisen viitekehyksen mukaisesti monista eri kulttuureista tulevien asiakkaiden kanssa tarvitaan kulttuurisensitiivistä lähestymistapaa ja erilaisten tapakulttuurien ymmärrystä ja kunnioittamista. Maahanmuuttoon ja pakolaisuuteen liittyvät erityiskysymykset on tärkeä huomioida lasten, nuorten ja perheiden hoitoprosessissa.

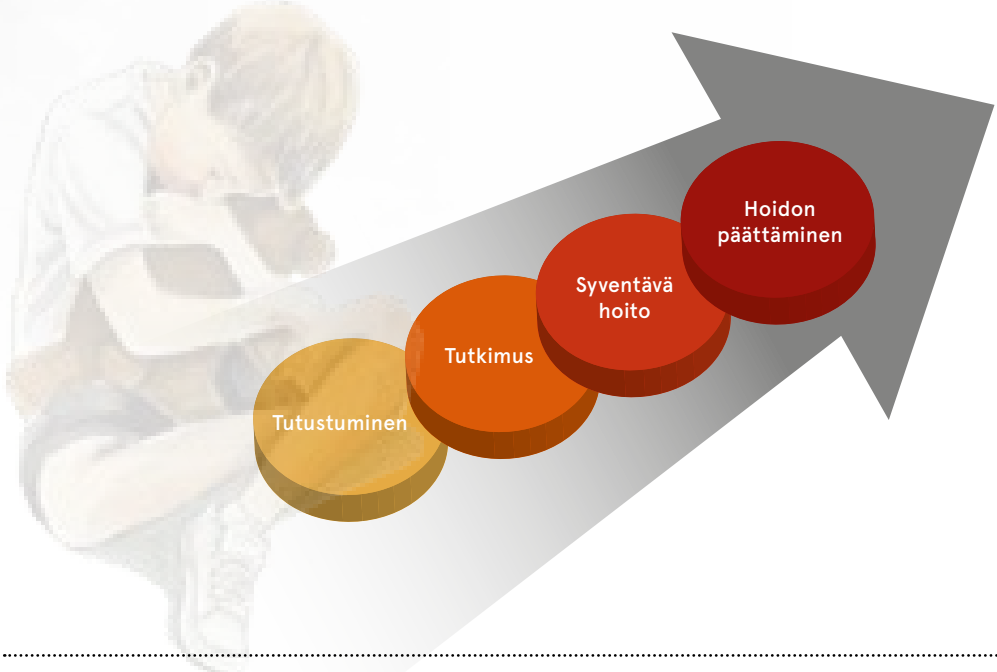


Kuva 5. Intensiivihoitoon sijoitettujen lasten oirehdinta

Intensiivihoidon nelivaiheinen hoitoprosessi

Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidon asiakkaat ohjautuvat hoitoon kunnan lastensuojelun lähettäminä. Intensiivihoidon asiakasohjausryhmä tekee arvion hoitoon tulossa olevien asiakkaiden tilanteesta suhteessa vapaana oleviin osastohoidon paikkoihin. Mikäli päädytään hoitoprosessin aloittamiseen pidetään tuloneuvottelu, jossa ovat paikalla lapsi ja perhe, ja mahdollisen lähiverkoston edustajia, sosiaalityöntekijä ja aikaisempien hoitotahojen edustajat sekä intensiivihoidon osalta lähiesimies, yksilön johtaja, lasten- ja nuorisopsykiatri sekä tarpeen mukaan muiden ammattiryhmien edustajia. Intensiivihoito on nelivaiheinen prosessi (Kuva 6).

Tutustumisvaiheen aikana lapsi tai nuori ja perhe tutustuvat hoitohenkilökuntaan ja osaston arkeen. Tutustumisvaiheen tarkoituksena on tehdä hoitoontulo lapselle, nuorelle ja hänen perheelleen mahdollisimman helpoksi ja käynnistää kiinnittymisprosessi. Tutustumisvaihe edeltää varsinaisen hoidon alkamista. Perhe tulee ensin yhdessä tutustumiskäynnille. Jos lapsi tai nuori tulee intensiiviosastolle jostain toisesta laitoksesta, myös hänen aikaisempi omahoitajansa voi tulla tutustumiskäynnille. Tutustumiskäynnillä lapselle, nuorelle ja hänen perheelleen kerrotaan hoitokäytännöistä ja keskustellaan perheelle tärkeistä kysymyksistä. Tutustumisvaiheessa käynnistyy myös lapsessa, nuoressa ja perheessä huostaanoton ja sijoituksen herättämien tunteiden käsittely.



Kuva 6. Intensiivihoidon nelivaiheinen hoitoprosessi

Tutkimusvaiheessa jatkuu lapsen ja nuoren sekä perheen turvallisuuden tunteen vahvistaminen ja luottamuksen rakentaminen. Tutkimusvaiheen tavoitteena on lapsen tai nuoren vahvuuksien ja voimavarojen sekä kehityksen erityisyyksien ja pulmien kokonaisvaltainen kartoittaminen ja perheen vuorovaikutussuhteiden ymmärtäminen. Lasten- ja nuorisopsykiatrisen arvioinnin ja erilaisten tutkimusten kautta määrittyy lapsen ja nuoren psykiatrisen ja neuropsykiatrisen hoidon tavoitteet. Lääkäri arvioi myös lääkityksen tarvetta lasten, nuorten, vanhempien ja hoitoyhteisön kanssa. Kerätyn tiedon sekä sosiaalityöntekijän laatiman asiakassuunnitelman perusteella moniammatillinen työryhmä tekee kokonaisvaltaisen hoito- ja kasvatussuunnitelman lapsen, nuoren ja perheen tuen tarpeesta. Suunnitelmaa toteutetaan tavoitteellisesti osastohoidossa ja sitä arvioidaan säännöllisesti moniammatillisessa työryhmissä sekä asiakassuunnitelmaneuvotteluissa ja tarvittaessa hoitokokouksissa. Lapsen, nuoren ja perheen hoitoprosessiin liittyvistä tapahtumista kirjataan erilliset lakisääteiset terveyden- ja sosiaalihuollon päivittäismerkinnät sekä tarvittavat yhteenvedot ja lausunnot.

Hoidon syventämisen vaiheessa keskeisiä hoidollisia osa-alueita ovat strukturoidun, turvallisen ja kannattelevan terapeuttisen yhteisön arki ja omahoitajasuhde. Lapselle ja nuorelle luodaan yksilöllisten tarpeiden mukaan suunniteltu ympäristö ja ennakoitava päivä- ja viikkorakenne. Yhteistyötä tehdään lapsen ja nuoren, perheen ja muun lähiverkoston, viranomaisverkostojen sekä muiden hoitotahojen kanssa.

Lapsen ja nuoren osastohoito keskittyy terapeuttiseen omahoitajasuhteeseen ja erilaisiin osastohoitoa tukeviin kuntoutus- ja terapiasuhteisiin. Keskeisiä menetelmiä ovat lisäksi perhe- ja verkostotyö, toiminnallisuus ja terapeuttiset ryhmät. Osastohoito toteutetaan tiiviissä yhteistyössä moniammatillisen työryhmän kanssa, jolloin eri ammattiryhmien tietotaitoa voidaan joustavasti hyödyntää yhteisen ymmärryksen löytämiseksi, vuorovaikutuksen vahvistamiseksi sekä tarvittavien kuntoutus- tai terapiatarpeiden arvioimiseksi ja toteuttamiseksi.

Terapeuttisen yhteisön toiminnassa yhdistyy sosiaalisen ryhmäkäyttäytymisen ja arjen rakenteiden kautta tuotettuja kehityksellisiä ja kasvatuksellisia tehtäviä ja toisaalta erilaisten terapeuttisten vuorovaikutussuhteiden kautta haettuja hoitavia elementtejä. Osastohoidon kannattelevilla arjen rakenteilla ja aikuisten huolenpidolla tavoitellaan sellaisen ympäristön luomista, jossa lapsen sisäinen turvallisuuden tunne voi vahvistua ja hän oppii säätelemään toimintaansa suhteessa ympäristöönsä. Hoidossa ja kuntoutuksessa sovelletaan kehollisia, visuaalisia ja kielellisiä menetelmiä hyödyntäen kehityksellistä, neuropsykiatrista ja traumaterapeuttista viitekehystä. Joidenkin lasten ja nuorten tilanne on niin akuutti vakavien traumojen vuoksi, että

joudutaan toteuttamaan pitkään traumaterapeuttista vakauttavaa ja voimavaraistavaa työskentelyä sekä erityistyöntekijän toimesta että välillisesti omahoitajatyöskentelyä tukien.

Traumaoireiden sekä neuropsykiatristen pulmien yleisyyden vuoksi osaston työryhmä voi tarvittaessa viipymättä konsultoida lääkäriä, neuropsykologia, psykologia, toimintaterapeuttia tai perheterapeuttia. Useilla lapsilla ja nuorilla ei ole vielä valmiuksia tiiviiseen psykoterapiaan, mutta kahdenkeskisillä tapaamisilla omahoitajan ja erityistyöntekijöiden kanssa kyky psykoterapeuttiseen työskentelyyn voi vähitellen kehittyä. Monet lapset ja nuoret kykenevät terapeuttiseen työskentelyyn toiminnallisin menetelmin sekä eri aistikanavia hyödyntäen.

Lasten- ja nuorisopsykiatri tapaa lasta tai nuorta tarpeen mukaan ja arvioi hänen vointiaan. Hän täsmentää tarvittaessa aiemmin tehtyä diagnoosia intensiivihoidon mahdollistaman seurannan, osastojen työntekijöiden havaintojen sekä psykologin, neuropsykologin tai toimintaterapeutin tutkimusta hyödyntäen. Lääkehoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta edellyttävät yhteistyötä lapsen, nuoren ja perheen sekä moniammatillisen työryhmän kesken. Lisäksi tarvitaan objektiivisia mittareita ja lääketurvallisuustutkimuksia. Intensiivihoidossa on turvallista toteuttaa vaativiakin lääkehoitoja. Lasten- ja nuorisopsykiatri ohjaa lapsen lähetteellä lasten- tai nuorisopsykiatrian poliklinikalle, mikäli tämän arvioidaan hyötyvän psykoterapeuttisesta tuesta. Lääkäri toimii yhteistyössä lasten- ja nuorisopsykiatristen sairaaloiden kanssa, mikäli tarvitaan tarkempia etiologisia selvittelyjä tai erityisen vaativaa osastohoitoa.

Koululaisuuden ja oppimisvalmiuksien tukeminen perustuu tiiviille yhteistyölle koulun kanssa. Koululaisuuden perustaitojen opettelu voi lähteä liikkeelle Helsingin opetusviraston Sophie Mannerheimin sairaalakoulun alaisessa koulukuntouttavassa luokassa, joka sijaitsee intensiivihoidon yhteydessä. Koulukuntouttavan jakson jälkeen voidaan arvioida, minkä tyyppiseen koulumuotoon – sairaalakouluun, nivelluokkaan, erityisluokkaan tai yleisopetukseen – lapsi tai nuori voisi integroitua.

Perhetyön kokonaissuunnitelma rakentuu suhteuttamalla lapsen erityinen hoidontarve vanhemmuuden taitoihin ja voimavaroihin sekä laajemman sosiaalisen ympäristön suojaaviin ja riskitekijöihin. Perhetyössä huomio kiinnittyy lapsen ja nuoren sekä muiden perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen, hoitoon ja muutoksen aikaansaamiseen. Laaja perhearviointi auttaa perheen voimavarojen ja haasteiden tunnistamisessa.

Hoidon päättämisen vaiheessa lasta ja nuorta sekä perhettä tuetaan kotiutumisessa, itsenäiseen asumiseen tai perheen ulkopuoliseen sijoitukseen siirtymisessä. Hoidon päättämisen keskeinen tehtävä on huolellinen erotyö ja koko hoitokaaren läpikäyminen, jotta hoidon aikana muodostettujen luotettavien ihmissuhteiden kautta saadut korjaavat kokemukset eivät katkea vaan jäävät sisäistetyiksi. Lapselle ja nuorelle järjestetään tarpeen mukaan myös lasten- tai nuorisopsykiatrinen tai muu terveydenhuollon jatkohoitopaikka. Samanaikaisesti lapsen ja nuoren irtaantumisen kanssa etenee perheen irrottautuminen tiiviin tuen piiristä. Perheen kanssa käsitellään hoitoprosessin eri vaiheita. Intensiivihoidon päättymisestä päätetään loppuneuvottelussa, jossa ovat mukana hoitoprosessiin osallistuneet tahot. Hoito päättyy, kun lapsi tai nuori muuttaa pois osastolta ja siirtyy jälkiseurantaan tai jatkotuen piiriin.

Kun lapsi tai nuori on *palaamassa vanhempiensa luo*, valmisteluvaiheessa keskitytään hoidon ja huolenpidon sekä arkielämän vastuun vähittäiseen siirtämiseen vanhemmille. Lapsen tai nuoren kotiharjoittelujaksoja pidennetään asteittain ja hän harjoittelee aktiivisesti vanhempiensa kanssa arkielämää. Koko perheelle laaditaan sosiaalityöntekijän kanssa jälkihuoltosuunnitelma, johon kirjataan jälkihuollon tarkoitus ja tavoitteet sekä erityisen tuen ja avun järjestäminen lapselle tai nuorelle. Perheen ja lähiverkoston kanssa sovitaan myös siitä, mihin perhe ottaa jatkossa yhteyttä ongelmatilanteissa. Lapselle tai nuorelle voidaan hankkia tukiperhe, jossa hän vierailee sovitulla tavalla.

Kun lapsi tai nuori siirtyy intensiivihoidon jälkeen *perhehoitoon*, vanhempien kanssa käsitellään hoidon ja vastuun siirtymistä perhehoitajille. Tavoitteena on saada vanhempien hyväksyntä ja lupa vanhemmuuden jakamiseen perhehoitajien kanssa. Omahoitaja pohtii lapsen tai nuoren kanssa syitä siihen, miksei hän voi palata omien vanhempiensa luo. Lapsi tai nuori ja hänen perheensä aloittavat tutustumisen tuleviin perhehoitajiin jatkosijoituksen valmisteluvaiheen alusta asti. Perhehoitajat tapaavat lasta ja omahoitajaa ja vanhemmat vierailevat sijaisperheessä tai perhekodissa. Valmisteluvaiheen aikana sovitaan myös perhehoitajien sekä vanhempien ja lapsen tai nuoren välisestä yhteydenpidosta jatkossa.

Lapsen tai nuoren hoitoa voidaan jatkaa *laitoshoidossa* silloin, kun vanhempien tilanteessa ei ole tapahtunut huomattavaa muutosta ja perhehoito ei ole lapsen tai nuoren hoidon kannalta riittävän tukeva vaihtoehto. Siirtymävaiheen neuvotteluissa käydään läpi, mitä lapsen tai nuoren sekä hänen perheensä tilanteessa on tapahtunut intensiivihoidon aikana ja miten hoidossa tullaan jatkossa etenemään. Lisäksi neuvottelussa muodostetaan yhteinen suunnitelma siirtymävaiheelle. Siirtymävaiheen neuvotteluissa ovat mukana lapsen tai nuoren ja perheen lisäksi sosiaalityöntekijä, aikaisempi ja tuleva omahoitaja, intensiivi- ja laitoshoidonyksikön esimies sekä hoidossa mukana olleet muut tahot. Siirtymävaiheen aikana lapsi tai nuori tutustuu uuteen sijaishuoltopaikkaansa ja tulevaan omahoitajaansa. Vanhemmat käyvät myös tutustumassa uuteen sijoituspaikkaan. Siirtymävaiheen päättyessä neuvottelussa käydään läpi siirtymävaiheen aikainen muutos lapsen tai nuoren tilanteessa, kuinka hoito on edennyt ja mitä siinä tulisi jatkossa painottaa. Lisäksi on mahdollisuus sopia lapsen tai nuoren ja omahoitajan jälkitapaamisista intensiivihoidon päättymisen jälkeen.

Kun nuoren ei ole kehityksensä kannalta mielekästä palata perheeseensä ja hänen ikänsä, sisäinen ja ulkoinen elämäntilanteensa on riittävän vakaa vastuun ottamiseen omasta elämästään, nuori voi siirtyä *itsenäiseen tai muuhun tuettuun asumiseen*. Siirtymävaiheessa suunnitellaan nuoren, perheen ja sosiaalityöntekijän kanssa, mitä avohuollollisia tukitoimenpiteitä nuori tarvitsee. Lisäksi nuorelle voidaan etsiä tukihenkilöitä, joihin nuori voi olla yhteydessä sovitulla tavalla. Nuori voi siirtyä suoraan kunnan jälkihuollon tarjoamaan asumiseen tai intensiivihoidon läheisyydessä oleviin itsenäistymisasuntoihin.

Lasten ja nuorten laitoshoito

Lasten ja nuorten laitoshoidon yksikkö Alatalossa pyritään lasta tai nuorta ja perhettä kokonaisvaltaisesti tukevaan hoitoprosessiin. Alatalon hoito perustuu intensiivihoitomallin mukaisesti eri teoreettisten viitekehysten ja lä-

hestymistapojen sekä menetelmien joustavaan integrointiin ja moniammatilliseen työskentelyyn. Alatalon hoito suunnitellaan yksilöllisesti nuoren ja perheen tarpeiden mukaan. Hoitoa ohjaavaan moniammatilliseen työryhmään kuuluvat osaston työryhmä ja lähiesimies, yksikön johtaja, psykologi ja perheterapeutti. Lisäksi moniammatilliseen työryhmään kuuluu tarvittaessa lasten- ja nuorisopsykiatri, neuropsykologi ja toimintaterapeutti sekä nuoren terapeutti. Arjen pysyvien rakenteiden ja aikuisjohtoisuuden avulla luodaan turvallinen kasvuympäristö. Omahoitaja ja osaston työryhmä tukevat nuoren kasvua ja kehitystä huomioiden hänen yksilölliset voimavaransa. Nuoren hoidossa keskeisimpinä menetelminä ovat omahoitajatyöskentely, yhteisölliset ja toiminnalliset työtavat.

Alatalon hoidon yksi keskeinen lähtökohta on hoidollisen jatkuvuuden turvaaminen myös niiden intensiivihoitojaksolla olleiden lasten ja nuorten kohdalla, jotka eivät voi palata kotiin. Intensiivihoidon ja Alatalon hoitoprosessin siirtymävaihe suunnitellaan tarkasti hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Alatalon esimies ja työntekijä kutsutaan hoitotiimeihin jo intensiivihoidon aikana, jolloin voidaan yhdessä arvioida ja suunnitella Alatalon hoitoa. Siirtoneuvottelussa ovat mukana lapsi tai nuori, vanhemmat, sosiaalityöntekijä, intensiivihoidon ja Alatalon työryhmien esimiehet ja omahoitajat, sekä tarvittaessa hoidossa tiiviimmin mukana olleet erityistyöntekijät.

Siirtovaiheessa:

- Intensiivihoidon omahoitaja käy kertomassa lapsesta tai nuoresta Alatalon työryhmälle.
- Lapsi tai nuori ja perhe käyvät tutustumassa Alataloon.
- Perheen tuttujen työntekijöiden, kuten perheterapeutin ja nuoren terapeutin jatkaminen myös Alatalon hoidon aikana vähentää siirtovaiheen stressiä.
- Tarvittaessa konsultoidaan myös muita intensiivihoidon työntekijöitä.

Intensiivihoidon ja Alatalon hoidon rakenteiden ja sisältöjen riittävä jatkuvuus lisää lapsen tai nuoren turvallisuutta. Terapioiden ja kuntoutusten jatkuminen turvaa myös osaltaan siirtovaihetta ja vähentää muutosten aiheuttamaa stressiä.

Nuoren itsenäistymisvaiheessa jatkuvuuden turvaamiseksi on tärkeää, että nuori saa olla riittävän kauan itsenäistymisharjoittelussa ja harjoitella pienin askelin tuttujen aikuisten kanssa itsenäistä elämää. Mikäli täysi-ikään tulevan nuoren taidot eivät riitä itsenäiseen elämään, niin Alatalo voi tarjota jälkihuoltoa tuetun asumisen muodossa. Se on tarkoitettu nuorille, jotka tarvitsevat vielä erityisen paljon tukea itsenäisen elämänsä aloittamiseen ja jotka eivät pysty siirtymään kotikuntansa jälkihuollon palveluihin psyykkisen huonokuntoisuutensa, toimintakykypuutosten tai verkoston kapeuden vuoksi. Jälkihuolto suunnitellaan nuoren osastohoidon jatkumoksi, nuoren yksilöllisten tarpeiden mukaan, huomioiden hänen voimavaransa sekä toimintakyvyn kartoituksen tulokset.

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen ensisijaista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjussa

- **Lasten ja nuorten laitoshoidon keskeinen lähtökohta** on hoidollisen jatkuvuuden turvaaminen myös niiden intensiivihoitojaksolla olleiden lasten ja nuorten kohdalla, jotka eivät voi palata kotiin.

- **Lapsen ja nuoren sekä perheen hoidon jatkuvuuden tukeminen** edellyttää muun muassa:
  - lapsen ja nuoren kehitysympäristön (perhe, sosiaaliset verkostot, koulu) eri puolien huomioimista ja tukemista
  - siirtovaiheen huolellista kannattelua, lapsen tai nuoren ja perheen tiivistä tukea hoidon aikana ja nuoren itsenäistymisvaiheessa
  - tiivistä yhteistyötä työryhmien välillä hoidollisen ymmärryksen ja tietotaidon siirtymiseksi
  - lapsen tai nuoren ja perheen terapioiden ja kuntoutusten jatkuvuuden varmistamista

- **Moniammatillisen työryhmän konsultatiivinen tuki** mahdollistaa lapsen tai nuoren ja perheen erityistarpeiden huomioimisen myös laitoshoidossa ja pienentää sijoituksen katkeamisen riskiä:
  - erityistyöntekijät, kuten psykologi ja perheterapeutti käyvät säännöllisesti raporteilla ja tuntevat lapsen tai nuoren ja perheen tilanteen pidemmältä ajalta
  - erityistyöntekijöiden asiantuntijuus nivoutuu saumattomasti arjen hoitotyön asiantuntijuuteen, kun työntekijä tuntee lapsen tai nuoren sekä perheen tilanteen ja on tietoinen hoidon tavoitteista

Perhehoito

Sijaisperhetoiminta

Sopimussuhteisen perhehoidon tavoitteena ja päämääränä on tarjota lapselle turvallinen koti, jossa lapsen tarpeet tulevat huomioiduksi ja hän saa mahdollisuuden pitkäaikaisiin ihmissuhteisiin ja kiintymyssuhteisiin. Tavoitteena on lapsen iänmukaisen kasvun ja kehityksen tukeminen, hoivan ja huolenpidon tarjoaminen olosuhteissa, jossa lapsi voi kokea olevansa hyväksytty ja rakastettu omana itsenään. Tämä edistää hänen perusturvallisuuttaan sekä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kehitystään.

Helsingin Diakonissalaitoksen Perhehoidon tukipalvelut vastaavat sijaisperheiden hankinnasta, ennakkovalmennuksesta, täydennyskoulutuksesta sekä lapsen sijoituksen aikaisesta tukipalvelusta. Riittävän monipuolisten ja

tarpeenmukaisten tukipalveluiden tavoitteena on turvata lapsen tarvitsemat kuntoutuspalvelut, perhehoitajien jaksaminen ja osaaminen sekä sijoituksen turvallisuus ja jatkuvuus. Sijaisperheen jaksamisen ja lapsen sijoituksen jatkuvuuden turvaamiseksi sijaisperheille tarjotaan monipuolista ja säännöllistä tukea.

Ammatillinen perhekotitoiminta

Ammatillisen perhekotitoiminnan tavoitteena ja päämääränä on tarjota lapselle ja nuorelle riittävän tukeva kasvuympäristö. Ennakoitavan ja tasapainoisen arjen kautta lapsen ja nuoren yksilölliset tarpeet tulevat huomioiduksi ja samalla tarjoutuu mahdollisuus pitkäaikaisiin ihmissuhteisiin ja kiintymyssuhteeseen. Tavoitteena on lapsen iänmukaisen kasvun ja kehityksen tukeminen, hoivan ja huolenpidon tarjoaminen olosuhteissa, jossa lapsi voi kokea olevansa hyväksytty ja rakastettu omana itsenään.

Ammatillisessa perhekoti Knuutinkodissa tarjotaan pitkäaikaista sijaishuoltoa erityistä hoitoa ja kasvatusta vaativille lapsille. Kasvatuksessa yhdistyy vahva ymmärrys ja ammatillinen osaaminen, kokemus ja sitoutuneisuus. Kodissa yhdistyy lapsen hoito ja huolenpito, sekä rakentava työskentely lasten vanhempien kanssa. Ammatillisessa perhekodissa työskentelevät perheen vanhemmat, jotka saavat jaksamisensa ja osaamisensa tueksi mm. työnohjausta ja konsultatiivista tukea erityistyöntekijöiltä.

Perhekuntoutus

Helsingin Diakonissalaitoksella on tehty perhetyötä ja -kuntoutusta 80-luvulta lähtien. Moniammatillisen työryhmän tuottaman laitoskuntoutuksen ja kotiin vietävän perhetyön kautta on voitu tukea haastavissa elämäntilanteissa olevia lapsiperheitä. Tämän lisäksi on kehitetty mm. perhekuntoutusmallia, joka vastaa kaikkein vaikeimmassa asemassa olevien lastensuojelun avohuollon asiakasperheiden tilanteisiin

Mäntyrinteen lastenkodin rinnalle alettiin vuosina 1994–1995 kehittää kokoperhehoitoa päihdeperheille. Nykyisin Perhekuntoutus PYY tuottaa avo- ja laitosmuotoista päihde- ja perhekuntoutusta perheille, joissa vanhemmalla tai vanhemmilla on riippuvuusongelma, sekä raskaana oleville päihteidenkäyttäjille. Kuntoutuksen aloittaminen edellyttää hoidontarpeen arviointia sekä tarvittaessa vieroitushoitoa. PYYssä voidaan kuntouttaa myös korvaushoitoa saavia asiakkaita. Kuntoutuksen pituus suunnitellaan yksilöllisesti ja tarpeen mukaisesti yhteistyössä asiakkaan ja lähettävän tahon kanssa. PYYn hoito perustuu yhteisöhoidon menetelmään ja vertaistukeen. Hoidon tavoitteita ovat päihteettömän elämäntavan harjoittelu ja vanhemmuudessa kasvaminen, jotta lapsen kasvu ja kehitys on turvallista. Vanhemman motivoitumisella on iso merkitys kuntoutuksen onnistumisessa. Kuntoutumisen edetessä motivaatio laajenee päihteistä pidättäytymisestä ihmisenä ja vanhempana kehittymiseen. Kuntoutusta arvioidaan ja suunnitellaan yhdessä asiakkaan, perheen vastuusosiaalityöntekijän, päihdehoidosta vastaavan tahon sekä muiden tahojen kanssa yhteisissä verkostoneuvotteluissa. Perhekuntoutus PYY tuottaa myös asiakasperheen kotona toteutettavaa määräaikaista tehostettua perhetyötä epävakaassa elämäntilanteessa oleville lastensuojelun asiakasperheille.

3.

Lasten ja nuorten intensiivihoidon erityispiirteitä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa

Intensiivihoidon sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöllisistä puitteista ja rajapinnoista

Leena Leppänen & Sinikka Martikainen

Sosiaalihuollon lainsäädännöstä

Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoitoyksiköt tarjoavat sijaishuollon erityisyksiköissä toteutettavaa sijaishuoltoa ja yksilölliseen tarpeeseen perustuvaa lasten- ja nuorisopsykiatrista hoitoa monimuotoisesti oirehtiville lapsille, nuorille ja heidän perheilleen. Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidossa toimitaan sosiaali- ja terveyden huollon rajapinnalla. Intensiivihoidossa on lupa tuottaa ympärivuorokautisia yksityisiä sosiaalipalveluja (1, 2) ja yksityisen terveydenhuollon palveluja (3).

Lastensuojelulain tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön,

tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Lastensuojelua on lapsi- ja perhekohtainen lastensuojelu, jota toteutetaan tekemällä lastensuojelutarpeen selvitys ja asiakassuunnitelma sekä järjestämällä avohuollon tukitoimia. Lapsi- ja perhekohtaista lastensuojelua ovat myös kiireellinen sijoitus ja huostaanotto sekä niihin liittyvä sijaishuolto ja jälkihuolto. Lastensuojelun on edistettävä lapsen suotuisaa kehitystä ja hyvinvointia. Lastensuojelun on tuettava vanhempia, huoltajia ja muita lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavia henkilöitä lapsen kasvatuksessa ja huolenpidossa. Lastensuojelun on pyrittävä ehkäisemään lapsen ja perheen ongelmia sekä puuttumaan riittävän varhain havaittuihin ongelmiin. Lastensuojelun tarvetta arvioitaessa ja lastensuojelua toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon lapsen etu. Lastensuojelussa on toimittava mahdollisimman hienovaraisesti ja käytettävä ensisijaisesti avohuollon tukitoimia, jollei lapsen etu muuta vaadi. Kun sijaishuolto on lapsen edun kannalta tarpeen, se on järjestettävä viivytyksettä. Sijaishuoltoa toteutettaessa on otettava lapsen edun mukaisella tavalla huomioon tavoite perheen jälleenyhdistämisestä (4).

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain mukaan kaikissa julkisen tai yksityisen sosiaalihuollon toimissa, jotka koskevat alaikäistä, on ensisijaisesti otettava huomioon alaikäisen etu (5). Lapsen oikeuksien toteuttaminen on myös muuta lainsäädäntöä ja muita viranomaisia sekä laajemmin koko yhteiskuntaa koskeva tehtävä. Lapsen oikeuksista on säädetty erikseen Suomen perustuslaissa sekä Suomea sitovissa Euroopan ihmisoikeussopimuksessa ja YK:n lapsen oikeuksien yleissopimuksessa. Niissä velvoitetaan lapsen edun asettamiseen etusijalle kaikessa viranomaistoiminnassa (6).

Terveydenhuollon lainsäädännöstä

Yksityistä terveydenhuollon palvelua koskevaan lakiin (1) liittyvässä aluehallintoviraston ohjeessa (9) ”terveydenhuollon palveluja tuottavalla yksiköllä tarkoitetaan sitä toiminnallista kokonaisuutta, jossa annetaan lain tarkoittamia palveluja”. Terveydenhuollon palveluja tuottavat terveydenhuollon työntekijät (7), joita intensiivihoidossa kutsutaan erityistyöntekijöiksi. He kuuluvat Valviran Terhikki-rekisteriin. Vastaavasti intensiivihoidon sosionomit ja lähihoitajat kuuluvat Suosikki-rekisteriin (8). Intensiivihoidossa toimitaan siis sosiaali- ja terveydenhuollon oikeuksin ja velvollisuuksin.

Terveydenhuollon palveluilla tarkoitetaan mm. ”sellaisia palveluja, jotka annetaan suoraan väestölle ja jotka kuuluvat koululääketieteen piiriin ja perustuvat yleisesti hyväksyttyyn ja kokemusperäiseen lääketieteelliseen tietoon. Kuntoutustoiminta terveydenhuollon palveluna on toimintaa, jonka tarkoituksena on lääkinnällinen kuntoutus tai kuntoutustutkimuksen teko asiakkaalle” (9).

Lain mukaan terveydenhuollon palvelun tuottajalla on oltava lupaviranomaisen hyväksymä terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja (3, 9). Palveluista vastaavan johtajan tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö (7), ”jolla ottaen huomioon toiminnan laajuus ja siinä tarjottavat palvelut, on tehtävän menestykselliseen hoitamiseen soveltuva koulutus ja vähintään kahden vuoden työkokemus aiotulla toimialalla.” Intensiivihoidossa palveluista vastaavana johtajana toimii vastuulääkäri. Laki yksityisen terveydenhuollon palveluista määrittää siis puitteet intensiivihoidon terveydenhuollon palveluiden toiminnalle (9).

Terveydenhuollon palveluista vastaava johtaja vastaa muun muassa siitä, että

- toiminta täyttää **yksityisestä terveydenhuollosta** annetussa **laissa** ja **asetuksissa** asetetut vaatimukset
- toimintaa varten on riittävästi **koulutettua ja ammattitaitoista henkilökuntaa**
- **tilat ja laitteet** ovat asianmukaiset
- terveydenhuollon palvelutoiminta on lääketieteellisesti perusteltua ja siinä on otettu huomioon potilasturvallisuuden asettamat vaatimukset
- **potilasasiakirjat** laaditaan ja säilytetään asianmukaisesti
- toiminnassa noudatetaan **potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia**

Intensiivihoidon terveydenhuollon toimintayksikössä otetaan huomioon luonnollisesti myös alaikäisten ja huostaanotettujen lasten ja heidän huoltajiensa oikeuksista laaditut määräykset (4, 10, 11). Lisäksi intensiivihoidon terveydenhuollon toimintayksikön toimintaa linjaa sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, jossa ohjeistetaan mm. potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä (12).

Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidon ainutlaatuisuutta sosiaalipalveluna on, että siinä toimivat terveydenhuollon erityistyöntekijät kuuluvat lastensuojelun toimintaan omana terveydenhuollon toimintayksikkönään.

Sosiaalihuollossa syntyvien potilastietojen erottamisesta terveydenhuollon potilasrekistereihin kuuluvista ja valtakunnalliseen potilastiedon arkistoon tallennettavista potilastiedoista todetaan, että sosiaalialan palveluissa voi työskennellä terveydenhuollon ammattihenkilöitä, jotka antavat lääketieteellistä tutkimusta ja hoitoa. Tällaisia sosiaalihuoltoon kuuluvia palveluita ovat esim. kasvatus- ja perheneuvolat, osa päihdehuollon ja kehitysvammaisten erityishuollon palveluista. Tällaisesta sosiaalitoimessa työskentelevästä terveydenhuollon henkilöstöstä käytetään nimitystä terveydenhuollon toimintayksikkö. Ohjeistuksen mukaisesti intensiivihoito vastaa järjestelyiltään lähinnä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) määrittelemää palveluasumista ja kotihoitoa, jossa terveydenhuollon ammattilaiset osallistuvat toimintayksikkönä kyseisen palvelun antamiseen työsuhteessa (13). Intensiivihoidon terveydenhuollon järjestely poikkeaa lainsäädännöllisesti sellaisista lastensuojelun yksiköistä, joissa terveydenhuollon ammattilainen, esim. konsultoiva lääkäri, käy julkisen tai yksityisen terveydenhuollon palveluiden antajan lukuun yksittäisillä käynneillä hoitolaitoksessa, mutta ei osallistu palvelun tuottamiseen muuten (13).

Intensiivihoito tuottaa siis terveydenhuollon palveluja ja niin ollen myös terveydenhuollon potilastietoja (13). Sosiaali- ja terveydenhuollon laeissa esim. asiakirjojen säilytysaikoja ja tietojen luovutusta koskevat säännökset ovat joiltakin osin keskenään erilaiset. Tietosuojavaltuutettu on linjannut käytäntöjä asiakirjoihin liittyen em. toimintaympäristöihin. Intensiivihoidon terveydenhuollon potilastiedot on säilytettävä tietosuojavaltuutetun mukaan omana osarekisterinään intensiivihoidon sosiaalihuollon asiakasrekisterissä. Tietoja ei saa luovuttaa ilman asianomaisen lupaa toisille terveydenhuollon toimijoille (13). Tietoja ei myöskään liitetä toistaiseksi valtakunnalliseen potilastiedon arkistoon (Kanta), lukuun ottamatta sähköisen reseptin arkistoa. Intensiivihoidossa terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välisen rajapinnan erillisiä ja jaettuja vastuita voidaan havainnollistaa kuvan 6 mukaisesti.

Osaston työryhmän ja lähiesimiehen vastuulla

- Hoivaava ja kuntouttava arki
- Terapeuttinen omahoitajuus
- Vanhemmuuden tehtävät
- Kasvun ja kehityksen tuki
- Vahvuuksien ja voimavarojen etsiminen ja kehittäminen
- Toiminnallisuus

Terveydenhuollon työntekijöiden vastuulla

- Lääketieteelliset tutkimukset, arvioinnit ja asiakirjat
  - Lääkäri
  - Psykologi
  - Neuropsykologi
  - Toimintaterapeutti
  - Perheterapeutti
- Lääkehoidon suunnittelu
- Psykoterapeuttiset hoidot ja kuntoutukset

Tavoite

- Läsnäolo ja kohtaaminen
- Kiintymyssuhdetyö
- Traumareaktioita vakauttava työ
- Tunteiden ja käytöksen tunnistaminen
- Ymmärtäminen ja sanoittaminen
- Tunteiden ja käytöksen säätelyn tuki
- Lääkehoidon toteutus ja seuranta
- Toivon ylläpitäminen

Miten

- Työparityöskentely
- Keskustelut, toiminnallisuus ja ryhmät
- Raportit
- Seuranta
- Hoitotiimit
- Hoidon tukiryhmät
- Neuvottelut
- Muut

Kuva 6. Intensiivihoidon sote-palveluiden rajapinnoista

Lähteet

1. *Laki yksityisistä sosiaalipalveluista.* http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110922
2. *Yksityiset sosiaalipalvelut luvanvarainen toiminta.* https://www.avi.fi/web/avi/luvanvarainen-toiminta#.WJwlUW-LS70
3. *Laki yksityisestä terveydenhuollosta.* www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900152
4. *Lastensuojelulaki.* https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417
5. *Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista* http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417
6. *Lastensuojelun käsikirja, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL* https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja
7. *Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä.* https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559
8. *Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä.* http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150817
9. *Aluehallintoviraston ohje yksityisen terveydenhuollon palvelujen tuottajalle* https://www.avi.fi/documents/10191/147081/
10. *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista* http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785
11. *Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta* www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1996/19960619
12. *Sosiaali-ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista* http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298
13. *THL ohje 6/2013 sosiaalihuollossa syntyvien potilastietojen erottamisesta terveydenhuollon potilasrekistereihin kuuluvista ja valtakunnalliseen potilastiedon arkistoon tallennettavista potilastiedoista* http://www.kanta.fi/documents/12105/3494314/Ohje+sosiaalipalveluissa+syntyvien+potilastietojen+käsittelystä/312941ad-6cb6-464b-9d1a-6500d2b2dc5b

Intensiivihoidon terapeuttisen yhteisön johtamisrakenteiden ja -kulttuurin merkityksestä

Leena Leppänen, Sanna Soukkio & Kirsi Laaksonen

Lastensuojelulain tarkoituksena on turvata se, että lapsen sijaishuolto toteutetaan laadukkaasti ja lapsen edun mukaisesti myös niissä tilanteissa, joissa lapsen hoito ja huolto vaatii erityisosaamista. Olennaista on löytää lapsen etua parhaiten toteuttava ratkaisu, josta lastensuojelulaissa on säädetty varsin kattavasti (1). Lastensuojelun laatusuositus on suunnattu ensisijaisesti lastensuojelupalvelujen toteuttamisen, arvioinnin, kehittämisen ja johtamisen tueksi kuntiin. Laatusuositus on tarkoitettu myös lapsille, nuorille, vanhemmille ja heidän läheisilleen. Laatusuositusta voivat hyödyntää lisäksi muut lastensuojelun toimijat oman toimintansa suunnittelussa ja arvioinnissa. Lapsi on suosituksen keskiössä.

Jokaisen lastensuojelutyötä tekevän ammattilaisen ja työyhteisön tulisi tarkastella eettisiä periaatteita arvioiden sitä, mitä periaatteet tarkoittavat omassa työtehtävässä ja työyhteisössä. Lastensuojelutyötä ohjaaviin keskeisiin periaatteisiin sitoutuminen vahvistaa oikeiden palvelujen etsimistä ja löytämistä oikeaan aikaan (2).

Intensiivihoidossa on kiinnitetty erityistä huomiota johtamisrakenteen ja -kulttuurin merkitykseen terapeuttisen yhteisön toiminnan ja sitä kautta lasten, nuorten ja perheiden hoidon laadun kannalta. Terapeuttisen yhteisön toimintaa tukevat hallinnolliset ja hoidolliset rakenteet mahdollistavat lastensuojelua ja lasten- ja nuorisopsykiatriaa integroivan hoitomallin toteuttamisen ja kehittämisen. Terapeuttisen yhteisön toimintaa tukeva johtaminen edellyttääkin yksikön johtajilta ja palvelualuejohtajalta hoitoprosessien ymmärtämistä, jotta intensiivihoitoa voidaan toteuttaa moniammatillisessa työryhmässä lastensuojelutyötä ohjaavien eettisten periaatteiden mukaisesti.

Laatusuosituksessa on kuvattu lastensuojelutyötä ohjaavat viisi eettistä periaatetta:

- asiakkaiden ihmisarvo ja perusoikeudet
- lapsen etu
- vuorovaikutus
- ammattihenkilöstön työn laatu
- vastuulliset päätökset ja toimintakulttuuri.

Asiantuntijatyön tärkein voimavara on työntekijöiden tieto-taito ja heidän mahdollisuutensa käyttää omia kykyjään luovasti eri tehtävissä. Tällaisessa työssä johtajan keskeiseksi tehtäväksi tulee työntekijöiden kykyjen ja voimien maksimointi ja niiden yhteensovittaminen. Tähän tarvitaan dialogisia keskusteluja, jotta työntekijät ymmärtäisivät toisiaan ja osaisivat sovittaa tekemisensä kunnolla yhteen. Dialogin käyttäminen yhteisen tilan-

nekuvan luomiseksi varmistaa, että jokainen työntekijä ymmärtää työtilanteet riittävän samalla tavalla ja osaa toimia yhteistyössä tilanteiden vaatimusten mukaisesti. Erilaiset työtehtävät ja tilanteet edellyttävät eriasteista yhteisymmärrystä. Dialogia voidaan luonnehtia yhteiseksi pohdinnaksi, jonka kohteena ovat asioille annetut merkitykset. Dialoginen johtamistapa perustuu kahteen periaatteeseen: keskinäistä ymmärrystä tavoittelevaan merkityskeskusteluun ja kokeilemalla tapahtuvaan oppimiseen. Nämä edellyttävät ja tukevat toisiansa: dialogiset merkityskeskustelut synnyttävät kokeiluideoita ja kokeilut puolestaan tuottavat uusia sisältöjä merkityskeskusteluihin (3).

Intensiivihoidossa on pyritty tukemaan terapeuttisen yhteisön dialogin monitasoisuutta ja reflektiorakenteiden toimivuutta. Osastohoidon kohdalla säännölliset raportit, osastopalaverit, moniammatilliset hoitotiimit, hoidon tukiryhmät, yksilö- ja ryhmätyönohjaukset, konsultaatiot, erilaiset turvallisuuden rakenteet ja purkutilanteet mahdollistavat arjessa dialogiset keskustelut. Ennen päätöksentekohetkeä tarvitaan runsaita dialogeja, jotta ymmärrettäisiin asioiden monivivahteisuus ja runsaita dialogeja päätöksentekohetken jälkeen, jotta nähtäisiin, mitä päätökset merkitsevät itse kunkin toiminnalle ja keskinäiselle yhteistyölle (4).

Yksikön johtajat vastaavat yhdessä lähiesimiesten kanssa hallinnollisten ja hoidollisten rakenteiden ylläpitämisestä ja huoltamisesta. Haastavien hoidon käännekohtien aikana monitasoinen kannatteleva johtamisen rakenne on erityisen tärkeä hoidon laadun ja jatkuvuuden turvaamiseksi. Palvelualuejohtaja vastaa kokonaisvaltaisesti toiminta- ja johtamisrakenteiden toimivuudesta ja hoidon laadusta sekä toiminnan turvallisuudesta. Kyse on jatkuvasta ja aktiivisesta toiminnasta, jonka lähtökohtana on tiivis yhteistyö ja vuorovaikutus henkilöstön kanssa. Lapsi- ja perhepalveluiden johtoryhmän ja laajennetun johtoryhmän moniammatillinen sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmia integroiva kokoonpano tukee osaltaan terapeuttisen yhteisön hoidollisia rakenteita. Johtamisrakenne tukee myös henkilöstön työskentelyedellytyksiä ja osaamisen kehittämistä.

Johtaminen on vastuullista ja esimerkillä johtamista, yhteisen suunnan näyttämistä, kohtaamisen kulttuurin sekä luottamuksen rakentamista. Luottamuksen ilmapiiri syntyy, kun esimiehillä on vahva integriteetti eli he pitävät kiinni siitä, mitä sovitaan, välttävät poukkoilua, kuuntelevat, ovat suoria ja läsnä. Kuunteleminen on johtamisessa tärkeämpää kuin puhuminen (5).

Hyvä ja oikeudenmukainen johtaminen luo edellytyksiä henkilöstön työhyvinvoinnille ja sitä kautta laadukkaille hoitoprosesseille ja kehittämistyölle.

Voimakkaasti oirehtivien lasten, nuorten ja perheiden haasteet siirtyvät hoitoyhteisön kannettavaksi monella eri tasolla ja näiden siirtoilmiöiden tunnistamiseksi, ymmärtämiseksi ja sietämiseksi tarvitaan paljon monella eri tasolla toteutuvaa ammatillista pohdintaa ja yhteistä prosessointia. Palvelualuejohtajan ja yksikön johtajien tehtävä on varmistaa, että

nämä hoitoyhteisön kannattelevat rakenteet toimivat riittävän hyvin kaikilla eri tasoilla. Tämä edellyttää kykyä ymmärtää riittävän hyvin hoidon sisältöjä, valmiutta ja rohkeutta kuunnella hoitoyhteisön työntekijöitä ja työryhmiä eri tasoilla ja kokoonpanoissa, ymmärtää yksityiskohtia ja samalla hahmottaa kokonaisuuksia, rakentaa dialogia eri ammattiryhmien välille ja lopulta kykyä varmistaa oikea-aikainen päätöksen teko sekä tarvittavien prosessien käynnistäminen.

Hoitoyhteisön toimivuuden kannalta perustan rakentaa monitasoinen kannatteleva ja hoidollista ymmärrystä syventävä johtamisrakenne ja –kulttuuri.

Lähteet

1. **Sinko**, P., **Pitkänen**, M., **Hoikkala**, S., **Pollari**, K. & **Martiskainen**, T. (2016). *Rajapinnoilla. Lapsen erityisten tarpeiden huomioiminen sijaishuoltopaikan valinnassa.* Helsinki: Lastensuojelun Keskusliitto. https://www.lskl.fi/materiaali/lastensuojelun-keskusliitto/Rajapinnoilla1.pdf
2. **Lavikainen**, M., **Puustinen-Korhonen**, A., **Ruuskanen**, K. (2014): *Lastensuojelun laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2014:4 https://www.julkari.fi/handle/10024/116166
3. **Alhanen** K., **Soini** T. & **Kangas** M (2015). *Dialoginen johtaminen ja vallankäyttö.* http://dialogiakatemia.fi/wp-content/uploads/2015/11/Aretai_Dialoginen_johtaminen_ja_vallankaytto.pdf
4. **Arnkil** T.& **Seikkula** J. (2015). *Nehän kuunteli meitä! – Dialogeja monissa suhteissa.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL.
5. **Alahuhta** M. (2015). *Johtajuus. Kirkas suunta ja ihmisten voima. Kokemuksia ja näkemyksiä johtamisesta Koneen ja Nokian vuosilta.* Docendo.

Vastuulääkäri intensiivihoidossa

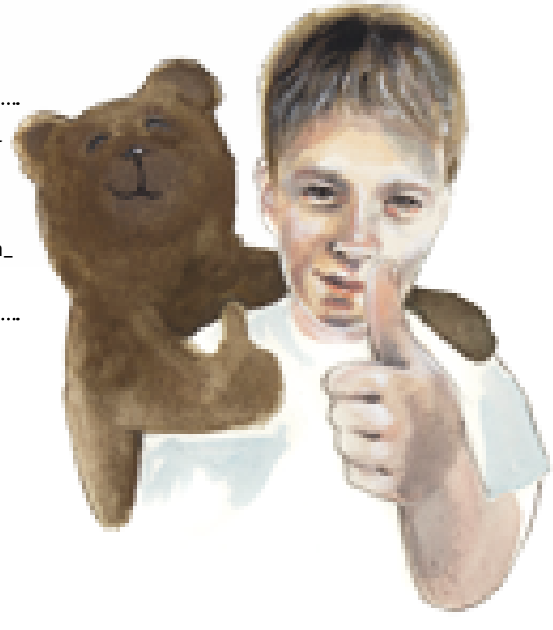
Sinikka Martikainen

Vastuulääkäri vastaa intensiivihoidon terveydenhuollon alaisesta toiminnasta (1) ja toimii myös Perhekuntoutus PYYn vastuulääkärinä lasten osalta. Vastuulääkärin työ toteutuu normaalin lasten- ja nuorisopsykiatrin työn ohessa. Vastuulääkärin esimies on palvelualuejohtaja, jonka kanssa hän toimii tiiviissä yhteistyössä. Lapsi- ja perhetyön johtoryhmän jäsenenä vastuulääkärillä on osansa lapsi- ja perhepalveluiden sekä siihen kuuluvan intensiivihoidon kehittämisessä, koska johtoryhmä vastaa mm. intensiivihoidon resursseista, sisällöstä ja taloudesta. Hän edustaa johtoryhmän työskentelyssä psykologin kanssa myös intensiivihoidon terveydenhuollon näkökulmaa. Johtoryhmätyöskentelyn kautta vastuulääkäri on yhteydessä myös Helsingin Diakonissalaitoksen nykyisen Sote-toimialan toimintaan. Samaten hän osallistuu johtoryhmän jäsenenä kanssakäymiseen eri ulkopuolisten toimijoiden kanssa.

Vastuulääkäri toimii intensiivihoidossa erityistyöntekijöiden esimiehenä ja on osaltaan vaikuttamassa siihen, että erityistyöntekijöiden työskentelyolosuhteet ovat toimivat, koulutuksellisesti pysytään ajan tasalla ja työnohjaus on riittävää. Erityistyöntekijöiden yhteisö ja sen säännölliset tapaamiset toimivat osaltaan työntekijän tukena sekä tarjoavat foorumin keskustelulle sekä erityistyön suunnittelulle ja kehittämiselle asiakaskunnan ja terveydenhuollon haasteisiin vastaamiseksi. Hyvä dialogi sosiaali- ja terveydenhuollon edustajien kesken myös johtoryhmän tasolla on intensiivihoidon toiminnan ja tuloksellisuuden kannalta avainasemassa, jotta työnjako ja vastuut voidaan määritellä mahdollisimman selkeästi ja sote-integraatioon liittyvät käytännön ongelmakohdat saadaan ratkaistuiksi luovalla tavalla.

Lähteet

1. **Valvira***: sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston ohje yksityisen terveydenhuollon palveluiden tuottajille.* https://www.valvira.fi/documents/14444/37132/Ohjeistus_yksityisen_terveydenhuollon_palvelujen_tuottajille.pdf



4.

Osastohoito hoidollisen yhteisön perusta

Osastohoito integroivana moniammatillisena työskentelynä

Timo Pasanen & Maarit Valkonen

Terapeuttisessa yhteisössä tarjotaan osastohoitoa ja siihen integroituvia kuntoutumismuotoja, kuten terapiaa, toiminnallisuutta ja koulukuntoutusta. Toiminnassa yhdistyy osaston sosiaalisen ryhmäkäyttäytymisen ja arjen rakenteiden kautta tuotettuja kehityksellisiä ja kasvatuksellisia tehtäviä sekä toisaalta erilaisten terapeuttisten vuorovaikutussuhteiden kautta toteutuvia hoitavia prosesseja.

Intensiivihoidon perustana on luoda lapsen ja nuoren kiinnittymiselle turvallinen ympäristö, joka rakentuu ennakoitavista, toistuvista päivä- ja viikko-ohjelmista. Rakenteilla on osastohoidossa erityisen tärkeä rooli hoidon kannalta ja niiden toimivuus vaatii jatkuvaa tarkastelua. Turvallisuuden perusta syntyy huomaamatta yhteisön arkirutiinien toistuvuudesta, sääntöjen selkeydestä ja oikeudenmukaisuudesta sekä kaikenlaisten, pientenkin uusien asioiden tai muutosten huolellisesta ennakoimisesta. Viihtyisän, riittävän yksilöllisen, lapsen ja nuoren kykyjä sopivasti virit-

tävän fyysisen ympäristön luominen on tärkeä osa hoitoa. Arjessa toistuvien vuorovaikutuskohtaamisten kautta sisäisiin kuvitelmiinsa ja häpeälamaannuksiin kadotettu lapsi ja nuori voi tulla yhä uudelleen löydetyksi ja elävään kohtaamiseen houkutelluksi. Vuorovaikutusepisodien huomaamattomat hyväksyvät ilmeet ja eleet vahvistavat vähitellen lapsen ja nuoren omanarvontuntoa (1).

Terapeuttisen yhteisön hoidollinen tavoite on järjestää sellainen ympäristö, jossa lapsen ja nuoren minän rakentuminen pääsee alkuun ja hän oppii säätelemään sisäistä maailmaansa suhteessa ympäristöönsä. Työryhmä pyrkii ymmärtämään ja tarjoamaan sopivassa määrin tyydytystä lapsen ja nuoren regressiivisille tarpeille, jotta hänelle tarjoutuu mahdollisuus ilmaista niitä puolia omasta itsestään, joille hän ei ole saanut riittävästi vastavuoroista peilausta. Lapsen tai nuoren oireen hillitseminen säännöillä tai rangaistuksilla ei yleensä auta, joten tarvitaan oireen taakse ulottuvaa ymmärrystä siitä, mitä hän oirekäyttäytymisen kautta yrittää ratkaista; epäsosiaalinen teko voidaan nähdä toivon ilmaisuna. Regressiivisen käyttäytymisensä kautta lapsi tai nuori voi tuoda esille erilaisia pelkojaan, sammutettuja toiveitaan, vaille jäämisen ja laiminlyönnin kokemuksiaan. Regression kautta lapsen tai nuoren häpeää, raivoa ja lamaannusta herättäneet sietämättömät kokemukset voivat tulla tunnistetuksi, vastaanotetuksi ja kestetyksi terapeuttisessa yhteisössä, jolloin hän voi yrittää uudelleen integroida niitä osaksi omaa kokemusmaailmaansa. Psyykkisten tilanvaihdosten (3) kautta lapsi ja nuori voi tuoda esille varhaiskehityksen vuorovaikutuksessa vireystilan muutosten, affektien ja toiminnan kautta ”ruumismuisteihin” tallentuneita kokemuksiaan, joita hän ei kykene sanallisen muistelun kautta palauttamaan mieleensä.

Ryhmän kautta tapahtuvan hoitamisen erityisiä piirteitä ovat:

- monitasoinen vuorovaikutusverkosto työryhmän ja hoidettavan ryhmän jäsenten välillä
- tiiviit vuorovaikutussuhteet työryhmän jäsenten välillä
- työn avoin luonne; reflektiivinen työote
- sopivien tilaisuuksien ohjaama työote; so. yhteisöllisen arjen toiminnassa spontaanisti syntyvien sopivien tilaisuuksien käyttäminen työskentelyn perustana (2)
- yhteisesti sovituista aikatauluista kiinnipitäminen
- tilan ja fyysisen ympäristön suunnitelmallinen hyödyntäminen hoidon osana

Traumateorian näkökulmasta lapsen ja nuoren regressio kertoo traumamuistoja kantavan persoonallisuuden emotionaalisen puolen aktivoitumisesta. Terapeuttisen yhteisön tärkeä hoidollinen perustehtävä on tällöin auttaa lasta ja nuorta palaamaan optimaalista psyykkistä integroivaa prosessointia kuvaavan sietoikkunan alueelle. Toistuva ajautuminen sietoikkunan ulkopuolelle, kiihtymyksellisiin ylivireystiloihin tai dissosiatiivisiin alivireystiloihin vain uhkaa entisestään vahvistaa suojautumisreaktioista vastaavia hermoratoja ja ruumiin implisiittisiin muistijärjestelmiin tallentuneita koteloituneita traumamuistoja (4).

Terapeuttisen yhteisön ymmärtävän kannattelun ulottuvuuksia ovat:

- tarjota sopivat rajat käyttäytymiselle ja tunteiden ilmaisemiselle, jotta vahvoja tunteita voidaan ilmaista turvallisesti
- luoda aidosti ymmärtäviä, välittäviä ja sitä kautta korjaavia ihmissuhteita
- tarjota ahdistusten säilöfunktio, jotta sietämättömät kokemukset voivat tulla jaetun kokemuksen piiriin
- aidon ja selkeän kommunikaation tavoittelu, jolloin väärinymmärrykset ja epäselvyydet käsitellään riittävän nopeasti ja perusteellisesti, jotta vahvojen tunteiden vääristämät fantasiat heikkenevät ja realiteettitaju vahvistuu
- traumaattisiin kokemuksiin liittyvien yli- ja alivireystilojen tasaannuttaminen ja sietoikkunan piiriin palaaminen, jolloin sietämättömien kokemusten integroiminen tahdonalaisen minuuden piiriin tulee mahdolliseksi

Lapselle ja nuorelle tarjoutuu osastolla mahdollisuus korjaaville ihmissuhteille välittävien ja aitojen ihmissuhteiden rakentumisen kautta. Osastohoidossa lapsi ja nuori voi tuntea kuuluvansa vertaisryhmään, jossa hänet hyväksytään. Osastohoidossa on mahdollista tukea ja ohjata lapsen ja nuoren tapaa olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa, jolloin hän oppii vähitellen rakentavampia tapoja luoda kontaktia muihin ja ratkaista ristiriitatilanteita. Hoitoyhteisössä on mahdollista käsitellä nopeasti väärinymmärryksiä, jolloin vahvojen tunteiden vääristämät fantasiat heikkenevät ja realiteetin taju vahvistuu. Lapselle ja nuorelle voidaan myös tarjota hänen tarpeidensa ja kykyjensä pohjalta riittävän pieniä haasteita, jotta hän saa jatkuvien epäonnistumisen kokemusten tilalle onnistumisia. Kuntoutumisen myötä lapsi ja nuori voi saada merkityksellisiä onnistumisen kokemuksia esimerkiksi oman harrastuksen parissa.

Keskeisenä menetelmänä yksilöllisen kuntoutuksen lisäksi on osastolla toteutettava toiminnallisuus. Toiminnallisuuteen sisältyy monia hoidollisia elementtejä. Toimintaa suunniteltaessa otetaan aina huomioon lapsen tai nuoren psyykkinen vointi ja toimintakyky. Toiminnallisuuden kautta on mahdollista vahvistaa lapsen tai nuoren jo olemassa olevia taitoja, mutta toisaalta myös harjaannuttaa sellaisia taitoja, jotka ovat jääneet lapsen tai nuoren elämässä vähemmälle harjoittelulle. Toiminnallisuuden kautta voidaan tarjota uusia elämyksiä ja korjaavia kokemuksia. Toiminnallisuutta voidaan toteuttaa ryhmässä tai kahden kesken työntekijän kanssa. Ryhmässä tapahtuvassa toiminnallisuudessa voidaan samalla harjoitella ryhmätaitoja, kuten toisten huomioimista, vuoron odottamista ja muita sosiaalisia vuorovaikutustaitoja. Yksilöllisesti toteutettuna toiminnallisuus antaa lapselle ja nuorelle mahdollisuuden kahdenkeskiseen mukavaan hetkeen työntekijän kanssa. Toiminnallisuuden ohella lapsen tai nuoren voi olla helppo jutella työntekijän kanssa omaan elämään liittyvistä merkityksellisistä asioista, jolloin yhdessä tekemisellä on myös syvempi merkitys esimerkiksi luottamuksen ja kiintymyssuhteen rakentamisen kannalta. Osastohoitoon integroituvan toiminnallisuuden tehtävinä voidaan erotella (5):

- perushoitoa täydentävä harrastustoiminta
- hoito- ja kasvatussuunnitelman osana määrittyvä tavoitteellisempi toiminnallisuus (esim. ryhmätaitojen vahvistaminen)
- kuntouttava ja terapeuttinen toiminnallisuus, jonka toteutuminen edellyttää kokonaisvaltaista kuntouttavaa prosessia, terapiatekniikoita ja selkeitä terapeuttisen yhteisön rakenteita (esim. suunnittelu, purku, työnohjaus).

Toiminnallisuuden toteuttamisessa on tärkeää kuulla lasten ja nuorten omia toiveita. Oma innostus harrastamiseen voi löytyä osaston järjestämän toiminnallisuuden kautta. Osaston itsensä järjestämän päivittäisen toiminnallisuuden lisäksi Lapsi- ja perhepalveluissa kokoontuu toiminnallisuustyöryhmä, joka suunnittelee osastoille yhteisesti järjestettyä toimintaa, kuten kiipeilyä, laskettelu- ja luontoretkiä. Tämän lisäksi Perhetalkoot-toiminta järjestää ja on mukana toteuttamassa erilaisia toiminnallisia tapahtumia. Toiminnallisuuden ei aina tarvitse olla suurta ja kallista. Luonnossa liikkuminen on monelle lapselle ja nuorelle rauhoittavaa ja mielekästä puuhaa. Osaston talvi- ja kesäkauden mökkireissut ovat usein kohokohtia, jotka ovat jääneet parhaimpina

muistoina mieleen vielä pitkään hoidon jälkeenkin.

Jotta terapeuttinen yhteisö olisi turvallinen, sillä pitää olla selkeät rajat. Terapeuttisella yhteisöllä on omat säännöt, joihin on yhdessä sitouduttu ja joista pidetään yhdessä huolta. Lapsilla, nuorilla ja aikuisilla on omat selkeät roolinsa yhteisössä ja aikuisen rooliin pyrkivää lasta tai nuorta autetaan löytämään oma paikkansa lasten ja nuorten vertaisryhmässä. Tyypillisesti lapsen ja nuoren oirehdinta alkaa elää samanaikaisesti monella eri tasolla hoitoyhteisössä ja saattaa kehittyä hoitoyhteisön sisäisiksi kriiseiksi. Niiltä osin, kun oireen sisältämä viesti ei tule vastaanotetuksi hoitosuhteessa, se etsii uusia ilmenemisen muotoja. Häiriökäyttäytyminen saattaa olla merkki kommunikaation katkeamisesta lapsen tai nuoren ja hoitoyhteisön välillä.

Tilanteiden turvaaminen saattaa edellyttää kiinnipitohoitoa, jonka tarkoitus on turvata lapsen ja nuoren oma ja muiden turvallisuus (6). Kiinnipidoissa on mukana aina vähintään kaksi aikuista ja niissä pyritään hyödyntämään rauhoittumishuonetta, jotta lapsen ja nuoren yksityisyys säilyy ja samalla suojellaan muita lapsia ja nuoria tilanteen herättämiltä tunteilta. Yötyöntekijän tehtävänä yksikössä on huolehtia lasten ja nuorten turvallisuudesta yöaikaan. Lapsi- ja perhepalveluiden yhteinen turvayötyöntekijä on kaikkien yksiköiden käytössä lisäapuna ilta- ja yöaikaan.

Vaara- ja uhkatilanteiden jälkeen tilannetta on tärkeää purkaa yhdessä lähiesimiehen ja muun työryhmän kanssa. Tarvittaessa järjestetään kaikille vaara- ja uhkatilanteessa olleille työntekijöille yhteinen jälkipuinti, konsultoidaan osaston psykologia tai ohjataan työntekijä työterveyshuoltoon ja työterveyspsykologille. Lähiesimies vastaa osaston turvallisuusasioista. Yksikön nimetty turvallisuusvastaava koordinoi moninaisia turvallisuusasioita yhdessä lähiesimiehen kanssa. Poikkeamaraportoinnilla varmistetaan asianmukainen ja samanaikainen viestintä koko palvelualueella.

Turvallisuudessa on tärkeää huomioida:

- tilanteiden ennaltaehkäisy
- työntekijöiden keskinäisen yhteistyön sujuvuus vaara- ja uhkatilanteissa, esim. tilannejohtajuus
- selkeät ja yhtenäiset toimintakulttuurit
- koulutus turvallisuuteen liittyen, mm. kiinnipitokoulutus (7), kiinteistöturvallisuus sekä ensiapukoulutus
- vaara- ja uhkatilanteiden jälkeinen mahdollisuus riittävään jälkipuintiin

Oirehdinnan hallitsemattoman leviämisen ehkäisemiseksi terapeuttisessa yhteisössä tarvitaan:

- Selkeitä hoidon rakenteita: niiden täytyy olla vakaita, jotta esim. hoidon suunta tai työntekijöiden roolit eivät jatkuvasti vaihdu, ja samalla riittävän joustavia, jotta esim. ”mikrotason” säätyminen lapsen kykyjen suhteen on mahdollista ja vältetään ajautuminen haitalliseen rangaistuskierteeseen lapsen rikkoessa jatkuvasti ulkoapäin asetettuja sääntöjä.

- Selkeä raportointikäytäntö, joka tukee hoidollista jatkuvuutta ja ympärivuorokautisesti toteutuvan turvallisuuden takaamista.

- Reflektoivaa työotetta moniammatillisen työryhmän eri tasoilla, jotta sietämättömät kokemukset voivat tulla riittävästi ymmärretyiksi ja työstetyiksi.

- Riittävää tiedollista valmiutta ymmärtää erilaisten projektiivisten mekanismien toimintaa, jotta liiallisen suojautumispyrkimyksen tai hallitsemattomien, hoitoyhteisöön leviävien vastatunteiden sijasta, voidaan pysähtyä tutkimaan erilaisia transferenssi-ilmiöitä.

- Turvallisuuden kannalta keskeisen tärkeää on työryhmän jäsenten väliselle keskinäiselle herkkyydelle ja luottamukselle rakentuva tilannetaju:
  - kyky ennakoida kehittymässä olevia tilanteita ja sopia tilannejohtajuudesta
  - kyky aistia mihin suuntaan tilanne on kehittymässä ja mitkä toimintatavat ovat tarpeellisia
  - tieto siitä kenen puoleen kääntyä kriisitilanteessa tai kuka tarvitsee mahdollisesti apua

- Turvarakenteita, kuten turvahälytin, jolla voi kutsua avuksi työntekijöitä omasta ja muista yksiköistä sekä tarvittaessa vartijan turvaamaan henkilökunnan toimintaa.

Osaston työryhmällä on keskeinen rooli lapsen ja nuoren pirstoutuneiden objektisuhteiden kokoajana. Työryhmällä on oltava kykyä tuottaa riittävän yhtenäinen ja selkeä toimintalinja, joka tukee lapsiryhmän toimintaa ja luoda riittävässä määrin yhteisesti jaettu mentaalinen tila, jonka kautta eri tavoin poislohkoutuneet kokemukset voidaan koota ymmärrettävään ja koettavaan muotoon. Moniammatillinen yhteistyö niin raporteilla kuin hoitotiimeissä, lisäävät hoidollista jatkuvuutta arjessa. Tiivis yhteistyö eri ammattiryhmien välillä syventää ymmärrystä sekä integroi eri näkökulmia hoidon ohjaamiseksi. Työryhmän jatkuva avoin, reflektoiva dialogisuus ja tunteiden tutkimista ymmärtävä ilmapiiri, on edellytys jaetun mentaalisen tilan ja terapeuttisen osastohoidon syntymiselle.

Lähiesimiehen työnkuva intensiivihoidossa on hyvin laaja ja moninainen. Lähiesimiehen tehtävänä on tukea omahoitajien työtä ja varsinkin hoitoprosessien käännekohdissa lähiesimiehen tuki on tärkeä, mikäli joudutaan tekemään vaikeita hoidollisia päätöksiä tilanteen paranemiseksi. Lähiesimiehen

tehtäviin kuuluu osastolla tehtävä perhetyö ja sen koordinointi. Lähiesimies välittää lasten ja perheiden tilanteista ajan tasaisen tiedon omalle esimiehelleen, yksikön johtajalle, jotta yhdessä voidaan pohtia ratkaisuja erityisesti haasteellisten lasten, nuorten ja perheiden tilanteisiin. Haasteellisissa asiakastilanteissa lähiesimies voi myös kutsua koolle moniammatillisen hoidon tukiryhmän, joka pohtii ratkaisuja lapsen, nuoren ja perheen tilanteeseen. Lähiesimies toimii moniammatillisen hoitotiimin puheenjohtajana. Hänen vastuullaan on huolehtia siitä, että hoitotiimissä lapsen ja perheen tilanne tulee mahdollisimman monipuolisesti esiin, niin osaston työryhmän kuin erityistyöntekijöiden näkökulmasta. Lähiesimies vastaa siitä, että hoitotiimissä asetetut tavoitteet hoidolle toteutuvat käytännön osastotyössä. Lähiesimies osallistuu myös perheiden kanssa tehtävään perhetyöhön ja osallistuu aina asiakassuunnitelmaneuvotteluihin sosiaalityöntekijän ja perheen kanssa. Työparina lähiesimiehellä voi olla lapsen tai nuoren omahoitaja tai joku osaston erityistyöntekijöistä. Asiakastyön lisäksi lähiesimiehen työnkuvaan kuuluvat monet hallinnolliset työt sekä yhteistyö erilaisten viranomais- ja yhteistyöverkostojen kanssa. Lähiesimies toimii työryhmän äänenä suhteessa organisaation ylempään johtoon ja tukee työryhmää luomalla osastotyön puitteet sellaisiksi, että työhyvinvointi olisi mahdollisimman hyvällä tasolla. Lähiesimies vastaa myös osastolla tapahtuvasta kehittämistyöstä yhteistyössä yksikön johtajan ja työryhmän kanssa.

Osastohoidon tukena tarvitaan usein terapiaa tai kuntoutusta. Tiivis yhteistyö osaston työntekijöiden, terapeuttien ja kuntoutusta tekevien työntekijöiden välillä rakentaa jatkuvuutta lapsen ja nuoren osastohoidon ja

terapian tai kuntoutuksen välille. Kun osaston työntekijöillä on riittävän hyvä käsitys siitä, miten terapiaprosessi tai kuntoutus etenee ja minkä tyyppisiä teemoja siellä käsitellään, niin heidän on helpompi ymmärtää lapsen ja nuoren käyttäytymistä osastolla. Samoin terapeutin tai kuntoutusta tekevän työntekijän on tärkeä kuulla, miten lapsi ja nuori voi osastolla, kotona ja koulussa, jotta hän osaa suhteuttaa lapsen ja nuoren vointia terapiassa ja kuntoutuksessa hänen muuhun elämäntilanteeseensa. Terapeuttien, kuten toimintaterapeutin ja perheterapeutin sekä kuntoutusta antavan psykologin, neuropsykologin tai lasten- ja nuorisopsykiatrin tietotaito tukee osastohoitoa monin eri tavoin.

Moniammatillinen yhteistyö tukee osastohoitoa tarjoamalla:

- ymmärrystä lapsen, nuoren ja perheen käyttäytymiseen
- erilaisia konkreettisia menetelmiä ja välineitä tukea lapsen ja nuoren toimintakykyä osaston arjessa, kaveripiirissä, koulussa ja kotiharjoitteluiden aikana
- mahdollisuuden tutkia lapsen, nuoren ja perheen hoitoprosessin herättämiä tunteita ja ilmiöitä

Osaston työntekijät toimivat tarvittaessa työpareina perheterapeuttien kanssa perhetyössä, toimintaterapeutin kanssa lapsen ja nuoren sosiaalisen vuorovaikutuksen tukemisessa sekä psykologin ja neuropsykologin kanssa lapsen ja nuoren kuntouttamisessa. Eri ammattiryhmien työntekijöitä on mukana tarpeen mukaan perheen kanssa tehtävässä verkostotyössä. Useimmiten sekä perheterapeutti että lasten- ja nuorisopsykiatri ovat tällöin mukana miettimässä perheen tilannetta. Lapsen, nuoren ja perheen voinnista riippuen tarvitaan usein nopeaa ja tiivistä yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Lasten- tai nuorisopsykiatri tulee tarvittaessa osastolle tapaamaan lasta ja tapaa myös vanhempia lapsen ja nuoren hoitoon liittyvissä kysymyksissä.

Psykologi, lasten- ja nuorisopsykiatri ja perheterapeutti osallistuvat viikoittain osaston raportille keskustelemaan lapsen ja nuoren edistymisestä hoidossa. Psykologi on jatkuvasti työntekijöiden käytettävissä myös yksilöllisesti, mikäli omahoidettavan tilanne vaatii erityistä paneutumista tai työntekijä tarvitsee keskusteluapua esimerkiksi osastolla sattuneen väkivaltatilanteen jälkeen. Tiivis yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa tukee osaston työntekijöiden ammatillista kehittymistä.

Osaston työntekijät ovat aktiivisessa yhteistyössä koulujen kanssa. Yleisopetuksessa olevien lasten ja nuorten kohdalla yhteistyö toteutuu koulupalavereiden ja muun yhteydenpidon kautta (Wilma ja puhelut). Erityisopetuksessa olevien lasten kohdalla tarvitaan tiivistä yhteistyötä koulun kanssa, kuten Hojks-palavereja ja seurantatapaamisia. Sophie Mannerheimin sairaalakoulun kanssa tehdään monentyyppistä yhteistyötä ja erityisen tiivistä yhteistyö on laitoksen yhteydessä

olevan koulukuntouttavan yksikön kanssa, jonka kautta tuetaan koulunkäynnin ja osastohoidon integraatiota.

Hoidon tavoitteiden kannalta haasteelliseksi ovat osoittautuneet laaja-alaisesti oirehtivien ja kompleksisista traumoista kärsivien lasten nopeat käyttäytymisen ja psyykkisen tilan vaihdokset sekä sosiaalisen vuorovaikutus- ja ryhmätaitojen puutokset. Hoidon perusedellytys on turvata lapsen ja nuoren hoitoprosessin jatkuvuus myös vaativien hoidon käännekohtien aikana. Hoitoprosessin täytyy olla yksilöllinen ja joustava, mutta samalla turvallisen johdonmukainen ja jatkuva.

Selkeästi määritellyt hoidon ja kuntoutuksen kokonais- ja osatavoitteet tukevat monimuotoista hoitoprosessia. Intensiivihoitoon ja samalle osastolle sijoitetaan hyvin monella tavalla oirehtivia lapsia ja nuoria, jolloin hoidossa täytyisi kyetä yhdistämään sekä osaston yhteiset pelisäännöt että eri lasten ja nuorten yksilölliset hoidon tarpeet. Tutkimuksissa nuorten kokemuksista tuli näkyviin se, miten eri tavalla samaan aikaan osastolla olleet nuoret olivat hoidon ja rakenteet kokeneet (8, 9). Siten nuorten yksilöllinen kohtaaminen sekä nuoren kykyjen ja tarpeiden huomioiminen hoidon rakenteiden suunnittelussa on tärkeää.

Intensiivihoidon käytännön työn näkökulmasta toimiva rakenne osastohoidon ja lapsen tai nuoren yksilöllisesti vaihtelevan hoidon tarpeen välisen kuilun ylittämiseksi on ollut Helsingin kaupungin asiakasohjausryhmän arvioinnin kautta myönnetty tehostettu kuntoutusjakso 3kk (P2) tai pysäyttävä kuntoutusjakso 1–3kk (P3), joka edellyttää erityisen huolenpidon päätöksen. Näin on voitu rakentaa lapsen tai nuoren osastohoidon tueksi yksilöllinen tehohoidon jakso.

Rakenne toimii siten, että osaston moniammatillisen hoitotiimin edustajat (yksikön johtaja, esimies, lääkäri ja psykologi) tekevät suosituksen lapsen tai nuoren joko tehostetusta kuntoutusjaksosta (P2) tai pysäyttävästä kuntoutusjaksosta (P3) ja Helsingin kaupungin asiakasohjausyksikkö arvioi jakson myöntä-misen perusteet. Yksiköiden tehohoidon jakson kautta on voitu tukea lapsen ja nuoren hoitoprosessin vaativia käännekohtia, välttää turhia siirtoja osaston ulkopuoliseen hoitoon ja hoidon katkeamisia.

Lähteet

1. **Kumar**, M. (2010). *Nuorten kokemuksia Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta.* Diakonia ammattikorkeakoulu, Helsinki. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25604/kumar_maarit.pdf..pdf?sequence=1 (luettu 9.12.2016)

2. **Ward**, A. (2003). *Using everyday life: opportunity led work*. Teoksessa: Ward, A., Kasinski, K., Pooley, J. & Worthington, A. (Toim.) Therapeutic Communities for Children and Young People. Jessica Kingsley: London. 119–132.

3. **Oranen-Leiman**, A-M. (1996). *Teoista sanoihin. Kuvaus käytöshäiriöisten lasten lastenpsykiatrisen hoidon kehittämisprojektista.* Teoksessa: Lähdenperä, P. & Moilanen, R. (Toim.) Vimmaus, pammaus, hinnaus ja halaus. Käytöshäiriöisten lasten lastenpsykiatrisen hoidon loppuraportti. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisu 14/1996. Joensuu.

4. **Martikainen**, S. (2010). *Traumatisoitumisesta – sen kehollisista vaikutuksista ja huomioimisesta osastohoidossa.* Esitys intensiivihoidon osaston kehittämispäivässä.

5. **Pasanen**, T. (1999). *Elämyspedagogiikasta ja terapiasta käytöshäiriön hoidossa.* Teoksessa: Tervonen-Arnkil, (Toim.) Vaikeahoitoisten lasten ja nuorten hoitomenetelmiä lastensuojelulaitoksissa. Sijaishuollon neuvottelukunnan julkaisuja 16. Gummerus kirjapaino. Saarijärvi. 61–70.

6. *Lastensuojelulaki 68§*. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#a417-2007 (noudettu 21.12.2016)

7. *MAPA* (Management of Actual or Potential Aggression)

8. **Valkonen**, M. & **Pasanen**, T. (2012). *Nuorten kokemuksia Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta.* Yhteiskuntapolitiikka 3, 302–309. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102865/valkonen.pdf?sequence=1

9. **Ekholm**, E. (2013). *”Mä en olisi tässä nyt”* Nuorten kokemusasiantuntijoiden mielipiteitä Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta. HDL raportti, 1/2013. https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/HDL_Raportti1_2013_Ekholm_netti.pdf (luettu 5.9.2016).

Nuoruusikäisen kehityksestä ja auttavasta ympäristöstä intensiivihoidossa

Petri Härmä

Biologisen kehityksen liikkeelle ajamana nuoren mieli kuohuu monien vuosien aikana. Nopea fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen kehitys ilmenee nuoren kehon muutoksina, tunne-elämässä, ilmiasussa ja toiminnassa. Nuoruusikä on psykologista sopeutumista, kehityksen tuomiin, sisäisiin ja ulkoisiin muutoksiin. Nuori luo vastakkainasetteluillaan henkilökohtaista tilaa kasvaa omaksi itsekseen ja suhde vanhempaan ikäpolveen muuntuu. Nuori irtaantuu lapsuusiästä, löytää sukupuoliselle itselleen suunnan ja alkaa hyväksyä itsensä suhteessa toisten odotuksiin. Nuori luo oman autonomian ja tulevaisuuden. Nuoruusiän kehityksen kautta nuori integroi aiemmin kokemansa uudelleen itseensä, nuoruusiän näkökulmasta käsin. Tähän kehitykseen sisältyy ulkoisen toiminnan ja sisäisen kasvun vaihtelua taantumineen sekä suuri mahdollisuus pysyvämpään kehitykseen. Nuoren sisäinen kasvu vaatii tuekseen ikätovereita, nuorisokulttuuria, monipuolisia ihmissuhteita sekä ikäkautta ymmärtävän ja sopivalla tavalla huomioivan ympäristön (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Nuoruusikä on herkästi häiriintyvää aikaa. Fantasioilla on suuri merkitys nuoren ruumiinkuvan ja itsen muuttuessa nopeasti seksuaalisesti, sosiaalisesti ja ideologisesti. Fantasiat valmistavat nuoren ruumiillisuuden kokemista ja tukevat sukupuoli-identiteetin muodostumista. Niitä tarvitaan myös ammatillisen ja kulttuurisen identiteetin kehityksen tueksi.

Nuoruusiän erilaiset kokeilut ja ”sekoilut” ovat paljolti vaikeutta rajata mielikuvia. Nuori tarvitsee kokeiluja testatakseen ja tutustuakseen omiin fantasioihinsa, mutta hän tarvitsee myös tukea, jotta ne eivät vie häntä liiaksi mennessään. Nuoruusiän kehityksen uhkia ovat aikaisemman kehityksen aikana koettujen traumojen ja sisäistettyjen ristiriitojen aktivoituminen ja nuoruusiän monet kasvua vaarantavat tekijät.

Nuoren sisäisen kehityksen estyessä, lapsena saavutettu kyky luoviin mielikuviin ja vuorovaikutukseen häiriintyy. Nuoren ristiriitainen kokemus itsestä täyttyy negatiivisista tunteista ja mielikuvista heijastuen lopulta käyttäytymiseenkin. Palautuakseen luovaan tilanteeseen nuori tarvitsee hänestä pitäviä ihmisiä, ymmärtävää ja kehitykseen uskovaa vuorovaikutusta sekä lujasti huolta pitäviä rajoja suojakseen. Tämä edellyttää aikuisilta kykyä säätyä herkästi nuoren käyttäytymiseen ja ymmärtää sitä sanattomana kommunikaationa. Sitä kautta nuori voi saada tarvitsemaansa vastetta käyttäytymiselleen. Läsnäolossa ja keskustelussa nuoren kanssa selkeys, totuudellisuus ja samanaikaisesti kaikenlaisen idealisoinnin, manipuloinnin ja moralisoinnin välttäminen luovat pohjaa nuoren mielikuvien, maailmankuvan, itsearvostuksen ja oivalluksen kehitykselle. Mielikuvaleikin ja jakamisen ilmapiiri muodostuu turvallisessa, autonomiaa ja intimiteettiä kunnioittavassa, huolenpitokulttuurin omaavassa yhteisössä. Sekä nuorta itseään että muita ihmisiä täytyy suojata nuoressa aktivoituvia tuhoavia mielikuvia ilmentävältä käyttäytymiseltä.

Nuori tarvitsee aikuisilta tiivistä tukea itsesäätelynsä tueksi, niin että hän voi säilyttää omanarvontunteensa ja hänen kokemuksensa tulevat jaetuiksi. Tällöin nuoren arvo- ja kokemusmaailma tulee ymmärretyksi, samalla kun hän löytää luovia väyliä ilmaista kokemuksiaan tuhoavuuden sijaan. Parhaimmillaan nuoren kehitys voi jatkua turvallisesti ilman aikuisten hylkäämistä, huolimatta nuoruusiän kehityk-

seen kuuluvien, mahdollisesti voimakkaiden vastakkainasetteluiden aktivoitumisesta. Aikuisten turvallisen kannattelun ja kohtaamisen kautta nuori voi sisällyttää oman tahdonalaisen minuuden piiriin ristiriitaisia ajatuksiaan ja tunteitaan. Nuoressa alkaa kehittyä uusia sisäistyksiä aiempia mielen ristiriitaisuuksia selventämään. Nuoren mielen integroituminen ja pysyvämmän identiteetin saavuttaminen vaatii kärsivällistä rakennustyötä ja vahvan perustan luomista aidoissa vuorovaikutustilanteissa (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Nuorten intensiivihoidossa havainnoituna nuorten mielenkehityksen esteet ovat hyvin moninaiset ja jokaisen elämäntarinaa on tarkasteltava yksilöllisesti nuoren, vanhempien ja muunkin läheisverkoston kokemuksien näkökulmista. Tätä kautta voidaan ymmärtää riittävän laaja-alaisesti nuoren kehitystä ja sen esteitä. Nuoruusiän värittämä kokemusmaailma nostaa tarpeen uudenlaiselle vuoropuhelulle läheisten kanssa. Verkoston kanssa haetaan vuoropuhelua ja ymmärrystä kehitysvaiheeseen.

Hoitoyhteisössä nuorten kokonaisvaltainen tapa kokea näyttäytyy tunteita herättäen ja usein eri ihmisille hyvin erilaisena. Nuoren integroitumista edesauttavat erilaisten kokemuspuolien ja tosiasioiden jaettu jäsentäminen sekä yhteisen ymmärryksen tavoittaminen. Intensiivihoidon arjessa kehityksen estyminen näyttäytyy vaikeimmillaan ahdistusta ilmentäen, omavaraisena, itselle tai toisille vahingollisena käyttäytymisenä, koulunkäynnin vaikeuksina, harrastuksien ja mielenkiinnon puuttumisena, ilottomuutena, yksinäisyytenä, huolestuneisuutena, pelokkuutena, kietoutuneina ihmissuhteina, hajanaisuutena, epäluottamuksena ja läheissuhteiden estymisinä. Intensiivihoidossa mahdollistetaan nuorelle toivon, luottamuksen ja turvallisuuden kokemista.

Nuorten hoitoyhteisössä tavoitellaan sujuvaa ja ennakoitua arkea, vuoropuhelua ja mahdollisuuksia ikätovereihin liittymiseksi, riittävän hyvää ilmapiiriä ja luovien ilmaisuväylien käyttöönottoa. Tämän toteutumiseksi on tarpeen laaja moniammatillinen yhteistyö, joustava ajattelu, järjestetty toiminta, kestävät rakenteet ja periaatteet, unohtamatta jatkuvaa vuoropuhelua nuorten ja perheiden kanssa.

Lähteet

1. **Aalberg**, V. & **Siimes**, M. (1999). *Lapsesta aikuiseksi: Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi*. Kustannusosakeyhtiö Nemo
2. **Hägglund**, T-B. & **Hyttinen**, R. (1997). *Nuoruusikäisen psykoanalyysi*. Psykoterapiasäätiö Monaster. Kustannusyhtiö KAJO.
3. **Vuorinen**. (1998). *Minän synty ja kehitys*. WSOY. Helsinki.
4. **Winnicott**, D.W. (1988). *Human nature*. Routledge. New York.
5. **Amnell**, G.(1992). *Aggressio ja psyykkinen kasvu*. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim, 108(3):240.
6. **Marttunen**, M., **Huurre**, T., **Strandholm**, T. & **Viialainen**, R. (2013). *Nuorten mielenterveyshäiriöt – Opas nuorten parissa työskenteleville*. THL. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence

Nuorten hoidon erityispiirteitä

Jarmo Könönen

Nuoruusikäisen hoitoon vaikuttaa olennaisesti se, että kehitysvaiheen mukaisesti nuoruuteen kuuluu tarve liittyä vertaisryhmään ja irtautuminen aikuisista. Lasten hoitoprosessi on usein selvästi aikuisvetoisempaa, kun taas nuorten hoidossa vertaisryhmän merkitys nousee usein erityisen tärkeään rooliin. Nuoruusiän kehitystehtäviin liittyen nuorten käyttäytymiseen kuuluu lähtökohtaisesti haastavuus aikuisia kohtaan, joten myönteisen hoitosuhteen luominen vaatii pitkäjänteisyyttä. Ryhmän ohjaamiselle asettaa erityisen haasteen nuorten tapa liittoutua keskenään. Hoidon alussa nuorten hoitomyönteisyys on yleensä melko heikko. Usein vallitsee tilanne, että aikuiset näkevät nuorella olevan ongelmia, mutta nuori ei vielä itse kykene niitä myöntämään tai havainnoimaan. Siten osastohoidon yksi tulos on jo pelkästään se, että nuoren hoitomyönteisyys paranee ja nuoren kyky havainnoida ja tunnistaa omia ongelmallisia kokemisen tapoja tai käyttäytymisen piirteitä alkaa kehittyä.

Nuoren osastohoitoon liittyen eri ammattiryhmien ensisijaisena tehtävä on tukea joustavasti osastolla tapahtuvaa hoitotyötä. Tämä voi tapahtua joko konkreettisesti tapaamalla nuorta, tuomalla omaa erityisosaamistaan moniammatilliseen hoitotiimiin tai tukemalla nuoren omahoitajaa. Erikoissairaanhoidon työn riittävän tiivis integroituminen nuoren hoitoon on tehokkaampaa kuin erilliset viikoittaiset poliklinikkakäynnit. Tällöin nuoren ajoittain heikko kyky ottaa hoitoa vastaan ei pääse katkaisemaan hoitosuhdetta ja myös suora terapeuttinen työskentely nuoren kanssa voi tulla osastohoidon etenemisen myötä mahdolliseksi. Stiles on assimilaatiomallin kautta kuvannut sitä, miten asiakkaan itsetietoisuuden vahvistumisen myötä terapeuttisen työskentelyn edellytykset vahvistuvat (1, 2, 3). Osastohoidossa oleville nuorille on tärkeä tarjota yksilöterapeuttisia tapaamisia, jos nuoret siihen kykenevät. Sitä kautta he voivat saada kokemuksen siitä, että omista asioista keskusteleminen ulkopuolisen tahon kanssa on mahdollista, eikä uhkaa heidän autonomiaansa.

Nuoren hoitoprosessin täytyy olla riittävän joustava:

- Nuoret tulevat monista eri lähtökohdista ja nuoren erityisten vahvuuksien ja kehityshaasteiden mukaan määrittyvän yksilöllisen hoitoprosessin toteuttaminen on tehokkaan hoidon edellytys.

- Nuoruuteen kuuluu suuret elämäntilanteen muutokset, jolloin tarvitaan nopeaa ja joustavaa reagointia vaihtuvien tilanteiden hallitsemiseksi.
- Moniammatillisen työryhmän tulee kokoontua riittävän usein, jotta nuoren vaihtelevaan hoidon tarpeeseen voidaan reagoida nopeasti.

Joustavuuden ylläpitäminen osastotyössä on haastavaa ja vaarana on, että nuorten asioihin suhtaudutaan liian jäykästi. Nuoruusiän hoidon dilemma liittyy sosiaalisen yhteisöllisyyden ja nuoren yksilöllisten tarpeiden yhteensovittamiseen. Nuoruuden kehitykseen liittyvien eri puolien tutkiminen ja ymmärrys tukee osaston yhteisöllisen toimintatason ja nuoren yksilöllisen reagointitavan yhteensovittamista.

Nuoruuden itsenäistymisen ja identiteetin kehityksen kannalta konflikti- ja kriisitilanteiden läpityöstäminen on keskeisen tärkeä osa hoitoa. Nuorten kohdalla konfliktitilanteissa ajaudutaan usein ”tahtojen taisto” -asetelmaan, jolloin aikuisen on tärkeä kyetä arvioimaan milloin haaste tulee ottaa vastaan ja milloin on syytä vetäytyä. Vuorovaikutuksen hienovaraisten eleiden lukeminen ja tilanteen herättämien transferenssi- ja vastatransferenssitunteiden tunnistaminen on tärkeä osa kriisitilanteiden ohjaamista ja nuoren eriytymiskehityksen tukemista. Turvarakenteet mahdollistavat sen, että vaativaa hoitotyötä voidaan tehdä turvallisen päättäväisesti. Toisaalta turvahälyttimen painaminen väärässä vaiheessa, liian aikaisin tai myöhään, saattaa johtaa tilanteen hallitsemattomaan eskaloitumiseen ja tärkeän tunnetyöstämisen mahdollisuuden menettämiseen. Joskus tilanteesta vetäytyminen siten, että nuori ei menetä kasvojaan on välttämätöntä luottamuksen rakentamiseksi. Se, miten työryhmässä mielletään hoitotyö vaikuttaa ratkaisevasti hoidon kriisivaiheiden työstämiseen. Jos aikuisten toiminnan taustalla vaikuttaa liian jäykkä mielikuva siitä, että nuori ei saa koskaan määritellä asioita, niin tilanne on erilainen kuin silloin, jos aikuiset aktiivisesti koettavat auttaa nuorta opettelemaan uudenlaisia konfliktin ratkaisemisen taitoja ja tarvittaessa auttavat nuorta pääsemään konfliktitilanteista kunniallisesti irti.

Aikuisella voi olla tärkeä rooli nuoren identiteetin kasvun mahdollistajana, mutta vertaisryhmä omine vaatimuksineen on sen käynnistäjä.

Itsenäistymisen vaiheessa sijoitetut nuoret usein ohjataan omiin asuntoihin asumaan. Oletus siitä, että nuori pystyisi hyötymään 1–2 tunnin tukitapaamisista viikossa ja kykenisi itsenäisesti käymään eri viranomaistahojen kanssa hoitamassa asioitaan on epärealistinen. Tutkimusten mukaan itsenäistymisen vaiheen nuorilla on usein voimakas yksinäisyyden kokemus (4), joten he tarvitsevat ympärilleen riittävän tiiviin tukiverkoston, joka pitää yhteyttä toisiinsa. Hoitosysteemi on liian pilkkoutunut ja professionaalinen erikoistumisen on voimakasta, jolloin vaarana on se, että nuoren tarpeet ja kokemukset sekä yksilölliset erityispiirteet eivät yhdisty kenenkään mielessä. Yhteisömuotoiset asumisen mallit ja riittävän tiivis aikuisen tuki ehkäisee epäsosiaaliseen elämäntapaan ajautumista.

- **Nuoren erityiset vahvuudet ja hoidon tarpeet** huomioiva laaja-alainen ja joustava hoitomalli on tehokkaan hoidon edellytys.
- **Nuorten hoitomyönteisyys** on yleensä melko heikko ja siksi osastohoidon yksi tulos on jo pelkästään se, että hoitomyönteisyys paranee ja nuoren kyky havainnoida ja tunnistaa omia ongelmallisia kokemisen tapoja tai käyttäytymisen piirteitä kehittyy.
- **Nuoren kehityksen ja itsetietoisuuden vahvistuessa** osastohoitoon nivoutuva yksilöterapeuttinen työskentely saattaa tulla mahdolliseksi ja nuori saa kokemuksen siitä, että omista asioista voi puhua aikuisen kanssa.
- **Osastohoitoon tiiviisti integroituva moniammatillinen tuki** on kustannustehokas tapa tukea nuoren hoitoprosessia.
- **Sijoitettujen nuorten itsenäistymisen vaiheen** tukemisessa tarvitaan yhteisöllisen asumisen malleja ja moniammatillista tukiverkostoa, muutoin on vaarana, että nuori ajautuu epäsosiaaliseen elämäntapaan.

Lähteet

1. **Stiles**, W. B., **Elliott**, R., **Firth-Cozens**, J. A., **Llewelyn**, S.P., **Margison**, F.R. & **Shapiro**, D. A. ja Hardy, G. (1990). *Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy*. Psychotherapy, 27, 3, 411.
2. **Stiles**, W. B., **Meshot**, C. M., **Anderson**, T. M., **Sloan** & W. W., Jr. (1992). *Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. Psychotherapy Research 2 (2), 81-101.*
3. **Stiles**, W. B., **Morrison**, L. A., **Harper**, H. & **Shapiro**, D. A., **Haw**, S. K. ja **Firth-Cozens**, J. F. (1991). *Longitudial study of assimilation in exploratory psychotherapy*. Psychotherapy, 28, 2, 195-206.
4. **Mokkila**, K. (2011). *Nuoren itsenäistymisprosessi*. Hoitotyön koulutusohjelma, Satakunnan ammatti korkeakoulu. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/34534/mokkila_kaisa.pdf?sequence=1 (luettu 17.11.2016).

Omahoitajakoulutus

Lapsi- ja perhepalveluiden kaksivuotista omahoitajakoulutusta (25 op) on tuotettu yhteistyössä Helsingin Diakoniaopiston[1] kanssa vuodesta 2009 alkaen. Koulutuksen tavoitteena on ollut lisätä henkilöstön valmiuksia terapeuttiseen hoitosuhdetyöskentelyyn ja tietämystä monimuotoisesti oirehtivien lasten hoitamiseen. Omahoitajakoulutuksen keskeiset sisällöt ovat:

- kasvuvuosien psyykkinen kehitys
- lapsen ja nuoren perhe
- lasten ja nuorten psyykkiset häiriöt ja ongelmat
- toimivan hoitosuhdetyöskentelyn periaatteet ja menetelmät.

Omahoitajakoulutuksia on toteutunut neljä kertaa vuosina 2009–2016 ja tähän mennessä koulutuksen on käynyt 58 omahoitajaa. Omahoitajakoulutuksen rakennetta voi kuvata kolmitasoiseksi:

1) kokonaisuuteen sisältyy 19 koulutuspäivää noin kerran kuukaudessa perjantaisin
2) koulutusprosessiin kuuluu osallistuminen ryhmätyönohjaukseen; työnohjausta on yhdeksän kertaa vuodessa 1,5 tuntia kerrallaan
3) koulutusprosessin aikana osallistujat kokoavat lapsen tai nuoren oman taipaleen kirjan.

[1] 1.1.2017 lähtien Suomen Diakoniaopisto.

Kokemuksia omahoitajakoulutuksesta

Krista Honkavaara

Suoritin omahoitajakoulutuksen 23.1.2015 ja 25.11.2016 välisenä aikana. Koulutuksen sisältönä olivat kasvuvuosien psyykkinen kehitys ja sen erityispiirteet eri ikävaiheissa, lapsen ja nuoren perhe, vanhemmuus, vanhempien psyykkiset häiriöt ja perhetyöskentelyn haasteet, lasten ja nuorten psyykkiset ja neuropsykologiset häiriöt, päihde- ja syömishäiriöt, seksuaalinen hyväksikäyttö ja traumakokemukset sekä toimivan hoitosuhdetyöskentelyn periaatteet ja menetelmät. Luennoitsijat olivat sekä Helsingin Diakonissalaitoksen omia että ulkopuolisia asiantuntijoita. Heitä kaikkia yhdisti erittäin laadukas luennon sisältö ja mielekäs ulosanti. Lähipäivien sisältö oli hyvin jäsennetty ja vapaalle keskustelulle oli aina jätetty tarpeeksi aikaa.

Asiantuntijaluentojen lisäksi koulutukseen kuului ryhmätyönohjaus pienryhmissä sekä lapsen ja nuoren oman taipaleen kirjan työstäminen. Ryhmätyönohjaukset olivat erinomainen paikka prosessoida lähipäivän sisältöä ja peilata sitä omaan omahoitajasuhteeseen tai johonkin osastolla vallitsevaan ilmiöön. Koulutusprosessin rinnalla kulki lapsen tai nuoren oman taipaleen kirjan tekeminen. Kirja on tarkoitus antaa omahoidettavalle hänen lähtiessä osastolta pois. Kirjan sai toteuttaa itselleen luonteenomaisella tavalla ja siinä pystyi hyödyntämään esimerkiksi valokuvia tai taideterapian menetelmiä. Kirjan merkitystä lapselle tai nuorelle on vaikea arvioida, mutta tarkoitus olisi saada lapsi tai nuori huomaamaan oma tärkeytensä ja merkityksensä. Työntekijänä pääsin reflektoimaan omaa omahoitajasuhdettani kirjan kautta ja kiinnittämään huomiota myös arjen pieniin yksityiskohtiin.

Omahoitajakoulutus oli erittäin hyvä paikka irtautua osaston arjesta pohtimaan hoitosuhteeseen liittyviä asioita ja tarkastelemaan niitä hieman etäältä. Koulutuspäivistä sai vinkkejä ja tukea kuinka toimia haastavissa ja nopeasti muuttuvissa tilanteissa. Myöskään työntekijän hyvinvointia ei unohdettu ja yksi mieleenpainuvimmista lähipäivistä käsittelikin voimaannuttava valokuva -työskentelyä omakuva-minäkuva -teemalla. Päivän aikana sai keskittyä vain itseään voimaannuttaviin asioihin ja miettiä miten niitä pystyisi hyödyntämään arjessa.

Koulutuksen aikana tuli myös näkyväksi kuinka moniammatillisessa, osaavassa ja sitoutuneessa työyhteisössä saa olla osana. Tapa, jolla lapsista ja nuorista puhuttiin ja asioita pohdittiin, oli todella voimavarakeskeistä ja ammattitaitoista.

Terapeuttinen omahoitajasuhde moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta

Timo Pasanen & Maarit Valkonen

Osastohoidon keskeisenä hoidollisena menetelmänä toimii terapeuttinen omahoitajasuhde. Omahoitajan työnkuva on laaja ja se asettaa suuret vaatimukset työntekijän kyvylle toimia ammatillisesti monissa eri rooleissa. Omahoitajan tulisi kyetä toimimaan jäsentyneesti osana moniammatillista työryhmää, organisoida lapsen ja nuoren arjen asioita ja osallistua arjen jatkuvuutta kannattelevien rutiinien hoitamiseen. Toisaalta omahoitajan olisi kyettävä tekemään työtään oman persoonansa kautta. Terapeuttisessa omahoitajasuhteessa lapsella on mahdollisuus työstää vaikeitakin kokemuksiaan turvallisesti. Omahoitajasuhteen vaikuttavuus liittyy sekä aikaisempien puutosten tai häiriöiden korjaamiseen että myönteisen minuuden rakentumiseen ja oireiden vahvistumista ennalta ehkäisevään toimintaan.

Varhaisia kiintymyssuhteiden ja esikielellisten säätelyprosessien häiriöitä hoidettaessa saatetaan joutua työskentelemään pitkiä aikoja pääasiassa hoitohenkilökunnan vastatunteiden varassa, kun lapsen ja nuoren kyky ilmaista sanallisesti implisiittisiin muistijärjestelmiin tallentuneita kokemuksiaan on rajallinen.

Kroonisten ylivireystilojen sammuttaminen ja dissosiatiivisten tilojen integroiminen osaksi lapsen ja nuoren kokemusmaailmaa edellyttää hoitohenkilökunnalta kykyä säätyä hienoviritteisesti lapsen ja nuoren tunnetilojen mukaan ja tunnistaa pienten vihjeiden fysiologisten säätelyprosessien muutoksia. Lapsen ja nuoren sietämättömien tunnetilojen vastaanottaminen ja ymmärtäminen edellyttää työntekijän valmiutta tunnistaa ja työstää omia vastatunteita. Varhaisten säätelyprosessien häiriöiden korjaamisen kannalta työntekijän temperamentti ja persoonallisuuden piirteet ovat keskeisessä roolissa. Pitkäjänteisen työskentelyotteen säilyttäminen vääristyneiden ja pirstoutuneiden objektisuhteiden ja niiden herättämien vastatunteiden kanssa toimittaessa, edellyttää työntekijältä kykyä hyödyntää aktiivisesti ammatillisuutta tukevia rakenteita. Näitä voivat olla mm. moniammatillisessa hoitotiimissä tuotetut erilaiset näkemykset, yksilö- ja ryhmätyönohjauksessa sekä erilaisissa konsultaatioissa käytävä reflektointikeskustelu.

Omahoitajuudessa voidaan erottaa lapsen ja nuoren "asiamiehenä" toimiminen ja terapeuttinen puoli.

Omahoitaja toimii "asiamiehenä" lapsen ja nuoren asioita koskevissa neuvotteluissa, vanhempaintapaamisissa ja muissa arkipäivän asioissa. Omahoitaja:

- tukee lasta ja nuorta puhumaan neuvotteluissa itse omista asioistaan, rakentaa tilaa lapsen ja nuoren puheenvuoroille ja toimii tulkkina lapsen ja nuoren sekä aikuisen välillä
- käy lapsen ja nuoren kanssa läpi häntä koskevia asioita varmistaakseen, että lapsi ja nuori on ymmärtänyt häntä koskevat päätökset

Nuoren kertomana omahoitajasuhde voi olla hyvin merkityksellinen ihmissuhde (3)
"No meil on ihan toi nyt tullu vahvaks silleen, et en oo ollu kyl kenenk...mä en oo kenenkään kanssa saanut niin tiukkaa sidettä kun Mikon kanssa. "
"Se oli vähän niin kun oma äiti, niin se oli."

Omahoitajuuden terapeuttiseen puoleen kuuluu korjaavan ihmissuhteen rakentaminen lapsen ja nuoren kanssa. Se sisältää laajan kirjon erilaisia hoidollisia funktioita:

- varhaiskehityksen kiintymyssuhteiden (1) sekä psyykkisten samaistumis- ja eriytymisprosessien tukeminen
- tunteiden tunnistamisen, itsesäätely- ja toiminnanohjaamistaitojen vahvistaminen
- positiivisen minäkuvan ja itsetunnon tukeminen
- intrapsyykkisten vääristymien ja epäsosiaalisuuden muotojen oikaiseminen
- fyysiseen ja psyykkiseen traumatisoitumiseen liittyvien yli- ja alivireystilojen tasaaminen, sisäisen turvallisuuden tunteen vahvistaminen, sietämättömien tunnekokemusten jakaminen ja eheyttävien minäkertomusten luominen (2)

Kuva 7. Omahoitajan toimenkuva

Tutkimuksessa omahoitajuuden asiantuntijuuden kehityksestä intensiivihoidossa (4) kävi ilmi omahoitajatyön vaativuus ja se, miten suuri merkitys moniammatillisen hoitoyhteisön avoimuutta ja turvallisuutta luovilla rakenteilla on sekä omahoitajuuden toteutumisen että asiantuntijuuden kehittymisen kannalta. Omahoitajuus edellyttää kykyä integroida arjessa moninaisia hoitotyön taitoja ja herkkyyttä kohdata lapsi aina uudelleen ainutlaatuisena yksilönä (5).

> *"Terapeuttinen omahoitajana toimiminen edellyttää sekä sisäsyntyisiä, persoonallisia ominaisuuksia, että opittuja taitoja. Työntekijän tulee olla motivoitunut, oppimishaluinen, rauhallinen, aito ja herkkävaistoinen aikuinen sekä valmis kulkemaan lapsen ja nuoren kanssa yhteisen matkan, jonka aikana lapsi saa korjaavia kokemuksia hyvästä ja turvallisesta ihmissuhteesta. Terapeuttisen omahoitajan asiantuntijuus ja sen kehittyminen on refleksiivistä asiantuntijuutta. Kyseessä on siis aktiivinen tutkimus- ja löytämisprosessi eli muutokseen suuntautuvaa kollektiivista jatkuvaa oppimista, jossa työntekijä ei ole passiivinen toimija vaan vastuu työssäkehittymisessä on hänellä itsellään. Terapeuttisen omahoitajuuden asiantuntijuuden kehittyminen edellyttää selkeitä ja yhteisesti hyväksyttyjä hoitoyhteisön rakenteita, jotka tukevat moniammatillista tiimityötä, työyhteisön avoimuutta, työntekijöiden jaksamista sekä työssä kehittymistä (6)."*

Lähteet

1. **Laamanen**, S. (2015). *Kiintymyssuhde- ja traumatyöskentely intensiivihoidossa.* Integroiva kirjallisuuskatsaus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Jyväskylä. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/97536/Laamanen_Sini.pdf?sequence=1

2. **Martikainen**, S. (2010). *Traumatisoitumisesta – sen kehollisista vaikutuksista ja huomioimisesta osastohoidossa.* Esitys intensiivihoidon osaston kehittämispäivässä.

3. **Kumar**, M. (2010). *Nuorten kokemuksia Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta.* Diakonia ammattikorkeakoulu, Helsinki. 70. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25604/kumar_maarit.pdf..pdf?sequence=1 (luettu 9.12.2016).

4. **Varilo**, M. (2012).*Terapeuttisen omahoitajuuden asiantuntijuuden kehittyminen, Helsingin Diakonissalaitoksen Sylvesterintien lasten intensiivihoidossa.* Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki. https://www.theseus.fi/handle/10024/52750 (luettu 4.11.2016).

5. **Cacho**, J.(2014). *Työntekijän opas lapsen rakkaudelliseen kohtaamiseen Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidossa.* Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki. https://www.theseus.fi/handle/10024/73591 (luettu 4.11.016).

6. **Varilo** 2012, 69.

”Jokainen hoitosuhde on ainutlaatuinen” – terapeuttinen omahoitajuus

Lea Heikkinen

Varhaisessa kiintymyssuhteessaan vaurioitunut lapsi on hoitoon tullessaan usein hyvin pirstaleina. Hänen minänsä on erillisinä palasina kaoottisessa pyörremyrskyssä. Syystä tai toisesta hänen psyykkinen kasvunsa ei käy yhdessä hänen fyysisen ikänsä kanssa. Osastohoitoon tulee kahdeksan vuotias lapsi jonka tunne-elämän kehitys voi olla yksivuotiaan tasolla. Silloin on vaikea vastata kaikkiin niihin vaatimuksiin mitä sen ikäiseltä odotetaan. On vaikea olla koululainen. On vaikea olla yksi ryhmässä. Ihan perheessäkin. On niin paljon aukkoja varhaisessa vuorovaikutuksessa, ettei ole kasvanut vielä ikäisekseen. Terapeuttinen omahoitajuus sekä omahoitajuutta tukeva työryhmä on keino noiden puuttuvien kehitysaukkojen paikkaamiseksi ja pirstaleisen minän kokoamiseksi. Osastohoidossa lapsella on mahdollisuus tutustua omiin ”palasiinsa” erilaisten turvallisten aikuissuhteiden kautta.

Omahoitajalla on suurin vastuu pirstaleiden kokoamisesta. Omahoitaja on rinnalla kulkija, sietämättömien tunteiden kantaja, elämän ja tapahtumien sanottaja. Kasvukeppi.

Moniammatillinen työryhmä havainnoi, tutkii ja arvioi lapsen eri puolia, jolloin lapsen tilanteen kokonaisuus alkaa hahmottua ja hoidon fokus tarkentuu. ”Splitti” on työväline joskus pitkänkin aikaa hoidossa. Lapsi saa olla ”monenlainen”; yhdelle aikuiselle voi olla yhtä, toiselle toista. Yhteen aikuiseen on helppo sijoittaa kaikki maailman paha ja vääryys ja toinen taas on täydellinen hyvä. Jonkun kanssa näyttäytyy koosteinen, ikätasoinen puoli. Toisen kanssa uhmaikäinen ja kolmannelle voi olla sylivauva. Käyttäytymisellään lapsi kertoo: Tämä olen minä ja palaseni. Auttakaa minua rakentamaan kokonainen ”minä”!

Lapsen perusturva syntyy kannattelevista hoidonrakenteista, ennakoinnista, päivärytmistä ja siitä ettei lasta koskaan jätetä pahan olonsa kanssa yksin.

Varhaisessa kiintymyssuhteessaan vaurioituneen lapsen omahoitajuudessa on omia erityisiä piirteitä. Sen perusedellytyksiä ovat sietokyky, ymmärrys ja jatkuvuus. Hoidon edetessä omahoitajuudesta tulee koko ajan merkittävämpi hoidon väline. Kaaoksesta alkaa rakentua lapsen ja omahoitajan yhteinen turvallinen tila, jossa lapsen on halutessaan mahdollisuus regressoitua yhden aikuisen kanssa niihin kehitysvaiheisiin, missä esteet normaalille kasvulle ja kehitykselle ovat alkaneet ilmaantua.

Arjessa halataan paljon, ollaan esimerkkinä, ohjataan ja perinteisesti kasvatetaankin, harjoitellaan vastuunottoa ja kärsivällisyyttä.

Korjaava hoidollinen kannattelu on turvan, sylin ja ymmärryksen rakentamista ja läsnäoloa suhteessa siihen ikätasoon mitä lapsi käyttäytymisellään ilmentää. Usein lapsi haluaa sillä sanoa: ”Olen pieni vielä. En pysty enkä kykene…”

Osastohoidossa ryhmätasolla ja suhteessa muihin aikuisiin aletaan siinä vaiheessa tukea enenevässä määrin kypsemmän ikätason käyttäytymistä.

Omahoitajuus on toivon ylläpitämistä lapsen puolesta siihen asti kunnes toiveet ja unelmat saavat omat pienet siivet.

Omahoitajuus on hoidon pituinen matka mielen hämmennyksen tilasta ja kaaoksesta sydämeen ja sieltä takaisin mieleen. Sitä matkaa lapsen ei tarvitse kulkea yksin.

Vanhempien ollessa tiiviisti hoidossa mukana omahoitaja kulkee sekä lapsen että vanhempien rinnalla. Omahoitaja on apuna ja tukena lapsen kasvukivuissa sekä tulkkina vanhempien ja lapsen välillä. Yhdessä mietitään ja harjoitellaan rakentavampia tapoja toimia haastavissa tilanteissa. Omahoitaja tekee yhteistyötä perheterapeutin kanssa. Omahoitaja ei asetu vanhempien paikalle lapsen elämässä. Omahoitaja on lapselle turvallinen luotettava läheinen aikuinen.

Laaja-alaisten kiintymyssuhdehäiriöiden ja kasautuvien traumojen hoidossa tarvitaan tiivistä yhteistyötä osaston lääkärin, psykologin, neuropsykologin ja terapeuttien kanssa. Työryhmän lisäksi omahoitajan työtä tukee intensiivihoidon moniammatillinen hoitotiimi, jolla on merkitystä hoidon suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden kannalta, mutta myös hoidon vaativissa käännekohdissa

Arvokkaita kohtaamisia intensiivihoidossa

Johanna Jokinen

Työskentelen Pitäjänmäellä intensiivihoidossa ja toimin yhden nuoren omahoitajana. Suuri osa työstäni on nuoria kuntouttavan arjen eli perusasioiden äärellä: huolenpitoa, vuorovaikutusta, rutiineja, toiminnallisuutta ja sitä tavallista arkea sekä välillä vähän juhlaakin. Jokaisen nuoren oma hoitosuunnitelma sisältää säännölliset omahoitajahetket, nuorelle laaditun päivä- ja viikko-ohjelman, koulunkäynnin tuen, ikätasoisen vuorokausirytmin, työryhmän asettamat turvalliset rajat sekä yhteydenpidon verkostoihin. Nuorilla on lisäksi tapaamisia erityistyöntekijöiden kanssa ja me työntekijät konsultoimme myös heitä omahoidettavamme asioissa. Erityistyöntekijät toimivat nuorten ja työntekijöiden tukena osallistumalla säännöllisesti päivittäisraporteille, hoitotiimeihin, sekä tapaamalla nuoria ja omahoitajia. He antavat käytännön vinkkejä omahoidettavan arkeen liittyen, erilaisiin perhetilanteisiin sekä ovat tukena kriisitilanteissa. Moniammatilliseen työryhmäämme kuuluu osaston työryhmän lisäksi lasten- ja nuorisopsykiatri, psykologi, perheterapeutti, neuropsykologi ja toimintaterapeutti. Yksiköllämme on nimetty vastuulääkäri, joka vastaa nuorten lääkehoidosta ja laboratoriolähetteistä osastolla toteutettavan terapeuttisen osastohoidon lisäksi. Lääkäri on päivittäin tavattavissa ja tapaa nuorta tarvittaessa tai konsultoi puhelimitse. Osaston nuorten ja työntekijöiden kannalta on helppoa ja joustavaa, kun erityistyöntekijät ovat tuttuja ja samassa rakennuksessa fyysisestikin. Jokaisen nuoren laajempi hoidon tilannekatsaus tehdään hoitotiimissä, jossa on paikalla meidän koko moniammatillinen työryhmämme.

Lähtökohtana on jokaisen nuoren ainutkertaisuus sellaisena kuin hän on, omana itsenään.

Oma työskentelyni osastoarjessa sisältää nuorten kohtaamista, ohjaamista sekä yhteistä elämän ja maailman ihmettelyä. Nuoren kanssa luodaan luottamuksellinen suhde, jossa hänen on mahdollisuus käsitellä mielenpäällä olevia asioita, haasteita, tehdä tulevaisuuden suunnitelmia ja pohtia omaa kasvuaan yhdessä omahoitajan kanssa. Sosiaalisen median sekä materian täyttämässä maailmassa, aidosti yhdessä vietetty aika, on usein kaikkein tärkeintä ja välillä voidaan ihan vain olla - hiljaakin. Itse pidän tärkeimpinä asioina nuorten kohtaamisissa aitoa läsnäoloa, positiivista asennetta ja ehdoitta välittämistä. Nuoren aktiivinen kuuntelu, tunteiden sanoittaminen ja tulevaisuuden yhteinen pohdinta ovat tärkeitä ja merkityksellisiä kuntoutumisessa. Hymy, halaus, hiusten letittäminen, aikuisen lempeä

katse, luovat nuorelle turvaa ja hyväksynnän tunteen. Haluan välittää nuorelle: ole lempeä itsellesi, välitän sinusta ehdoitta, olet arvokas ja ainutlaatuinen ihminen. Olen juuri sinua varten tässä ja nyt. Matka itsen äärelle on nuorella usein pitkä. Siinä opetellaan yhdessä luottamaan hetkeen, itseen ja että elämä kyllä kantaa.

Luottamuksen syntyessä avataan ovi toivolle, että asiat järjestyvät, tavalla tai toisella. Siitä alkaa yhteinen taipaleemme.

Aikuisena olen lempeä ja tarvittaessa lempeästi luja. Olen aikuinen ja jaksan kantaa nuoren murheet ja huolet. Nuori voi turvallisessa hoidossamme eheytyä ja voimaantua sekä etsiä rauhassa omaa elämän polkuaan. Arjessa voimme hassutella ja olla leikkisiä, välillä taas käydä raskaitakin keskusteluja nuoren tilanteen mukaan. Aikuisen tehtävänä on pitää nuoren lähipiiriä, jos suinkin mahdollista, mielissä ja puheissa. Myötäeletään nuoren tilannetta, ymmärretään ja toisaalta asetetaan niitä turvaa tuovia rajoja. Muistetaan kysyä nuorelta ”mitä sinulle oikeasti kuuluu?”

Työssäni arki on juuri sitä parasta, timanttista elämää! Siellä tapahtuu suuria oivalluksia, kohtaamisia, onnistumisia, epäonnistumisia, elämän harjoittelua, jotka vahvistavat nuoren minäkuvaa ja valmistavat häntä elämää varten.

Opettamalla nuorelle, että rakastamalla itseään ja tuntemalla itsensä, olemalla rehellinen ja lempeä itselleen - pärjää elämässä. Kun nuori oppii rakastamaan itseään, hän oppii rakastamaan myös muita ihmisiä. Haluan antaa nuorille Suvi Teräsniskan laulun sanoin: ”Lahjaksi aikaa, lahjaksi sydän – joka mitään ei pelkää” (sanat Nina Granrot). Haluan viestiä nuorille, älä pakene tunteitasi, sillä ne ovat kompassi elämään. Anna toisten nähdä se aito, epätäydellinen, virheellinen, hassu, outo, kaunis, maaginen ihminen, joka sinä olet. Joskus nuori vaan kaipaa sitä, että joku on vieressä eikä sano mitään, eikä yritä korjata mitään. Toinen on vain lähellä ja luo ympärilleen kokemuksen täydellisestä välittämisestä ja tuesta. Sillä hyväksymällä epätäydellisyytemme ja sen, että kaikki ovat epätäydellisiä, alamme tuntea olomme turvallisemmaksi, hyväksytyksi ja elossa olevaksi.

Intensiivihoidossa työskentely edellyttääkin työntekijältä laaja-alaista osaamista sekä herkkyyttä tunnistaa nuoren erityistarpeita. Aikuinen on läsnä ja aistii nuoren tunnetilan. Nuori voi tarvita omaa tilaa ja aikaa, luovaa toimintaa musiikin, taiteen tai liikunnan parissa, ohjausta kohti parempaa hyvinvointia, perheterapiaa, tunnetyöskentelyä ja näiden yksilöllisten tarpeiden tyydyttämisen kautta, nuoren elämänlaatu kohoaa. Erilaiset onnistumisen kokemukset ja niiden etsiminen yhdessä nuoren kanssa lisäävät toivon ilmapiiriä, eheyttäen nuorta. Osastolla työntekijän tuleekin seurata nuoren vireystilaa ja tarvittaessa rauhoittaa nuorta sanallisesti ja tarvittaessa auttaa häntä rauhoittumaan. Mieli rauhoittuu usein toisen ihmisen rauhallisesta puheesta, läsnäolosta.

Rentoutumishuone Rela

Olemme tehneet Pitäjänmäkeen rentoutumishuoneen eli Relan, yhteistyössä toimintaterapeutin sekä Perhetalkoot -toiminnan opiskelijan kanssa. Rela on esteettisesti kaunis, lempeästi valaistu ja harmoninen huone. Relassa voi käydä rentoutumassa, keskustelemassa, ihan vain oleilemassa sekä nauttimassa tai vain vaipua omiin ajatuksiin. Osastoilla saattaa olla ajoittain paljon hälyä sekä virikkeitä ja tällöin vetäytyminen rauhalliseen tilaan, usein auttaa vakauttamaan nuoren ylivirittyneen olotilan. Terapiakeinussa heijaaminen, keinutuolissa keinuminen, patjoilla pötköttely, hiljaisuus ja aikuisen läsnäolo auttaa nuorta rauhoittumaan. Relaa voi käyttää myös aistihuoneen tavoin, jolloin pyritään aktivoimaan aisteja. Visuaaliset ratkaisut tekevät tilasta näköaistin kannalta kiinnostavan. Kuuloaistia aktivoidaan musiikilla tai ihmisen ja luonnon äänillä. Tuntoaisti saa virikkeitä erilaisista pinnoista ja miellyttävistä esineistä, joita voi kosketella. Hajuaistia stimuloidaan miellyttävillä tuoksuilla, ja makuaistia voidaan aktivoida ruualla ja juomilla. Rauhallinen tila tarjoaa mukavia rentoutushetkiä myös muuten, esimerkiksi omahoitajan ja nuoren yhteisiin omahoitajahetkiin.

Tavoitteena on saada nuoren elämää eheämmäksi ja elävämmäksi. Vaikeita asioita on mahdollista tutkia yhdessä. Tunteen säätely yhdessä toisen kanssa luo nuorelle turvaa ja samalla ilot suurenevat ja murheet pienenevät!

Vuorovaikutuksen lisäksi aikuisten ilmeet, eleet, äänensävyt ja kehonkieli kertovat nuorelle välittävästä suhtautumisesta. Minä koen työssäni aitoa iloa nuorten kohtaamisissa ja ajattelen että jokainen nuori on ilon ja välittämisen arvoinen ja että jokainen nuori ansaitsee aikuisen välittävää ja empaattista vuorovaikutusta vuoden ihan jokaisena päivänä ☺.

Nuoren ihmisyyttä arvostetaan ehdoitta, eikä se ole sidoksissa onnistumisiin tai epäonnistumisiin.

"Älä ikinä pyydä anteeksi herkkyyttäsi tai tunteellisuuttasi. Pidä näitä ominaisuuksia merkkinä suuresta sydämestä, äläkä pelkää näyttää sitä muille.

Toiminnallisuuden elämykselliset vuosikymmenet, 1974–2014 Pitäjänmäen lastensuojelussa

Pitäjänmäen lastenkodissa vuodesta 1974 ja sittemmin lapsi- ja perhepalveluissa vuoteen 2014 työskennelleen toiminnanohjaajan Jonna Lehtimäen haastattelu 3.2.2017. Haastattelija: Timo Pasanen.

Leikkikoulun ohjaajan työnkuva oli varsin haastava ja tämä selittänee osittain sitä, että työntekijät olivat vaihtuneet tiuhaan tahtiin. Leikkikoulussa, lekarissa hoidin yksin neljä ryhmää päivässä. Ryhmän kesto oli 1½ tuntia ja siihen osallistui 6–10 Pitäjänmäen lastenkotiin, ”Pitskuun” sijoitettua lasta. Pääosa heistä oli alle kouluikäisiä ja joukossa oli yksittäisiä lapsia, joiden koulun aloittamista oli lykätty koululaisuuden taitojen kypsymiseksi. Kuten odottaa saattaa ryhmien tilanteet olivat varsin vaihtelevia ja haastavia! Kiinnitin ryhmätilan toimivuuteen paljon huomiota, jotta pystyin yksin ohjaamaan niin monen vilkkaan lapsen toimintaa. Kaikille viikonpäiville oli oma teemansa, kuten muovailu-, askartelu-, jumppa- , vesi- ja hiekkaleikkipäivä. Erityisen hieno, ehkäpä aikaansa edellä oleva asia oli vesi- ja hiekkaleikit mahdollistava erillinen tila. Oli niin mukavaa, kun vesi- ja hiekkaleikkipäivänä lapset köpöttelivät osastoilta kumisaappaat jalassa ja kun lekarissa vedimme essut päälle, niin olimme valmiita syöksymään vesileikkien ihmeelliseen maailmaan. Satujen ja tarinoiden maailma on aina ollut yksi keskeinen työvälineeni. Täytyy todeta, että laitoksen johtaja Leila Mäkipentti otti hienosti vastaan haasteeni laadukkaiden lastenkirjojen tärkeydestä, joten meillä oli lasten kanssa aina käytössä uusimpia lastenkirjoja. Lekarin poikien suosituin kirja oli muuten ”Ahkupiebmu”, Jonna toteaa ja ojentaa moneen kertaan teipatun kirjan katsottavakseni (1). Lekarin rooli oli tärkeä myös koko hoitavan yhteisön vuodenkiertojuhlien järjestämisessä. Tärkeitä juhlia olivat mm. joulu- ja kevätjuhlat, joihin kutsuttiin lasten vanhemmat ja talon henkilökunta. Pitäjänmäen laskiaismäki oli erityisen odotettu talvijuhla ja tietysti merkittäviä juhlia olivat syntymäpäivät ja esikoulun päättämisjuhla.

Lekarista on lukemattomia hauskoja muistoja, kuten kun menin Pellaksenmäellä maanantaiaamuna Pienten lasten vastaanottoyksikköön muskaria vetämään ja taapero huutaa ovella kovaan ääneen: ”Kakku tulee!” ja juoksee syliini.

Lekarin toiminnallisuus laajeni myös talon ulkopuolelle ja kävimme aktiivisesti eri leikkipuistoissa, metsäretkillä, teattereissa ym. Notkolan kanssa yhteistyö alkoi, kun Notkolaan 1986 perustettujen perhepaikkojen lapset tulivat aamulekariin. Aluksi lapset tulivat vanhempien ja omahoitajan tukemana, mutta vähitellen vanhemmat kykenivät tuomaan itsenäisesti lapsensa aamulekariin.

Perhetukiprojekti käynnistyi 1990-luvulla Pitäjänmäellä. Aloitin perhekerhon yhdessä

osaston työntekijän kanssa. Perhekerhoon valittiin kolmesta viiteen perhettä. Perhekerhon kesto oli kymmenen tapaamiskertaa. Ensimmäisellä kerralla suunniteltiin kerhon sisältöä perheiden kanssa. Viimeisellä kerralla oli palaute. Kerhon sisältö koostui askartelusta, laululeikkituokioista, leivonnasta, ruuanlaitosta, jumpasta – ja kerran kuukaudessa menimme retkelle. Toiminnallisessa perhekerhossa harjoiteltiin vuorovaikutusta ja arjen toimintojen sujumista perhettä tukien.

Koulunjälkeinen iltapäivätoiminta alkoi vahvistua 1980-luvulla. Koulunjälkeen lapset ja nuoret tulivat nikkarikerhoon ja moniin muihin kädentaitoja vahvistaviin kerhoihin. Erityisen suosittua oli ompelukoneen käyttö, mutta se edellytti ompelukoneajokortin suorittamista, jotta tekeminen oli turvallista! Ompelukoneinsinööriajossa tuli välillä myös hylkäämisiä, ja kortin sai vasta, kun keskittymiskyky alkoi olla kohdillaan. Iltapäiväkerhotoiminnan myötä alkoi tulla esille, että osa lapsista ja nuorista tarvitsi hyvin yksilöllistä ohjaamista hajanaisen käyttäytymisensä vuoksi. Tällöin heille alettiin räätälöidä yksilökohtaista ohjaamista.

Toiminnallisuuden kehittyminen eteni monella rintamalla samanaikaisesti 90-luvulla. Yhtenä tärkeänä kehittämisen kohteena oli sellaisten toiminnallisuuden rakenteiden ja sisältöjen vahvistaminen, jotka mahdollistivat erityistä tukea tarvitsevien lasten ja nuorten yksilöllisiin hoidon tarpeisiin vastaamisen. Toiminnallisuuden kokonaisstruktuuria tuki mm. Pitskun toiminnallisuuslukujärjestys syksylle ja keväälle. Se määritti sen perusraamin, jonka mukaan talon toiminnallisuus toteutui. Lukujärjestyksessä kerrottiin osastokohtaisesti eri ryhmistä, toiminnoista sekä lasten ja nuorten erityistarpeiden suhteen räätälöidyistä yksilö ja -ryhmätapaamisista. Tämän pohjalta intensiivi- ja laitososastot saattoivat suunnitella omaa toiminnallisuuttaan siten, että se integroitui joustavasti koko talon yhteiseen toiminnallisuuteen.

Yhdellä osastolla oli varhaiskehityksen kiintymyssuhteissaan vakavasti traumatisoitunut nuori, jolle rakennettiin yksilölliset kokkistapaamiset Jonnan kanssa. Siellä nuori saattoi Jonnan kannattelemana harjoitella ruoanlaittoa, jolloin samalla nuoren varhaisia laiminlyönnin kokemuksia voitiin saattaa turvallisesti jaetun kokemusmaailman piiriin. Hoidon myötä nuoren paniikkitilat alkoivat vuosien myötä tasaantua.

Pitskun toiminnallisuuden kehittäminen oli tärkeä osa toiminnanohjaajan työkuvaa ja hän osallistui talon toiminnallisuustyöryhmään yhdessä osastojen työntekijöiden kanssa. Jokaisella intensiivihoidon osastolla oli oma toiminnallisuusvastaavansa ja jokaiselta osastolta pyydettiin keväisin oma toiminnallisuussuunnitelmansa kesää varten toiminnallisuustyöryhmään. Toiminnallisuustyöryhmässä pyrimme jäsentämään toiminnallisuuden rakenteita monin eri tavoin, kuten esim. pohdimme aktiivisesti suunnitelmallisen työskentelyn ja työnohjauksen merkitystä, ja niiden suhdetta eri elämyspedagogisiin tavoitteisiin Jonna toteaa.

Toiminnallisuuden tehtävä oli suunnata lapsia ja nuoria aktiivisesti talon ulkopuolelle, joten toiminnallisuuden kautta osallistuttiin säännöllisesti moniin eri talon ulkopuolisiin kilpailuihin ja tempauksiin. Osallistumisen ja menestymisen kautta lasten ja nuorten itsetunto sai vahvistusta.

Yhteistyö Helsingin kaupungin laitosten toiminnallisuustyöryhmien kanssa oli tärkeä osa Pitäjänmäen toiminnallisuuden kehittymistä. Yhteistyössä lapsille ja nuorille tarjotut turnaukset, seikkailut, vaellukset aina Lappiin saakka sekä toiminnallisuuden työntekijöille säännöllisesti järjestetyt elämyskoulutuspäivät olivat tärkeä osa toiminnallisuutta. Jalkapallo- ja sählyturnaukset olivat erityisen suosittuja. Myös erikoisemmat lajit, kuten kiipeily ja laitesukelluskurssi tulivat lapsille ja nuorille tutuksi.

Erityisen mielenkiintoinen osa toiminnallisuuden kehitystä ovat olleet 1990-luvulla alkaneet erilaisten terapeuttisten ja kuntouttavien ryhmien kehittäminen. Yhteistyö kuvataideterapeutti Terttu Pekkasen kanssa avasi uuden oven terapeuttisuuden suuntaan. Kuvataideterapiaryhmissä sovimme selkeästä työnjaosta, jolloin sovitin omaa toimintaani tarkasti ryhmädynamiikan ja usein nopeasti kehittyvien tilanteiden mukaan, esim. ryhmän yksittäisten lasten tukeminen ja havainnointi saattoi olla tärkeä osa ryhmän toimivuuden turvaamista. Kuvataideterapiaryhmien vetäminen edellytti huolellista suunnittelua ja ryhmien moninaisten ilmiöiden tarkkaa purkua ja työnohjausta. Minulle kuvallinen työskentely on ollut aina tärkeä osa toiminnallisuutta ja kuvataideterapiaryhmässä kuvien merkitys tunteiden ja kokemusten ilmaisun kanavana on korvaamaton, kun sanoja on vaikea tuottaa.

Nuorten itsenäistyvien ryhmä toteutui yhteistyössä toimintaterapeutin kanssa ja yhden osaston taidepainotteinen toiminnallisuusryhmä yhteistyössä osaston työntekijöiden kanssa. Tiiviin moniammatillisen yhteistyön kautta toiminnallisuus voitiin integroida luontevaksi osaksi nuorten hoitoa. Molemmat ryhmät oli tietoisesti suunnattu osaston ulkopuolelle, jotta voitiin tukea nuorten itsenäistymistä ja liittymistä omaan ympäristöönsä. Molemmissa ryhmissä toiminta suunniteltiin lukukausittain ensimmäisellä kerralla nuorten kanssa.

Nuoren suora palaute ryhmästä:

"Vaikka kaikki toiveet, kuten haluttu Linnanmäen reissu ei mennyt läpi, niin tilanteen kanssa saattoi elää, kun aikuisten perustelut olivat järkeenkäyvät."

Yhteisöllisyys ja sen tuoma turvallisuus oli molempien näiden ryhmien tärkeä voimavara koko ryhmän työskentelyssä.

Lähteet

Palismaa, M. (1970). *Ahkupiebmu*. Saamelaissatuja. Iisko Palojärven mukaan muistiin merkinnyt Marjatta Palismaa. Kuvittanut Erkki Tanttu. Helsingin Kustannusosakeyhtiö Otava. Helsinki.

5.

Moniammatillinen työ osana hoidollista yhteisöä

Lasten- ja nuorisopsykiatrinen työ intensiivihoidossa

Sinikka Martikainen

Kirjassa kuvataan monipuolisesti Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidon kehitys-kaarta, toiminta-ajatusta ja alan tutkimusta. Lisäksi esitellään osastojen erityistä hoidollista ja kuntouttavaa työnotetta sekä erityistyöntekijöiden työn merkitystä hoidossa. Intensiivihoito on lähtökohtaisesti sosiaalihuollon toimintaa, mutta terveydenhuollon lainsäädäntö ohjaa sen erityistyöntekijöiden - ja siten lasten- ja nuorisopsykiatrista työtä. Intensiivihoidon toiminnassa tavoitteena on ollut mahdollisimman syvä arjen integraatio sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa. Ajatuksena on ollut, että yhdessä toimien voidaan nähdä selkeämmin yksilön oireen taakse ja ymmärtää sen mielekkyys sekä auttaa lasta tai nuorta löytämään vähitellen uusia toimivampia vaihtoehtoja ja toimintatapoja.

Seuraavassa tuodaan esiin joitakin huomioita intensiivihoidon lasten- ja nuorisopsykiatrisesta työstä lääkärin näkökulmasta. Kiitokset Antero Heikkilälle, joka on arvioinut tekstiä intensiivihoidon nuorisopsykiatrina.

Lasten ja perheiden tarpeet

Intensiivihoidossa työskennellään viehättävien ja mielenkiintoisten lasten, nuorten ja heidän läheistensä parissa. Vanhemmat ovat tehneet parhaansa lastensa eteen ja hakeneet apua itselleen ja lapsilleen eri tahoilta usein mahdottomilta tuntuvissa elämäntilanteissa. Lasten ja nuorten perustarpeet pysyvät muuttumattomina aikakaudesta ja kulttuurista toiseen. Lapset ja nuoret eivät aina tule kohdatuiksi arvokkaina, ainutlaatuisina persoonallisuuksinaan, vaan voivat saada itselleen erilaisia leimoja ja heidän kykynsä ja erilaiset taitonsa saattavat jäädä huomaamatta. Intensiivihoidon lääkäri on osa terapeuttista yhteisöä, joka etsii uutta näkökulmaa, uusia resursseja ja voimavaroja lapsen, nuoren ja hänen perheensä elämään. Intensiivihoidon osastoilla eletään usein varhaisten vuorovaikutuksellisten ilmiöiden, sensomotorisen kehollisen ilmaisun, regression, neuropsykiatristen erityisyyksien, traumailmiöiden sekä monenlaisten psyykkisten ja fyysisten suojautumismekanismien äärellä. Koko tunteiden kirjo on esillä – ehkä näkyvimmin kielteisiksi koetuista kuitenkin pettymyksen tunne, joka peittää alleen monia muita. Toipuminen voi alkaa, kun surulle tulee sijaa. Yhteinen suru voi yhdistää lasta ja vanhempaa. Lapsi tarvitsee syliä, lohtua ja suojaa – myös itseltään – eloisia kasvoja, leikkisyyttä, iloa ja toivoa – aitoa välittämistä ja kohtaamista. Vanhemmat tarvitsevat kannattelua ja arvostusta, työntekijät tukea. (1–15)

Lääkärin asiakas

Intensiivihoidon asiakasohjausryhmässä, jossa lääkäri ja psykologi ovat mukana, arvioidaan ehdolla olevan lapsen tai nuoren hoitomahdollisuutta intensiivihoidossa. Päätöksen hoidon aloittamisesta ja päättämisestä tekee kuitenkin aina kunnan lastensuojelu – ei vanhemmat tai lääkäri kuten tapahtuu terveydenhuollossa. Valtaosalla lapsista on ollut aiemmin lasten- tai nuorisopsykiatrian erikoissairaanhoidon kontakti poliklinikalla tai sairaalassa, mutta se ei ole kantanut riittävästi tai se on eri syistä keskeytynyt. Lapsi tai nuori on intensiivihoitoon tullessaan siten jo lähtökohtaisesti sekä lastensuojelun että lasten- tai nuorisopsykiatrian asiakas tai potilas, mutta hän sijoittuu intensiivihoitoon aina lastensuojelullisin perustein. Lapsi tai nuori on kuitenkin intensiivihoidossa kuten muuallakin aina lasten- ja nuorisopsykiatrin ensisijainen ”päämies” tai ”työnantaja”. Pienikin lapsi on oman elämänsä subjekti, jonka avuksi lääkäri asettuu saamansa erikoislääkärikoulutuksen ja parhaan kykynsä mukaan.

Vanhemmuus

Lasten- ja nuorisopsykiatri on tottunut työskentelemään ensisijaisesti lapsen ja hänen vanhempiensa kanssa. Intensiivihoidon lääkärillä on huoltajien lisäksi monia muita vanhemmuuden yhteistyökumppaneita ja toimijoita, jotka jakavat päätäntävaltaa ja kantavat vastuuta lapsen ja nuoren edusta ja hyvinvoinnista. Intensiivihoidossa kaikki lääkärin terveydenhuollon vastuulla olevat lapset ja nuoret ovat huostaanotettuja. Vanhemmuuden tehtävät jakautuvat huoltajien ohella siten osaksi osastojen työntekijöille. Vanhemmuuteen liittyvää päätäntävaltaa käyttävät huoltajien lisäksi myös lastensuojelun viranomaiset. Tätä päätäntävalta delegoituu osittain myös intensiivihoidon yksiköiden johtajille joissakin rajoittamiseen ja asiakkuuteen liittyvissä asioissa.

Viime kädessä myös lapsen ja nuoren terveydenhuoltoon liittyvissä asioissa päätäntävaltaa käyttää sijoittava sosiaalityöntekijä. Intensiivihoidon sijaishuollon turvin lapselle voi mahdollistua riittävän pitkäjänteinen lasten- tai nuorisopsykiatrinen hoitoprosessi.

Hiljaista tietoa

Intensiivihoidon pitkäjänteisyys, vuosia kestävät hoitosuhteet, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kokemukset sekä tutkimustyö ovat kerryttäneet tietotaitoa ja lisäksi paljon hiljaista tietoa. Näin on ollut mahdollista arvioida erilaisia lähestymistapoja ja niiden toimivuutta osastohoidon arjessa. Intensiivihoidon asiakaskunnan elämässä on paljon muuttujia ja ennalta arvaamattomuutta, joten eri teorioihin perustuvat menetelmät eivät aina ole toteutettavissa sellaisenaan. Intensiivihoidossa onkin voitu kehittää hoitotyöhön uusia käytäntöjä eri lähestymistapoja soveltaen.

Intensiivihoidon moniammatillisessa yhteisössä tehtyjen havaintojen ja kokemusten keskinäinen jakaminen ja dialogi ovat mahdollistaneet sen, että on voitu tarkastella, tutkia ja luoda kuvaa intensiivihoitoon sijoitettavien lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä erityisistä tarpeista. Mahdollisuus koulutukseen, innostuneisuus ja aktiivisuus alan kehityksen seuraamiseen on luonut edellytyksiä kehittää erilaisia räätälöityjä ja asiakaslähtöisiä lähestymistapoja.

Yhteenkietoutuneet vyyhdit

Lasten pulmat näyttäytyvät hoidon alussa usein yhteenkietoutuneelta vyyhdiltä. Etiologian monimuotoisuuden ja päällekkäisyyden vuoksi oireilun syyt avautuvat usein vasta pidemmän ajan kuluessa. Esimerkiksi traumatisoitumisen seurauksena kehittyy oireita, jotka jäljittelevät monia diagnooseja. Lapsen ja nuoren tarina täydentyy hoidon ja luottamuksen rakentuessa vanhempien ja heidän lastaan auttavien ihmisten kesken. Lasten- ja nuorisopsykiatrin on tärkeä kuulla vanhemman omaa kertomaa lapsestaan, tämän kehityksestä, vahvuuksista sekä lapsen ja vanhemman yhteisistä kokemuksista. Oireiden moni-

ilmeisyyden vuoksi diagnosointi ja toimivan lääkehoidon löytyminen voivat olla haastavaa ja aikaa vievää. Pitkät hoitojaksot, osaston työntekijöiden huomiot ja arviot sekä erityistyöntekijöiden tutkimukset antavat tähän kuitenkin hyvän mahdollisuuden. (4, 15)

Hoitotyön ammattilaiset

Lasten- ja nuorisopsykiatrin työnkuva intensiivihoidossa on omintakeinen ja poikkeaa muissa toimintaympäristöissä tehtävästä työstä. Sitä voidaan verrata esim. kotiin vietävään jalkautuvaan lasten- ja nuorisopsykiatriseen työhön, mikäli ajatellaan osaston edustavan vanhemmuuden funktiota. Se muistuttaa kuitenkin eniten sairaalaosaston lääkärin työnkuvaa. Intensiivihoidon osastotyö ei ole terveydenhuoltoa, mutta siellä noudatetaan kuitenkin pitkälti samoja hoidollisia ja kuntouttavia periaatteita kuin sairaalassa. Osastoilla toimii monin tavoin taitavia sosiaali- ja hoitotyön ammattilaisia, jotka ovat usein hyvin pitkäaikaisesti sitoutuneet työhönsä. He ovatkin lääkärin välttämätön yhteistyökumppani. Työntekijöiden kanssa käytävän keskustelun ja moniammatillisen työryhmän säännöllisten tapaamisten kautta lääkäri saa arvokasta tietoa lapsen voinnista omien havaintojensa lisäksi. Esim. lääkehoitoja voidaan toteuttaa turvallisesti tarkan seurannan vuoksi. Tässä sairaanhoitajalla on merkittävä osuutensa. Lääkäri on aina saatavilla pulmatilanteissa ja usein myös varsinaisen työajan ulkopuolella. Monet kriisitilanteet ja tavanomaiset somaattiset vaivat saadaan myös hoidetuiksi oman lääkärin avustamana. Lääkäripalvelu voidaan intensiivihoidossa toteuttaa tarvittaessa myös bed-side-hoitona lapsen huoneeseen vietynä ja lapselle tutun ja turvallisen osastotyöntekijän tukemana tai läsnä ollessa. Lapsella tai nuorella voi olla niin syvä epäluottamus myös lääkäriä kohtaan, että joskus kontakti voi alkaa ainoastaan oven raosta puhumalla tai konkreettisesti lattiatasolla istuen tai jossain aivan muussa ympäristössä. Lastenpsykiatri toimii osastotyöntekijöiden tavoin usein sanojen tuolla puolen. Symbolien käyttö, kieli ja puhe ilmaisukeinona kehittyvät vähitellen vuorovaikutuksessa hoivaa ja turvaa antavan aikuisen kanssa. Esim. trauman hoidon keskeiset vakauttavat peruselementit keho-orientoituneen traumaterapian näkökulmasta ovat pitkälti juuri sitä, mitä lasten ja nuorten intensiivihoidon osastotyössä on toteutettu. (1–15)

Erityistyöntekijät

Intensiivihoidon erityistyöntekijöiden syvä ja monipuolinen ammatillinen erityisosaaminen mahdollistavat intensiivihoidon lasten- ja nuorisopsykiatrisen toiminnan, tutkimusten ja hoidon laadun sekä laajuuden. Erityistyöntekijät muodostavat heijastuspinnan osastotyöhön ja tarjoavat mahdollisuuden tarkastella asiakasprosesseja hieman etäämpää ja erilaisesta näkökulmasta. Erityistyöntekijät, lääkäri mukaan lukien, tekevät myös suoraa asiakastyötä intensiivihoidon osastoilla joko yksin tai yhdessä osaston työntekijän kanssa. Omahoitajan ja erityistyöntekijän työpari-

työskentely voi lisätä kummankin ymmärrystä lapsesta. Omahoitajalle se voi antaa uudenlaisia valmiuksia huomioida lapsen ja nuoren erityistarpeita, kuten neuropsykiatrisia, toimintakyvyn, kiintymyssuhdepulmien ja traumareagoinnin erityisyyksiä.

Yhteistyö monia eri näkökulmia edustavan, monialaisen ja innovatiivisen asiantuntijajoukon kanssa on sellaista, mitä lasten- ja nuorisopsykiatri voi työssään parhaimmillaan kohdata.

Asiakastietojärjestelmä työkaluna

Toimiva asiakastietojärjestelmä on osoittautunut lasten- ja nuorisopsykiatrin olennaiseksi työvälineeksi intensiivihoidossa. Se välittää tietoa hoidollisten rajapintojen yli, mm. lääkärin ja osastojen välillä sekä mahdollistaa myös lääkärin tarvitsemien tietojen löytymisen nopeasti. Sen on voitava vastata sosiaalihuollon tarpeiden lisäksi terveydenhuollon tarpeisiin ja otettava huomioon näiden lainsäädännölliset vaatimukset.

Erikoissairaanhoidon ja koulun tuki

Lasten- ja nuorisopsykiatri toimii yhteyshenkilönä erikoissairaanhoitoon ja erityisen vaativahoitoisten alaikäisten (EVA) yksiköihin päin ja tekee tarvittaessa yhteistyötä näiden tahojen kanssa hoidon tai sairaalajakson suunnittelemiseksi.

Intensiivihoidon pihapiirissä sijaitsee Helsingin opetusviraston sairaalakoulun koulukuntouttava luokka, jossa oppilaat voivat aloitella ja harjoitella keskeytynyttä opiskeluaan uudelleen pienin erin ja psyykkisen vointinsa sallimissa puitteissa. Lasten- ja nuorisopsykiatri osallistuu sairaalakoulun säännöllisiin yhteistyökokouksiin osastojen lähiesimiesten ja yksikön johtajien ohella. Lääkäri saa tällä tavoin tietoa lapsen toimintakyvystä kouluympäristössä. Samalla voidaan yhdessä arvioida oppilaan tarvitsemaa tukea koulunkäyntiin.

Sattumalta myös lääkäreiden kulkureitti kulkee usein koulukuntoutusluokan kautta. Tämä järjestely onkin osoittautunut lopulta varsin onnistuneeksi – oppilaat ja opettajat ovat tulleet näin tutuiksi. Lääkärin on luontevaa keskustella tarvittaessa opettajan kanssa lapsen koulukuntoisuudesta ja voinnista ja lääkäri näkee kulkiessaan itsekin välähdyksiä lapsen toimintakyvystä oppilaana.

Yhteisö

Se, miten huolehdimme ympäristöstämme, heijastelee usein myös voimavarojamme ja arvostuksiamme sekä suhdettamme yhteisöömme. Viihtyisä ympäristö myös vähentää stressiä. Kaikki lapset ja nuoret tarvitsevat tunteen siitä, että he kuuluvat johonkin ryhmään tai yhteisöön, jossa heitä arvostetaan ja jossa heillä on osallisuutensa ja merkityksensä. Yhteinen tekeminen, tilaisuudet ja juhlat, joita yhdessä valmistellaan, yhteiset kokemukset ja muistot ovat osa lapsen ja perheen normaalia elämää. Joidenkin lasten kohdalla yhteys luonnolliseen perheyhteisöön ja kasvuympäristöön on katkennut kokonaan. Tällöin intensiivihoidosta muodostuu sananmukaisesti sijaiskoti, lapsen tai nuoren oma yhteisö ja ympäristö.

Hoitojakson kuluessa, lääkäri muiden muassa, näyttäytyy ja tulee tutuksi lapselle ja nuorelle myös jossain muussa roolissa kuin varsinaisessa ammattiroolissaan. Tämä näkyy

esim. siinä, että lääkärikin saa joskus osakseen iloisia tervehdyksiä jo kaukaa ja halauksiakin. Lääkärille voi myös kiukutella ja osoittaa mieltään turvallisesti. Lääkäri voi muodostua sellaiseksi tutuksi ihmiseksi ja aikuiseksi, jolle voi jutella asioistaan hieman eri tavoin kuin osaston työntekijöille ja jolta voi pyytää apua tarvittaessa. Lääkäriä voidaan tarvita esim. sadevesikaivoon pudonneen lapion poimimisessa tai kukkasipulin istuttamisessa. Tutustuminen lääkäriin arjessa ja yhteisön jäsenenä voi hälventää lapsen lääkäriä kohtaan tuntemaa pelkoa ja epäluuloa sekä edesauttaa hoitokontaktin syntymistä. Lääkäri voi puolestaan oppia tuntemaan lasta uudella tavalla ja nähdä hänen erilaisia puoliaan arjen spontaaneissa tilanteissa.

Lääkäri lastensuojelussa

Merkittävä osa intensiivihoidon lasten- ja nuorisopsykiatrin työstä ja vastuusta toteutuu intensiivihoidon muun toiminnan taustalla ja näkymättömissä. Lääkärinä toimiminen ja osallisuus intensiivihoidon palvelun tuottamiseen ja kehittämiseen edellyttävät avoimuutta ja kiinnostuneisuutta omaleimaisen ja erikoistuneen hoidon monitahoisuutta ja – tasoisuutta kohtaan, perehtyneisyyttä erilaisiin viitekehyksiin ja hoidollisiin lähestymistapoihin sekä kriittisyyttä tarvittaessa. Mahdollisuus pitkäjänteiseen työhön, lasten ja nuorten psyykkinen elpyminen ja rakentuminen sekä voimavarojen löytyminen on palkitsevaa kaikille.

Lääkärin työ intensiivihoidossa edellyttää valmiutta laajentaa muissa toimintaympäristöissä vallitsevaa lasten- ja nuorisopsykiatrin toimenkuvaa.

Lääkärille toiminta lastensuojelun kontekstissa intensiivihoidossa ei ole itsestään selvää – ei pelkästään toimintaympäristön erityisyyden vuoksi – vaan myös päätösten teon ja vastuiden suhteen. Myöskään lastensuojelua edustavassa intensiivihoidossa ei ole itsestään selvää ymmärtää niitä edellytyksiä, joita lasten- ja nuorisopsykiatrisen kokonaisvastuun kantaminen yhteistoiminnalta vaatii. Aktiivinen ja luova rajapintatyöskentely sekä yhteinen tavoite lisäävät keskinäistä ymmärrystä sekä mahdollistavat erityispalveluiden tuomisen intensiivihoidon asiakkaille juuri heidän erityistarpeitaan huomioiden.

Anne Alvarez, Lontoon Tavistock-klinikan pitkäaikainen lapsipsykoterapeutti kiteyttää kirjassaan Live Company – Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children pitkän kokemuksensa työstään lapsen ”eläväksi kumppaniksi tulemisesta valtakunnassa, missä mikään ei ole varmaa ”: Jokaisessa lapsessa on tarve olla syy toisen kasvoille nousevaan iloon. – Tämän kokemuksen monet intensiivihoidon työntekijät jakavat. (1)

Lähteet

1. **Alvarez**, A. (2003). *Live Company.* Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children. Routledge,London

2. **Edwards**, J., (2001). *Being Alive – Building on the work of Anne Alvarez.* Brunner-Routledge, East Sussex.

3. **Boon**, S., **Steele**, K. & **van der Hart**, O. (2011). *Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen – Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille.* Kalevaprint Oy, Oulu

4. **van der Hart**, O., **Nijenhuis**, E. & **Steele**,K. (2009). *Vainottu mieli, rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen*. Kalevaprint Oy, Oulu.

5. **Martikainen**, S. (2010), *Traumatisoitumisesta – sen kehollisista vaikutuksista ja huomioimisesta osastotyössä – esitys intensiivihoidon osaston koulutuspäivässä*

6. **Morris-Smith**, J. (2010). *EMDR:n käyttö lapsilla ja nuorilla, koulutus ja siihen liittyvä materiaali.*

7. **Ogden**, P. (2008–2009). *Training for the Treatment of Trauma*, Sensorimor Psychotherapy Institute, Koulutus ja siihen liittyvä materiaali.

8. **Ogden**, P., **Minton**, K. & **Pain**, C. (2009). *Trauma ja keho, sensorimotorinen psykoterapia.* KalevaprintOy,Oulu

9. **Therapeia-säätiö**. (2007). *Lasten psykoterapia ja sen vuorovaikutukselliset ulottuvuudet.* Dark Oy

10. **Saarinen**, P., **Lahti**, H. & **Parttimaa**, R. (2003). *Matkalla eheäksi ja eläväksi.* Traumaterapiakeskuksen loppuraportti 1999–2002. Traumaterapiakeskus.

11. **Traumaterapiakeskus ry.** (2015). *Häpeästä myötätuntoon – Näkökulmia vakavaan traumatisoitumiseen.* Kopio Niini Oy, Helsinki

12. **Traumaterapiakeskus ry**. (2009–2012). *Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen Suomessa* – Projektiraportti. Erweko Oy

13. **Traumaterapiakeskus ry.** (2012–2013). *Vakavien traumojen ja dissosiaatiohäiriöiden arviointi ja hoito.* Koulutus ja materiaali.

14. **Schulman**, M. (2002). *Vauvahavainnointi – oppia observoimalla.* Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi

15. **Wieland**, S. (2011). *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Interventions.* Routledge, New York.

Psykoterapeuttisen työskentelyn mahdollisuuksista hoitoyhteisössä

Timo Pasanen

Psykoterapeuttinen työskentely intensiivihoidossa asettaa erityisiä haasteita psykoterapia-asetelmalle ja terapeutin kyvylle rakentaa luottamuksellinen ja turvallinen vuorovaikutussuhde lapsen ja nuoren kanssa. Jotta kynnys psykoterapeuttisen prosessin aloittamiselle ei nousisi liian korkealle, tarvitaan joustavaa asennoitumista, sekä psykoterapiaprosessin tavoitteiden että käytettävien menetelmien suhteen. Psykoterapeuttisen työskentelyn tuloksellisuutta on vaikea ennustaa ja oirehdinnan luonne tulee tyypillisesti näkyväksi vasta hoidon aikana. Vaikeastikin vaurioitunut lapsi voi terapian aikana löytää mahdollisuuksia, ja neuroottisessa lapsessa voi löytyä ennalta arvaamatonta psykoottisuutta. Siten psykoterapian tavoitteita voivat ”paranemisen” sijasta olla (1):

- elämänlaadun ja läheisten taakan helpottuminen
- kehityksellisten aukkojen korjaaminen ja sosiaalisten suhteiden helpottaminen.

Hoidettaessa kasautuvista kiintymyssuhde ja kehityksellisistä traumoista sekä erilaisista neuropsykiatrisista häiriömuodoista kärsiviä lapsia ja nuoria tarvitaan paljon korjaavia kokemuksia ja valmistavaa työtä, jotta varsinainen psykoterapeuttinen yhteistyösuhde voisi tulla mahdolliseksi. Terapeuttisen yhteisön piirissä tarjottavat psykoterapeuttiset prosessit soveltuvat yleensä yhteisön ulkopuolisia terapioita paremmin vaativien, rajoja koettelevien terapiaprosessien toteuttamiseen. Tällöin terapia-asetelman turvallisuutta vahvistavat toistuvuus ja jatkuvuus nousevat tärkeään rooliin. Terapeuttisessa yhteisössä toimivan psykoterapeutin rooli on hitaasti muotoutuva kulttuuri-ilmiö, joka kerran synnyttyään vahvistaa yhteisön ymmärtävää ja hoidollista funktiota (2). Se saattaa vähentää ulkopuolelta ohjaavan sääntökulttuurin tarvetta ja auttaa hoidon vaikeiden kriisi- ja käännekohtien yli selviämisessä.

Saumaton yhteistyö osaston työryhmän ja terapeutin välillä on välttämätön ennakkoehto terapeuttisessa yhteisössä tarjottavalle psykoterapialle. Terapeuttisen yhteisön osana toimivalle psykoterapeutille voidaan sälyttää monenlaisia lapsen ja nuoren ymmärrystä tukevia tehtäviä, kunhan vain osaston työryhmän ja terapeutin yhteistyö sujuu riittävän hyvin. Osaston työryhmän tarjoama tuki on ajoittain välttämätöntä sekä terapiatilaan siirtymisen että riittävän turvallisen työskentelyn kannalta. Psykoterapiaprosesseihin kuuluuvat olennaisena osana varhaisten projektiivisten kommunikaatiomuotojen, vastustuksen, suojautumistarpeiden ja rajoja rikkovan actingout-käyttäytymisen työstäminen. Terapia-asetelmaa ja terapeuttia vastaan tehdyt hyökkäykset, vaikkapa haluttomuus tulla terapiaan, saattavat ajoittain olla terapiapro-

sessin tärkeimpiä työstön aiheita. Äärimmäisen negatiivisesti, jopa paranoidisesti pelätty terapeutti saattaa kantaa tärkeitä projektioita, joka tekee osaston työntekijöille mahdolliseksi rakentavamman yhteistyösuhteen luomisen lapsen tai nuoren kanssa. Kun yhteistyösuhde osaston työntekijöiden ja terapeutin välillä toimii riittävän saumattomasti, niin terapiatapaamisesta kieltäytyneenkin lapsen ja nuoren kanssa on mahdollista päästä osastolla työstämään monenlaisia hylkäämisiin ja laiminlyönteihin liittyviä katkeruuksia, jotka sinä hetkenä on projisoitu terapiasuhteeseen.

Saumaton yhteistyösuhde voi toimia myös toiseen suuntaan ja tukee osastolla koettuja ”väärin kohtelemisen” kokemuksien työstämistä terapiassa siten, että hoitosuhdetta vahingoittavien suojautumisreaktioiden hallitsemattoman eskaloitumisen sijasta, niitä voidaan tutkia tietoisemmin, tärkeänä osana lapsen ja nuoren hoitoprosessia ja psyyken rakentumista. Joissakin tapauksissa terapeutti voi toimia osaston työryhmän parhaana kontaktina eristäytyvään, katkeroituneeseen ja vaikeita kaltoinkohtelun kokemuksia läpikäyvään lapseen tai nuoreen. Vaikeita kokemuksiaan osastohoidossa läpikäyvä lapsi voi tarvita kipeästi osaston ulkopuolista luotettua terapiasuhdetta, jonka kautta hän voi säilyttää kontaktia hyviin sisäisiin objekteihin ja toivon tulevaisuuden suhteen. Suojautumiskeinoja ei voi purkaa liian nopeasti, joten terapeutin ja osaston työryhmän riittävän tiivistä reflektiivistä dialogia tarvitaan psykodynaamisten ilmiöiden ja varhaisten kommunikaatiomuotojen ymmärtämiseksi. Toisaalta terapeutin kyky erillisyyteen ja sopivan distanssin säilyttämiseen osastotyöhön nähden, jättää tilaa lapsen ja nuoren omalle kokemukselle ja kertomukselle; ja sitä kautta mahdollistaa osaltaan transferenssi-ilmiöiden ja suojautumistarpeiden tutkimisen.

Terapeuttisessa yhteisössä toteutuva lasten ja nuorten psykoterapeuttinen hoito edellyttää:

- Psykoterapeutin ja moniammatillisen työryhmän välistä luottamuksellista, saumatonta yhteistyötä ja yhteistä hoidollista kieltä tarvitaan erilaisten suojautumismekanismien ja projektiivisten ilmiöiden ymmärtämiseksi:
  - psykoterapeutin kyky ymmärtää osastohoidon erityispiirteitä ja ilmiöitä sekä vastaavasti moniammatillisen työryhmän saama ymmärrys psykoterapiaprosessin eri vaiheista tukee luottamuksellisen yhteistyösuhteen rakentumista
  - eri hoidollisten viitekehysten dialogi ja integroituminen moniammatillisissa hoitotiimeissä avaa uudenlaisia näkökulmia sekä osastohoitoon että psykoterapeuttiseen prosessiin

- Avoimen dialogin estyessä osaston ja psykoterapian väliin syntyy herkästi erilaisia lapsen ja nuoren hoitoprosessia pysäyttäviä jumeja ja projektioita.

- Lapsen ja nuoren neuropsykiatrisen häiriön vaikutus kommunikaatio- ja symbolisaatiokykyyn on tärkeä huomioida psykoterapiaprosessissa.

- Psykoterapeutin kyky säädellä sopivalla tavalla distanssia osastotyöhön turvaa lapsen ja nuoren kokemuksellista tilaa ja mahdollistaa erilaisten transferenssi-ilmiöiden tutkimisen.

- Psykoterapeutin kykyä vastaanottaa ja ymmärtää lapsen ja nuoren varhaisen kommunikaation ja affektimyrskyjen eri puolia ja rakentaa luottamuksellista suhdetta vuorovaikutuspyrkimyksissään pettyneen lapsen ja nuoren kanssa:
  - psykoterapeutin sietokyky ja johdonmukaisuus on perusedellytys turvallisen vuorovaikutussuhteen rakentumiselle
  - psykoterapeutin kasvojen, eleiden ja äänen elävyys tukee kohtaamisen hetkien rakentumista ja häpeälamaannuksen purkua
  - psykoterapeutin kyky artikuloida lapsen ja nuoren sietämättömiä kokemuksia avaa osaston työryhmälle mahdollisuuden ymmärtää paremmin lapsen ja nuoren arjen ajoittain outoa käyttäytymistä ja vastaavasti osaston havainnot lapsen ja nuoren käyttäytymisestä ja kokemuksista terapiatuntien välissä ovat välttämättömiä terapeuttisen kokonaisymmärryksen saavuttamiseksi

- Terapeuttisen yhteisön johtamisen rakenteiden riittävää tukea tarvittavien hoidollisten rakenteiden ylläpitämiseksi ja huoltamiseksi, myös haastavien hoidon käännekohtien aikana:
  - tarpeen mukaan kokoontuvissa moniammatillisissa hoidon tukiryhmissä ovat mukana myös osaston esimies ja yksikön johtaja, jotka vastaavat terapeuttisen yhteisön toimintaa tukevista hallinnollisista rakenteista
  - johtoryhmän ja laajennetun johtoryhmän moniammatillinen sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmia integroiva kokoonpano tukee osaltaan terapeuttisen yhteisön hoidollisia rakenteita

Lähteet

1. **Pylkkänen**, L. (2007). *Arviointiprosessi ja sen rooli lastenpsykoterapiassa.* Teoksessa: Schulman, M., Kalland, M., Leiman, A-M. & Siltala, P. (Toim.) Lasten psykoterapia ja sen vuorovaikutukselliset ulottuvuudet. Therapeia-säätiö, Helsinki. 219–233.
2. **Dockar-Drysdale**, B. (1990). *The Provision of Primary Experience: Winnicottian Work with Children and Adolescents*. Free Assoc. Books.

Kuvataideterapian merkitys lapsen ihmissuhteiden jatkuvuuden tukena

Terttu Pekkanen

Kuvataideterapia on hoitomuoto, joka yhdistää taiteellisen luomisprosessin ja psykoterapian tarjoten lapselle mahdollisuuden yksilöllisen kehityksen täydentymiseen ja korjaantumiseen. Työskentelyalueena on terapian vuorovaikutuksessa ja siellä tuotetuissa teoksissa ilmenevä lapsen sisäinen maailma. Teoksen ja sen emotionaalisen sisällön vastaanottaminen muodostavat lapsen ja kuvataideterapeutin välisen kontaktin perustan (1). Kuvataideterapeutti tutkii lapsen vuorovaikutussuhdetta vanhempiin, omahoitajaan sekä muuhun verkostoon ja sosiaaliseen ympäristöön. Sitä kautta näiden vuorovaikutussuhteiden merkitys vahvistuu ja vähitellen niistä syntyy pysyviä sisäistettyjä ihmissuhteita lapsille. Samalla terapeutti tukee lapsen vuorovaikutusverkostojen integroitumista.

Kuvataideterapeutti rakentaa kiintymyssuhdetta lapsen ja huoltapitävien aikuisten välille. Intensiivihoidon päättyessä kuvataideterapeutti voi jatkaa työskentelyä lapsen ja seuraavan sijaishoitopaikan kanssa, mikä osaltaan tukee lapsen ihmissuhteiden jatkuvuutta. Terapian loputtua hoidon kriisivaiheissa lapsen omat vanhemmat, sosiaalityöntekijä tai perhekodin vanhemmat voivat ottaa yhteyttä terapeuttiin, jotta lapsi voi tarpeen mukaisesti tulla käsittelemään lyhytkestoisesti asioitaan.

Hoitoyhteisön osana työskentelevän terapeutin tehtävänä on peilata terapiaprosessia ja kysyä ”oletteko nähneet tätä muualla?” ja ”mitä tämä merkitsee?” Avoimen tutkivan dialogin kautta moniammatillinen hoitotiimi voi luoda yhteisesti auki puhutun näkökulmien kokonaisuuden, oivaltaa jotain uutta lapsen ja perheen tilanteesta ja sitä kautta rakentaa

Kahdeksan vuotta kestäneen terapiatyöskentelyn merkitys lapsen ihmissuhteiden tukena

Lapsi kävi intensiivihoidon aikana terapiaa lähemmäs neljä vuotta ja se jatkui perhekodissa vielä toiset neljä vuotta. Intensiivihoidon aikana terapiatyöskentely tuki osaltaan lapsen kiinnittymistä omahoitajaan ja auttoi ymmärtämään lapsen varhaiskehityksen kiintymyssuhdevaurioiden aktivoitumista osaston ihmissuhteissa. Yhteistyöskentelyn kautta kokonaiskuvan laajentuminen lapsen tarpeista tuki sekä osastohoitoa että terapiaa. Siirtovaiheessa intensiivihoidosta perhekotiin terapeutti auttoi lasta työstämään hoidon päättymisen ja omahoitajasta irrottautumisen aktivoimia syviä menetyksen ja yksinäisyyden kokemuksia. Sitä kautta lapsi saattoi surra omahoitajasta irrottautumista, jolloin vihan ja pettymyksen rinnalle alkoi nousta myös hyviä muistoja omahoitajasuhteesta ja orastavaa ymmärrystä oman äidin ja isän kyvyttömyydestä toimia vanhempana. Sen myötä lapsen oli helpompi hyväksyä perhekodin vanhemmat ilman väliin tulevia negatiivisia tunnesijoituksia aikaisemmista ihmissuhteista. Perhekotisijoituksen aikana terapiatyöskentely syventyi ja lapsen psyykkinen kehitys pääsi todenteolla käyntiin. Muutama vuosi terapian päättymisen jälkeen nuoruusiän myrskyjen keskellä perhekodin vanhemmat ottivat kuvataideterapeuttiin uudelleen yhteyttä. Jo muutaman yksittäisen tapaamiskerran kautta nuoressa aktivoituneisiin ihmissuhdekonflikteihin saatiin ymmärrystä, jolloin nuoren tilanne perhekodissa rauhoittui ja nuoren positiivinen kehitys saattoi jatkua. Harvakseltaan terapeuttiin on ottanut yhteyttä hyvin voiva nuori aikuinen, joka aidolla tavalla kykenee muistelemaan elämäänsä ilman lamauttavaa katkeruutta.

yhteisen hoidon suunnan. Kun hoitotiimien jäsenten luottamus ja yhteinen kieli on riittävän vahva, niin eri näkökulmat alkavat usein vahvistaa luontaisesti toisiaan. Hoitoyhteisössä toteutuvan kuvataideterapian etuja:

- Terapia voidaan aloittaa varhaisessa vaiheessa riittävän tiiviin osaston ja terapeutin yhteistyön turvin.
- Terapia tukee lapsen kokemusta ymmärretyksi tulemisesta.
- Terapeutti kykenee tukemaan osaston työntekijöitä lapsen hoito- ja kasvatustehtävässä.
- Laitoksessa tehty terapia ehkäisee laitostumista ja tukee hoidon jatkuvuutta sekä edesauttaa lasta ottamaan vastaan tukea elämän myöhemmissä vaiheissa.

Hoitoprosessin syventyessä työryhmissä alkaa usein elää samankaltaiset paralleeli-ilmiöt kuin asiakkaissa. Niiden purkamisessa tarvitaan hienovaraista työskentelyä, jotta varhaisen kommunikaation ja erilaisten projektiivisten mekanismien kautta välittyvien siirtoilmiöiden tutkiminen tulee mahdolliseksi ilman epäoikeudenmukaisuuden ja loukkaantumisen kokemuksia. Usein terapeutin on turvallisinta lähteä puhumaan terapiatyössä syntyneen oman kokemuksen kautta ja herätellä kysymyksiä siitä, minkälaisia tunnelmia työryhmässä herää. Terapeutin tehtävä moniammatillisen työryhmän osana:

- kääntää lapsen toiminnan kieltä ymmärrettäväksi työryhmälle
- tuoda lapsen yksilöllistä kokemusmaailmaa paremmin ymmärrettäväksi.
- auttaa hoidon kriivaiheissa työryhmää ymmärtämään lapsen usein varsin kummallista oirehdintaa
- nostaa omia havaintojaan esille ja pyytää muiden työntekijöiden täydennystä omille havainnoilleen

Kuvataideterapian mahdollisuuksista vaativahoitoisten lasten hoidossa

Varhaisten vuorovaikutushäiriöiden ja kehityksellisten traumojen hoidossa tarvitaan monenlaisia keinoja rakentaa yhteyttä vaurioituneeseen lapseen. Kuvallinen työskentely on monitasoinen psyykkinen tapahtuma, joka toimii siltana ulkoisen ja sisäisen todellisuuden sekä tietoisen ja tiedostamattoman välillä. Se antaa mahdollisuuden käsitellä kokemuksia myös symbolisessa muodossa. Tärkeänä osana terapiatyöskentelyä on mielikuvamaailma jota lapsi voi tuoda esiin niin leikin, askartelun, kuvallisen työskentelyn kuin myös muunlaisen suhteessa olotavan kautta.

Lapsen oire on yksi ilmaisumuoto, jota ei pidä ohittaa

Varhaiskehityksestään lähtien vakavasti traumatisoitunut lapsi kävi terapiassa useiden vuosien ajan. Toistuvasti lapsen jalka alkoi puutua terapiassa, jolloin terapeutin tehtävänä oli kysyä "mitähän puutuva jalka tahtoo nyt meille kertoa?" Kun oiretta pysähdyttiin kuuntelemaan, poishoitamisen sijasta, avautui uudenlainen tila ilmaista sietämättömiä, poislohkottuja kokemuksia. Toistuvan lempeän kysymyksen kautta lapsi alkoi vähitellen löytää sanoja omille ruumiillisille ylivirittymisen ja suojaksi rakentuneiden poislohkovien dissosiaation kokemuksilleen.

Lapsen terapiassa tekemä teos toimii kommunikointi- ja ilmaisuvälineenä, mutta sillä on myös itsenäinen, lapsen sisäistä maailmaa integroiva tehtävä. Lapsi voi tarpeen mukaan avautua tai suojautua teoksen avulla. Teos voi toimia niin sanottuna sijoituskohteena, johon lapsi voi turvallisesti säilöä eri puoliaan tai kokemuksiaan myöhempää tarkastelua varten (1). Terapeutti on virittäytynyt näiden teosten taajuudelle keskittyen kuuntelemaan niiden sanomaa.

Kuvataideterapiassa huomioitavaa vaativahoitoisten lasten hoidossa

- Selkeä terapia-asetelma (setting) tukee potentiaalista työskentelyn tilaa ja turvaa terapian jatkuvuutta.
- Kuvan kautta työskentely helpottaa asioiden tutkimista itsen ulkopuolella.
- Lapsen suojautumiskeinojen kunnioittaminen on tärkeää ja kuvan kautta työskenteleminen tarjoaa lapselle mahdollisuuden säädellä sopivalla tavalla työstettäviä kokemuksia.
- Lapsen työtä ei ole koskaan oikeutta heittää pois, oli se kuinka rypistynyt tai repeytynyt tahansa – se mitä lapsi tuottaa on sinällään tärkeää ja huomaavan korjaamisen mahdollisuus säilyy aina.
- Kun töitä käydään läpi puolen vuoden välein, jotkut kuvat nousevat erityisen tärkeinä esiin ja niiden kautta työskentely voi syventyä edelleen.
- Terapeutilla pitää olla henkilökohtainen suhde menetelmään ja käytettyihin materiaaleihin.
- Joustavuus eri menetelmien välillä on tärkeää.

Kuvataideterapian mahdollisuuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä

Kuvataideterapian tiivis integroituminen osastohoitoon, toiminnallisuuteen ja muihin terapiamuotoihin on mahdollistanut uudenlaisten hoidollisten innovaatioiden kehittämisen vaativahoitoisten lasten kuntouttamiseksi (2). Erityisesti moniammatillinen työparityöskentely on osoittautunut mielekkääksi tavaksi tukea lasten ja nuorten kehitystä.

Kuvatarinaryhmä

Kuvatarinaryhmässä menetelmänä käytettiin kuvataideterapiaa ja kirjallisuusterapiaa. Työparinani toimi kirjallisuusterapeutti. Ryhmät olivat määräaikaisia, suljettuja ryhmiä latenssiikäisille 8–11-vuotialle lapsille. Viikoittain 45 min kerrallaan kokoontuneet ryhmät kestivät 6–8 kuukautta (1).

Täydentyvä lasten kuvataideterapiaryhmä

Täydentyvä lasten kuvataideterapiaryhmä tehtiin yhteistyössä kuvallisesti kouluttautuneen toiminnanohjaajan kanssa. Työroolit ryhmässä jakautuivat siten, että toiminnanohjaaja havainnoi enemmän kuvantekoprosesseja, yksilöllisiä toimintoja sekä yksilöiden tarpeita kuvan teossa. Kuvataideterapeutti puolestaan oli enemmän koko ryhmän käytössä keskittyen ryhmäilmiöihin, tuotuihin teemoihin sekä tulkinnalliseen työskentelyyn (2).

Nuorten intensiivihoidon kuvataideterapiaryhmä

Nuorten hoito-osastojen kuvataideterapiaryhmissä on usein mukana työntekijä osastolta. Työpari voi tällöin olla myös vaihtuva ja ryhmät saattavat kokoontua osaston tiloissa. Tällöin työtehtävien täytyy olla selkeitä ja ennalta hyvin sovittuja, koska ryhmässä työpari joutuu osastotyöstä poikkeavaan rooliin. Kokemukseni mukaan osastolta tulevan työparin ryhmässä olo lieventää aina jossain muodossa esiintyvää vastustusta terapiaa kohtaan ja nuoret ovat motivoituneempia tulemaan ryhmäterapiaan. Ryhmä on tällöin koko osaston yhteinen asia ja siihen suhtaudutaan vastuullisesti huolehtien. Osastolta tulevien työparieni roolia voisi kuvata hiljaiseksi, työskenteleväksi havainnoijaksi (2).

Lähteet

1. **Arvola**, P. & **Pekkanen**, T. (2009). *Kuvan ja tarinan kohtaaminen – kaksi luovaa terapiamallia lasten ryhmässä.* Teoksessa: S. Mäki & P. Arvola (Toim.) Satu kantaa lasta, opas lasten ja nuorten kirjallisuusterapiaan 1. Duodecim: Porvoo. 162–185.

2. **Pekkanen**, T. (2009). *Työparityöskentely kuvataideterapiassa – monologista dialogiin.* Teoksessa: L. Girard, J. Ihanus, R. Laine & M. Ropponen (Toim.) Suhteessa kuvaan – kuvataideterapian teoriaa ja käytäntöä. Artteli: Helsinki. 140–151.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla tehtävän kuvataideterapian erityispiirteitä

Kuvataideterapeutin tuoma ymmärrys voimakkaiden tunteiden ja varhaisen kommunikaation merkityksestä turvaa osaltaan pitkäjänteistä hoitotyötä intensiivihoidon osastoilla.

- Lastensuojelutyön piirissä syyllisen etsiminen on lähellä ja kun syyllistämisen mekanismin heräämisen tunnistaa omassa mielessään on syytä tarkastella sitä, miten tämä tunne elää kyseisessä hoitosuhteessa ja mihin kaikkeen se voi liittyä.

- Osaston ja muiden ammattiryhmien tuki terapeutin havaitsemille ilmiöille on tärkeä yhteisen ymmärryksen vahvistumiseksi; esim. kun osaston työntekijät, ryhmäanalyytikko tai perheterapeutti tunnistaa samankaltaisen ilmiön omassa työskentelyssään, näkökulmien integraatio alkaa syventyä.

- Intensiivihoidon osana tehty kuvataideterapia vähentää laitostumisen riskiä ja tukee hoidon jatkuvuutta intensiivihoitojakson jälkeen, sekä kotiin palaavien että sijaishuollossa jatkavien lasten kohdalla.

- Kuvataideterapia tarjoaa monipuolisen välineistön varhaisten vuorovaikutushäiriöiden hoitamiseksi ja sen joustava yhdistyminen moniammatillisen terapeuttisen yhteisön toimintaan mahdollistaa myös kokonaan uudenlaisten hoidollisten innovaatioiden kehittämisen.

- Osastoryhmän toimiminen osaston ulkopuolisen terapeutin ohjannassa edesauttaa haitallisten ryhmäilmiöiden hallintaa ja auttaa työryhmää huomioimaan ilmiöiden vaikutusta sekä ryhmä- että yksilötasolla.

Neurokognitiivinen lähestymistapa intensiivihoidossa

Kati Katajamäki

Helsingin Diakonissalaitoksen Lapsi- ja perhepalveluiden lastensuojelun erityisyksiköiden tarjoamassa intensiivihoidossa yhdistyvät sosiaali- ja terveysalan palvelut. Laadukkaan osastohoidon ohella intensiivihoito tarjoaa monipuolisesti eri tieteellisiin teoriapohjiin nojaavia terveydenhuollonalaisia erityistyöntekijäpalveluja. Intensiivihoidon erityistyöntekijöitä ovat lastenpsykiatri, nuorisopsykiatri, psykologi, neuropsykologi, perheterapeutti, ryhmäterapeutti ja toimintaterapeutti. Näiden alojen edustajien teoreettiseen tietoon pohjautuvat hoito- ja kuntoutusmenetelmät sekä tieteellisiin tutkimuksiin nojaavat yksilökehitykselliset ja perheeseen liittyvät systeemiteoreettiset näkökulmat tukevat erityisyksiköissä toteutettavaa osastotyötä. Moniammatillinen työote vahvistaa intensiivihoidon ydintä – yhteisöllistä osastohoitoa ja terapeuttista omahoitajasuhdetta.

Neurokognitiivisen viitekehyksen kehittämistyö Helsingin Diakonissalaitoksen Lapsi- ja perhepalveluissa on saanut alkunsa vuonna 2001 julkaistun Lapsi- ja perhepalveluiden asiakaskuntaa koskevan väitöstutkimuksen (1) pohjalta. Tutkimuksessa tulivat esiin sijoitettujen lasten ja nuorten neurokognitiiviset vaikeudet, jotka heijastuivat heidän arjessaan muun muassa erilaisina kouluvaikeuksina. Neuropsykologi palkattiin aluksi vuonna 2001 Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamaan projektiin, josta hän siirtyi myöhemmin osaksi intensiivihoidon vakiintunutta toimintaa.

Intensiivihoidon pitkäjänteistä kehittämistyötä on seurattu opinnäytetöiden ja tieteellisten tutkimusten avulla (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Tutkimuksissa on tarkasteltu muun muassa asiakaskunnan profiilia, perhesysteemiä sekä asiakkaiden riski- ja suojaavia tekijöitä. Interventiotutkimuksilla on pyritty tarkastelemaan hoidon vaikuttavuutta ja menetelmien toimivuutta sekä mahdollistettu uusi innovatiivinen kehittämistyö. Tutkimuksissa havaittiin intensiivihoitoon sijoitettujen lasten oirekuvan olevan laaja-alainen. Ongelmat painottuivat tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin sekä näkyivät erilaisina neurokognitiivisina vaikeuksina ja traumareagoinnin muotoina (1, 2, 3, 4, 5, 6). Neurokognitiiviset vaikeudet näyttäytyivät erityisesti tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen alueilla. Lisäksi lapsilla oli keskimääräistä enemmän laaja-alaisia oppimisvaikeuksia, jotka heijastuvat arjessa esimerkiksi koulunkäynnin ja sosiaalisten tilanteiden vaikeuksina (1, 2). Interventiotutkimuksissa todettiin muun muassa vanhemmuuden kiintymyssuhteen vahvistuvan ja lasten itsesäätelytaitojen kehittyvän jo vuoden seurannan aikana (2, 4).

Moniongelmaisten lasten ja nuorten erityispiirteiden tunnistamisessa sekä hoidossa tarvitaan laaja-alaista psykiatrista, neuropsykiatrista ja neurokognitiivista ymmärrystä ja tämän tiedon integrointia, jotta lapsen kehitykseen vaikuttavat perinnölliset, sikiöaikaiset, synnytykseen ja psykososiaaliseen kehitysympäristöön liittyvät tekijät kyetään kattavasti huomioimaan. Intensiivihoidossa neuropsykologi kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista koostuvaan moniam-

matilliseen työryhmään, jossa hyödynnetään kehityksellistä, neuropsykiatrista, trauma- ja perheterapeuttista sekä monikulttuurista viitekehystä. Eri viitekehyksiä integroiva hoito antaa mahdollisuuden lapsen ja perheen tilanteen moniulotteiselle tarkastelulle sekä oikein ajoitetuille ja suunnatuille interventioille. Viitekehysten tiiviillä vuoropuhelulla kyetään näkemään yksilökehitykseen liittyvät tekijät sekä perheen systeemisen rakenteen vaikutukset lapsen tai nuoren ja perheen kokonaistilanteeseen. Esimerkiksi lapsen käytöshäiriöoireilu, kuten aggressiivinen käyttäytyminen, voi selittyä myös neuropsykologisissa tutkimuksissa todennetuilla kielellisillä ongelmilla tai hoitamattomalla tarkkaavuushäiriöllä.

Neuropsykologisten tutkimusten avulla häiriökäyttäytymisen taakse kätkeytyvät neurokognitiiviset ongelmat kyetään tunnistamaan ja erottelemaan. Myös perhedynamiikan vakavilla ongelmilla voi olla yhteys lapsen kehityshäiriöihin, joiden todentamiseen ja hoitamiseen tarvitaan neuropsykologista tutkimusta ja kuntoutusta sekä moniammatillista yhteistyötä. Lisäksi useiden keskushermoston kehityshäiriöiden taustalla on perinnöllisiä tekijöitä. Lapsille tehdyt tutkimukset herättävät myös heidän vanhemmissaan kysymyksiä omista tai kumppaninsa erityispiirteistä. Moniammatillinen työote ja palveluiden integraatio mahdollistavat lapsen, nuoren ja perheen tilanteen moniulotteisen tarkastelun ja ymmärtämisen. Samassa fyysisessä hoitoympäristössä toimivat palvelut ovat nopeasti saatavissa ja yhdistettävissä. Esimerkiksi perheenjäsenten, neuropsykologin ja perheterapeuttien yhteistyö on osoittautunut tärkeäksi interventioksi, kun halutaan auttaa neurokognitiivisista vaikeuksista kärsivää lasta ja helpottaa perheen kokonaistilannetta. Jo vuodesta 1999 lähtien toiminut intensiivihoito voidaankin nähdä yhtenä edelläkävijänä aivotieteen ja psykiatrian menetelmiä hyödyntävänä hoitomuotona.

Intensiivihoidon erityistyöntekijäpalvelut kohdentuvat suoraan asiakastyöhön yksilötutkimusten, perhearviointien, kuntoutusten, terapioiden ja tukikäyntien kautta. Välillisesti erityistyöntekijäpalvelut tukevat lasta, nuorta ja perhettä esimerkiksi hoitotiimien, neuvotteluiden ja osastoraporttien avulla. Lisäksi erityistyöntekijät tarjoavat koulutus-, konsultaatio- ja työnohjauspalveluja osastotyöryhmien tueksi.

Intensiivihoidon neuropsykologin keskeisiä työalueita ovat lasten keskushermoston kehityshäiriöihin liittyvien psykologisten seuraamusten tutkimus sekä saadun tiedon välittäminen lapselle, nuorelle, vanhemmille, osaston työryhmälle ja koulunkäyntiin liittyvin osin opettajille. Hän suunnittelee yhdessä perheen, moniammatillisen työryhmän sekä tarvittaessa muun lähiverkoston kanssa lapsen tai nuoren kuntoutuksen ja hoidon sekä mahdolliset koulun tukimuodot. Lisäksi neuropsykologi arvioi lapsen ja nuoren toimintakykyä ja valmiuksia, joilla on merkitystä oppimiselle, ymmärtämiselle sekä selviämiselle jokapäiväisessä elämässä. Neuropsykologin tehtävänä on kartoittaa keskushermoston kehityshäiriöihin ja neuropsykiatrisiin häiriöihin liittyviä muutoksia kognitiivisissa toiminnoissa, tunne-elämässä ja käyttäytymisessä. Hän arvioi häiriön laatua, vaikeusastetta sekä lapsen ja nuoren kuntoutustarvetta. Intensiivihoidossa neuropsykologista kuntoutusta tarjotaan tarpeen mukaan sekä yksilö- että ryhmäkuntoutuksena. Ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa on tuettu erityisesti lasten toiminnanohjausta ja sosiaalisia taitoja.

Neuropsykologin keskeisenä tehtävänä on lisätä kehitysympäristön tietoutta (koti, osasto, koulu), lapsen tai nuoren yksilöllisistä toimintatavoista ja oppimisedellytyksistä sekä auttaa ymmärtämään näkyvän käyttäytymisen taustalla olevien neurokognitiivisten tekijöiden osuus esimerkiksi häiriökäyttäytymiseen tai oppimisvaikeuksiin. Neuropsykologinen näkökulma auttaa myös lasta tai nuorta itseään ymmärtämään omaa käyttäytymistään paremmin. Usein jo vuosien saatossa syntynyttä negatiivista minäkuvaa voidaan korjata realisoimalla todellista kapasiteettia sekä toisaalta kuntouttamalla neuropsykologisessa tutkimuksessa esiin nousseita erityisvaikeuksia. Neuropsykologisissa tutkimuksissa pyritään löytämään toimintakykyä hankaloittavat erityisvaikeudet ja tuomaan esiin lapsen ja nuoren vahvuudet, joiden varaan hyvää toimintakykyä ryhdytään yhdessä rakentamaan.

Neuropsykologisen tutkimuksen ja kuntoutuksen avulla kyetään:

- löytämään vahvuudet ja tukea tarvitset osa-alueet
- katkaisemaan mahdollinen epäonnistumisten sävyttämä negatiivinen noidankehä ja tuomaan esille voimavarat itsetunnon kohentamiseksi
- tunnistamaan häiriökäyttäytymisen ja sosiaalisten vuorovaikutushäiriöiden taakse kätkeytyvät neurokognitiiviset vaikeudet, jotka osaltaan ylläpitävät ja pahentavat käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmia
- tunnistamaan riittävän ajoissa laaja-alaisista oppimisvaikeuksista kärsivät lapset ja nuoret sekä suunnittelemaan yksilöllinen opintopolku
- suunnittelemaan lasta ja perhettä palveleva kuntoutus ja terapia sekä tarvittavat arjen tukimuodot
- valitsemaan lapsen tai nuoren tarpeita vastaava koulumuoto ja yksilölliset tukimuodot koulunkäyntiin
- tukemaan koko perhettä lisäämällä vanhempien ymmärrystä lapsensa kehityksellisistä ongelmista ja voimavaroista sekä vahvistamaan sisarusten ja vanhempien välistä myönteistä vuorovaikutusta ja arjen toimivuutta

Lähteet

1. **Pasanen**, T. (2001). *Lastenkodin asiakaskunta: Psykiatrinen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehdinnasta sekä hoidon tarpeesta.* Turun yliopiston julkaisuja. C 170. Turku.
2. **Katajamäki**, K. (2016). *Intensiivihoitoon sijoitettujen 7–12-vuotiaiden lasten neurokognitiivinen suoriutuminen vuoden hoitojakson aikana.* Lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos, Neuropsykologian erikoispsykologi-koulutus.
3. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K., **Martikainen**, S. & **Åstedt**, T. (2015 a). *Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psykiatrinen oirehdinta, tarkkaavaisuus ja toimintakyky: Intensiivihoitojakson jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu.* Yhteiskuntapolitiikka 80; 4:350–364.
4. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K. & **Åstedt**, T. (2015 b). *Ylisukupolvisten ja varhaisten riskitekijöiden sekä perheen toimintakyvyn yhteys perheen yhdistymiseen lastensuojelun erityisyksikön sijoituksen jälkeen.* Perheterapia 2, 22–38.
5. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K., **Åstedt**, T. & **Jaakkola**, I. (2015 c). *Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psyykkisen oirehdinnan laaja-alaisuus: Intensiivihoitojakson jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu.* Kuntoutus -lehti 4/2015.
6. **Honkinen**, A. & **Pasanen**, T. (2011). *Intensiivihoitoon sijoitettujen lasten psyykkinen oirehdinta ja sen muuttuminen hoidon aikana.* Yhteiskuntapolitiikka, 3, 251–263.
7. **Valkonen**, M. & **Pasanen**, T. (2012). *Nuorten kokemuksia Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta.* Yhteiskuntapolitiikka, 3, 302–309.
8. **Ekholm**, E., (2013). *”Mä en olisi tässä nyt” – Nuorten kokemusasiantuntijoiden mielipiteitä Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta.* HDL raportti 1.

Toimintaterapeuttinen lähestymistapa intensiivihoidossa

Stiina Fast

Toimintaterapian tavoite

Toimintaterapian tavoitteena lapsen ja nuoren kanssa työskenneltäessä on vahvistaa toimintakykyä sekä edistää kehitystä niin, että hän pystyy mahdollisimman täysipainoisesti osallistumaan arkipäivän tilanteisiin. Toimintaterapian edellytyksenä on toimintaterapiatutkimus, jossa kuntoutusjaksolle muodostetaan tavoitteet ja kesto. Toimintaterapiatutkimuksen avulla saadaan tietoa lapsen ja nuoren kehityshistoriasta, voimavaroista ja suotuisaa kehitystä estävistä tekijöistä sekä lapsen ja nuoren käsityksestä itsestään ja omista kyvyistään. Toimintaterapiaa voidaan toteuttaa sekä yksilöllisesti, pareittain että ryhmässä (1, 2).

Hoitoyhteisössä toimiva toimintaterapeutti näkee lapsia ja nuoria monissa eri konteksteissa ja arjen luonnolliset kohtaamiset tekevät terapeutin tutuksi ja pienentävät kynnystä terapiaprosessin aloittamiselle. Hoitoyhteisön yhteiset tapahtumat ovat merkityksellisiä jaettujen kokemusten ja muistojen rakentumisen kannalta. Hoitoyhteisön yhteisten tapahtumien ja juhlien järjestämisessä toimintaterapeutti ottaa mukaan yhteisön lapsia ja nuoria. Tapahtumat tarjoavat lapselle ja nuorelle kokemuksia merkityksellisyydestään yhteisön kannalta tukien heidän aktiivisuutta ja osallisuutta yhteisössä. Lisäksi yhteisöllisten tapahtumien kautta lapsi voi kokea samaistuttavaa yhdessäoloa (3, 4, 5).

- Mahdollisuus hakea lapsi itse terapiaan osastolta, jolloin kohtaaminen alkaa lapsen reviirillä ja tiedetään, mistä tilanteesta lapsi on lähdössä terapiaan. Näin myös siirtymiset tapahtuvat mahdollisimman turvallisesti.
- Hoitoyhteisö tukee pitkäjänteistä toimintaterapiatyöskentelyä, mikä on edellytys luottamuksen menettäneiden lasten ja nuoren kanssa työskentelylle.
- Myös toimintaterapiaprosessin, osastohoidon ja muiden ammattiryhmien työn integroituminen mahdollistuu tällä tavoin.

Toiminnan kieli kohtaamisen mahdollistajana

Lasten ja nuorten parissa toimintaterapian lähestymistapa on lapsilähtöinen siten, että työskentelyssä huomioidaan lapsen mielenkiinnon kohteet ja vahvuudet, mikä helpottaa kuntoutusprosessiin sitoutumista. Toimintaterapiassa keskeistä on osallistuminen, jaettu ilo ja onnistumisen kokeminen. Lasten ja nuorten kohtaamisessa toiminnan kieli ja välineiden käyttö sekä esikielelliset menetelmät luovat mahdollisuuden kohtaamiseen. Ne voivat tarjota perustan jaetun, välittävän kontaktin luomiselle lapsen ja nuoren kanssa. Toiminnan ja tekemisen kautta lapsi ja

Toimintaterapiassa kartoitetaan ja harjaannutetaan:

- päivittäisiä toimintoja, kuten pukeutuminen, peseytyminen, keittiötoiminnat ja asiointi
- apuvälinetarpeen ja ympäristön muutostöiden tarvetta
- kehonhallintaa ja karkeamotorisia taitoja
- käden ja silmän yhteistyötä sekä hienomotoriikkaa
- näönvaraista hahmottamista
- aistitiedon käsittelyn pulmia kuten tunto-, kuulo-, näkö-, asento- ja liiketietoisuus
- oman toiminnan ohjautumista, keskittymiskyvyn ja tarkkaavaisuuden ylläpitämistä
- kykyä toimia pitkäjänteisesti ja monipuolisesti
- itsetunnon ja minäkuvan vahvistamista
- sosiaalisia ja vuorovaikutustaitoja
- ryhmässä toimimista sekä onnistumisen kokemuksia yhdessä toimimisen kautta
- vapaa-ajan harrastustoiminnan mahdollisuuksia
- koulun- ja työssäkäynnin valmiuksia.

nuori voidaan houkutella luontevasti uudelleen kontaktiin aiemmista epäonnistuneista kokemuksista huolimatta. Yhdessä tekeminen ja yhteinen tavoite rakentaa luontevalla tavalla yhteyttä. Toimintojen käyttäminen mahdollistaa asioiden tarkastelun myös itsen ulkopuolella, tuoden lapsuus- ja nuoruusikäiselle mahdollisuuden säädellä vuorovaikutuksen syvyyttä esimerkiksi traumojen käsittelyä. Suojautumiskeinoja kunnioittava lähestyminen ja häpeän kokemisen välttäminen mahdollistavat aidon kohtaamisen. Sanojen puuttuessa toiminnan kieli tarjoaa ilmaisun väylän sietämättömien kokemuksien jakamiselle (6).

Lapsen ja toimintaterapeutin yhdessä istuttama kasvi on ollut monia kertoja jaetun ihailun kohteena.

Toimintaterapeuttinen lähestymistapa kiintymyssuhteiden tukena

Toimintaterapian osana voidaan tukea lapsen ja nuoren kiintymyssuhteita aikuisiin. Vuorovaikutusterapeuttisin keinoin voidaan tehokkaasti tukea lapsen tai nuoren ja omahoitajan tai vanhemman välistä kiintymyssuhdetta ja vuorovaikutuksen eri puolia. Lähtökohtana on lapsen ja nuoren ainutlaatuisuuden huomioiminen ja sen vahvistaminen esikielellisten hoivaavien elementtien, kuten intensiivisen läsnäolon, hyvän kosketuksen, ravinnon ja lämmön kautta. Lempeän aikuisjohtoisuuden, hoivan, leikin ja jaetun ilon sekä emotionaalisen läsnäolon kautta lasta ja nuorta voidaan houkutella syvempään emotionaalisempaan yhteyteen omahoitajan tai vanhemman kanssa (7).

Toimintaterapeuttinen lähestymistapa osana multidimensionaalista perhetyötä

Toimintaterapiatyöskentely vanhempien kanssa on osa intensiivihoidon multidimensionaalista perhetyötä. Vanhempien tunteiden ja kokemusten vastaanottaminen sekä jakaminen auttavat rakentamaan yhteistyösuhdetta, jonka tavoitteena on lapsen ja nuoren toimintakyvyn vahvistuminen. Toimintaterapeutti työskentelee myös perheterapeuttien ja omahoitajien työparina perheterapia- tai vanhempaintapaamisissa. Toimintaterapian keinoin, kuten yhdessä toimimisen harjoittelulla ja kuvallisella jäsentämisellä, voidaan vanhempien kanssa yhdessä etsiä keinoja tukea perheen vuorovaikutusta ja arjen rakenteita.

Toimintaterapian tuottaman ymmärryksen kautta voidaan pohtia perheen eri tilanteita ja lapsen tai nuoren erityistarpeita perheen arjessa. Myös lapsen ja vanhempien uudenlaisen vuorovaikutuksen syntymistä tuetaan.

Toimintaterapeutti osana moniammatillista työryhmää

Toimintaterapeutti arvioi lapsen toimintakyvyn muutoksia hoidon eri vaiheissa. Hän kääntää lapsen toiminnan ja kehon kieltä sekä lapsen yksilöllistä kokemusmaailmaa ja siihen vaikuttavia toimintakyvyn puutoksia ja vahvuuksia paremmin ymmärrettäväksi osaston työryhmälle ja muille ammattiryhmille. Toimintaterapeutti etsii yhteistyössä ratkaisuja lapsen toimintakyvyn tueksi ja parantamiseksi osastolla, koulussa, kotona ja kaveripiirissä. Yhdessä omahoitajan ja lapsen kanssa voidaan miettiä konkreettisia välineitä ja toimintatapoja arjen tueksi. Valmistetaan esim. tilanteiden hahmottamista ja toiminnan ohjaamista helpottavia kuvia ja kokeillaan uudenlaisia menetelmiä tunteiden säätelyn ja stressin hallinnan tueksi.

Toimintaterapeutin ohjaamat ryhmät

Intensiivihoidon osana on toteutettu lukuisia erilaisia lasten ja nuorten erityistarpeita huomioiva ryhmiä eri ammattikuntien kesken.

Tällaisia ovat mm.

- Neuropsykologin ja toimintaterapeutin toteuttamat ryhmät, joiden tarkoituksena on harjoitella ja tukea itsesäätelyn ja toiminnanohjaamisen taitoja sekä sosiaalisia suhteita
- Toiminnalliset lapsi-omahoitajaryhmät, joiden tarkoituksena on tukea lapsen ja omahoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta ja antaa lapselle mahdollisuus harjoitella ryhmässä toimimista sekä tarjota onnistumisen kokemuksia yhdessä toimimisen kautta.
- Itsenäistyvien nuorten vertaisryhmät, joiden tarkoituksena on tukea itsenäistymisen vaiheessa olevien nuorten arjen ja elämänhallinnan taitojen vahvistumista.
- Ruokailuryhmät, joissa eri aistien kautta tutustutaan ruokaan ja opitaan uudenlaista emotionaalista suhtautumista siihen. Varhaisen vuorovaikutuksen häiriöihin liittyy usein vahvojakin kokemuksia ruokailuun ja ruokaan liittyen.

Lähteet

1. **Holvikivi**, J. toim.(1998). *Toimintaterapia tie omatoimisuuteen.* Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
2. **Salo-Chydenius**, S.(1997): *Toimintaterapia mielenterveystyössä.* Oy Edita Ab, Helsinki.
3. **Yack**, E., **Sutton**, S. & **Aquilla**, P. toim. (2001). *Leikki linkkinä lapseen*. WS Bookwell Oy. Juva.
4. **Kielhofner** G. (2002 Third edition.). *Model of Human Occupation Theory and Application.* Lippincott Williams & Wilkins. Baltimore, Maryland , USA.
5. **Schulman**, M., **Kalland**, M., **Leiman**, A-M. & **Siltala**, P. (toim.) (2008). *Therapeia-säätiö: Lasten psykoterapia ja sen vuorovaikutukselliset ulottuvuudet.* Hansaprint Oy Helsinki.
6. **Boon**, S., **Steele**, K. & **van der Hart**, O. *Traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen – Taito-ohjelma potilaille ja terapeuteille*, 2011. Kalevaprint Oy, Oulu.
7. **Jernberg**, A., **Booth**, P.(2003). Theraplay – vuorovaikutusterapian käsikirja. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Theraplay-terapian käyttö lastensuojelussa: kiintymyssuhteen ja vuorovaikutuksen syventäminen

Stiina Fast & Leea Mattila

Theraplay-vuorovaikutusterapia on osoittautunut tehokkaaksi keinoksi ehkäistä ja korjata lasten mielenterveysongelmia (1). Laajalti tunnustettu ja tutkimuksissa todettu tieto on se, että turvattomalla kiintymyssuhteella on selkeät yhteydet erilaisiin psykopatologioihin (2). Lapsen kiintymyssuhteiden laatu on siten yksi olennaisimmista tekijöistä hänen tulevaisuuttaan ajatellen (3). Asia on myös yhteiskunnallisesti merkittävä.

Theraplay-terapia on leikkisä ja eläytyvä lyhytterapia, jolla hoidetaan lapsen ja aikuisen välistä suhdetta (4). Theraplay luo myönteistä muutosta vuorovaikutusmielikuvien ja konkreettisen toiminnan tasolla. Theraplay tukee lapsen tervettä itsetuntoa ja kykyjä toimia sosiaalisissa suhteissa tuottamalla hänelle korjaavia onnistumisen kokemuksia itsestään ja suhteessa olemisesta.

Theraplay perustuu kokemiseen ja yhdessä tekemiseen enemmän kuin puhumiseen ja keskusteluun. Theraplayssa hoivanantajan ja lapsen välille tuotetaan aktiivista ja kokemuksellista vuorovaikutusta, joka vie kohti turvallisempaa kiintymyssuhdetta ja luottamusta. Theraplay-hoidon dimensioina voidaan erottaa emotionaalinen yhteys, jäsentäminen, hoiva, haaste ja jaettu ilo (5). Theraplayssa aikuinen jäsentää ja ohjaa vuorovaikutuksen kulkua lapsen sanattomia viestejä ja aloitteita huomioiden. Yhteyttä luodaan intensiivisellä läsnäololla iloisen leikkisyyden ja yllätyksellisyyden, fyysisen läheisyyden, hoitavan kosketuksen, lapseen virittäytyneen äänen, hyväksyvän katseen ja kannustavan asenteen

kautta. Keskeistä on lapselle välittyvä kokemus merkityksellisyydestä, arvokkuudesta ja rakastettuna olemisesta.

Theraplay-terapiassa ei ole ikärajoja. Hoitoon tulosyynä voivat olla monenlaiset vuorovaikutuksen ja suhteen vaikeudet. Yleisesti hoitoon ohjaaminen perustuu lastenpsykiatriseen kokonaisarvioon ja MIM-vuorovaikutushavainnointiin sekä siihen liittyvään palautekeskusteluprosessiin. MIM-havainnoinnin jälkeen Theraplay-työskentely rakennetaan yksilöllisesti. Theraplay-terapiassa lapsi ja vanhempi saavat omat terapeuttinsa. Keskeisenä työvälineenä käytetään Theraplay-istuntojen videointia ja niiden reflektointia. Theraplay-istuntojen määrä vaihtelee ollen keskimäärin 10–20 kertaa ja parikki saa myös kotitehtäviä. Työskentely päätetään seurantakäynteihin.

Perinteisesti Theraplay on ollut vanhempi-lapsi-terapiaa. Helsingin Diakonissalaitoksella sitä on toteutettu intensiivihoidon osastoille sijoitettujen lasten ja nuorten sekä heidän vanhempiensa kanssa esimerkiksi hoidon keskivaiheilla ja intervallina nivelvaiheessa kotiin siirryttäessä. Theraplayta on käytetty myös Perhehoidon tukipalveluissa sijaisperheiden kanssa avo- ja laitosmuotoisessa perhekuntoutuksessa. Olemme kokeilleet myös Theraplayn elementteihin perustuvaa lapsi-omahoitajaryhmää, jonka palaute oli innostunutta ja tyytyväistä.

Diakonissalaitoksella Theraplay-työtä organisoi erillinen Theraplay-työryhmä, joka huolehtii seinättömästi Theraplay-hoitoprosesseista talon sisällä ja riittävästä case-työnohjauksesta. Tarvittaessa työryhmä konsultoi osastoja emotionaalisen kontaktin ja vuorovaikutusasioiden osalta. Työryhmässä ylläpidetään hoitojonoa, josta asiakas ohjataan vapautuvalle työparille tai työntekijälle.

Pilottitutkimus Theraplay- terapiasta osana intensiivihoitoa

Helsingin Diakonissalaitoksella työskennellään useita hylkäämisiä ja traumaattisia kokemuksia elämässään kokeneiden lasten ja nuorten kanssa. He ovat vaikeasti psyykkisesti oireilevia, eivätkä luota aikuisiin, minkä takia osastotyö on omahoitajille raskasta ja kuormittavaa. Omahoitajien merkitys ja heidän jaksamisensa on olennaista. He edustavat näille lapsille kiintymyshahmoa, vanhempaa jokapäiväisessä elämässä. Theraplay toimii tällöin tärkeänä osana monipuolisia työskentelytapoja, jotka auttavat sekä asiakkaita rakentamaan parempaa tulevaisuutta, että työntekijöitä jaksamaan vaativassa työssä. Theraplayn asema hoitosysteemissä palvelee osastoja hoitohenkilökunnan teoriapohjanakin, sillä parhaimmillaan Theraplay on kokonainen tapa ajatella ja kohdata kanssaihmisiä. Kyse ei ole siis ainoastaan interventiomenetelmästä.

Helsingin Diakonissalaitoksen Lapsi- ja perhepalvelut on osoittanut innovoivaa esimerkkiä ja pioneerihenkeä Theraplayn käytön osalta lastensuojelussa. Lapsi- ja perhepalveluissa on lähdetty määrätietoisesti ja kokeilevasti kehittämään Theraplaysta sovellusta lapsi-omahoitajasuhteisiin vastaten hoitotyöstä nousseisiin haasteisiin. Omahoitajuus on yksi lastensuojelutyön kantavia peruspilareita. Kiintymyssuhteen kokeminen vaikka vain väliaikaisen omahoitajan kanssa antaa erittäin haavoittuneille lapsille ja nuorille mahdollisuuden murtautua ulos trauman ja menetyksen aikaansaamasta tunnetyhjiöstä ja hakeutua taas kosketuksiin muiden ihmisten kanssa. Kiintymys ja kiinnittyminen ovat taitoja, joita voi kehittää ja hyödyntää kaikissa ihmissuhteissa.

Toteutimme pilottitutkimuksen lapsen ja omahoitajan välisen suhteen hoitamisesta Theraplaylla intensiivihoitoon sijoitetun neljän lapsen kohdalla (6). Haastattelimme kaikki neljä omahoitajaa puolistrukturoidulla kokemushaastattelulla. Kysyimme mielipiteitä omahoitajan kokemuksesta Theraplayn vaikuttavuudesta sekä hyödyistä ja haitoista omahoitajan ja omahoidettavan väliseen suhteeseen. Haastattelut videoitiin, litteroitiin ja analysoitiin laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti (Connection, Joy and Nurture Bringing Hope for Severely Traumatized Children. The use of Theraplay in institutionalized child protection services for supporting child-primary nurse attachment and interaction, Fast, S. & Mattila, L. 2016). Pilottitutkimuksemme otanta oli pieni, mutta tulokset ovat lupaavia.

Lapsi-omahoitaja-Theraplay:

- lisäsi omahoitajien kykyä ja ymmärrystä suhdetta, lasta ja omaa toimintaa kohtaan
- lapsen ja omahoitajan välinen suhde syventyi ja vahvistui; siihen tuli lisää iloa ja myönteisyyttä
- lapsen haasteellinen oireilu vähentyi selvästi ja lapsen voimavarat lisääntyivät myös muissa ympäristöissä kuin osastolla
- omahoitajien työssä jaksaminen parantui.

Theraplay- työskentelyn mukanaan tuomat keinot syvensivät omahoitajien ammattitaitoa myös suhteessa muihin asiakkaisiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksessa tarvitaan uusia avauksia ja Theraplayn soveltaminen tarjoaa mahdollisuuksia tukea sijaishuoltoon sijoitettujen lasten ja nuorten hoitoa. Theraplayn soveltaminen Helsingin Diakonissalaitoksen Lapsi-ja perhepalveluissa perheenjäsenten sekä intensiivihoidossa lapsen ja omahoitajan välisen vuorovaikutuksen tukena on todettu tärkeäksi työmuodoksi.

- Theraplaysta tehty tieteellinen tutkimus ja kliininen kokemus viittaavat sen hyvään vaikuttavuuteen lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin tukemisessa.
- Theraplay-terapian vakiinnuttaminen lastensuojelupalveluihin valtakunnallisesti olisi tärkeää jokaisen lapsen arvokkuuden ja eheyden kokemuksen turvaamiseksi.
- Lapsi-omahoitaja-Theraplay yhdistää lapsilähtöisesti lastenpsykiatrian ja lastensuojelun palvelumuodot ja tarjoaa lupaavia mahdollisuuksia tukea lapsen ja omahoitajan välisen kiintymyssuhteen rakentumista.

Lähteet

1. **Mäkelä**, J., **Salo**, S. (2011). *Theraplay – vanhemman ja lapsen välinen vuorovaikutushoito lasten* mielenterveysongelmissa. Katsaus, Duodecim 127.
2. **Pajulo**, M. (2004). *Vauvan tunnetila ja sen säätely. Äidin reflektiivinen kyky ja sen merkitys turvallisessa kiintymyssuhteessa.* Katsaus, Duodecim 120.
3. **Sinkkonen**, J. (2004). *Kiintymyssuhdeteoria-tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin.* Katsaus, Duodecim 120.
4. **Jernberg**, A. & **Booth**, P. (2010). *Theraplay – Helping parents and children build better relationships through attachment-based play.* Third edition. PB Printing. The United States of America.
5. **Jernberg**, A. & **Booth**, P. (2003). *Theraplay-vuorovaikutusterapian käsikirja.* Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
6. **Sinkkonen**, J. & **Kalland**, M.(2005). *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. WSOY. Helsinki.
7. **Fast**, S. & **Mattila**, L. (2016). *Connection, joy and nurture bringing hope for severely traumatized children – the use of Theraplay in institutionalized child protection services for supporting child-primary nurse interaction.* Tutkielmaposteri: 7. Kansainvälisessä Theraplay -konferenssissa Chicagossa, Yhdysvalloissa 14.7.2016.

Viittomakielisten ja heikkokuuloisten lasten intensiivihoito

Piia Salo

Kuurojen ja heikkokuuloisten lasten hoito saa erityispiirteensä moninaisten kommunikointitapojen ja viittomakielen kautta: kun muiden lasten, vammaisten tai vammattomien, kanssa voidaan käyttää puhuttua suomen kieltä, heikkokuuloisten kanssa käytössä voi olla erilaisia puhetta tukevia tai korvaavia menetelmiä ja kuurojen kanssa käytössä on kokonaan eri kieli. Kuurojen ja heikkokuuloisten lasten hoidossa olisi tärkeää tehdä eroa lääketieteellisestä näkökulmasta kohti sosiaalista ja kulttuurista viitekehystä, sillä viittomakielisten voidaan katsoa olevan ennen kaikkea kieli- ja kulttuurivähemmistö. Kuurojen ja heikkokuuloisten lasten hoidossa tulee huomioida ja vastata lasten oikeuksiin ja eritystarpeisiin: hoidossa tasapainoillaan lasten oikeudet, kieli- ja kulttuurivähemmistön oikeudet sekä vammaisten ja eritystä tukea tarvitsevien lasten oikeudet huomioiden (1, 2).

Lapsi on nähtävä ennen kaikkea lapsena erityisesti silloin, kun hänen elämässään on monenlaisia haasteita. Tärkeintä on turvata lapsen kehitys- ja kasvuympäristö, jossa arki on turvallista, rakenteellista, ennakoitavaa ja aikuisjohtoista. Hoito tapahtuu turvallisessa ja sensitiivisessä vuorovaikutuksessa. Kuulovammaisen lapsen kanssa työskennellessä kommunikaatiotavat ovat monenlaisia. Kommunikaatio on puheen lisäksi ilmeitä, eleitä ja kehon kieltä myös kuulevien kommunikoinnissa. Kieli voi koostua ilmeiden ja eleiden lisäksi muista visuaalisista merkeistä, viittomista, esittämisestä, osoittamisesta tai kuvista. Myös toiminta on kommunikaatiota: lapsi voi esimerkiksi toimia ilmaistakseen tahtoaan, jos lapsella ei ole muuta keinoa kertoa ajatuksistaan. Lapsi voi myös leikkiä tai nuori valmistaa ruokaa itseilmaisun muotona ja päästä toiminnan kautta vuorovaikutukseen ja kontaktiin muiden kanssa.

Intensiivihoidossa lapsen ja perheen vuorovaikutuksen tutkiminen ja tukeminen ovat menetelmiä, joilla pyritään vaikuttamaan lapsen ja perheen hyvinvointiin. Hoitavan henkilön vastuulla on tutustua lapsen kommunikointikeinoihin ja -tapoihin, lapsen kieleen. Positiivinen vuorovaikutus edellyttää kiinnostunutta, välittävää, hyväksyvää ja läsnä olevaa asennetta. Aikuisen tulee havainnoida ja huomioida lapsen yksilöllistä ”käsialaa”, kommunikointikeinoja ja -tapoja, jotta voi herkistyä lapsen tavalle ilmaista itseään. Kommunikointitapojen ollessa monenlaisia, on yhteinen kieli on löydettävä hoitosuhteeseen, jotta lapsi voi tulla nähdyksi ja kuulluksi sekä aktiiviseksi toimijaksi. Lapsen tapa kommunikoida tulisi myös nähdä arvokkaana voimavarana ja taitona, ja käyttää sitä kieltä, jolla lapsi pystyy kommunikoimaan ja ilmaisemaan itseään parhaiten. Sujuvan ja lapsilähtöisen vuorovaikutuksen varmistaminen lapsen kasvuympäristössä on tärkeää lapsen kehityksen

kannalta (2). Hoitavalta henkilöltä vaaditaan kykyä havainnoida ja huomata viestejä, kuunnella, opetella uutta ja olla vuorovaikutuksessa lapsen käyttämällä kielellä. Vuorovaikutukseen ja kommunikointiin tarvitaan kaksi, mutta aikuisen vastuulla on olla aloitteellinen sekä tukea ja rohkaista lapsen kommunikointia. Jos kommunikointi on haastavaa, on aikuisen tehtävä luoda mahdollisuuksia ja tarjota keinoja ja tukea kommunikoinnille sekä yhteiselle kielelle. Lapsella on oikeus ilmaista itseään omalla kielellään, olla osallinen ja vaikuttaa omaa elämäänsä koskeviin päätöksiin (3, 4). Vastapainona oikeuksien toteutuminen on kiinni hoitavien aikuisten saamasta koulutuksesta, asenteista, erilaisuuden hyväksymisestä ja arvostamisesta, tuesta ja riittävästä osaamisesta sekä taidoista käyttää lapsen käyttämiä kommunikointitapoja.

Kuulovammaisten lasten sijaishuollossa kohdalla liikutaan sosiaali-, terveys- ja vammaispalveluiden rajapinnalla.

Intensiivihoitoon tullessaan lapset ovat eri tavoin traumatisoituneita, ulospäin monin tavoin oireilevia sekä psykiatrista hoitoa ja tukea tarvitsevia. Erilaiset lapset kohdataan yksilöinä omine tarpeineen. Kuulovammaisten lasten hoidossa tarvitaan osaamista ja koulutusta erilaisista kommunikointimenetelmistä, kuurojen kulttuurista sekä kuulovamman vaikutuksista lapsen arkeen. Hoidossa tulee huomioida kuulovammaisen lapsen erityisen tuen tarpeet. Kouluttautuminen sekä toimintamallien ja –ympäristön kehittäminen ja muokkaaminen esteettömiksi luovat puitteet kuulovammaisten lasten yksilöllisten ja erityisten tarpeiden huomioimiselle sekä hoitamiselle intensiivihoidossa. Intensiivihoidossa tasapainoillaan elämänhistoria ja traumataustan, lapsen kehitystason sekä kulttuurin kanssa. Intensiivihoidossa lapsen ja perheen tilanne arvioidaan kokonaisvaltaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut integroivan mallin mukaan. Kuulovammaisen lapsen sijaishuollossa liikutaan jo sijaishuoltopaikan valinnan suhteen sosiaali-, terveys- ja vammaispalveluiden rajapinnoilla. Intensiivihoidon palvelut integroiva malli sopii kuulovammaisten traumatisoituneiden lasten sijaishuollon järjestämisen viitekehykseksi.

Kielen merkitys kuuron tai heikkokuuloisen lapsen intensiivihoidossa

Kielen merkitys vuorovaikutuksen osana on merkittävä. Ilman yhteistä kieltä on vaikea päästä yhteyteen muiden ihmisten kanssa, kertoa ajatuksistaan, saada tietoa, ymmärtää muiden viestejä tai hahmottaa, mitä ja miksi ympärillä tapahtuu joitakin asioita. Kuuro tai heikkokuuloinen lapsi on intensiivihoitoon tullessaan saattanut jäädä vaille sosiaalista ja emotionaalista tukea sekä ilman kuulovamman vaatimaa kuntoutusta, tukipalveluita tai kielen opetusta. Vailla tasavertaisia mahdollisuuksia kommunikointiin, lapsi on saattanut joutua elämään hyvin deprivoivaa elämää, selviytymään omavaraisin keinoin, ja mielen toiminnot ovat voineet jäädä primääriprosessien tasolle. Kielitaito, viitotun tai puhutun sekä kirjoitetun kielen osaaminen, on edellytys osallistumiselle, vaikuttamiselle ja kuulluksi tulemiselle. Kyse ei ole pelkästään lapsen kielitaidosta vaan ympäristön esteettömyydestä ja hoitavien aikuisten vuorovaikutus- ja kielitaidoista (2, 3).

Kieltä tarvitaan myös ajatteluun, maailman hahmottamiseen käsitteiden kautta pelkän

fyysisen kokemisen sijaan eli symbolisen ajattelun kehittymiseen. Mikäli lapsi ei ole saanut tukea ja opetusta puhetta korvaavaan kieleen ja kommunikointitapoihin, on mahdollista, että hänen kehityksensä on hidastunut ja vaikeutunut symbolisen ajattelun rajallisuuden vuoksi laajemminkin. On myös mahdollista, että kielellisten vaikeuksien vuoksi lapsen on ollut mahdotonta käsitellä joitakin elämäntapahtumia symbolisen ajattelun kautta ja tapahtuma on jäänyt lapsen mieleen fyysisenä kokemuksena ilman sanallista muotoa. Tällöin elämäntapahtumien integraatio elämäntarinaan voi vaikeutua eheyttävässä ja korjaavassa traumatyöskentelyssä.

Kielen ja ajattelun kautta rakentuvat myös minäkuva, itsetunto sekä identiteetti. Jos sosiaalisten suhteiden muodostus häiriintyy, myös lapsen kehitys on vaarassa häiriintyä tai pysähtyä. Erityisesti nuoruusikään kuuluvat kaverisuhteet ovat osa normaalia psyykkistä kehitystä ja välttämättömiä nuoruusiän kehitystehtävien onnistuneelle ratkaisemiselle. Viittomakielisten ja heikkokuuloisten nuorten mahdollisuus löytää ja kuulua ikäiseensä vertaisryhmään tulee huomioida myös intensiivihoidon aikana. Vertaisryhmä on erityisen tärkeä omaan kieleen ja kulttuuriin liittymisen vuoksi ja tukemaan identiteettikehitystä.

Kielen merkitys kuuron ja heikkokuuloisen lapsen hoidossa on siis merkittävä. Tukemalla lapsen kielen kehitystä, tuetaan lapsen normaalia psyykkistä ja sosiaalista kehitystä. Heikko kielitaito on riskitekijä mielenterveyden ongelmiin ja syrjäytymiskehitykseen. Lapsi voi jäädä kielitaitonsa vuoksi syrjään myös omassa perheessään ja hoitoyhteisössä, mikäli yhteisen kielen tärkeyttä ei tunnisteta ja löydetä keinoja vahvistaa kommunikointitaitoja ja yhteisiä -tapoja. On myös tärkeä

huomata, että lapsella on oikeus omaan kieleensä, siihen kieleen, jota lapsi itse käyttää. Kuulovammaisen lapsen hoidossa tulee huomioida, mitä kieltä ja kommunikointitapoja lapsi käyttää. Erilaiset tavat ilmaista itseään ja vastaanottaa viestejä samoin kuin eri kielet tulisi nähdä toisiaan tukevina ja kommunikaatiota rikastuttavina.

Moniammatillisen työryhmän merkitys ja omahoitajuus kuulovammaisen lapsen hoidossa

Koulutuksen merkitys on suuri, kun osastolle tulee lapsi, joka käyttää visuaalista kieltä ja kommunikointimenetelmiä puhutun kielen sijaan. Omahoitajan sekä osaston koko henkilökunnan tulee saada koulutusta lapsen käyttämistä kommunikaatiomenetelmistä ja riittävät resurssit, koulutusta ja tukea kuurojen ja heikkokuuloisten lasten hoitamiseen. Intensiivihoidon moniammatillinen työryhmä tukee erityistä tukea vaativien lasten hoidossa. Hoitomallin rakenteet, erityistyöntekijöiden konsultaatiot ja hoidon tukiryhmät tukevat omahoitajuutta, osastotyötä ja lapsen yksilöllisten tarpeiden huomioimista ja tukemista. Moniammatillisessa työryhmässä

pysähdytään tutkimaan lapsen monenlaista oirehdintaa ja syitä oireiden taustalla. Hoidossa otetaan huomioon lapsen temperamentti ja persoona, kyvyt ja taidot, elämänhistoria, lapsen ihmissuhteet, psykiatriset pulmat, traumaoirehdinta, lapsen kehitystaso, kehitystä haittaavat tekijät lapsen elämässä, neurologiset häiriöt, oppimisvaikeudet, lapsen ja perheen kulttuuri, monikulttuurisuus ja identiteetin kehitys sekä lapsuuden ja nuoruuden normaalit kehitystehtävät. Huomioiduksi tulevat myös esimerkiksi kuulovammasta johtuvat erityisen tuen tarpeet.

Omahoitaja on tärkeä lapsen kommunikoinnin tuki.

Ohjausta ja tukea kuulovamman kuntoutukseen tarvitaan myös kuulon kuntoutuksesta vastaavalta taholta. Kuurojen ja heikkokuuloisten lasten hoidossa kuulon kuntoutuksesta vastaa yliopistollisen sairaalan tai alueellisen keskussairaalan kuulokeskus. Kuulokeskuksessa lapsen asioihin on perehtynyt kuntoutusohjaaja, lääkäri, psykologi, puheterapeutti sekä audionomit. Kuntoutus on tärkeä osa lapsen kasvua ja kehitystä (2). Kuntoutukseen voi kuulua myös Kelan myöntämiä kuntoutuskursseja, joissa kuntoutuksesta vastaa moniammatillinen tiimi ja kuntoutuksen tavoitteet asetetaan yksilöllisesti. Kuntoutusta järjestävät myös kuulo- ja viittomakielialan järjestöt ja liitot sekä kansanopistot, jotka tarjoavat samalla myös kuuron yhteisön sekä vapaa-ajan virkistystoimintaa viittomakielellä tai eri tavoin puhetta tukevilla tai korvaavilla menetelmillä.

Vuorovaikutus ja kommunikaatio ovat edellytys hoidolle. Koulutus ja tieto auttavat ymmärtämään erilaisuutta. Myönteinen asenne yksilöllisyyttä ja erilaisuutta kohtaan, lisäävät myönteistä vuorovaikutusta ja positiivista kiinnostusta lapsen erityisyyttä kohtaan. Lapsi voi tulla nähdyksi omana itsenään kiinnostuneessa, avoimessa ja hyväksyvässä suhteessa. Merkityksellistä hoidolle on se, miten omahoitaja ja osaston muut työntekijät pystyvät käyttämään lapsen kanssa yhteistä kieltä ja kommunikointitapaa ja rohkaisemaan ja kannustamaan lasta vuorovaikutuksessa. Intensiivihoitoon tulleiden lasten kielelliset valmiudet ovat usein heikolla tasolla, mikä korostaa entisestään työntekijän roolia kommunikoinnin kannattelijana. Kuurot ja heikkokuuloiset lapset tarvitsevat erityisesti aikuisen tukea kommunikointiin. Kuulovammaiset lapset luottavat perheen, sisarusten ja kavereiden apuun tilanteissa, joissa kuuleminen ja kommunikointi ovat epävarmaa (2), eri tavalla kuin kuulevat lapset. Intensiivihoidossa omahoitaja on lapsen kommunikoinnin tuki.
Lapsi voi tarvita omahoitajaa myös tulkiksi monissa tilanteissa, joissa eri osapuolien kommunikointitaidot eivät riitä sujuvaan vuoro-

vaikutukseen niin osastolla kuin sen ulkopuolellakin. Omahoitajan vastuulle voi jäädä suuri osa kommunikaatiosta, ja haasteena on, miten työryhmä tukee omahoitajaa hoitoprosessissa. Lapsen kielen hauraus ja vuorovaikutuksen rajautuminen ja keskittyminen osastolla vain muutamille kielitaitoisille työntekijöille, voi korostaa omahoitajan roolia transferenssityöskentelyssä. Hoitosuhteeseen liittyvien ilmiöiden tunnistaminen voi olla tavallista haastavampaa, jos lapsen sanallinen viestintä on hyvin heikkoa ja jää vain muutaman aikuisen tai omahoitajan varaan. Tässä tapauksessa työryhmä voi jäädä hyvin vähille vinkeille, mistä ilmiöissä voi olla kysymys. On myös mahdollista, ettei kokemuksella ole sanallista muotoa. Käsitteellisen kielen puuttuessa, keho ja sen kokemukset, reaktiot toimivat kielenä (6). Ilmiöiden siirtymisessä hoitosuhteeseen ja transferenssien tarkastelussa tulee pitää mielessä, että kielen ollessa fyysistä, myös ilmiöt voivat siirtyä fyysisinä kokemuksina työntekijän ollessa virittynyt vuorovaikutukseen lapsen kanssa. Työryhmän tuki, hyvä kommunikaatio sekä työnohjaus ja erityistyöntekijöiden konsultaatiot tukevat hoitoa.

Lähteet

1. **Sinko**, P., **Pitkänen**, M., **Hoikkala**, S., **Pollari**, K. & **Martiskainen**, T. (2016). *Rajapinnoilla, lapsen erityisten tarpeiden huomioiminen sijaishuoltopaikan valinnassa.* Lastensuojelun Keskusliitto, Helsinki. https://www.lskl.fi/verkkokauppa/rajapinnoilla/ (luettu 15.12.2016).
2. **Lapsiasiavaltuutettu**, 2012. *Hei, kato mua! Vuorovaikutus ja hyvinvointi kuurojen ja huonokuuloisten lasten elämässä.* Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2012:3. http://lapsiasia.fi/wp-content/uploads/2015/04/hei-kato-mua.pdf (luettu 15.12.2016).
3. *Yk:n Lasten oikeudet*
4. *Yk:n Vammaisten oikeudet*
5. *Vammaisen lapsen näkemysten selvittäminen* https://www.lskl.fi/verkkokauppa/vammaisen-lapsen-nakemysten-selvittaminen/ (luettu 15.12.2016).
6. **Salo**, O. & **Stenius**, J. (2015). *Näkökulmia mielen kehitykseen ja toimintaan*. Teoksessa: Lindberg, M., Louheranta, O., Mustonen, K., Salo, O., Stenius, J. (Toim.) Psykoterapeuttinen hoitosuhde. Duodecim. 25–44.

Multisysteeminen perhetyö

Juha Roisko

Lapsen voinnin ja perheen tilanteen monitasoiset yhteydet merkitsevät sitä, että lapsen hoitoprosessin tavoitteisiin nivoutuva monitasoinen perhetyö on tärkeä osa lapsen kuntoutumisprosessia. Multisysteemisyys tarkoittaa integroivaa ja hoitavaa liikettä monella tasolla usein samanaikaisesti. Se on liikettä lapsen elämään liittyvien eri kehitysympäristöjen ja alasysteemien kerroksissa.
Perhe on enemmän kuin sen jäsenten biopsykodynamiikka. Perhe on systeeminen konstellaatio, jonka rakenne ja ominaisuudet määrittelevät sitä, miten se ylläpitää tasapainon ja muutoksen vaihtelua. Perheenjäsen, kuten lapsi, on erillinen itsenäinen kokonaisuus, mutta osa suurempaa kokonaisuutta kuten perhettä tai muuta merkittävää kehitysympäristöä. Perheen ongelmien voidaan katsoa johtuvan häiriöistä sen rakenteessa ja ominaisuuksissa. Tapahtumat perheen historiassa ja niihin liittyvät kokemukset muovaamat perheen ja sen jäsenten nykyhetkeä ja tulevaisuuden odotuksia (1, 2).

Laaja-alainen perhetilanteen arviointi on tärkeä osa lapsen ja perheen hoidon suunnittelua (3, 4, 5, 6, 7). Mitä tiiviimmin lapsen laaja-alainen oirekuva ja traumareagointi kietoutuvat perheen dynamiikkaan, sitä enemmän tarvitaan selkeitä hoidon jatkuvuutta turvaavia rakenteita ja joustavasti lapsen hoitoon integroituvaa perheterapeuttista työskentelyä perheen eri alasysteemien hoitamiseksi (8). Lastensuojelun erityisyksiköissä perheen kanssa tehtävällä työllä on tärkeä merkitys lapsen kuntoutumisen ja perheen yhdistymisen kannalta, joten niiden pitäisi sijaita riittävän lähellä lapsen kotia ja muuta elinympäristöä.

Pitkäaikaisen (2004 - 2015) seurantatilaston mukaan likipitäen puolet intensiivihoitoon sijoitetuista lapsista ja nuorista palaa hoitojakson jälkeen kotiin.

> *Keskeinen perustavoite perhetyössä ja -terapiassa on kärsimyksen lievittäminen ja sitä ylläpitävien vuorovaikutuskuvioiden muuttuminen.*

Kriisiherkkien ja traumaorganisoituneiden perheiden kanssa työskenneltäessä tavoitellaan vakauttamista, koska perheen kriisit heijastuvat usein hyvin suoraan lapsen vointiin. Perhetyön ja -terapian kautta pyritään löytämään riittävän vakaa tasapainotila perheelle, huolimatta siitä, että hoidon eri vaiheissa perhe saattaa ajautua toistuvasti erilaisiin kriisitilanteisiin. Perheen kokiessa uudenlaista vakautta, perheen jäsenet voivat kokea rakentavia yhdessäolon hetkiä ja opetella uudenlaisia yhdessä toimimisen muotoja.

Intensiivihoidon asiakkaaksi saapuvissa perheissä vaikeudet ovat usein monin tavoin

kietoutuneita ja samassa perheessä saattaa olla useampia lapsia, joiden tilanne on kärjistynyt samanaikaisesti. Vuosien varrella intensiivihoidossa on kertynyt paljon kokemuksia siitä, että saman perheen sisaruksia voidaan hoitaa tehokkaasti multisysteemisen perhetyön keinoin. Tällöin voidaan huomioida samanaikaisesti sekä lasten yksilöllinen kuntoutuksen tarve osastolla ja koulussa että hoitaa perheen eri alasysteemejä tarvittavilla perhetyön keinoilla ja integroivan kokonaissuunnitelman mukaisesti.

Maahanmuuttaja- ja monikulttuuriset perheet ovat lisääntyvä asiakaskunta intensiivihoidossa. Maahanmuutto luo yhteyden kahden erilaisen sosiaalisen todellisuuden välille. Se on liikettä toisesta sosioekonomisesta ja kulttuurisesta todellisuudesta toiseen. Sukupuoli, etninen tausta, ikä, elämänkaaren vaihe ja sosiaalinen status ovat merkittäviä tekijöitä maahanmuuttoon liittyvän stressin käsittelyssä (9).

Intensiivihoidossa on monivuotinen kokemus maahanmuuttajien kanssa tehtävästä perhetyöstä ja -terapiasta.

Maahanmuuttaja- ja monikulttuurinen perhe haastaa työntekijän erilaisilla arvoilla ja tavoilla toimia. Perinteisen perhetyön keinot ovat joutuneet haasteen eteen. Se mikä toimii kantasuomalaisen perheen kanssa, ei välttämättä saa vastakaikua monikulttuurisessa kontekstissa. On pyrittävä luomaan riittävän turvallinen ja kannatteleva terapeuttinen systeemi, jossa esimerkiksi sotatoimialueilta tulevien ihmisten on mahdollista rakentaa uudenlaista turvallisuuden tunnetta ja käsitellä traumakokemuksia.

Intensiivihoidossa lapsi on hoidon keskipiste, joka hoitoon tullessaan tuo samalla perheen hoidon piiriin. Tiedetään, että vanhempien mielenterveyshäiriöt, traumatisoituminen ja ylisukupolviset riskitekijät vaarantavat lapsen normaalin kehityksen (10, 11). Intensiivihoito tarjoaa vanhemmille psykoterapeuttista tukea perheterapian ja -työn keinoin. Intensiivihoidossa saadun kokemuksen mukaan vanhemman oirehdinnan vakautuminen on merkittävää lapsen ja koko perheen kuntoutumisen kannalta.

Yksilökeskeinen perheterapia

Yksilökeskeisessä työssä vanhempi nähdään osana merkittävää ongelman määrittämää suhdejärjestelmää . Lähestymistapa on integratiivinen, yhdistellen menetelmiä joustavasti systeemisestä perheterapiasta, voimavarakeskeisyydestä, kehollisista ja kuvallisista menetelmistä (11, 12,13).

Vanhemman yksilökeskeisen työskentelyn kautta on usein tarpeellista lähteä liikkeelle, kun käsitellään muun muassa

- ylisukupolvisia traumoja
- perhe- ja sotaväkivaltaa, riistoa ja kidutusta
- persoonallisuuden epävakautta ja mielialahäiriöitä.

Kun vanhemman ja lasten tilanne on riittävän vakautunut, voidaan perhetyöhön integroida muiden perheen alasysteemien kanssa työskentelyä.

Perheterapia

Perhetyössä ja -terapiassa työskennellään eri menetelmiä ja lähestymistapoja integroiden.

Perheterapian tavoite määrittyy perheen ja sen eri alasysteemien tarpeiden mukaisesti (3, 6). Perheterapeuttinen työ kytkeytyy tiiviisti lapsen ja perheen eri kehitysympäristöihin ja tärkeisiin ihmissuhteisiin. Sitä kautta perheterapeuttinen työskentely integroi lapsen hoitoprosessia osaksi laajempaa verkostoa. Tämä on todettu merkittäväksi lapsen kuntoutumista edistäväksi tekijäksi (14).

Vanhemmuuden kumppanuutta tukeva terapia

Eroperheiden kohdalla tarvitaan pariterapeuttista työskentelyä usein keskeneräisten eroprosessien käsittelyssä ja jaetun, lapsen kehitystä tukevan vanhemmuuden rakentumiseksi. Usein työskentelyssä täytyy lähteä liikkeelle yksilökeskeisestä työskentelystä vanhempien kanssa erikseen, jonka jälkeen arvioidaan mahdollisuutta edetä kohti vanhemmuuden kumppanuustyöskentelyä yhdessä molempien vanhempien kanssa.

Vanhempi–lapsi terapia

Intensiivihoidossa olevien lasten ja heidän vanhempien välinen suhde on pääsääntöisesti ristiriitainen. Se pitää usein sisällään erityyppisiä traumaattisia tapahtumia kuten vaikeuksia kiintymyssuhteessa, perheväkivaltaa, lapsen parentifikaatiota ja hylkäämiskokemuksia. Sitä sävyttää usein epäluottamus ja manipulatiivinen vuorovaikutus. Intensiivihoidossa tehdään työtä tiiviisti vanhemman ja lapsen kanssa suhteessa olevien ongelmien korjaamiseksi. Perheterapiassa vanhempi ja lapsi saavat yhdessä mahdollisuuden puhua suhteestaan sanoin, kuvin, leikin ja pelien kautta. Hoidolliset menetelmät valitaan aina lapsen ikätason mukaisesti

Sisarusterapia

Saman perheen sisaruksia voidaan hoitaa tehokkaasti sisarusterapiassa. Ryhmäanalyytikko Marketta Apajalahti ja perheterapeutti Juha Roisko ovat lähteneet vuodesta 2004 kehittämään sisarusterapiamenetelmää haastavien sisarussuhteiden hoitamiseksi (8). Intensiivihoidossa olevien lasten sisarussuhteita sävyttää usein ns. Madonnakonstellaatio (15). Se on kokemus äidin ja uuden vauvan yhdessäolosta, jossa vanhempi lapsi kokee arvottomuuden, ulkopuolisuuden, yksinäisyyden ja mustasukkaisuuden tunteita. Vanhemmilla on voinut olla vaikeuksia ratkaista uuden triadisuhteen jännitteitä ja tukea vanhempaa lasta uudessa elämänvaiheessa.

Vaikeasti tulehtuneiden ja kietoutuneiden sisarussuhteiden hoitaminen edellyttää selkeitä hoidollisia rakenteita, joiden kautta voidaan tukea lasten keskenjäänyttä eriytymiskehitystä ja identiteettiä sekä aikuisen tuella harjoitella toimivampia vuorovaikutuksen tapoja vanhojen tuhoavien vuorovaikutusepisodien tilalle. Mitä eriytymättömämpi lapsi on yksilökehityksensä osalta, sitä helpommin sisarussuhteet muotoutuvat voimakkaan kietoutuviksi suhteiksi, joissa sisarussuhteen toistuvien konfliktien kautta pyritään säätelemään omia ahdistuksia ja muita sietämättömiä tunnetiloja. Usein sisarusten kateuden ja

kilpailun sävyttämä tuhoava vuorovaikutus on jatkunut jo vuosien ajan ja on pakonomaisen toistuvaa.

Integroitumattomien lasten kohdalla tarvitaan pitkäkestoista ja tiivistä omahoitajasuhdetta ja osastohoitoa korjaamaan eriytymiskehityksen keskeneräisyyksiä ja tukemaan lapsen erillisen identiteetin muodostumista. Lapsen kiinnittyminen hoitosuhteeseen ja eriytymiskehityksen vahvistuminen on edellytys sisarussuhteisiin liittyvien kipukohtien hoitamiselle. Vahvalla aikuisen tuella ja kärsivällisellä ymmärtävällä kannattelulla sisarusten väärinymmärryksen kokemukset voivat tulla jaetuksi aikuisen kanssa ja sitä kautta vähitellen keskusteluun myös sisarusten kanssa. Sen myötä usein hyvin syvät epäoikeudenmukaisuuden kokemukset voivat alkaa neutraloitua ja uudenlainen, positiivisemmin sävyttynyt sisarussuhde saa enemmän tilaa kasvaa.

Sisarusterapiassa tuetaan sisarusten erillisyyden kehitystä, uudenlaisten vuorovaikutusmallien ja toimintatapojen kehittymistä. Se tarjoaa mahdollisuuden tarkastella perheen kehityshistorian vaiheiden, vanhempien parisuhteen sekä perheen vastoinkäymisten ja traumojen vaikutusta perheenjäsenten tulehtuneisiin vuorovaikutussuhteisiin. Sisarusterapian kautta voidaan tukea lapsen yksilöllistä kuntoutumista ja sisarussuhteen hoitamista osastolla. Lasten epäoikeudenmukaisuuden kokemusten lisäksi usein myös vanhemmat ovat kokeneet syviä pettymyksiä oman elämäntilanteensa, parisuhteensa ja lasten käyttäytymisen suhteen, siten kaikkien perheenjäsenten näkökulma olisi tärkeä huomioida riittävästi lapsen hoitoprosessissa.

Perheterapeuttisen työskentelyn merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon integroivien palveluiden kannalta

- Perheterapeuttisessa työskentelyssä pyritään ihmisen kärsimyksen lievittämiseen.
- Lapsen ja perheen hoitaminen selkeän kokonaissuunnitelman mukaisesti jäsentää perheen eri alasysteemien kanssa tehtävää hoitoa ja kuntoutusta siten, että lapsen hoitoprosessi ei jää irralliseksi lapsen luonnollisesta kehitysympäristöstä ja tukee perheen jälleen yhdistymistä.
- Perheterapeuttinen multisysteeminen työote integroi osaltaan lapsen ja perheen hoitoprosessia kuntien muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin, turvaten siten lapsen ja perheen hoitoprosessien jatkuvuutta.
- Lapsen voinnin ja perheen tilanteen monitasoiset yhteydet merkitsevät sitä, että lapsen hoitoprosessin tavoitteisiin nivoutuva monitasoinen perhetyö on tärkeä osa lapsen kuntoutumisprosessia ja tärkeä osa lapsen hoitoprosessin vaikuttavuutta.

Lähteet

1. **Minuchin** P., **Colapinto** J. & **Minuchin** S. (1998). *Working with families of the poor*, The Guilford press
2. **Goldenberg** I. & **Goldenberg** H. (1996). *Family therapy an overview* 4th edition Brooks/Cole publishing company.
3. **Bentovim**, A. & **Miller**, L. (2006). *Perhearviointiopas. Perheen voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä*. Suomen Mielenterveysseura. Vantaa. Multiprint Oy.
4. **Jäppinen**, O. & **Laukkanen**, M. (2009). *Perhearviointi – perheiden voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä.* Teoksessa: R. Soisalo (Toim.) Mitä meille tapahtuu. Kolmas suomalainen perheterapiakongressi Jyväskylässä 19.–21.3.2009, s. 154–157. Turku: Painosalama Oy.
5. **Oranen** M. (2006). *Tutkimista ja tunnustelua - Lastensuojelun alkuarvioinnin käytäntöjä, malleja ja kehittämissuuntia.* Alkuarviointi ja avohuolto työryhmän loppuraportti 22.3.2006. Lastensuojelun kehittämisohjelma. http://www.thl.fi/documents/647345/0/Alkuarviointi+Loppuraportti.pdf/4c1af916-87f3-41b0-bd61-0e9daaea69d8 (luettu 5.12.2016)
6. **Reinikka**, P. & **Roisko**, J. (2009). *Perheen monitahoarviointi.* Teoksessa: R. Soisalo (Toim.) Mitä meille tapahtuu. Kolmas suomalainen perheterapiakongressi Jyväskylässä 19.–21.3.2009, s. 158–171. Turku: Painosalama Oy.
7. **Voutilainen**, R. (2009). *Arvioinnin ja perheterapian rajapinnoilla: laaja perhearviointi lastensuojelun perheterapeuttien työkaluna.* Pro Gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos.
8. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K. & **Åstedt**, T. (2015a). *Ylisukupolvisten ja varhaisten riskitekijöiden sekä perheen toimintakyvyn yhteys perheen yhdistymiseen intensiivihoitojakson jälkeen.* Perheterapia 2, 22-38. https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/Perheterapia_2_2015_web.pdf
9. **Carter** B. & **McGoldrick** M. (1999). T*he expanded family life cycle: individual, family and social perspectives* 3rd edition Allyn and Bacon.
10. **Pasanen**, T. (2001). *Lastenkodin asiakaskunta.* Psykiatrinen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehdinnasta sekä hoidon tarpeesta. Sarja C. Scripta Lingua Fennica Edita, Turku.
11. **Hästbacka** K. (2012). *Kohti vakautuvaa vanhemmuutta, kirjassa traumaperäisen dissosiaatiohäiriön vakauttaminen Suomessa,* traumaterapiakeskus.
12. **Boscolo** L. & **Bertrando** P. (2002). *Systemic therapy with individuals* Karnac books.
13. **Roisko** J. (2011). *Kehollinen ulottuvuus psykoterapiassa, psykofyysisen psykoterapian erikoistumiskoulutus*, Arcada Amk.
14. **Fonagy**, P., **Cottrell**, D., **Phillips**, J., **Bevington**, D., **Glaser**, D. & **Allison**, E. (2015). *What Works for Whom. A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents.* Second Edition. New York: The Guilford Press. 1–21.
15. **Malmberg**, M. (2010). *Madonnakonstellaatio*. Vanhemman sisaruksen kokemus äidin ja uuden vauvan yhdessäolosta. Väitöskirja, Turun yliopisto.

Vanhempien vertaisryhmät

Marketta Apajalahti &
Mari Mäkinen-Halttunen

Vanhempien täydentyvä psykoterapiaryhmä Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidossa on aloitettu hoidossa olevien lasten ja nuorten äideille terapiaryhmä tammikuussa 2007. Nykyinen terapiaryhmä on jatkunut yhtäjaksoisesti täydentyvänä ryhmänä tammikuusta 2009 alkaen. Siinä on enimmillään 6 naista ja se kokoontuu joka toinen viikko 90 minuuttia kerrallaan. Ryhmäläisten määrä on vaihdellut 3–6 välillä. Ryhmään tullaan haastattelun kautta tammi- tai syyskuussa ja vastaavasti ryhmässä voi lopettaa kesä- tai joulukuussa. Ryhmässä tehdään vaitioloon sitouttava ryhmäsopimus, joka koskee tietysti myös terapeuttia. Ryhmässä on suositeltavaa olla vähintään vuoden. Siinä voi olla niin kauan kuin lapsi tai nuori on intensiivihoidossa.

Ryhmä on tarkoitettu vain naisille, koska aktiivisesti lastensa hoidossa olevia isiä on sen verran vähemmän, että kahden miehen saaminen yhtä aikaa ryhmään on lähes mahdotonta. Naiset pohtivat ja jakavat ryhmässä paljon tunnelmiaan liittyen lastensa isiin. Yksi mies ryhmässä joutuisi tällöin mittavien sijoitusten kohteeksi.

Intensiivihoidossa lapsia ja nuoria hoidetaan terapeuttisessa yhteisössä. Naisten terapiaryhmä tarjoaa äideille mahdollisuuden saada samantyyppinen kokemus ryhmässä kuin heidän lapsillaan on osastolla – en ole ainoana tässä tilanteessa. Ryhmässä voi myös pohtia omaa ja perheensä tilannetta etäämmältä, toisen jäsenen kertoman kautta. Ryhmä antaa myös mahdollisuuden pohtia asioita yleisemmällä tasolla. Tämä on mahdollista siksi, että ryhmäpsykoterapeutti on osa intensiivihoidon terapeuttista hoitoyhteisöä ja tuntee osastohoidon ja hoitomallin. Tästä myös ryhmä on antanut positiivista palautetta kautta aikojen. Äidit kuvaavat, että on helpottavaa, kun kaikkea ei aina tarvitse pohtia oman lapsen ja perheen kautta. Eväitä saa myös muilta.

Teemoja, joita ryhmässä usein pohditaan ovat muun muassa:

- miten lasta tai nuorta hoidetaan
- miten hoidon rakenteet tukevat lastani
- miten vanhemmuuden kumppanuus toteutuu osaston aikuisten kanssa
- miten keskustella hoitoon liittyvistä asioista arkikielellä

Äitien odotukset hoitoprosessin suhteen saattavat olla hyvin erilaisia kuin terapeuttisen yhteisön moniammatillisen työryhmän näkemys hoidontarpeesta. Äitien kuvaamana isot neuvottelut ja perhekohtaiset tapaamiset ovat usein niin tunnelatautuneita, että niissä on vaikea muistaa tai tuoda esille kaikkea, mitä halusi kysyä tai sanoa. Ryhmä on toiminut

harjoittelufoorumina – kun on kertonut ja perustellut ajatuksensa terapiaryhmässä ne on helpompi sanoa ääneen tapaamisissa, joissa tehdään päätöksiä. Ryhmässä myös palataan asiaan – ”sanoitko, kerroitko?” jne. Naisten terapiaryhmä on myös ollut tärkeä foorumi kerätä palautetta siitä, miten intensiivihoidon tavoitteet ja arvot vanhempien mielestä elävät arjen hoidossa ja kohtaamisissa. Palautteesta keskustellaan ryhmässä, ennen sen viemistä palvelualueen johtoryhmään.

Ryhmässä käsitellään myös paljon muita, kuin lapseen ja hoitoon liittyviä asioita. Kun ryhmä käy taas tutummaksi ja sitä kautta turvallisemmaksi, nousee esille muita naisten elämään liittyviä teemoja. Ryhmässä on puhuttu paljon äitien kasvuperheestä, parisuhteista, työhön liittyvistä asioista, naisten kokemasta kaltoin kohtelusta, pohdittu Suomen tilaa jne. Ryhmässä itketään, ollaan erimieltä ”tässä ja nyt”, selvitellään ja siedetään erimielisyyksiä sekä välillä nauretaan paljon.

Ryhmässä terapeutin ääni ”pienenee”, hän on vähemmistössä. Vertaisten puheen merkitys ja ymmärrettävyys kasvaa. He antavat myös ”tässä ja nyt” palautetta terapeutin havainnoista tai kommenteista ”tuo ei liity minun tilanteeseeni mitenkään”, ”tuota oli vaikea kuulla, mutta jään miettimään”, ”tuo oli hyvin tiivistetty”.

Naisten terapiaryhmässä puhuttiin joitakin vuosia sitten, että vertaistukea olisi tarvinnut erityisesti lapsen tai nuoren tullessa hoitoon. Vuonna 2011 järjestetty CABLE-valmennus (Community Action Based Learning for Empowerment) innosti meitä järjestämään yhteisen vanhempainillan yhden osaston perheille. Siellä vanhemmat ideoivat, millä tavalla he voisivat entistä enemmän, yhdessä työntekijöiden rinnalla osallistua lastensa hoitoon. Ideasta kehitettiin hoitoontulovaiheen vertaistukiryhmä vanhemmille.

Hoitoontulovaiheen vertaistukiryhmä

Ensimmäinen vertaisryhmä aloitti keväällä 2013. Ryhmät ovat kokoontuneet joka toinen viikko viisi kertaa, sekä noin puolen vuoden kuluttua pidettävään tarkistuskertaan. Ryhmässä on keskusteltu paljon lapsen ja perheen hoitoontulovaiheen tunnelmista, erityisesti häpeästä ja syyllisyydestä. Samoin on vertailtu eri osastojen toimintatapoja. Ryhmässä on myös käynyt vanhempi aiemmasta ryhmästä kertomassa omia kokemuksiaan vastaavassa tilanteessa, sekä hoidon vaikuttavuudesta oman perheensä näkökulmasta.

Ryhmästä on yhdessä koottu myös palauteterveiset ” Risut ja Ruusut” ja toimitettu se palvelualueen johtoryhmälle. Nämä ryhmät ovat toimineet organisaatiossamme hyvänä peilinä tasalaatuisen hoidon ylläpitämiseen ja kehittämiseen. Niin ikään olemme saaneet kokemusasiantuntijoiden äänet kuuluviin.

Selkeimmät kehittämisehdotukset ryhmistä ovat olleet muun muassa:

- hoidon alkuvaiheessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota yhteistyön rakentamiseen mm. tiivistämällä yhteydenpitoa
- tulisi järjestää enemmän tilaisuuksia jakaa tunnelmia ja kokemuksia vertaisryhmässä
- hoitoa tukevia kirjallisia materiaaleja (vanhempainopas, nettisivut) tulisi edelleen kehittää
- kodinomaisuutta pitäisi lisätä sekä toiminnassa että osastojen yleisilmeessä

Teemat, joista ryhmässä on keskusteltu, ovat paljolti samoja, joista puhutaan myös naisten terapiaryhmässä; miten lastani hoidetaan osastolla, miten hoidon rakenteet tukevat lastani, miten vanhemmuuden kumppanuus toteutuu osaston aikuisten kanssa sekä miten keskustella hoitoon liittyvistä asioista arkikielellä? Ryhmissä on koettu hyvänä, että ryhmää ovat ohjanneet ryhmäpsykoterapeutti ja perheterapeutti, joilla molemmilla on kokemusta myös osastohoidosta. Ryhmissä on näin ollen voitu antaa ajan tasaista tietoa sekä viedä nopeastikin palautetta vanhempien apuna eteenpäin osastoille.

Kokemuksemme ryhmistä on, että hoidon alkuvaiheen kriisi häpeän ja syyllisyyden tunteineen on hyödyllistä jakaa. Mahdollisuus ylittää puhumisen ja kuuntelun kynnys helpottuu vertaisten kanssa ryhmässä. Vanhempien oma kokemus kuulluksi tulemisesta tekee tilaa lapsen tunteiden kuulemiselle ja auttaa siten hoitoon asettumisessa. Ryhmät ovat vahvistaneet ajatusta kuuntelun ja läsnäolon tärkeydestä erityisesti hoidon alkuvaiheessa, myös osastohoidosta etäämpänä – yhdistelmänä vertaistukea ja ammattilaisia.

Vanhempien vertaisryhmien merkityksestä sosiaali- ja terveydenhuollon integroivissa palveluissa

- Vertaistuen kautta huostaanoton herättämien vaikeiden häpeän, syyllisyyden ja vihan tunteiden käsitteleminen tulee mahdolliseksi.
- Vanhempien ryhmässä tuottama suora palaute lapsen ja perheen hoidosta auttaa kehittämään hoidon rakenteita asiakkaita paremmin huomioivaan suuntaan.
- Vertaistuki on tehokas keino tukea perheen voimaantumista ja muutosta.
- Vanhempien näkeminen ryhmässä avaa monipuolisemman, ymmärtävän näkökulman vanhemman toimintaan ja mahdollistaa realistisemman kokonaiskuvan muodostamisen perheen dynamiikasta yhdessä muiden ammattiryhmien havaintojen kanssa.

Hyvä, hienosti menee: positiivisen psykologian mahdollisuudet intensiivihoidossa

Anne-Marie Jokinen

Positiivinen psykologia on intensiivihoitoa nuorempi käsite. Intensiivihoidon kehittäminen alkoi vuonna 1986 Notkolan erityisyksikössä. Positiivinen psykologia taas sai virallisesti alkunsa vuonna 1998 Martin Seligmanin johtaessa Amerikan psykologiyhdistystä (American Psychological Association, APA). Intensiivihoito ja positiivinen psykologia kuitenkin kietoutuvat toisiinsa monin tavoin historiallisesti ja nykypäivänä. Positiivinen psykologia perustuu tieteelliseen tutkimukseen, ja samoin intensiivihoitoa on tarkasteltu tutkimuksen keinoin (1).

Positiivinen psykologia etsii paikkaansa suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa, mutta Diakonissalaitoksen intensiivihoitoon käsite on kotiutunut sujuvasti – ehkä eniten siksi, että intensiivihoidon historiassa positiivisen psykologian tulokulma on ollut monella tapaa mukana hiljaisena tietona. Intensiivihoidossa integroituvat hoidon ja kasvatuksen erilaiset viitekehykset, ja näin ollen Suomessakin kasvatustieteessä toimivaksi havaittu positiivinen psykologia istuu toimintaan saumattomasti keskeisissä arjen kasvatustehtävissä. Hoidollisesti taas intensiivihoidossa on pitkään pyritty luomaan lapselle myönteisiä hyvinvointia lisääviä kokemuksia. Positiivinen psykologia kuitenkin vahvistaa hyvän esiin nostamista jo arviointivaiheessa ja hyvän sanoittamista ääneen lapselle ja perheelle koko hoitojakson ajan kaikkien mukana olevien toimijoiden taholta.

Positiivinen psykologia tekee irtioton monista kulttuurisista ja yhteiskuntatieteellisesti vakiintuneista ajattelumalleista jäsentämällä ihmiskuvaa korostuneesti monipuolisemmalla tavalla. Positiivinen psykologia kumoaa Seligmanin termein ”ihmisluonnon läpimätäisyyden oppiin” liittyvän ajatuksen siitä, että onnellisuus on epäaitoa. Kielteisten yllykkeiden tarkastelu on ollut keskiössä erilaisissa uskonnollisissa ja psykologisissa teorioissa, eikä hyveiden harjoittamista niiden itsensä vuoksi ole pidetty todennäköisenä tai edes mahdollisena. Ei ole silti mitään näyttöä siitä, että vahvuus ja hyveellisyys juontuisivat kielteisistä vaikuttimista (2). Lapset, nuoret ja aikuiset voivat kaikki löytää vallitsevia vahvuuksiaan ja harjoittaa niitä onnellisuutensa edistämiseksi niiden tuottaman ilon vuoksi, kun vain sisäinen motivaatio löytyy. Vaihtoehtoisen ihmiskuvan pohjalta positiivinen psykologia tutkii myönteisiä tunteita, myönteisiä ominaisuuksia ja myönteisiä instituutioita.

Miksi työskennellä myönteisten tunteiden saavuttamiseksi? Siksi, että myönteiset tunteet vahvistavat kognitiivista joustavuutta ja mahdollistavat näin monipuolisemman ajattelun ja arviointikyvyn kehittymisen. Intensiivihoitoa koskevassa tutkimuksessa on havaittu hoidossa olevien lasten kognitiivisten toimintojen vahvistumista (3). Yksi oletuksista on se, että juuri hoidon aikana syntyneet myönteiset tunteet ovat auttaneet luomaan tilan, jossa lapsen taidot ja osaaminen tulevat näkyviin ja käyttöön. Teoria myönteisten tunteiden laajentavasta ja rakentavasta vaikutuksesta tuo esiin myönteisten tunteiden merkityksen kognitiivisen joustavuuden kehittymiselle (4).

Yhteinen myönteinen tunnekokemus voi vahvistaa lapsen omaa pyrkimystä onnellisuutta kohti, kun lapsi alkaa kokea iloa, syventyneisyyttä ja aitoa motivaatiota.

Intensiivihoidon prosessissa on erilaisia toimintatapoja, joilla myönteisiä tunteita pyritään lisäämään. Alkuvaiheeseen painottuu tutustuminen, havainnointi, arviointi ja seuranta, ja tavoitteena on selvittää, mistä juuri kyseinen lapsi saa myönteisiä tunteita. Hoidon edetessä pyritään tuottamaan asiakkaille iloa erilaisten heille tärkeiden asioiden kautta, ja erityisesti pyritään kokemaan iloa yhdessä puuhien ja elämysten avulla. Yhteinen myönteinen tunnekokemus voi vahvistaa lapsen omaa pyrkimystä onnellisuutta kohti, kun lapsi alkaa kokea iloa, syventyneisyyttä ja aitoa motivaatiota. Lapsi oppii tavoittelemaan asioita ja tekemään tekoja, joilla oma hyvinvointi vahvistuu. Ilon sisällöt ovat yksilöllisiä. Ne voivat olla esimerkiksi toiminnallisia, mielikuvallisia tai luontoon liittyviä. Hyväksi voi arvioida sen, mikä herättää kiinnostuksen, mistä nauttii ja minkä muistaa.

Positiivisessa psykologiassa ei kuitenkaan harjoitella täydellisyyttä tai pelkkien myönteisten tunteiden ylläpitoa, vaan omien ongelmien ja ympäristön haasteiden sietämistä käytettävissä olevien vahvuuksien avulla (5). Myönteiset ominaisuudet ovat se positiivisen psykologian runko, jonka avulla myönteiset tunteetkin vahvistuvat.

Tutustumisvaiheessa havainnoidaan lasta ja jäsennetään näkyviä ja piilossa olevia vahvuuksia. Yhdessä mietitään keinoja, joilla vahvuudet voivat tulla entistä paremmin hyödynnetyiksi arjessa ja järjestelmälliseen käyttöön. Aikuinen tukee lasta vahvuuden rakentamisessa ja käyttöönotossa. Prosessissa tärkeää on huomaaminen ja vahvuuden puheeksi ottaminen – joskus varovaisesti, koska joillekin hyvien asioiden ajattelu itsestä on vaikeaa. Onnistumisiin voidaan totutella sopivien arkeen, kouluun tai vapaa-aikaan liittyvien tehtävien avulla.

Taitojen harjoittelu vahvistaa pärjäämistä ja itsetuntoa. Samalla kyseenalaistetaan lapsen käsitystä siitä, ettei hän osaa tai voi oppia. Kun omahoitaja lausuu lapselle ”hyvä, hienosti menee” lapsen touhutessa, tuottaa myönteinen puhe vuorovaikutusta, josta voi jäädä kokemus ja muistikuva osaamisesta ja omasta arvosta. Tällainen luo tilaa myös pysyvämpien myönteisten ominaisuuksien tarkastelulle.

Vahvuuksia voidaan määritellä psyykkisinä piirteinä (esim. Values in Action -luokittelu) (6), mutta niitä on lisäksi tärkeää hahmottaa luovasti arjen erilaisissa tilanteissa. Vahvuuksia jäljitettäessä vahvistetaan lapsen varmuutta, toimintakykyä sekä käsitystä omasta osaamisesta ja pystyvyydestä.

Hoito ja kasvatus ovat lähellä toisiaan, kun lapsen vahvuuksia etsitään ja hänen hyvinvointiaan rakennetaan lapsen ja omahoitajan yhteistyönä. Parhaimmillaan koko työryhmä tukee lasta myönteisten ominaisuuksiensa päivittäisessä käytössä. Myönteinen puhe on tärkeä osa hyvinvoinnin, itsetunnon ja osaamisen tukemista. Vanhempien on myös usein helpompi antaa tärkeä lupa myönteisyyttä luovaan toimintaan ongelmien tarkastelun sijaan. Positiivisen psykologian tausta-ajatus voi siis osaltaan vahvistaa yhteistyötä perheen kanssa ja tältä osin koko hoidon onnistumista.

Intensiivihoidon keskeinen menetelmä, hyvän lapsi-omahoitajasuhteen rakentaminen, operationalisoi positiivisen psykologian tavoitteen yhteenkuuluvuuden harjoittelusta ja hyvän ihmissuhteen kokemisesta.

Positiivinen psykologia tavoittelee hyvää vuorovaikutusta ja toimijoiden välistä yhteistyötä. Intensiivihoidon keskeinen menetelmä, hyvän lapsi-omahoitajasuhteen rakentaminen, operationalisoi positiivisen psykologian tavoitteen yhteenkuuluvuuden harjoittelusta ja hyvän ihmissuhteen kokemisesta. Vuorovaikutusta arvioidaan, harjoitellaan ja seurataan läpi hoitojakson erilaisten vaiheiden.

Lasten hoidossa on keskiössä toiminnallinen yhteistyö ja vuorovaikutus, ja toiminnan merkitys ja tarpeellisuus lapsille on vahvistettu tutkimuksissa (7). Lapset arvostivat erityisesti yhteisiä retkiä ja elämyksiä omahoitajan kanssa. Positiivisen psykologian ja intensiivihoidon yhteinen tavoite on luoda hyviä muistoja osaksi haavoittunutta elämäntarinaa.

Hyvinvointia lisäävien muistojen sisällöksi sopivat myönteisen puheen ja myönteisten keskustelujen lisäksi esimerkiksi lasta kiehtova toiminta, retket, elämykset, yhteistyöprojektit ja lapsi-omahoitajaryhmät. Toiminnallisia ja luovuutta tukevia menetelmiä on pitkään pidetty intensiivihoidossa tehokkaimpina keinoina tarjota korjaavia kokemuksia ja tukea itsetuntoa (1).

Positiivisella psykologialla on myös erilaisia positioita väkivaltaisen ajattelun ja käyttäytymisen purkamisessa. Tämä teoreettinen suuntaus tuo ymmärrystä siihen, että väkivallassa on kysymys äärimmäisestä myönteisten tunteiden puutteesta itseä, muita tai molempia kohtaan. Myönteisten tunteiden puuttuessa ja negatiivisten vallitessa syntyy tiedollista ja taidollista joustamattomuutta, mikä estää tarkastelemasta syy-seurausketjuja, tilannetta ja kokonaisuuksia. Näissä olosuhteissa sekä tunteet että ajattelu toimivat epäsuotuisasti.

Positiivisen psykologian päätavoite on ennaltaehkäistä väkivaltaa. Kun huomio kiinnitetään myönteisten tunteiden aiheuttamiseen ja ylläpitoon, vähentää se tuhoavien ja kielteisten tunteiden todennäköisyyttä ja voimakkuutta sekä väkivaltaisen reagoimisen tarvetta. Myönteiset tunteet voivat lisäksi edistää arviointikykyä huomattavasti. Tällä tavalla myönteisten tunteiden puhkeaminen loisi tilaa moraalisen ajattelun kehittymiselle, joka voisi tarjota puitteet aiempaa monipuolisemmalle arvomaailmalle ja laajemmalle vahvuuksien käytölle. Kun herää halu huomioida muita, voi ryhtyä tekoihin, jotka tuottavat onnea myös itselle. Harkitsematon teko puolestaan voi jäädä tekemättä.

Jos väkivaltatilanne on jo puhjennut, rauhoittavassa puheessa on tarkoituksenmukaista huomioida niin ilmaisutapa kuin puheen sisällöllinen laatu. Positiivinen puhe luo toivoa asioiden järjestymisestä ja ratkaisun löytymi-

sestä. Mindfulness ja muut kehoa huomioivat tekniikat voivat luoda rauhoittumiskykyä hyvin konkreettisella tasolla. Jos lapsi oppii saamaan kiinni kehosta ja mielestä kriisitilanteessakin, voi hän itsekin alkaa ohjata tilannetta tasapainon suuntaan. Sitä ennen toinen osapuoli joutuu yleensä olemaan se, joka tuo joustavuuden kärjistyneeseen tilanteeseen.

Väkivaltaa kokeneelle ja omasta väkivaltaisesta käyttäytymisestä toipuneelle palautuminen tarkoittaa usein posttraumaattista kasvua. Kasvu tapahtuu esimerkiksi omia luontaisia vahvuuksia hyödyntämällä. Jo olemassa oleva resilienssi vaikuttaa osaltaan siihen, miten nopeasti ja pysyvästi palautuminen on mahdollista. Hyvinvointia kasvatettaessa vahvistetaan samalla tätä hyvin tarvittavaa resilienssiä, kestävyyttä ja selviytymistä vaikeista kokemuksista huolimatta. Resilienssiä voidaan vahvistaa luomalla vahvoja henkilökohtaisia tavoitteita, harjoittelemalla optimismia ja vastustamalla houkutuksia ja opettelemalla muita vastaavia taitoja. Myös ongelmanratkaisukyvyn kehittäminen voi vahvistaa resilienssiä. Intensiivihoidon piirissä lisäksi kyseenalaistetaan huonosti toimivaa ajattelua ja harjoitellaan monenlaisia asioita resilienssin kehittämiseksi. Näitä erilaisia taitoja kehitetään ja keinoja sovelletaan tarpeen mukaan intensiivihoidossa.

Positiivisen psykologian kolmas keskeinen tavoite on myönteisten instituutioiden tutkiminen ja kehittäminen. Lapsi- ja perhepalvelut on osa Helsingin Diakonissalaitoksen yhteiskunnallista yritystä, jossa myönteinen tavoite on kirjoitettu auki jokaiseen asiakassuhteeseen ja samalla koko organisaation toimintaan. Myös intensiivihoito pyrkii olemaan myönteinen instituution osa, jossa lapsille rakennetaan toimivaa tulevaisuutta. Intensiivihoidossa myönteisyyttä vahvistetaan rakenteissa ja muuttuvissa vaikeissa kysymyksissä, tuodaan arjessa valoa varjon rinnalle, vaikka monet huolet kulkevat lasten mukana pitkälle aikuisuuteen asti. Kyky oppia tavoittamaan myönteisiä ajatuksia, tunteita ja keinoja kantaa lapsia kehitysvaiheissa läpi elämänkaaren ja antaa heille mahdollisuuden luoda ympärilleen erilaisen todellisuuden kuin mihin he itse usein ovat tottuneet. Myönteiset instituutiot ja intensiivihoito voivat antaa asiakkailleen jotain pysyvää, josta jää hyvä jälki.

Edistymisen merkkejä on mahdollista havainnoida positiivisen psykologian näkökulmasta. Kun lapsi oppii sanomaan kiitos, saatetaan hoidossa olla jo hyvinkin pitkällä. Kun lapsi huomioi toista, näkee toisen näkökulman tai antaa toiselle jotakin, on takana usein jo pidempi jakso onnistunutta hoitoa. Keskeinen mittari on kuitenkin positiivisen palautteen vastaanottaminen. Kun lapsen resilienssi kehittyy, voi hän rennosti kuulla ja kuunnella hyviä asioita itsestään. Mielialassa näkyy myönteisiä ilmiöitä, ja keskittymiskyky voi parantua. Joustavuus kokonaisuudessaan ja rauhoittumiskyky sen myötä ovat vahvistuneet.

Kyky oppia tavoittamaan myönteisiä ajatuksia, tunteita ja keinoja kantaa lapsia kehitysvaiheissa läpi elämänkaaren ja antaa heille mahdollisuuden luoda ympärilleen erilaisen todellisuuden kuin mihin he itse usein ovat tottuneet.

Positiivisen psykologian mahdollisuuksia sosiaali- ja terveydenhuollon integroivissa palveluissa

- Positiivinen psykologia tarkastelee sekä voimavaroja että vaikeuksia, joiden ratkaisuun apua tarvitaan. Tämä jaottelu vastaa sosiaalityössä pitkään käytettyä jaottelua suojaavien tekijöiden ja riskien kartoittamisesta säilyttäen yhtenäisyyden terveydenhuollon ja sosiaalityön käyttämien käsitteiden välillä.

- Positiivisen psykologian tuottama tieto on hyödynnettävissä niin terveydenhuoltohenkilökunnan kuin sosiaalialan erilaisissa ammatillisissa tehtävissä. Positiivinen psykologia voi olla eri toimijoiden työtä yhdistävä punainen lanka.

- Positiivinen psykologia yhdistää mielekkäällä tavalla hoidon ja kasvatuksen kysymykset ja toimii käytännönläheisenä ja teoreettisena viitekehyksenä yksikössä, jossa huomioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon kysymykset samanaikaisesti.

- Positiivinen psykologia kiteyttää sosiaali- ja terveydenhuollossa tyypilliset hiljaiset myönteiset tavoitteet ja myönteisen hiljaisen tiedon, joita ei aina lausuta ääneen riittävän selvästi. Myönteisten tavoitteiden jämäkämpi ilmaisu voi ohjata hoitoa täsmällisemmin toivottuun suuntaan.

- Positiivisella psykologialla pyritään vaikuttamaan yksilöön yleisellä tasolla tarjoten välineitä useiden ongelmien samanaikaiseen ratkaisuun sen sijaan, että vaikutetaan yksittäisiin asioihin.

- Positiivisen psykologian tulokulma auttaa jäsentämään sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtäviä kirjauksia kokonaisvaltaisiksi ja asiakkaan edun mukaisiksi, kun sekä vahvuudet että vaikeudet jäsentyvät entistä selkeämmin.

Positiivinen psykologia kasvaa räjähdysmäisesti Yhdysvalloissa, Australiassa ja Euroopassa. Myös Suomessa tutkimus on laajamittaista (6), koska positiivisen psykologian käyttömahdollisuudet ovat huomattavat. Käyttöä voidaan vielä laajentaa intensiivihoidossakin. Osaksi hoitoa on mahdollista luoda henkilökohtainen positiivisen psykologian suunnitelma. Vanhempia voidaan perehdyttää positiivisen psykologian teemoihin osana lapsen hoitoa. Lasten omissa yhteisökokouksissa voidaan käsitellä positiivisen psykologian aiheita. Lapsille voidaan tehdä myös rakenteellisempi positiivisen psykologian arviointi hoitojakson aikana.

Positiivinen psykologia vaikuttaa myös käsitykseen ihmisestä oppijana. Lasten tarve leikkiin on yleisesti tunnustettu, mutta positiivinen psykologia korostaa mahdollisuutta hyödyntää leikillistä otetta oppimisen apuvälineenä (8). Intensiivihoidon rakenne mahdollistaa, että myös elämäntaitoja voidaan oppia yhdessä leikin, vapaamuotoisten toimintojen ja hauskojen yhteispohdintojen kautta. Leikkivää oppimista on mahdollista hyödyntää kaikkien lasten hoidossa jatkossa entistä vahvemmin.

Lähteet

1. **Pasanen**, T. (2001). *Lastenkodin Asiakaskunta.* Psykiatrinen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehdinnasta sekä hoidontarpeesta. Turku: Turun yliopisto.
2. **Seligman**, M. E. P. (2008). *Aito Onnellisuus.* Positiivisen psykologian keinoin täyteen elämään. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
3. **Katajamäki**, K. (2016). *Intensiivihoitoon sijoitettujen 7–12-vuotiaiden lasten neurokognitiivinen suoriutuminen vuoden hoitojakson aikana.* Lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos, neuropsykologian erikoispsykologi koulutus.
4. **Fredrickson**, B. (2001). *The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-build Theory of Positive Emotions.* American Psychologist 56: 218–226.
5. **Hooper**, J. (2012). *What Children Need to be Happy, Confident and Successful.* Step by Step Positive Psychology to Help Children Flourish. London: Jessica Kingsley Publishers.
6. **Uusitalo-Malmivaara**, L. (toim.) (2014). *Positiivisen psykologian voima*. Jyväskylä: PS-kustannus.
7. **Ekholm**, E. (2013). *Mä en olisi tässä nyt.* Nuorten kokemusasiantuntijoiden mielipiteitä Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta. Helsingin Diakonissalaitos.
8. **Järvilehto**, L. (2014). *Hauskan oppimisen vallankumous.* Juva: PS-kustannus.

Moniammatillisen yhteistyön mahdollisuudet ja haasteet

Timo Pasanen

Hoidollisia viitekehyksiä

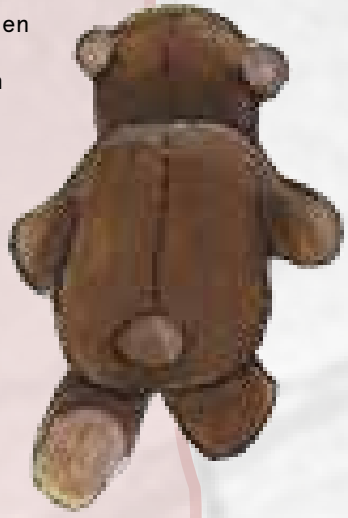
Intensiivihoitomallin kehittämistä on alusta alkaen ohjannut pyrkimys rakentaa eri hoidollisia viitekehyksiä, terapia- ja kuntoutusmenetelmiä integroiva hoitomalli, joka kykenisi vastaamaan vaikeissa elämäntilanteissa elävien lasten ja perheiden moninaisiin hoidon tarpeisiin. Erilaiset teoreettiset ja hoidolliset viitekehykset avaavat näkökulmia, joiden kautta lasten ja nuorten kehitystä ja perheen tilannetta voidaan ymmärtää paremmin. Lapsen prenataalisen, varhaisen ja myöhemmän yksilökehitykseen moninaisten riski- ja suojaavien tekijöiden tunnistaminen sekä taustalla vaikuttavien perheen ylisukupolvisten siirtotaakkojen, traumakierteiden ja perhedynamiikan ilmiöiden ymmärtäminen edellyttää laaja-alaista alkuarviointia. Se mahdollistaa lapsen, nuoren ja perheen yksilöllisen hoidontarpeen tunnistamisen ja kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun. Integroivien palveluiden kehittämisen kannalta on tärkeä muistaa, että moniammatillisen terapeuttisen yhteisön eri hoidolliset näkökulmat täydentävät toisiaan, mutta saattavat myös kilpailla toistensa kanssa. Eri hoidollisia viitekehyksiä integroivan intensiivihoitomallin kehittämisessä on ollut myös haasteita ja se on edellyttänyt useiden vuosien ajan tiivistä yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Seuraavassa esitetään tiivistetysti joitakin hoitoprosessissa huomioitavia näkökulmia liittyen intensiivihoitomallin keskeisiin hoidollisiin viitekehyksiin.

Lapsen ja nuoren yksilöllisten vahvuuksien, kykyjen ja suojautumistarpeiden ymmärtäminen edellyttää moninaisten teorioiden ja hoitomenetelmien integraatiota.

HOIDOLLISET VIITEKEHYKSET

Kehityksellinen viitekehys (1,2,3,4)

- Hoitoprosessin kokonaisvaltainen suunnitteleminen ja ohjaaminen edellyttävät muun muassa:
  - eri ikä- ja kehitysvaiheisiin kuuluvien tyypillisten ominaispiirteiden, normaalikehityksen tunnistamista
  - oirekäyttäytymisen etiologian selvittämistä: esim. kehityksellisten herkkyyskausien ja moninaisten kehityskaaren eri vaiheissa vaikuttaneiden riski- ja suojaavien tekijöiden huomioimista
  - todellisen kehitysiän ja siinä tapahtuvien tilannesidonnaisten muutosten tunnistamista
  - kehitysvaikeuksien ja vahvuuksien tunnistamista ja tutkimista



- Kiintymyssuhteen rakentumista ja varhaiskehitystä koskeva laaja-alainen ymmärrys ja erilaisten selviytymis- ja suojautumiskeinojen tunnistaminen on välttämätöntä hoitoprosessin suunnittelun kannalta.

- Kiintymyssuhdehäiriöt, varhaiskehityksen puutokset, eriytymättömyyden tilat ja vääristyneet kommunikaation muodot aktivoituvat uudelleen terapeuttisessa hoitosuhteessa, jolloin niihin vastaaminen on avain eriytymiskehitykselle ja uusiin kehitysvaiheisiin siirtymiselle.

- Intensiivinen terapeuttinen hoitoprosessi etenee tyypillisesti epälineaarisesti ja erilaisten käännekohtien kautta.

- Transferenssi-ilmiöiden kautta työskentely on keskeinen osa hoitoprosessia.

- Hoidollisten regressioiden kautta päästään työstämään niitä psyykkisen kehityksen fiksaatiopisteitä, joihin vaurioituneen lapsen ja nuoren kehitys on pysähtynyt.

- Integroituneisuuden ja integroitumattomuuden tilanvaihdokset ovat osa lapsen kehitystä ja intensiivistä terapeuttista prosessia, jolloin erilaisten voimakkaiden tunneprosessien kannattelu ja säilöminen kuuluu osaksi terapeuttista yksilö- ja osastohoitoa.

- Yksilön ja ryhmän toiminnan selittämiseksi tarvitaan ymmärrystä tietoisuuden ulkopuolella vaikuttavista tiedostamattomista prosesseista ja implisiittisiin muistijärjestelmiin tallentuneista kokemuksista.

- Kommunikaation tietoisten ja tiedostamattomien puolien välisten vaikutusten ymmärtäminen on terapeuttisen yhteisön toiminnan suurimpia ja samalla hedelmällisimpiä haasteita.

- Psykodynaamisen lähestymistavan intrapsyykkinen näkökulma antaa terapeuttisen työn ohjaamiseen tarvittavia teoreettisia käsitteitä, joiden kautta voidaan pyrkiä ymmärtämään yksilön toimintaa ja vuorovaikutus-pyrkimyksiä ohjaavia mielensisäisiä prosesseja.

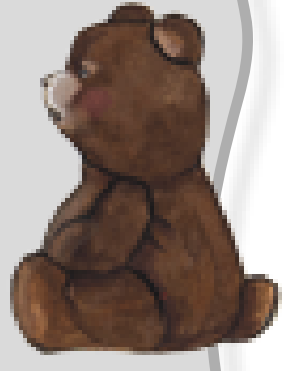
Traumaterapeuttinen viitekehys (5,6,7,8)

- Traumaattiset kokemukset vaikuttavat voimakkaasti yksilön tapaan prosessoida informaatiota ja reagoida ruumiillisesti.

- Perinteisten, kielellistä kommunikaatiota ja ajattelua painottavien, terapeuttisten menetelmien rinnalle tarvitaan menetelmiä, joissa huomioidaan aikaisempaa laaja-alaisemmin ruumiillisia reagointimalleja ja toimintatapoja, pyrittäessä hoitamaan posttraumaattisista stressireaktioista ja dissosiatiivisista häiriöistä kärsiviä ihmisiä.

- Traumaattisten kokemusten hoitaminen etenee vaiheittain: hoidon alun vakauttamisen ja sisäisen turvallisuuden tunteen vahvistamisen vaiheesta vähitellen kohti trauman käsittelyä ja traumaattisen kokemuksen integroimista oman elämänkertomuksen osaksi.

- Traumatisoitunutta yksilöä täytyy auttaa
  - tunnistamaan niitä ruumiillisia merkkejä, jotka liittyvät suojautumisjärjestelmien yliaktivoitumiseen:
    - yli- tai alivirittyneisyys
    - lihastension vahvistuminen tai heikkeneminen
    - erilaisten toimintayllykkeiden aktivoituminen
    - orientaatio- ja havaintotoimintojen muuttuminen
  - arvioimaan realistisesti, missä määrin yliaktivoituneet suojautumispyrkimykset vastaavat nykytilanteen vaatimuksia ja vähitellen hallitsemaan omia ylikorostuneita suojautumispyrkimyksiään, jotta arkielämää ohjaaville vastavuoroisuuspyrkimyksiä toteuttaville toimintajärjestelmille jää enemmän tilaa
  - löytämään tapoja säilyttää ja palauttaa oma yli- tai alivireystilansa sietoikkunan optimaalisen vireystilan alueelle, jotta traumaattisten kokemusten psyykkinen prosessointi olisi mahdollista



Neuropsykiatrinen viitekehys (9,10,11,12)

- Psykiatristen häiriöiden etiologiaa täytyy tarkastella monien eri systeemisten tasojen interaktion tuotoksena ja oirehdinnan selittämiseksi tarvitaan moniulotteisia eri viitekehyksiä integroivia selitysmalleja.

- Psykiatrisen ymmärryksen nivoutuminen osaksi hoitotyötä edellyttää tiivistä ja pitkäjänteistä yhteistyötä lääkärin, osaston työntekijöiden ja muiden ammattiryhmien välillä.

- Jatkuvasti kehittyvä lääkehoito on tärkeä osa vaativia hoitoprosesseja ja sen integroituminen osaksi muuta hoitotyötä toteutuu parhaiten, kun lääkäri työskentelee osana hoitoyhteisöä ja on tarpeen mukaan konkreettisesti läsnä lapsen ja nuoren ja perheen hoitoprosessin eri vaiheissa.

- Neuropsykiatristen syndroomien tunnistaminen edellyttää yleensä neuropsykologisia tutkimuksia ja niiden tuottamien löydösten integroimista muiden tietolähteiden tuottamaan informaatioon.

- Neurokognitiivisten erityisvaikeuksien ja tarkkarajaisten oppimisvaikeuksien tunnistaminen on tärkeää, jotta:
  - hoitoprosesseissa osataan paikallistaa täsmällisiä kuntouttamisalueita ja valita niihin soveltuvia konkreettisia hoitokeinoja
  - kouluvaikeuksien arvioinnissa keskitytään oikeisiin asioihin
  - tunnistetaan erilaisten sosiaalisten vuorovaikutushäiriöiden ja vahvojen affektiivisten oirekäyttäytymisen muotojen taakse piiloutuvia informaation prosessoinnin vaikeuksia

- Ymmärtävän kannattelun ja hoivaamisen rinnalle tarvitaan tietoa vuorovaikutusta ohjaavien skeemojen, mentaalisten mallien ja eritason representaatioiden vaikutuksista, jolloin voidaan täsmällisemmin määrittää uuden oppimista ja vanhasta poisoppimista tukevia hoidollisia rakenteita, yhteisöllisiä toimintatapoja ja valita sopivia kommunikointia helpottavia apuvälineitä.

Perheterapeuttinen viitekehys (13,14,15,16)

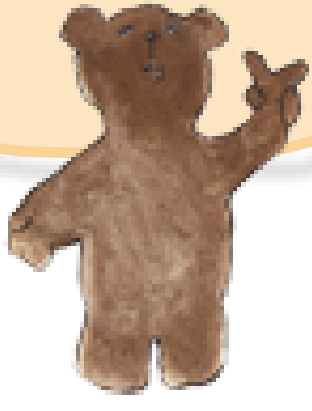
- Perheen systeemiset ja dynaamiset ominaisuudet ovat enemmän kuin yksittäisten perheenjäsenten ominaisuuksien summa, joten perhesysteemin tutkiminen ja ymmärtäminen edellyttää teoreettisia käsitteitä, joiden kautta voidaan tehdä hypoteeseja esim. perheen:
  - rakenteiden toimivuudesta
  - kehitysvaiheista
  - keinoista ylläpitää tasapainoaan ja suojautua muutoksia vastaan
  - kommunikaation muodoista
  - todellisuuden hahmottamisen tavoista

- Lapsen ja perheen hoitopolut kietoutuvat monin tavoin toisiinsa; lapsen oirehdinnan muuttaminen edellyttää vastaavaa muutosta perhesysteemissä ja perhesysteemissä aikaan saadut muutokset puolestaan voivat tukea lapsen oirekäyttäytymisen lievittymistä ja ikätasoisen kehityksen käynnistymistä.

- Perherakenne tulee parhaiten näkyviin konkreettisen toiminnan kautta ja perhesysteemin toimimattomien piirteiden muuttaminen edellyttää liittymistä perheeseen.

- Yksittäisen objektiivisen totuuden etsimisen sijasta saattaa joskus olla hedelmällisempää tutkia reflektoiden perheen monia erilaisia kertomuksia ja perhesysteemin muutoskohtia.

- Laaja-alainen perheterapia-arvio ja vuorovaikutusarvioinnit tarjoavat monipuolisen kuvan perheen toimivista ja tukea tarvitsevista alueista ja sitä kautta tukevat realistisille arvioille perustuvaa, suunnitelmallista työskentelyotetta perheiden kanssa.



Monikulttuurinen viitekehys (17,18,19,20,21)

- Monista eri kulttuureista tulevien asiakkaiden kanssa tarvitaan kulttuurisensitiivistä lähestymistapaa ja erilaisten tapakulttuurien ymmärrystä ja kunnioittamista.

- Monilla eri kielillä työskentely edellyttää luontevaa tulkkauspalveluiden sekä muiden kommunikaatiota ja vuorovaikutusta helpottavien työtapojen hyödyntämistä.

- Pakolaisuuteen liittyvien traumojen ja kotoutumiseen liittyvien muutoskriisien hoitaminen edellyttää kulttuurisensitiivistä työskentelyä ja kielimuurin ylittäviä menetelmiä.

- Maahanmuuton aktivoimien kotoutumiskriisien, perhe- ja parisuhderoolien ja sukupolviasetelman muutosten työstäminen tukee lapsen ja nuoren lupaa asettua hoitoon:
  - ulkopuolisuuden kokemusten, viranomaisiin kohdistuvan epäluottamuksen ja lastensuojeluun liittyvän byrokratian herättämien väärinymmärrysten kärsivällinen ja huolellinen työstäminen tukee lapsen ja nuoren hoitoprosessia
  - suvun, perheen ja parisuhteen uudelleen asemoituminen aktivoi kipeitä perhekriisejä
  - erityisesti nuoruusiässä sukupolvien välinen arvomurros korostuu, mikäli nuoren kaveripiirissä omaksumat arvot ja tavat ovat suuressa ristiriidassa perheen vaalimien perinteiden kanssa

- Monikulttuurisuus asettaa erityisiä haasteita tutkimus- ja arviointimenetelmille sekä psykiatrisen hoitotyön sisältöjen (esim. lääkehoito, hoidolliset kiinnipidot) aukipuhumiselle.

- Monikulttuurinen näkökulma voi herättää meitä ymmärtämään konkreettisemmin globaalin maailman suurimpia haasteita ja sitä myöten vapauttaa meitä länsimaisen ajattelutapaan syvään juurtuneista yksilökeskeisten perusoletusten harhoista.

Jatkuva uudenlaisten teoreettisten viitekehysten, kuten positiivisen psykologian ja erilaisten hoitomenetelmien ja tukitoimien, kuten esim. Theraplayn, Neurofeedback –hoidon (22), erilaisten ryhmien, koko perheen neuropsykologisen Perhenepsy -kuntoutusmallin, mobiilisovellutusten, tukiviittomien ja tulkkipalveluiden integroituminen osaksi muuta hoitotyötä on tärkeää hoitomallin kehittymisen kannalta. Pitkäjänteinen intensiivihoitomallin osana tehty kehittämis- ja tutkimustyö helpottaa osaltaan hoitotyön vaikuttavuuden ja sen esteiden tunnistamista sekä tukee tutkimustietoon perustuvan hoitotyön menetelmien omaksumista. Jatkuvan moniammatillisen kehittämistyön ja dialogin kautta voidaan välttää liian yksinapaisen hoidollisen viitekehyksen mukanaan tuomia mekanistisia oletuksia ja säilytetään elävä yhteys terapeuttisen hoitotyön pitkään perinteeseen.

Teoreettisen viitekehyksen merkityksestä ympäristökysymysten ratkaisemisessa

Ihmisen taipumus torjua sietämättömiä kokemuksia heijastuu myös siihen, miten suhtaudumme ympäristökysymyksiin. Ympäristöongelmat leikkaavat jo nyt läpi suomalaisen hyvinvointivaltion rakenteita ja niiden merkitys saattaa kasvaa huomattavan nopeasti jatkossa. Searlesin jo vuonna 1972 julkaistussa artikkelissa ympäristökysymysten välttelyn syistä, todetaan suorasanaisesti:

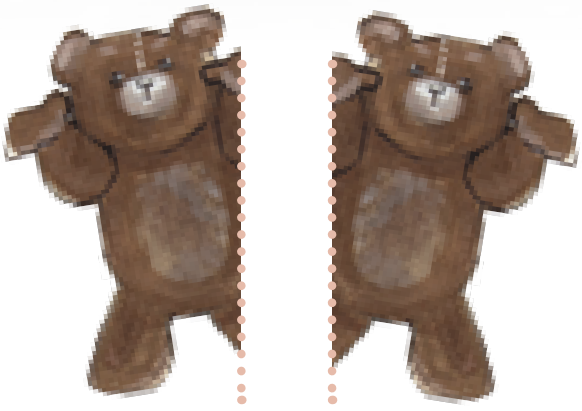
> *”Suurin vaara liittyy siihen tosiseikkaan, että maailma itsessään herättää meidän varhaisimpia ahdistuksiamme ja samaan aikaan tarjoaa harhaisia ’lupauksia’, itse asiassa kuolettavia lupauksia siitä, että voisimme jollakin tavalla välttää ja häivyttää nämä ahdistuksemme, kunhan vain täydellisesti ulkoistamme ja konkretisoimme omat primitiiviset ristiriitaisuutemme, jotka nämä ahdistukset synnyttää. Houkutuksessa vapautua jollain omnipotentilla tavalla omista inhimillisistä ristiriitaisuuksistamme, olemme vaarassa aiheuttaa oman tuhomme” (23)*

Vaikka Searlesin huomioista on jo 45 vuotta, niin psyykkisten ilmiöiden merkityksen ymmärtäminen suhteessa ympäristökysymyksiin on vasta hiljattain tiedostettu. Ihmisen ristiriitaisuuden ymmärtämiseksi tarvitaan toimivia psykologisia teorioita, jotta ihmiset saadaan lamaantumisen ja kieltämisen sijasta voimaantumaan ja rohkaistumaan myös ympäristökysymysten ratkaisemiseksi (24).

Moniammatillinen yhteistyö

Terapeuttiset yhteisöt joutuvat työskentelemään aktiivisesti säilyttääkseen perustehtävänsä riittävän selkeänä mielessään, muutoin on vaarana, että luisutaan toissijaisten korvike-tehtävien suorittamiseen, joiden pääasiallinen funktio saattaa liittyä ahdistukselta suojautumiseen (3). Asiakkaiden odotukset hoitoprosessin suhteen saattavat olla hyvin erilaisia kuin terapeuttisen yhteisön moniammatillisen työryhmän näkemys hoidontarpeesta. Erilaisten tietoisten ja tiedostamattomien odotusten, kuten myös suojautumistarpeiden kohtaaminen asettaa suuria haasteita terapeuttisen yhteisön rajafunktioille, kommunikaatiotavoille ja neuvottelukäytännöille. Monien terapeuttisten viitekehysten yhdistyminen samassa terapeuttisessa yhteisössä on suuri voimavara. Toisaalta eri näkökulmien integroimisen haasteellisuus saattaa myös luoda organisaation toimintaan hauraita alueita, joiden kautta erilaisten projektiivisten mekanismien ja valehtelukommunikaatiomuotojen vaikutukset pääsevät liiaksi vaikuttamaan hoitolinjausten toteutumiseen. Siten eri terapeuttisten viitekehysten tuottamien näkökulmien ja käsitteellistämistapojen integrointia tukeva dialogisuus ja yhteisölliset rakenteet, kuten moniammatilliset työryhmät, raportit, konsultaatio ja työnohjaukset sekä selkeät johtamisen rakenteet ovat perusedellytys hoidon tehokkaan ohjaamisen kannalta.

Moniammatillisen työryhmätyöskentelyn ydin rakentuu toimintojen yhteensovittamisen, yhteistyötavan ja kommunikaation yhdistelmänä, jonka vaativa ympäristö haastaa monella tavalla. Työryhmän jäsenten kokemusten ja taitojen joustavan yhdistymisen kannalta tärkeässä roolissa on työryhmän jaettu mentaalinen malli (25). Sen kautta työryhmän jäsenet hahmottavat ympäristöä ja työryhmän yhteisiä tavoitteita erilaisten haasteiden keskellä. Jokaisen työryhmän jäsenen ei tarvitse tietää kaikki osa-alueita, joita työryhmän tavoitteen saavuttaminen edellyttää, mutta tietty yhteisesti jaettu perustieto täytyy kaikilla olla. Kaikkien pitää ymmärtää työryhmän perustavoitteet riittävän yhdenmukaisesti ja tiedostaa se, mitä niiden saavuttaminen edellyttää. Jokaisen työryhmän jäsenen pitäisi olla riittävän tietoinen siitä, mitä muut työryhmän jäsenet tietävät ja osaavat, mikä on heidän työskentelytapansa ja miten työryhmän kokonaisuutena toimii yhdessä. Mitä nopeam-



min tilanteet vaihtelevat ja mitä nopeampaa reagointia edellytetään tilanteissa, sitä tärkeämpään rooliin työryhmän jaettu mentaalinen malli nousee (25).

Osaston työryhmän toiminnassa voidaan helposti tunnistaa em. tekijöitä, jotka selittävät laadukasta yhteistoimintaa hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Nopea, monilta osin automatisoitunut tunteiden ja käyttäytymisen säätyminen eri työntekijöiden välillä on välttämätöntä nopeasti kehittyvien tilanteiden eskalaation hillitsemiksi. Esimerkiksi työntekijöiden eleiden ja puheen synkronisaatio on usein keskeisessä roolissa, jotta lapsi tai nuori voi alkaa rauhoittua kriisitilanteessa. Vaativien hoitoprosessien ohjaamisen kannalta konsultoimisen taito on ensisijaisen tärkeää, jotta voimakkaiden tunnereaktioiden tutkiminen ja ymmärtäminen olisi mahdollista. Uusi, kokematon työryhmä saattaa kriisitilanteissa kääntyä sisäänpäin, kun taas kokenut työryhmä alkaa aktiivisesti konsultoiden hakea uudenlaista ymmärrystä sietämättömien kokemusten jäsentämiseksi. Kun osaston työryhmän lisäksi otetaan huomioon koko moniammatillinen työryhmä, niin eri ammattiryhmien tietotaidon yhteen sovittaminen nousee keskeiseen rooliin. Moniammatillisen dialogin kehittymisen esteiden ylittämiseksi täytyisi löytää riittävä tasa-arvoisuus ja luottamus ilman, että menetetään ymmärrystä eri ammattiryhmien erilaisista perustehtävistä. Työryhmien toiminnan kannalta liian hierarkkinen ja jäykkä rakennelma eri ammattiryhmien välillä, saattaa estää avunpyynnön tilanteissa, joissa erilaiset vaikeasti tiedostettavat häpeän, avuttomuuden ja lamaannuksen tunteet uhkaavat vallata työntekijöiden mielen. Luottamuksellinen suhde osaston työryhmän tukena työskenteleviin eri ammattiryhmien edustajiin on välttämätöntä aidon ymmärtävän dialogin syntymiseksi. Jatkuva konkreettinen yhteistyö ja tarpeen mukaan kokoontuvat moniammatilliset hoidon tukiryhmät vahvistavat moniammatillista dialogia arjen haastavien tilanteiden ratkaisemiseksi.

Moniammatillisen työryhmän toimintaa voisi kuvata kollektiivisen, hajautetun asiantuntijuuden käsitteillä, jolloin eri näkökulmia ja tiedonaloja risteyttävä asiantuntijuus nousee keskeiseen asemaan (26,27,28). Monimutkaisten eri alojen asiantuntemusta edellyttävien ongelmien ratkaiseminen edellyttää asiantuntijuusrajojen ylittämistä (26). Yhteisön hajautetussa asiantuntijuudessa on tärkeä osata suhteuttaa oma osaaminen muiden työryhmän jäsenten osaamiseen, jotta voidaan yhteistyössä pyrkiä luovaan tiedon ja ymmärryksen integroimiseen. Se saattaa merkitä myös uusien työnjaollisten suhteiden syntymistä työntekijöiden välille. Yksilöiden omaavan ”vertikaalisen” asiantuntijuuden rinnalle tarvitaan moniammatillisen yhteistyön kautta syntyvää ”horisontaalista” asiantuntijuutta (29):

> *”Yhteisöllisyyden lähtökohta seuraa siitä, että kukaan ei enää hallitse yksin asiantuntijatyön kohteiden mutkikkuutta; yhteisöllinen asiantuntijuus on ilmiselvästi enemmän kuin yksilöasiantuntijuuksien summa. Sivusuuntaisen kehityksen lähtökohta seuraa siitä, että asiantuntijatehtävien suorittaminen vaatii monia, kilpailevia ja toisiaan täydentäviä näkökulmia, teorioita ja osaamistraditioita – niiden rajojen yli liikkuminen ja yhdistely on ratkaisevaa.”(30)*

Moniammatillisen yhteistyön ja asiantuntijuuden kehittyminen on useita vuosia kestävä prosessi (27). Vähitellen muotoutuva monitasoinen yhteistyön kulttuuri edellyttää toistuvia yhteisöllisyyttä rakentavia vuorovaikutusepisodeja ja jatkuvaa dialogia. Monilta osin kyse on ei-eksplisiittisen, hiljaisen tiedon vähittäisestä kasautumisesta riittävän pitkään jatkuneen moniammatillisen yhteistyön kautta.

"Hiljainen kollektiivinen tieto on välttämätöntä niin yksilöllisessä kuin yhteisöllisessä tiedon rakentamisessa. Myös suuri osa asiantuntijuuden taitotiedosta pohjautuu hiljaiseen kollektiiviseen tietoon."(31)

Vähitellen muotoutuvalle moniammatilliselle yhteistyölle ja jaetulle ymmärrykselle on monentyyppisiä esteitä.

"Kollektiivisen tiedonmuodostuksen kokemuksellisia, sosiaalisia ja rakenteellisia esteitä asiantuntijatyössä voivat olla 1) hierarkiat ja valtapositiot, 2) tavat ja tottumukset, 3) kognitiivinen asymmetria, 4) kieli ja terminologiat, 5) sukupuoli, 6) ikä, 7) etninen tausta, 8) emootiot, 9) luottamuksen puute, 10) liiallinen luottamus, 11) yksilölliset intressit, 12) kiire ja aikapolitiikka, 13) kilpailu ja kilpailuttaminen ja 14) organisaatiotilojen asettamat rajoitukset. Nämä kaikki tekijät vaikuttavat siihen, miten asiantuntijat kohtaavat toisensa ja miten tiedonmuodostuksen kehkeytyminen asiantuntijoiden kesken on mahdollista. Esteistä huolimatta kollektiivinen tiedonmuodostus voi myös joskus onnistua."(32)

Intensiivihoidon moniammatillisen työryhmän kollektiivisen asiantuntijuuden kehittymisen haasteina voidaan tunnistaa useimmat edellä mainituista esteistä. Niiden ylittäminen on edellyttänyt mm. pitkäjänteistä ja ennakkoluulotonta sitoutumista moniammatilliseen työskentelyyn, selkeiden hoidollisten ja johtamisrakenteiden luomista, toimintaprosessien mallintamista ja tietoista ponnistelua erilaisten tunneprosessien, vuorovaikutus- ja ryhmäilmiöiden sekä organisaatioon huomaamatta syntyvien systeemisten ilmiöiden tunnistamiseksi. Kaikesta vuosikausia jatkuneesta työstä ja kertyneestä tietotaidosta huolimatta, intensiivihoidon hoidollisten kulttuurin ylläpitäminen vaatii monella eri tasolla toteutuvaa päivittäistä ponnistelua.

Moniammatillinen dialogi ja hoidon tavoitteet

Moniammatillisissa hoitotiimeissä kootaan lapsen ja perheen hoitoprosessin eri puoliin liittyvä ymmärrys lapsen hoitoprosessin ohjaamiseksi. Hoitotyössä tarvitaan riittävän selkeä käsitys hoidon keskeisistä tavoitteista, joten hoitotiimeissä paluu hoidon konkreettisten osatavoitteiden tasolle on tärkeää. Hoidon käännekohtiin liittyvissä kriisivaiheissa jännite eri teoreettisten näkökulmien ja käytännön hoitotyössä kaivattavien keinojen välillä kas-

vaa herkästi suureksi, jolloin on vaarana, että konkreettisten ratkaisujen löytämisen pakko jumittaa tarkastelun liiaksi käyttäytymisen hillitsemiseksi tarvittavien keinojen etsimiseen. Tällöin lapsen ja nuoren ilmikäyttäytymisen taustalle jäävät vaikeammin tunnistettavat tekijät ja systeemiset ilmiöt saattavat jäädä liian vähälle huomiolle. Toisaalta mikäli teoreettiset näkökulmat dominoivat liiaksi keskustelua on vaarana, että aidon monitasoisen dialogin sijasta ajaudutaan arjen konkretiasta irtautuvaan teoreettiseen pohdiskeluun. Haastavien ja monimutkaisten hoitoprosessien ohjaamisessa tarvitaan saumatonta ja nopeasti syntyvien uusien tilanteiden mukaan muuntuvaa joustavaa yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä, eräänlaista solmutyöskentelyä:

> *"Solmutyöskentelyssä on yhdistettävä improvisoiva ongelmanratkaisu ja pitkäjänteinen suunnitelmallisuus. Solmutyöskentely edellyttää nopeaa luottamuksen ja yhteisen kielen muodostamista. Solmutyöskentely vaatii toimijoiden erilaisten sosiaalisten kielten ja "äänten" tunnistamista ja orkestrointia yhteen."(33)*

Hoitotiimityöskentelyä tukee tarpeen mukaan kokoontuvat moniammatilliset hoidon tukiryhmät, jotka:

- tapaavat riittävällä tiheydellä, jotta hoitoprosessin ohjaamisessa säilyy riittävä yksilöllisyys ja reaaliaikainen dynaamisuus
- omaavat riittävän laajan eri alojen asiantuntemuksen, etsiä tiiviissä yhteistyössä osaston työryhmän kanssa:
  - hienovaraista ymmärryksen ja ajattelun tilaa sietämättömien, poislohkottujen kokemusten integroimiseksi
  - optimaalista ennakoivaa, turvallisuuden tunnetta ja identiteetin jatkuvuutta tukevaa hoitolinjaa
  - sopivia terapeuttista kohtaamista tukevia välineitä ja ulospääsykeinoja hoidollisista umpikujatilanteista
  - keinoja suojella työryhmän ja terapeuttisen omahoitajuuden rajafunktiota, jotta tunnistettaisiin ajoissa rajafunktion pettämisen merkkejä ja vältyttäisiin hoidon rajojen ylityksiltä ja sijaistraumatisoitumiselta

Hoitotiimin suhteesta asiakassuunnitelmaneuvotteluun ja hoitokokoukseen

Hoitotiimien ja asiakassuunnitelmaneuvotteluiden välillä on olemassa jännite siltä osin, kun asiakkaat ovat mukana asiakassuunnitelmaneuvotteluissa, mutta he eivät ole mukana hoitotiimeissä. Asiakastyössä dialogisuuden vahvistuminen on tärkeä tavoite ja edellyttää ennakkoluulotonta, moniäänisyyden kuulemiselle herkistyvää asennoitumista, jotta asiakkaiden ääni ei jää alisteiseksi byrokraattisten valtarakenteiden ja asiantuntijanäkökulmien alle (34). Dialoginen asennoituminen ja tulevaisuuden ratkaisuja ennakoivien dialogien käyttäminen tarjoaa välineitä mm. asiakaslähtöisyyden vahvistamiseen, neuvottelujumien ylittämiseen ja verkostojen voimavarojen löytämiseen.

> *"Kun tehtävänä on generoida jaettua kieltä ja yhteisiä ymmärtämisen muotoja, ammattilaisilla on suuri haaste: kuinka käyttää ammatillista tietoaan ja kokemustaan tuon yhteistuotoksen hyväksi. Ammattilaisilla on esiymmärryksensä ja ennakkokuvansa (kuten muillakin); juuri niiden ansioistahan ihmiset pystyvät muodostamaan käsityksiä ja subjektiivista mielekkyyttä. Mutta ammattilaisten ennakko-oletukset, kuten esiin pyrkivät diagnostiset ideat ja niistä seuraavat hoito-ohjelma –ajatukset, voivat tuottaa "hälyä", joka estää kuuntelemasta toisia. Dialogin edistäminen häiriytyy.*

> *Esiymmärrystä joka tapauksessa on. Tuon peri-inhimillisen ja ymmärrysprosessille keskeisen tekijän poispyyhkiminen ei voi olla dialogisuuden ennakko-ehto. Niinpä on ratkaisevan tärkeää, että ammattilaiset ovat valmiita muuttamaan käsityksiään, sen sijaan että pakottaisivat niitä toisille. Monitoimijaisia tilanteita on vaikea hallita yksisuuntaisesti (35)."*

Hoitotiimien ja asiakassuunnitelmaneuvotteluiden välisen jännitteen pienentäminen ja asiakaslähtöisyyden vahvistaminen on tärkeä tavoite, mutta se ei saa johtaa hoitoprosessin johdonmukaisuuden ja lapsen tai nuoren edun sivuuttamiseen. Erillisyys hoitosuosituksia antavien hoitotiimien ja päätöksiä tekevien asiakassuunnitelmaneuvotteluiden välillä voi myös osaltaan turvata hoidon suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta. Hoitotiimin rauhallinen ilmapiiri tukee moniammatillista, tutkivaa dialogia, jossa pohditaan hypoteeseja lapsen ja nuoren usein vaikeasti hahmotettavista käyttäytymisen ja psyykkisen voinnin muutoksista osastolla ja muissa kehitysympäristöissä. Asiantuntijoiden täytyy kyetä perustelemaan näkökulmansa ja selkeiden rajojen asettaminen saattaa olla välttämätöntä vaikeasti havaittavien ilmiöiden ymmärtämisen kannalta. Lapsen ja nuoren erityisten kehityksellisten tarpeiden ja perheen voimavarojen ja toimintakyvyn välillä saattaa olla kuilu, jonka ylittäminen edellyttää riittävän selkeiden tavoitteiden ja toimintastrategioiden määrittämistä, jotta lapsen ja nuoren etu ei vaarannu. Asiakkaiden suojaaminen on myös tärkeä osa hoitoa ja vertailukohtana voisi mainita sen, että somaattisten sairauksien kohdalla ei aina ole asiakkaiden edun mukaista kuulla asiantuntijoiden hypoteeseja mahdol-

lisista oireyhtymistä, joiden poissulkeminen on välttämätöntä. Hoitotiimeistä luopuminen saattaa johtaa korvaavien ”käytäväkeskusteluiden” ja muiden piilorakenteiden syntymiseen, peri-inhimillisestä esiymmärryksestä (34) nopeasti kumpuavien oletusten, häiritsevien vastatransferenssivasteiden (36) ja erilaisia suojautumistarpeita tyydyttävän valehtelukommunikaation (37) ylivaltaan neuvottelutilanteissa. Tällöin hoitoprosessin ymmärrysavaruus uhkaa supistua, jolloin lapsen, nuoren ja sitä kautta pidemmällä aikavälillä myös perheen etu saattaa karata.

Moniammatillisessa terapeuttisessa yhteisössä erilaisten rajasysteemien (38) jatkuva tutkiminen on tarpeellista, jotta hoitoprosessin elinvoimaisuus ja dynaamisuus voisi säilyä. Terapeuttisen yhteisön rajasysteemien nostaminen hoidollisen näyttämön keskiöön tukee asiakaslähtöistä hoitotyötä, aitojen terapeuttisten kohtaamistilanteiden ja elävien muutosprosessien syntymistä.

Rajasysteemien kautta työskentely tukee asiakaslähtöistä hoitotyötä

- lisäämällä asiakasperheen ja hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien yhteistyöpinnan avoimuutta, läpinäkyvyyttä ja muutokseen pakottavaa tunnevoimaa
- vahvistamalla perheen aktiivista kumppanuutta hoitoprosessissa
- vähentämällä asiakasperheen ulkopuolisuuden ja tarkkailun kohteena olemisen tunnetta ja sitä kautta epäluottamusta ja salailua hoitoyhteisöä kohtaan
- vähentämällä jäykkien hoitorakenteiden ja -käytäntöjen sisälle piiloutuvien lausumattomien vihamielis-kontrolloivien oletusten, manipuloivasti muuttamaan pyrkivien toimenpiteiden ja hallitsemattomien tiedostamattomien halkomisten ja fantasioiden syntymistä hoitoyhteisön sisälle
- lisäämällä hoitoyhteisön sisäistä vuoropuhelua ja avointa dialogia asiakasperheen konkreettisesta todellisuudesta ja tarvittavista terapeuttisista ja kuntouttavista keinoista sen muuttamiseksi toivottuun suuntaan

Rajasysteemien huolellinen tutkiminen ja ymmärtäminen suojaavat projektiivisten mekanismien kautta tapahtuvalta asiakasperheen dynamiikan hallitsemattomalta siirtymältä hoitoyhteisön kannettavaksi. Rajasysteemien kautta työskenteleminen voi vähentää hoitoyhteisön sisälle rakentuvien piilovaikutusten hallitsemattomia negatiivisia vaikutuksia asiakastyössä.

Hoitotiimeissä luotu ymmärrys lapsen ja nuoren sekä perheen ja lähiverkoston hoidontarpeista tuodaan asiakassuunnitelmaneuvotteluihin, joissa pyritään yhdessä perheen ja sosiaalityöntekijän kanssa määrittelemään hoidon tavoitteet ja niiden toteutumista edellyttävät toimet. Harvakseltaan toteutuvien asiakassuunnitelmaneuvottelujen rinnalla työskennellään aktiivisesti hoitokokouksissa, joissa on mukana lapsen ja perheen lisäksi eri ammattiryhmiä tarpeen mukaan. Hoitokokoukset sijoittuvat asiakassuunnitelmaneuvottelun ja terapeuttisten tapaamisten välimaastoon, jolloin hoidon tavoitteista käytävään keskusteluun liittyy luontevasti erilaisia terapeuttisen työskentelyn elementtejä. Tiivis yhteydenpito ja hoitokokoustyöskentely tukevat rajasysteemien dialogisen avoimuuden, luottamuksen ja jaetun ymmärryksen syntymistä. Dialogisen asennoitumisen tärkeä ja haasteellinen opetus liittyy siihen, että yhteisen ymmärryksen alueen luominen edellyttää kuuntelemisen taitoa ja jäykistä ennakkoasenteista luopumista (34). Kenelläkään ei viime kädessä ole lopullista oikeata näkökulmaa tilanteissa, joissa lapsen ja nuoren edun parhaiten toteuttavan ratkaisun löytäminen edellyttää kaikkien yhteisen jaetun näkökulman syntymistä ja yhteistä ponnistelua.

Intensiivihoidon näkökulma moniammatillinen yhteistyön mahdollisuuksiin ja haasteisiin

- Haastavien ja monimutkaisten hoitoprosessien ohjaaminen edellyttää eri ammattiryhmien asiantuntijuusrajojen ylittämistä ja nopeasti syntyvien uusien tilanteiden mukaan muuntuvaa joustavaa yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä.

- Moniammatilliselle yhteistyölle ja horisontaaliselle asiantuntijuudelle on monia esteitä ja sen syntyminen on hidas, vuosia kestävä prosessi, joka edellyttää luottamusta, kunnioittamista ja sopivaa erillisyyttä eri ammattiryhmien välillä.

- Terapeuttisten viitekehysten tuottamien näkökulmien ja käsitteellistämistapojen integrointia tukevat yhteisölliset rakenteet, kuten moniammatilliset hoitotiimit, raportit, konsultaatio ja työnohjaukset sekä selkeät johtamisen rakenteet ovat perusedellytys hoidon tehokkaan ohjaamisen kannalta.

- Moniammatillisen terapeuttisen yhteisön sisäistä ammatillista vuoropuhelua tukevien rakenteiden ja asiakastyön monitasoisen hoidollisen dialogin sopiva erillisyys voi osaltaan tukea lasten, nuorten ja perheiden edun toteutumista rajasysteemien kautta työskenneltäessä.

- Dialogisen asennoitumisen tärkeä ja haasteellinen opetus liittyy siihen, että yhteisen ymmärryksen alueen luominen edellyttää kuuntelemisen taitoa ja jäykistä ennakkoasenteista luopumista.

Lähteet

1. **Winnicott**, D.W. (1971). *Playning and Reality*. Routledge: London.

2. **Dockar-Drysdale**, B. (1990). *The Provision of Primary Experience: Winnicottian Work with Children and Adolescents.* Free Assoc. Books.

3. **Ward**, A. (2003) *The Core Framework*. Teoksessa: Ward, A., Kasinski, K., Pooley, J. & Worthington, A. (Toim.) Therapeutic Communities for Children and Young People. Jessica Kingsley Publishers, London. 21-42.

4. **Fonagy**, P., **Gergely**, G., **Jurist**, E. & **Target**, M. (2004). Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self. Karnacbooks. London.

5. **Suokas-Cunliffe**, A. (2006) *Lapsuuden kompleksisen traumatisoitumisen seuraukset aikuisuudessa.* Yleislääkärilehti nro 6, 21.

6. **Ogden**, P., **Minton**, K. & **Pain**, C. (2006). *Trauma and the body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy.* W.W.Norton & Company. London.

7. **Wieland**, S. (2011). *Dissociation in children and adolescents: what it is, how it presents, and how we can understand it. S. 1–27.* Teoksessa: Wieland, S. (toim.): Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Intenventions. New York: Routledge, 2011.

8. **Van der Kolk**, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma.* Viking Penguin. New York.

9. **Schore**, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. W.W. Norton & Company Ltd. New York.

10. **Panksepp**, J. (2004). *Biological psychiatry sketched – past, present and future.* Teoksessa: Panksepp, J. (Toim.) Textbook of Biological Psychiatry. Wiley-Liss. New Jersey. 3-32.

11. **Kendler**, K. (2005). *Toward a philosophical structure for psychiatry*. Am J Psychiatry 162: 433–440.

12. **Juva**, K., **Hublin**, C., **Kalska**, H., **Korkeila**, J., **Sainio**, M., **Tani**, P. & Risto **Vataja** (2011). *Kliininen neuropsykiatria.* Duodecim.

13. **Piha**, J. (1999). *Lapsikeskeinen perheterapia.* Teoksessa: Aaltonen, J. & Rinne, R. (toim.) Vuoropuhelua vuosituhannen vaihteessa. Gummerus. Jyväskylä. 14–20.

14. **Goldenberg**, I. & **Goldenberg**, H. (1996) *Family Therapy. An Overview*. Brooks/Cole Publishing Company: Pasific Grove.

15. **Minuchin**, S. & **Fishman**, H. C. (2004). *Family Therapy Techniques.* Harvard University Press: Cambridge.

16. **Bentovim**, A. & **Miller**, L. (2006). *Perhearviointiopas*. Perheen voimavarojen, vahvuuksien ja vaikeuksien arviointimenetelmä. Suomen Mielenterveysseura. Vantaa. Multiprint Oy.

17. **THL** (2017). *Maahanmuuttajat lastensuojelun asiakkaina*. https://www.thl.fi/fi/web/lasten-suojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymyk-set/monikulttuurisuus/maahanmuuttajat-lastensuojelun-asiakkaina (luettu 4.2.2017).

18. **Lehto**, P. (2009). *Vaativahoitoisten lasten ja nuorten jatkohoitoyksikön asiakasanalyysi.* Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu DIAK, Helsinki.

19. **Blatter-Pohja**, M. (2010). *Monikulttuuristen lasten tie intensiivihoitoon sosiaalitoimen päätösten ja asiantuntijatekstien kautta*

tarkasteltuna. Helsingin Diakonissalaitoksen lapsi- ja perhetyö. Julkaisematon tutkimus.

20. **Katisko**, M. (2013). *Maahanmuuttajataustaiset perheet lastensuojelun asiakkaina.* Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja C Katsauksia ja aineistoja 25. Juvenes Print Oy, Tampere.

21. **Arvonen**, A., **Katva**, L & **Nurminen**, A. (2010). Maahanmuuttajien oppimisvaikeuksien tunnistaminen. WS Bookwell Oy. Juva.

22. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K., **Vihervaara**, M., **Martikainen**, S. & **Silander**, K. (Tulossa) *Neurofeedback – hoito lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten aktiivisuus ja tarkkaavuushäiriöoireiden hoitamisessa.* Valmisteilla oleva esitutkimus.

23. **Searles**, H. (1972). *Unconscious processes in relation to the environmental crisis.* Psychoanalytic Review, 59(3), 361–374.

24. **Dodds**, J. (2011). *Psychoanalysis and Ecology at the Edge of Chaos*. Complexity Theory, Deleuse/Guattari and Psychoanalysis for a Climate in Crisis. Routledge. New York.

25. **Koslowski**, S.W. & Ilgen, D.R. (2006). *Enhancing the effectiveness of work groups and teams.* Psychological science in the public interest, 7, 77–124.

26. **Parviainen**, J. (2006). *Kollektiivinen tiedonrakentaminen asiantuntijatyössä.* Teoksessa: Parviainen, J. (Toim.) Kollektiivinen asiantuntijuus. Tampere University Press. Sähköinen julkaisu ISBN 951-44-6658-6. 155–187. https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/65372/kollektiivinen_asiantuntijuus_2006.pdf?sequence=1 (luettu 16.1.2017).

´27. **Hakkarainen**, K. & **Paavola**, S. (2006). *Kollektiivisen asiantuntijuuden mahdollisuuksia ja rajoituksia – kognitiotieteellinen näkökulma.* Teoksessa: Parviainen, J. (Toim.) Kollektiivinen asiantuntijuus. Tampere University Press. Sähköinen julkaisu ISBN 951-44-6658-6. 214–272. https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/65372/kollektiivinen_asiantuntijuus_2006.pdf?sequence=1 (luettu 16.1.2017).

28. **Hakkarainen**, K., **Lallimo**, J. & **Toikka**, S. 2012. *Kollektiivinen asiantuntijuus ja jaetut tietokäytännöt.* Aikuiskasvatus 32 (4), 246–256.

29. **Engeström**, Y. (2006). *Kaksikätinen asiantuntijaorganisaatio*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2/2006. Helsinki. ISBN 951-740-609-6 (pdf).

30. **Engeström**, 2006, 13.

31. **Parviainen**, 2006, 163.

32. **Parviainen**, 2006, 173–174.

33. **Engeström**, 2006, 14.

34. **Seikkula**, J. & Arnkil, T. E. (2009). *Dialoginen verkostotyö*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

35. **Seikkula** & Arnkil 2009, 172.

36. **Tähkä**, V. (1997). *Mielen rakentuminen ja psykoanalyyttinen hoitaminen.* Helsinki: WSOY.

37. **Varilo**, E., **Lounavaara-Rintala**, H., **Vuornos**, P., **Wahlbeck**, J-C. & Varilo, L. (1999) *Lastensuojeluperhe – malli ja toiminta sekä tällaiseen perheeseen kuuluvan nuoren hoito.* Teoksessa: Aaltonen, J. & Rinne, R. (Toim.) Perhe Terapiassa. Vuoropuhelua Vuosituhannen Vaihtuessa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 50–59.

38. **Seikkula**, J. (1991). Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

6.

Koulu ja kansalaistoiminta yhteistyökumppaneina

Koulu osastohoidon kuntoutuskumppanina

Sanna Välitalo

Sujuva koulunkäynti on merkityksellinen asia lapsen ja nuoren elämässä. Koulu on paikka, jossa lapset ja nuoret viettävät aikaansa lukuisia tunteja viikossa vuodesta toiseen. Koulussa harjoitellaan kognitiivisten taitojen lisäksi monia elämän kannalta tärkeitä taitoja; näistä merkityksellisimmiksi nousevat erilaiset sosiaaliset taidot sekä tunne-elämäntaidot. Näitä taitoja harjoitellaan päivittäin opiskelemalla vertaisryhmässä. Koulunkäynnin tarkoituksena kognitiivisten taitojen oppimisen lisäksi on oppia tulemaan toimeen muiden ihmisten kanssa. Koulunkäynnillä onkin vahva sosiaalistamisen tehtävä ja koulu mallintaa ja edustaa sitä käyville lapsille ja nuorille yhteiskuntaa pienoiskoossa (1). Arkisessa kanssakäymisessä opillisten taitojen harjoittelemisen lisäksi koulussa opitaan elämän kannalta tärkeitä

asioita ja vertaisryhmässä pärjäämisellä on iso merkitys mm. itsetunnon kehittymisen kannalta (2).

Syksyllä 2016 voimaan tullessa perusopetuksen opetussuunnitelmassa korostuu vahvasti ajattelun ja oppimaan oppimisen taitojen lisäksi vuorovaikutustaidot, sosiaaliset taidot, tunne-elämäntaidot sekä itsestä huolehtimisen ja arjen taidot (3). Peruskoulun loppuunsaattamisella ja päättötodistuksen saamisella on myös syrjäytymistä ehkäisevä vaikutus (4, 5). Ilahduttavaa on, että painopistealue opetussuunnitelmassa oppisisältöjen hallinnasta on siirtynyt laaja-alaisemmin ihmisenä kasvamisen taitoihin. Tämä lisännee myös kouluviihtyvyyttä tulevaisuudessa.

Aina koulunkäynti lapsen tai nuoren kohdalla ei kuitenkaan suju odotetulla tavalla. Syinä tähän voivat olla esimerkiksi laaja-alaiset oppimisen vaikeudet, ryhmässäolemisen vaikeudet puutteellisten sosiaalisten ja/tai tunne-elämäntaitojen vuoksi tai lapsen elämässä vallitsevien elinolosuhteiden vaikeudet. Näistä vaikeuksista johtuen lapsen tai nuoren kohdalla saatetaan päätyä kodin ulkopuoliseen sijoitukseen ja koulunkäynnin vaikeuksiin avuksi voi tulla sairaalakoulu.

Sairaalakoulussa opiskelu on aina väliaikainen ratkaisu ja opiskelujakson tavoitteena on, että lapsi tai nuori palaa takaisin omaan kotikouluunsa tai hänelle etsitään sairaalakoulujakson aikana hänen yksilöllisiin tarpeisiin parhaiten vastaava koulumuoto. Sairaalakoulussa opiskeleva lapsi tai nuori tarvitsee usein vahvaa tukea muun muassa oman käyttäytymisen säätelyyn, ryhmätaitojen harjoittelemiseen ja vuorovaikutustaitojen kehittymiseen. Sairaalakoulun lisäksi lapsi tai nuori tarvitsee myös hoidollista tukea näiden asioiden opettelemiseen.

Helsingin Diakonissalaitoksen Lapsi- ja perhepalveluissa toimivat intensiivi- ja laitoshoidonyksiköt tekevät yhteistyötä eri koulujen kanssa. Yksi pitkäaikaisista yhteistyökumppaneista on Helsingissä toimiva Sophie Mannerheimin koulu. Yhteistyö on ollut vuodesta 2000 alkaen tiivistä ja tiivistyi entisestään, kun vuonna 2009 Pitäjänmäellä sijaitsevien osastojen yhteyteen perustettiin Sophie Mannerheimin koulun alainen kouluyksikkö. Yksikkö on nimeltään Sylvesterintien yksikkö ja siitä käytetään myös nimitystä koulukuntouttava luokka. Yksikkö tarjoaa perusopetuksen opetussuunnitelman mukaista opetusta 12 oppilaalle ja henkilökuntana yksikössä on 2 erityisluokanopettajaa, koulunkäyntiavustaja sekä osastoilta päivittäin koulutyön sujumista on turvaamassa yksi osaston aikuinen (6).

Koulukuntouttavan luokan oppilaina ovat lapset tai nuoret, joiden ikätasoiset sosiaaliset, tunne-elämän hallinnan ja koulunkäynnin perusvalmiudet ovat vielä harjaantumattomat ja joiden koulunkäynti tarvitsee vielä tukea onnistuakseen erityisluokkaryhmässä tai sairaalakoulun kahdeksan oppilaan ryhmässä.

Koulukuntouttavan jakson jälkeen tavoitteena on, että oppilaat siirtyvät oppilaan tilanne huomioiden, joko sairaalakoulun isompaan opetusyksikköön, muuhun soveltuvaan erityisopetuksen luokkaryhmään, yleisopetukseen tai jatko-opintoihin toiselle asteelle. Koulukuntouttavan luokan toiminnan tavoitteena on vahvistaa ja rakentaa oppilaan sosiaalisia ja tunne-elämän hallinnan taito- ja koulu- ja ryhmäkuntoisuutta tukeviksi taidoiksi. Oppilaiden ikätasoisten sosiaalisten vuorovaikutustaitojen ja ryhmäkykyisyyden

rakentuminen ovat keskeisiä tavoitteita koulukuntoutusjaksolla. Vuosiluokkakohtaiset oppiainetavoitteet, aihekokonaisuudet, koulun arvopohja ja toiminta-ajatus kulkevat Sophie Mannerheimin koulun opetussuunnitelman mukaisesti osana koulukuntouttavan luokan toimintaa.

Opetus järjestetään 2–8 oppilaan opetusryhmissä, päivittäinen koulupäivän pituus on 1–6 tuntia oppilaan kokonaistilanne huomioonottaen. Tarvittaessa opetusta voidaan järjestää tilapäisesti hoito-osastoilla. Kouluajat suunnitellaan tiiviissä yhteistyössä osaston työryhmän ja huoltajien kanssa. Kouluun ja osastoille kulkemiset suoritetaan tarvittaessa osastojen aikuisten valvonnassa, jotta kulkemiset voidaan hoitaa aikuisjohtoisesti ja turvallisesti. Kotitehtävien ja opintotehtävien tekeminen suoritetaan osastoilla tarvittaessa aikuisen avustuksella. Sen lisäksi oppilaille suunnitellaan yhteistyössä osastojen henkilökunnan kanssa koulu- ja kokonaiskuntoutusta tukevaa osastotoiminnan puitteissa tapahtuvaa toimintaa, joka voidaan hyväksilukea osana koulusuorituksia (7).

Koulun, osaston ja oppilaan huoltajien toimiva ja tiivis yhteistyö on isossa roolissa lapsen ja nuoren kuntoutumisessa.

Arkipäivissä erityisesti koulu ja osasto toimivat säännöllisessä yhteistyössä, koska koulukuntouttavan luokan oppilaat ovat huostaanotettuja ja he ovat sijoitettuna joko intensiivi- tai laitoshoidon yksiköihin koulun sijaitessa samassa pihapiirissä. Yhteistyö perustuu ennen kaikkea luottamukseen ja arvostukseen (8). Molemmilla ammatillisilla toimijoilla on vankka luottamus ja arvostus toistensa ammattitaitoon sekä yhteinen päämäärä lapsen tai nuoren kokonaiskuntoutumiseksi. Näitä päämääriä ja tavoitteita tarkastellaan säännöllisesti järjestettävissä kasvukeskusteluissa, joihin myös lapsi tai nuori itse osallistuu huoltajansa kanssa. Luottamukseen perustuvassa ilmapiirissä lapsen ja nuoren asioista voidaan puhua häntä ja hänen lähipiiriään arvostavalla tavalla ja vaikeatkin asiat voidaan nostaa esiin harjoiteltaviksi taidoiksi.

Jokaisen yksilön hyvinvoinnin kannalta tärkeää on, että hän tulee nähdyksi ja kuulluksi kokonaisena ja juuri sellaisena kuin on (9, 10). Päivittäinen yhteistyö koulun ja osaston välillä takaa sen, että lapsi tai nuori tulee nähdyksi kokonaisena kaikissa toimintaympäristöissään ja voi harjoitella samoja asioita häntä auttavien ja kasvussa tukevien aikuisten avustuksella kaikissa toimintaympäristöissään. Helsingin Diakonissalaitoksella sijoitettuna olevilla lapsilla ja nuorilla on usein laaja-alaisia oppimisen ongelmia, tarkkaavuuden säätelyyn ja ylläpitämiseen liittyviä vaikeuksia sekä puutteita sosiaalisten ja tunne-elämän taitojen hallinnassa (11). Nämä vaikeudet leimaavat usein myös lapsen tai nuoren koulutyötä. Tämän vuoksi on tärkeää, että lapsen ja nuoren hoidosta vastaavat henkilöt ja koulun väki ovat tiiviissä yhteistyössä ja voivat auttaa lasta laaja-alaisesti.

Koulun ja osaston tiivis yhteistyö on välttämätöntä lasten ja nuorten koulunkäynnin tukemiseksi.

Kasvaminen yhteiskunnan täysivaltaiseksi jäseneksi ei ole aina helppoa. Kasvaminen tekee ajoittain kipeää ja siihen lapsi tai nuori tarvitsee kaverisuhteiden lisäksi aikuisten tukea. Osan lasten tai nuorten elämää leimaavat monialaiset ongelmat, jotka voivat periytyä sukupolvien ketjussa. Tärkeä tehtävä tällä hetkellä laaja-alaisesti suomalaisessa yhteiskunnassa on huono-osaisuuden vähentäminen ja syrjäytymisen ehkäisy. Lapsen ja nuoren ikätasoiseen ja tasapainoiseen, hyvään kehitykseen vaikuttavat monet tekijät ja kaikki lapsen ja nuoren elämässä mukanaolevat aikuiset voivat olla vaikuttamassa tähän. Ajoittain on niin, että lapsi tai nuori tarvitsee kasvunsa ja kehityksensä tueksi koulun tukitoimien lisäksi kodin ulkopuolista tukea esimerkiksi lastensuojelulaitoksen tarjoaman intensiivihoidon muodossa. Tällöin koulun ja osastojen aikuisten rooli lapsen ja nuoren elämässä korostuu ja heillä on merkittävä rooli mm. aikuisuuden mallin näyttäjänä, kannustavan ja realistisen palautteen antajina sekä lapsen ja nuoren hyväksymisessä sellaisena kuin hän on. Yhteistyön tulokset näkyvät ilahduttavasti jo koulukuntouttavan ja osastohoidon jakson aikana, mutta ennen kaikkea niillä on mahdollisuus heijastua lapsen tai nuoren elämään koko hänen loppuelämäänsä ajatellen.

Monitasoisen kouluyhteistyön merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon integroivien palveluiden kannalta

- Koululla on suuri merkitys lapsen ja nuoren sosiaalisten taitojen kehittymisen tukemisessa ja sijoitettujen lasten kohdalla koulun sujuminen on nostettu yhdeksi keskeiseksi tekijäksi tukea lasten ja nuoren kehitystä sekä ehkäistä ylisukupolvisten hyvinvointiongelmien kasautumista.

- Intensiivihoitoon sijoitettujen lasten ja nuorten laaja-alaiset oppimisen ja kehityksen haasteet asettavat erityisiä vaateita koulun ja moniammatillisen terapeuttisen yhteisön monitasoiselle ammatilliselle yhteistyölle, jota tukee:
  - eri toimijoiden vankka luottamus ja arvostus toistensa ammattitaitoon sekä yhteinen päämäärä lapsen tai nuoren kokonaiskuntoutumiseksi
  - tiivis, päivittäinen yhteistyö koulun ja osaston välillä, jotta lapsi tai nuori tulee nähdyksi kokonaisena kaikissa toimintaympäristöissään ja voi harjoitella samoja asioita häntä auttavien ja kasvussa tukevien aikuisten avustuksella kaikissa toimintaympäristöissään
  - lapsen ja nuoren elämäntilanteen laaja-alainen tarkastelu ja tarvittavat tutkimukset ja kuntoutukset, jotta lapsen ja nuoren erityistarpeet voidaan huomioida opetuksessa riittävän hyvin
  - aktiivinen työskentely lapsen tai nuoren, vanhempien ja muun lähipiirin kanssa, joka tukee avoimuuteen ja luottamukseen perustuvaa, tavoitteellista koulutyötä

- Sophie Mannerheimin sairaalakoulun kanssa tehdään monitasoista yhteistyötä lasten ja nuorten koulunkäynnin tukemiseksi:
  - koulukuntouttavan luokan oppilaina ovat lapset tai nuoret, joiden ikätasoiset sosiaaliset, tunne-elämän hallinnan ja koulunkäynnin perusvalmiudet ovat vielä harjaantumattomat ja joiden koulukäynti tarvitsee vielä tukea onnistuakseen erityisluokkaryhmässä tai sairaalakoulun kahdeksan oppilaan ryhmässä
  - sairaalakoulu on aina väliaikainen ratkaisu ja koulukuntouttavan jakson jälkeen tavoitteena on, että oppilaat siirtyvät sairaalakoulun isompaan opetusyksikköön, muuhun soveltuvaan erityisopetuksen luokkaryhmään, yleisopetukseen tai jatko-opintoihin toiselle asteelle

Lähteet

1. **Äärelä**, T. (2012). *"Aika palijon vaikuttaa minkälainen ilime opettajalla on naamalla" – Nuoret vangit kertovat peruskouluajoistaan.* Lapin yliopistokustannus, Rovaniemi.

2. **Hotulainen**, R., **Lappalainen**, K. & **Sointu** E. (2014). *Lasten ja nuorten vahvuuksien tunnistaminen.* Teoksessa: Malmivaara, L. (toim.) Positiivisen psykologian voima. PS-kustannus. Juva, 264-280.

3. **Luostarinen**, A. & **Peltomaa**, I.-M. (2016). Reseptit OPSin käyttöön. Opettajan opas työssä onnistumiseen. PS-kustannus. Juva.

4. **Manninen**, M. (2013). *Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrinen oirekuva ja ennuste.* Tampereen yliopistopaino, Tampere.

5. **Kataja**, K., **Ristikari**, T., **Paananen**, R., **Heino**, T. & Gissler, M. (2014). *Hyvinvointiongelmien ylisukupolviset jatkumot kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten elämässä.* Yhteiskuntapolitikka 79:1, 38–54.

6. *Sophia Mannerheimin koulun kotisivut:* http://www.hel.fi/www/peruskoulut/fi/koulut/sophie-mannerheimin-koulu/meidan-koulu/ (luettu 19.12.2016).

7. **Siiskonen**, S. (2015). *Yhteiskuntoutustoiminnan kehittäminen.* Opinnäytetyö. Perhekeskeisen varhaiskasvatuksen johtaminen ja kehittäminen. Laurea- ammattikorkeakoulu, Hyvinkää. 2015.

8. **Husso**, J. & **Mäkinen** A.-R. (2016). *Sairaalakoulun opettajien ja hoidollisen lastensuojeluyksikön työntekijöiden kokemuksia monitoimijaisesta kouluyhteistyöstä.* Erityispedagogiikan pro gradu –tutkielma. Filosofinen tiedekunta, Kasvatustieteiden ja psykologian osasto, Itä-Suomen yliopisto.

9. **Freire**, P. (2005). *Sorrettujen pedagogiikka.* Tampere. Vastapaino.

10. **Halinen**, I., **Hotulainen**, R., **Kauppinen**, E., **Niilivaara**, P., **Raami**, A. & **Vainikainen** M.-P. (2016). *Ajattelun taidot ja oppiminen.* PS-kustannus. Juva.

11. **Katajamäki**, K. (2016). *Intensiivihoitoon sijoitettujen 7–12-vuotiaiden lasten neurokognitiivinen suoriutuminen vuoden hoitojakson aikana.* Jyväskylän yliopiston julkaisuja. Jyväskylä.

Kansalaistoiminnan mahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden täydentäjänä – SoTeKa-integraatio

Laura Lempinen

Helsingin Diakonissalaitoksen lapsi- ja perhepalveluiden tarkoituksena on vastata asiakkaiden tarpeisiin ja pitää huolta heidän toimintakyvystään ja hyvinvoinnistaan. Palvelut itsessään eivät kuitenkaan riitä vastaamaan kaikkiin ihmisten yhteisöllisyyden, sosiaalisten suhteiden tai toimijuuden tarpeisiin. Tarvitaan uudenlaista ajattelua ja ymmärrystä, ”uutta toiminnan logiikkaa” (1). Vastaus haasteeseen piilee kansalaistoiminnassa. Kansalaisten halu osallistua ja tehdä merkityksellisiksi kokemiaan asioita voidaan valjastaa palveluiden tueksi. Näin voidaan vastata niin asiakkaiden tarpeisiin, kuten myös aktiivisten kansalaisten toiveeseen saada olla avuksi ja osallistua.

Kansalaistoiminta on kirjattu Helsingin Diakonissalaitoksen strategiaan vuonna 2008 ja sen tarkoituksena on integroitua osaksi palvelutuotantoa. Helsingin Diakonissalaitoksen lapsi- ja perhepalveluissa tätä ajatusta on lähdetty kokeilemaan vuonna 2015 alkaneessa Perhetalkoot-toiminnassa (2). Toimintaa rahoittaa Raha-automaattiyhdistys. Ajatuksena on testata, millaiset kansalaistoiminnan mallit voisivat tuottaa hyvinvointia lapsi- ja perhepalveluiden asiakkaiden keskuudessa. Uutta on se, että kansalaistoiminta on Perhetalkoiden myötä tuotu palvelun kylkeen, osaksi tässä kirjassa esiteltyä lastensuojelun integroitua palvelua. Perhetalkoiden työntekijöiden ja toimitilojen fyysinen sijainti palvelun lähellä mahdollistaa päivittäisen ja joustavan yhteistyön palveluiden henkilökunnan kanssa, mikä edelleen mahdollistaa vapaaehtoistoiminnan integroitumisen osaksi palveluita. Lisäksi, sijainti palvelun kyljessä mahdollistaa kansalaistoiminnan työntekijöiden suoran yhteyden palveluiden asiakkaisiin. Yhteys mahdollistaa asiakkaisiin tutustumisen ja ymmärryksen siitä, millaisia tarpeita kansalaistoiminnan keinoin voitaisiin täyttää sekä missä kohtaa ja millaisina malleina kansalaistoiminta voi toteutua palveluiden rinnalla.

Kaksi vuotta Perhetalkoiden alkamisesta voidaan todeta, että lasten ja heidän perheenjäsentensä tai kokonaisten perheiden tueksi on saatettu vapaaehtoisia tukihenkilöitä ja ystäväperheitä, jotka voivat vastata erilaisiin tarpeisiin. Lapsen ollessa sijoitettuna, oman vapaaehtoisen aikuisen kanssa voidaan käydä elokuvissa, harrastaa yhdessä tai ylipäätään tehdä asioita, joihin lapsella ei yksin olisi mahdollisuuksia tai joihin kynnys osallistua yksin, olisi liian korkea. Vaikka lapsella sijoitettuna ollessaan onkin suhde omahoitajaan ja muuhun hoitavaan henkilökuntaan, se ei sulje pois myös muiden ihmissuhteiden merkityksellisyyttä. Tämä merkitys korostuu

palveluiden siirtymävaiheissa. Esimerkiksi, palveluista itsenäistyvä sijoitettuna ollut nuori jää usein ohuen tuen varaan täyttäessään 18-vuotta, jälkihuollosta huolimatta. Mikäli vapaaehtoinen tukihenkilösuhde luodaan riittävän ajoissa ennen palveluista lähtöä, sen avulla voidaan tukea nuoren itsenäistymistä tässä haastavassa elämäntilanteessa. Lisäksi, vapaaehtoiset tukihenkilöt voivat tukea sijoitetun lapsen aktiivista toimijuutta palveluista ulospäin. Hoidon jälkeisessä siirtymävaiheessa on ensiarvoisen tärkeää, että asiakkaalla on tarttumapintaa myös palveluiden ulkopuoliseen yhteiskuntaan.

Sen lisäksi, että tukihenkilösuhde luodaan tarpeeksi ajoissa lapsen ollessa vielä palveluissa, näyttäisi tärkeää olevan myös se, että sitä tuetaan ammattilaisten taholta (3). Perhetalkoissa on havaittu, että mikäli suhde ja sen luominen jää ainoastaan lapsen tai nuoren varaan, sen syventyminen on haastavampaa kuin silloin, kun suhdetta tuetaan työntekijöiden, erityisesti omahoitajan toimesta. Esimerkiksi tukihenkilön kiinnittymistä lapsen elämään helpottaa, kun omahoitaja pyrkii tietoisesti puhumaan tukihenkilöstä myönteisesti, on lapsen tai nuoren apuna sopimassa tapaamisia, huolehtii omalta osaltaan tapaamisten säännönmukaisuudesta, rohkaisee lasta suhteen synnyttämiseen ja ylläpitoon. Toisin sanoen, mitä paremmin lasta lähellä oleva työntekijä osallistaa vapaaehtoisen tukihenkilön osaksi lapsen verkostoa ja tunnustaa suhteen merkityksellisyyden, sitä paremmin tukihenkilösuhde näyttäisi onnistuvan ja kestävän. Parhaimmillaan vapaaehtoinen tukihenkilö on voitu kutsua mukaan lapsen tai nuoren viralliseen verkostotapaamiseen tai lastensuojelun neuvotteluun, mikä on edistänyt myös vapaaehtoisen tukihenkilön sitoutuneisuutta

Kansalaistoiminnan sijainti Lapsi- ja perhepalveluiden kyljessä on mahdollistanut vapaaehtoistyön joustavan ja turvallisen integraation palveluihin.

Lastensuojelussa vapaaehtoinen tukihenkilötoiminta ei suinkaan ole uudenlaista toimintaa, mutta Perhetalkoot on kyennyt tarjoamaan vapaaehtoisia tukihenkilöitä asiakkaille nopealla aikataululla. Asiakkaat ovat saattaneet odottaa tukihenkilöä esimerkiksi kunnan sosiaalitoimesta pitkään, mutta eivät ole sellaista saaneet. Nopeus on mahdollista siksi, että sopivia ja tällaiseen toimintaan haluavia henkilöitä on tukihenkilöpyynnön tullessa ollut valmiina Perhetalkoiden vapaaehtoisten joukossa. Lapsi- ja perhepalveluiden kyljessä sijaitseva kansalaistoiminta pystyy vastamaan lasten ja perheiden tarpeisiin joustavasti ja nopeasti siksi, että se kykenee osallistamaan ja kiinnittämään toimintaansa halukkaat vapaaehtoiset heti, kun halu tehdä vapaaehtoistyötä herää. Toimintaan osallistamista tukee Perhetalkoiden kansalaistoiminnan tehtävien moninaisuus ja osallistumiskynnyksen pitäminen matalana. Toimintaan voi tulla mukaan heti, esimerkiksi järjestämään ohjattua toimintaa tai tapahtumia lapsille tai perheille, vaikkapa kertaluontoisesti. Näiden aktiivisten vapaaehtoisten joukosta viriää usein halukkuus siirtyä aikanaan myös sitouttavampiin vapaaehtoistehtäviin, kuten vapaaehtoiseksi tukihenkilöksi. Edellä mainittua ei kuitenkaan edellytetä, kaikenlainen kansalaistoiminta on tarpeellista. Kaikki vapaaehtoiset haastatellaan ja valmennetaan tehtäviinsä. Lisäksi vapaaehtoisilta, jotka toimivat lasten ja nuorten kanssa ilman huoltajan, palveluiden henkilökunnan tai Perhetalkoiden työntekijöiden läsnäoloa, tarkistetaan rikosrekisteriote.

Kansalaistoiminta lastensuojelun laitosympäristössä voi siis olla myös monenlaista muutakin toimintaa, kuin vapaaehtoista tukihenkilötoimintaa. Tästä esimerkkinä on muun muassa harraste- tai virkistystoiminta, jota Perhetalkoissa on kokeiltu. Esimerkkinä mainittakoon lapsi, joka ei vointinsa puolesta kyennyt osallistumaan tanssitunneille. Vapaaehtoinen, paljon tanssia harrastanut henkilö piti lapselle oman tanssituntikokonaisuuden. Lapsi siis sai kokemuksen harrastamisesta, mikä ei ole lainkaan itsestään selvää intensiivihoidossa olevalle lapselle tai nuorelle.

Kansalaistoiminnan avulla lapsille tai nuorille on voitu tarjota esimerkiksi kokemuksia harrastuksesta silloin, kun lapsi tai nuori on kykenemätön osallistumaan laitoksen ulkopuoliseen harrastetoimintaan.

Intensiivihoidon osastojen välittömässä yhteydessä on myös toteutettu kerhotoimintaa, jossa osastolla olevat lapset ja lähialueen lapset toimivat rinnatusten. Kerho on toteutettu yhteistyössä Parasta Lapsille ry:n kanssa ja ohjaajina toimivat vapaaehtoiset. Integroidussa kerhotoiminnassa on haluttu tukea intensiivihoidossa olevien ja alueen lasten luontevaa kohtaamista yhteisen toiminnan kautta. Intensiivihoidon osastolla sijoitetut lapset ja nuoret viettävät paljon aikaa omassa osastoryhmässään. Kerhotoiminta mahdollistaa suhteiden syntymisen myös palveluiden ulkopuolelle, oman ikäryhmän edustajiin.

Kansalaistoiminnan mahdollisuudet lastensuojelun laitosympäristössä ovat hyvin moninaiset. Vapaaehtoiset, lapset, nuoret ja perheet ovat luoneet keskenään merkityksellisiä ihmissuhteita ja mieleenpainuvia kohtaamisia. Kertaluontoisetkin kohtaamiset ovat merkityksellisiä. Vapaaehtoiset ovat muun muassa toteuttaneet hyvinvointiin liittyviä tapahtumia, jotka on suunnattu intensiivihoidossa olevien lasten ja nuorten vanhemmille. Tapahtumat ovat sisältäneet esimerkiksi hierontaa, käsihoitoja ja muuta hyvän olon tuottamiseen liittyvää.

Erään äidin sanoin: "Arki on välillä melko raskasta, iso kiitos, hetki tuli tarpeeseen".

Vapaaehtoiset ovat myös toimineet intensiivihoitoon sijoitetun lapsen kotona tukena ja apuna erilaisissa tilanteissa. Esimerkiksi perheen kotona asuvien sisarusten hoidossa auttaminen on mahdollistanut äidille rauhallisen kauppareissun tai pääsyn terapiaan. Tällainen arkeen tarjottava apu on kovin arvokasta, erityisesti, jos perheen verkosto on kovin suppea tai sitä ei ole lainkaan.

Yhä useampi haluaa tehdä vapaaehtoistyötä ja osallistua. Diakonissalaitoksella tämä on huomattu jatkuvana vapaaehtoisten määrän kasvuna. Perhetalkoiden aloittaessa toimintansa keväällä 2015, lapsi- ja perhepalveluissa oli toiminut ainoastaan muutama vapaaehtoinen.

Kahden vuoden aikana erilaisissa tehtävissä on toiminut 170 vapaaehtoista ja säännöllisesti mukana olevien vapaaehtoisten joukko on kasvanut 45 vapaaehtoiseen.

Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointi on toiminnan myötä vahvistunut, kuten lapsilta, nuorilta, vanhemmilta ja työntekijöiltä kerätty palaute kertoo. Näyttäisikin siltä, että mikäli sosiaali- ja terveyspalveluiden alalla ovet uskalletaan avata myös kansalaistoiminnalle, voidaan saavuttaa valtavasti hyvinvointia. Eikä ainoastaan asiakkaiden näkökulmasta. Vapaaehtoiset kertovat jatkuvasti toiminnan merkityksellisyydestä heille itselleen ja sen tuomasta hyvästä olosta. Lisäksi, Perhetalkoissa nähdään koko ajan pieniä merkkejä siitä, kuinka lastensuojelua kohtaan olemassa olevat ennakkoluulot hälvenevät, kun tutuiksi tullaan puolin ja toisin. Onkin tärkeää ymmärtää, ettei kansalaistoiminta suuntaudu ylhäältä alaspäin, auttaja-autettava muotoisena asetelmana. Parhaimmillaan se organisoituu tasavertaisissa ihmissuhteissa ja kohtaamisissa, joissa molemmat osapuolet ovat sekä antajan että saajan roolissa.

Jotta sosiaali- ja terveyspalveluiden ja kansalaistoiminnan integraatio on mahdollista, kansalaistoiminnan organisoijien ja sosiaali- ja terveyspalveluiden työntekijöiden yhteistyön merkitys korostuu. Ilman toimivaa yhteistyötä näiden ammattilaisten kesken kansalaistoiminta jää helposti irralliseksi osaksi, ikään kuin ulkopuoliseksi toimijaksi organisoimaan tai tuottamaan sellaista toimintaa, jolla ei välttämättä ole merkitystä kenenkään näkökulmasta. Tarvitaankin hyvin tiivistä vuoropuhelua ja yhteistyön rakenteita, yhteistä kehittämistyötä ja jatkuvaa keskusteluyhteyttä, sillä ainoastaan tällöin voidaan ymmärtää toistensa todellisuuksia. Sitä todellisuutta, jota intensiivihoidon kaltaisessa ympäristössä eletään ja niitä tarpeita, joita tässä ympäristössä esiintyy ja voidaan täyttää. Ja toisaalta sitä todellisuutta, jota vapaaehtoiset elävät ja heidän motivaatiotaan ja haluaan tehdä omannäköistään ja heille mielekästä kansalaistoimintaa. Eikä tämäkään vielä aivan riitä. Todellisessa SoTeKa – integraatiossa eli sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä kansalaistoiminnan integraatiossa vapaaehtoiset toimivat luontevana osana palvelun kokonaisuutta eli yhteisöä työntekijöiden rinnalla, omalla panoksellaan palveluita täydentäen. Tämä edellyttää ammattilaisilta suurta luottamusta ja yhteistä tahtotilaa sekä uskoa kansalaistoiminnan mahdollisuuksiin. Se vaatii ymmärrystä ja osaamista kohdata vapaaehtoiset ja ottaa heidät luontevaksi osaksi palvelutuotantoa, ei sen korvaajiksi millään muotoa, vaan sen rinnalle.

SoTeKa

- sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä kansalaistoiminnan integraatio, toiminta rinnakkain
- tavoitteena asiakkaiden hyvinvoinnin tukeminen ja lisääminen kansalaistoiminnan keinoin
- tavoitteena kansalaisten osallistumis- ja toiminnan mahdollisuuksien lisääminen ja sitä kautta hyvinvoinnin lisääntyminen
- **jatkuvuus** – jatkuvuuden turvaaminen ja tuen tarjoaminen sekä palveluissa että erityisesti siirtymävaiheessa pois palveluista
- **sosiaaliset suhteet** – sosiaalisten suhteiden lisääntyminen
- **hyvinvointi** – hyvinvointia ja iloa lisäävien kokemusten tuottaminen
- **toiminta** ja **toimintakyky** – harrastetoiminnan mahdollistaminen
- **apu** ja **tuki** – konkreettisen arjen avun tarjoaminen

Lähteet

1. **Kökkö**, J. (2016). *Artikkelissa: Nieminen, A-S. Sote nyt ja 1900-luvun taitteessa.* Viesti-lehti, (3) 31.

2. https://www.hdl.fi/fi/perhetalkoot

3. **Degner**, **Henriksen**, **Ahonen** & **Oscarsson**, (2015). *Young residents´view of support persons´involvement in the institutional treatment programme: a one-year follow-up.* Nordic Social Work Research, 5 (1), 67-80.

7.

Erilaisia hoitopolkuja intensiivihoidossa

Johanna Jääskeläinen, Kirsi Laaksonen, Timo Pasanen, Riikka Pesonen, Bettina Salin, Sanna Soukkio & Maarit Valkonen

Seuraavassa kuvataan muutamia erilaisia hoitopolkuja intensiivihoidossa. Tapauksille yhdistävänä piirteenä voi nostaa esiin sen, että kaikissa niissä lapsen tai nuoren oirekuva on varsin monimuotoinen ja useimmissa tapauksissa myös perheen tilanne on monin tavoin kietoutunut ja haastava. Usein taustalla vaikuttaa moninaisten ylisukupolvisten riskitekijöiden kasautuminen. Erilaisten tapausselostusten kautta pyritään kuvaamaan sitä, miten osastohoito, omahoitajatyö ja niiden tukena integroiva moniammatillinen työ mahdollistaa monin tavoin haastavien hoitoprosessien ohjaamisen ja miten multidimensionaalinen perhetyö tukee lapsen ja nuoren vaativan hoitoprosessien etenemistä. Tapausselostuksia on muutettu siten, että alkuperäiset tapaukset eivät ole tunnistettavissa.

Läheisyyden kammo ja pakko-oireet

Varhaisissa kiintymyssuhteissaan traumatisoituneen latenssi-ikäisen lapsen käyttäytyminen oli hyvin kaoottista intensiivihoidon alkaessa. Hoidon alkupuolella kamppailtiin kahden vuoden ajan lapsen äkillisten dissosiatiivisten psyykkisten tilanvaihdosten ja niihin kytkeytyvien rajujen aggressiokohtauksien kanssa. Moniammatillisen työryhmän tiiviillä tuella omahoitaja onnistui vähitellen rakentamaan luottamuksellista suhdetta lapseen, jolloin kiinnittymiskehitys pääsi uudelleen käyntiin. Hoidon alkupuolella tehdyt psykologin tutkimukset tukivat osaston havaintoa siitä, että arjen toimintakyvyltään jumittuneen lapsen suuret toiminnanohjaamisen vaikeudet liittyivät oletettavasti traumareagointiin ja että lapsi oli kognitiivisesti varsin kyvykäs. Hoidon edetessä kiintymyssuhteen konfliktit alkoivat löytää kehittyneempiä ilmiasuja ja edistymisen merkiksi tulkittiin se, kun lapsi alkoi foobisesti kammota omahoitajan liiallista läheisyyttä. Omahoitajan hienovarainen optimaalisen etäisyyden säätely ja lempeä tunteiden sanoittaminen auttoivat lasta löytämään ilmaisuja omille ruumiin virittymisilleen ja ahdistuksilleen, jolloin suojaksi rakentuneet pakko-oireet alkoivat vähitellen helpottaa.

Samaan aikaan psykologin terapeuttisissa tapaamisissa lapsi joutui poistumaan toistuvasti huoneesta, kun hänen kiihtymystilansa uhkasi nousta liian suureksi. Hetken rauhoittumisen jälkeen lapsi kykeni palaamaan huoneeseen ja kohtaaminen saattoi jatkua, kunnes taas tarvittiin hetken lepotauko. Muutaman kuukauden prosessin jälkeen lapsi kykeni rauhoittumaan jo psykologin läheisyydessä, ilman huoneesta poistumista ja psyykkisen työskentelyn piiri syveni. Perhetyön kautta saatiin ymmärrystä äidin omiin varhaiskehityksen aikaisiin traumoihin ja mielenterveyden ongelmiin, ja poissaolevan isän merkitys lapsen turvattomuuden kannalta tuli ymmärrettäväksi. Hoidon edetessä lapsen sisäinen turvallisuuden tunne vahvistui ja lahjakas lapsi alkoi saada kykynsä käyttöönsä eri elämänalueilla. Lapsi siirtyi vahvasti tuetusta erityisryhmästä yleisopetuksen ryhmään ja koulu alkoi sujua erinomaisesti. Uuden harrastuksensa myötä nuoruusikää lähestyvä lapsi kykeni löytämään elämänsä ensimmäisen kaverisuhteen, jolloin nuoruusiän irrottautumiskehitys omahoitajuuden ”symbioottisesta” kiintymyssuhteesta pääsi todenteolla käyntiin. Nuoruusiän alkaessa lapsen eriytymiskehityksen vahvistuttua hän kykeni siirtymään ammatilliseen perhekotiin, jossa hän sai kasvaa samojen turvallisten aikuisten kanssa aikuisikään saakka. Vuosien jälkeen tasapainoinen, korkeakoulussa opiskeleva nuori saapui tervehtimään intensiivihoidon tuttuja aikuisia.

Psyykkisesti hauras lapsi

Monin tavoin varhaiskehityksestään lähtien traumatisoitunut latenssi-ikäinen lapsi oli saanut sairaalahoitojakson aikana diagnoosikseen laaja-alainen kehityshäiriö, joka tiivisti lapsen oirekuvan moninaisuuden, liittyen mm. kielenkehityksen ja oppimisen monimuotoisiin ongelmiin ja minänrakenteiden kehityksen keskeneräisyyteen. Hoitoa edeltänyt sisaruksestaan erottaminen oli vakava lisätrauma lapselle ja usein vaikutti, että lapsen sisäinen identiteetti oli täysin kadoksissa. Lapsi tuntui etsivän kontaktia itseensä mm. nyppimällä pakonomaisesti kasvojaan ja säätymällä välittömästi muiden lasten tai aikuisten ilmeiden ja eleiden mukaisesti. Lapsen eriytymättömyyden ja hajanaisuuden vuoksi hoidon edistyminen oli hidasta ja pienin askelin rakentuvan luottamuksellisen omahoitajasuhteen rinnalle tarvittiin usean vuoden ajan koko työryhmän jäsentävää selkeää ja turvallista arjenkannattelua lapsen psyykkisen erillisyyden tukemiseksi. Theraplay työskentelyn kautta tuettiin lapsen omahoitajasuhteen rakentumista, tunteiden tunnistamista ja eriytymättömän vuorovaikutuksen jäsentymistä. Neuropsykologin tutkimuksissa todettujen erityisvaikeuksien toimintaterapeuttisella kuntouttamisella tuettiin lapsen kielenkehityksen ja toiminnanohjaamisen kuntoutumista. Yksilökuntoutuksen keinoja integroitiin aktiivisesti lapsen eri kehitysympäristöihin kouluun, osaston ja kodin arkeen. Koulukuntouttavan luokan puolen tunnin koulupäivistä siirryttiin pienin askelin ensin sairaalakoulun isompaan luokkaan ja sieltä ammatillisiin jatko-opintoihin. Nuoruusikään saavuttaessa lapsen identiteetti oli sen verran vahvistunut, että nuoriso-osastolle siirtymisen arvioitiin helpottavan sopivan vertaisryhmän löytämistä ja tukevan nuoren identiteetin kehitystä.

Lapsen ja perheen monitasoisen hoitoprosessin myötä lapsen identiteetti alkoi vähitellen rakentua ja perheen vuorovaikutus selkeytyä.

Perheterapeuttisen työskentelyn tavoitteena oli hoidon alusta lähtien pyrkimys korjata pirstoutuneita perhesuhteita ja perheen eri alasysteemien vaurioiden korjaamiseksi työskenneltiin monissa eri kokoonpanoissa koko lasten- ja nuorten intensiivihoitoprosessin ajan. Neuropsykologi, toimintaterapeutti ja omahoitaja kutsuttiin tarpeen mukaan perhetapaamisiin, etsimään yhdessä keinoja tukea lasta jäsentyneeseen vuorovaikutukseen. Hoidon alussa keskityttiin lähinnä lapsen ja perheen kaoottisen tilanteen vakauttamiseen, hoidon keskivaiheilla lapsen ja vanhempien kiintymyssuhteen tukemiseen, vanhempien parisuhteeseen sekä osastosiirron herättämiin tunteisiin. Hoidon päättymisen vaiheessa perhetyö siirtyi kotiin, ja lapsen ja vanhempien sekä sisarussuhteiden tukemisen rinnalle tuotiin enenevässä määrin ymmärrystä lapsen

kehityksellisestä erityisyydestä ja ainutlaatuisuudesta. Pitkän hoitojatkumon jälkeen kotiin palasi identiteetin löytänyt nuori, joka kykeni ystävyyssuhteisiin ja ammatillisiin jatko-opintoihin. Perheen vuorovaikutussuhteita ja arjen toimintakykyä tuettiin hoidon päättymisen jälkeen puolen vuoden ajan jatkuneella kotiin viedyllä perhetyöllä.

Käytösoirehdintana ilmenevä eriytymiskehityksen keskeneräisyys

Vakavista mielenterveydenongelmista kärsivien vanhempien lapsen eriytymisen ja itsesäätelyn kehitys oli jäänyt monilta osin kesken, kun vanhempien kyky reagoida sopivalla tavalla lapsen kommunikaatiopyrkimyksiin oli ollut puutteellinen. Hoidon alkaessa lapsi turhautui hyvin herkästi ja joutui toistuvasti voimakkaiden raivokohtausten valtaan. Koko hoitoprosessin ajan lapsen oli vaikea käsitellä itsessään herääviä tunteita, jolloin hän pakonomaisesti sijoitti ja manipuloi niitä muiden kannettavaksi.

Ymmärrys lapsen eriytymiskehityksen keskeneräisyydestä ja varhaisista suojautumiskeinoista oli tarpeellista hoitoprosessin jatkuvuuden turvaamiseksi.

Aidon vuorovaikutuksen sijasta lapsen käyttäytymistä leimasi syvä epäluottamus ja pyrkimys hyötyä toisesta ihmisestä. Hoitoprosessin kannalta keskeistä oli saada ymmärrystä lapsen pakonomaiseen pyrkimykseen jakaa osaston työntekijöitä hyviin ja pahoihin rooleihin sekä saattaa koti ja osasto konfliktiin keskenään. Lapsen vanhemmilleen uskotteleman väärin kohtelun vuoksi vanhemmat ryhtyivät hoidon alkupuolella toimenpiteisiin, kuten oikeusprosesseihin sijoituksen sosiaali-

työntekijää ja osaston aikuisia vastaan. Perhetyön tärkeä rooli liittyi vastakkainasetteluiden ja väärinymmärrysten purkamiseen sekä vähitellen rakentuvan luottamuksen vahvistamiseen. Hyvistä kognitiivisista taidoistaan huolimatta lapsi tarvitsi hauraan itsetuntonsa ja puutteellisten sosiaalisten taitojensa vuoksi vahvaa aikuisen tukea sairaalakoulun koulukuntouttavalla luokalla kyetäkseen ottamaan vastaan opetusta. Itseään ja muita vahingoittavan käyttäytymisen vuoksi lapsi tarvitsi ajoittain aikuisjohtoisia tuettuja kahdenkeskisiä hoitojaksoja. Hoidon suureksi haasteeksi nousivat epäsosiaaliset ihmissuhteet ja niihin liittyvät luvattomat poissaolot osastolta ja päihteiden väärinkäyttö. Aikuisen tiiviillä tuella ja yksilöllisesti suunnitellun päivärakenteen ja lapsi-omahoitajasuhdetta tukevan Theraplay työskentelyn kautta lapsi saatiin kiinnittymään vahvemmin osaston aikuisiin ja epäsosiaalinen kehitys katkaistua. Osaston ulkopuolisella tukihenkilöllä oli tärkeä rooli lapsen kehitystä tukevan harrastuksen ja uusien kaverisuhteiden löytämisessä.

- Moniammatillinen perhetyö purki hoitoprosessia estävien projektiivisten mekanismien ja valehtelukommunikaation vaikutuksia ja tuki lapsen eriytymiskehitystä.
- Osastohoidon ja omahoitajasuhteen suurimpana haasteena oli lapsen evakuoimien sietämättömien tunteiden säilöminen ja muiden lasten turvaaminen lapsen voimakkaalta henkiseltä ja fyysiseltä väkivallalta.
- Käytöshäiriö oirehdinnan hoitaminen edellytti johdonmukaisia ja selkeitä hoidollisia rakenteita ja samalla herkkyyttä tunnistaa taustalla olevia eriytymiskehityksen keskeneräisyyteen liittyviä traumareagoinnin puolia, kuten kiihtymystiloja ja dissosiatiivista reagointia laukaisevia tekijöitä.

Neuropsykiatrisesti oirehtivan nuoren hoito

Nuorten intensiivihoitoon sijoitettiin neuropsykiatrisesti oirehtiva nuori, jonka käytösoirehdintaa oli kuvattu poikkeuksellisen vaikeaksi. Nuoren vuorovaikutustaidoissa oli suuria puutteita ja hänen kielenkäyttönsä oli hyvin seksuaalis- ja aggressiivissävytteistä ja hänellä oli erikoisia fantasioita ja kiinnostuksen kohteita. Nuori suhtautui muihin ihmisiin hyvin negatiivisesti, käyttäytyi impulsiivisesti ja aggressiivisesti. Nuori oli elänyt lapsuutensa traumatisoivassa ympäristössä molempien vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmien sekä riitaisan parisuhteen vuoksi. Nuori oli ollut varhaisvuosistaan lähtien neurologisessa seurannassa ja hänellä oli ollut useampia sairaalajaksoja. Nuori oli hyvin herkkä äänille ja ympäristön ärsykkeille. Nuori oli koulukiusattu ja hänellä oli suuria ongelmia sosiaalisissa tilanteissa, koska hän tulkitsi väärin muita ihmisiä. Hoidon aluksi nuoren suojautumisen tarve oli suuri ja turvallisuuden tunteen vahvistumisen vuoksi oli tärkeä kuunnella herkästi nuoren viestejä ja kunnioittaa hänen omaa tilaansa. Nuori tarvitsi asioiden ennakointia ja selkeitä ohjeita väärinymmärryksen ja tur-

hautumisen välttämiseksi. Johdonmukainen toiminta arjessa ja tarvittaessa lempeä konfrontointi auttoivat nuorta pohtimaan omaa toimintaansa. Tätä kautta nuoren aggressiopurkaukset alkoivat vähetä ja hän uskaltautui vähitellen kontaktiin omahoitajansa kanssa.

Luottamuksen rakentuessa nuoren kyky keskustella elämästä tuli esille ja sitä kautta eristäytyminen ja omavaraiset, vihamieliset fantasiat alkoivat jäädä pois. Osastohoidon rinnalla oli pitkä yksilöpsykoterapia, jonka jatkuvuuden turvaamiseksi tarvittiin ajoittain tiivistä yhteistyötä ja tukea osastolta. Toimintaterapeutin tekemän toimintakyvyn arvion kautta nuorta autettiin tunnistamaan omia erityisvaikeuksiaan ja vahvuuksiaan. Nuoren sosiaalista toimintakykyä ja itsetuntoa lähdettiin tukemaan nuorelle mieluisten ryhmätoimintojen kautta, joissa otettiin huomioon hänen tarve vetäytyä välillä tarkkailijan rooliin. Nuori alkoi pienin askelin harjoitella koululaisen taitoja sairaalaan koulukuntouttavassa pienryhmässä. Sietä hän niveltyi sairaalakoulun isompaan ryhmään ja sitä kautta ammatillisiin valmentaviin opintoihin ja myöhemmin varsinaisiin ammattiopintoihin. Perhetyön tehtävänä oli rakentaa nuoren suhdetta vanhempiin ja sisaruksiin, mutta samalla myös suojata nuorta vanhempien turvattomuutta herättävältä toiminnalta.

Useamman vuoden kestäneen hoitoprosessin päättymisen vaiheessa nuori siirtyi asumisharjoitteluun, jossa hän opetteli itsenäistä arkea tutun omahoitajan ja muiden luotettujen osaston aikuisten tukemana. Itsenäistymisen vaiheessa nuoren suhde omahoitajaan muodostui entistä luottamuksellisemmaksi, jolloin hän saattoi jakaa henkilökohtaisempiakin kokemuksiaan.

- Osaston moniammatillisen työryhmän tiiviin yhteistyön kautta voitiin löytää ymmärrystä nuoren käyttäytymisen muutoksille ja keinoja tukea nuoren sisäisen turvallisuuden tunteen vahvistumista, jolloin voimakas ulospäin suuntautuva oirehdinta alkoi lievittyä.
- Nuoren kontaktikyvyn ja sosiaalisten taitojen tukeminen pienin askelin osastolla ja koulussa mahdollisti vähitellen nuoren uskoa omiin kykyihinsä ja jatkoopintoihin kiinnittymisen.
- Osastohoidon kannattelu, tiivis omahoitajatyöskentely osastohoidon aikana ja itsenäistymisen vaiheessa sekä psykoterapiasuhde ja perhetyö mahdollistivat nuoren mentaalisen tilan vahvistumisen ja yksilöllisen identiteetin rakentumisen.

Psykoottisesti oirehtivan lapsen hoito

Vakavista mielenterveyden ongelmista kärsivien vanhempien lapsi oli jäänyt varhaiskehityksessään ilman riittävää huolenpitoa ja joutunut kokemaan vakavaa väkivaltaa molempien vanhempiensa taholta. Hoidon alkaessa lapsen fyysinen, psyykkinen ja kognitiivinen kehitys oli monilta osin vaurioitunut ja viiveessä. Lapsi oli motorisesti kömpelö, hänen kognitiivinen kehityksensä oli kauttaaltaan alle ikätason, hänellä oli neurokognitiivisia erityisvaikeuksia, kuten tarkkaavuuden ja ylivilkkauden sekä kielenkehityksen ongelmia ja sen myötä monimuotoisia oppimisen vaikeuksia. Lapsen käyttäytymisessä näkyi erinäisiä traumareagoinnin piirteitä, kuten nopeita psyykkisen tilan vaihdoksia ja yllättäviä voimakkaita aggressiivisia purkauksia. Lapsen realiteetin taju oli hauras ja turvattomuuden noustessa hän oli usein avoimen psykoottinen kärsien erilaisista ääni- ja näköharhoista. Hoidossa oli monia eri vaiheita ja ajoittain lapsen toimintakyky selvästi parani, jolloin lapsi kykeni tulemaan paremmin vuorovaikutukseen. Toisaalta pienetkin muutokset lapsen ympäristössä saattoivat laukaista voimakkaita suojautumisreaktioita ja kaoottista toimintaa. Osastohoidon rinnalla vuosia jatkunut tiivis yksilöterapia tuki lapsen hoitoprosessia hoidon eri vaiheissa ja auttoi ymmärtämään lapsen erityisiä suojautumisreaktioita ja kommunikaatiotapoja. Osastohoidon tukena toimi vuosien ajan tiiviisti (2-4x/kk) kokoontuva moniammatillinen hoidon tukiryhmä, johon osaston työntekijöiden lisäksi kuuluivat lääkäri, psykologi, neuropsykologi, toimintaterapeutti, perheterapeutti ja psykoterapeutti. Lääkehoito tuki lapsen psyykkisen vakauden vahvistumista. Perheterapiatyöskentely auttoi ymmärtämään perheen ylisukupolvien jatkunutta traumakierrettä ja äidin syvää ahdinkoa. Vuosia jatkuneista hoitoponnisteluista huolimatta nuoruusiän kehityksen myötä lapsen vakava psyykkinen häiriö alkoi puhjeta ja nuori tarvitsi vielä vuosien ajan tiivistä hoidollista tukea.

- Osaston tiivis, tarpeen mukaan päivittäinen yhteydenpito lääkärin kanssa oli välttämätön lapsen hoitoprosessin ja lääkehoidon ohjaamisen kannalta.
- Riittävällä tiheydellä kokoontuva moniammatillinen työryhmä tuki jaetun ymmärryksen syntymistä lapsen jatkuvan traumareagoinnin eri muodoista, kuten erilaista pelkotiloista ja olotilan vaihdoksista sekä työntekijöiden jaksamista.
- Lähiesimiehen, omahoitajan ja perheterapeutin tiivis yhteydenpito äidin ja isän ja muun lähiverkoston kanssa suojasi lapsen hoitoprosessia.
- Terapeutin ja osaston saumaton yhteistyö mahdollisti vaativan terapiaprosessin toteutumisen ja tarjosi tärkeän näkökulman lapsen usein vaikeasti ymmärrettävään oirehdintaan.

Kietoutuneen sisarussuhteen hoitaminen

Hoitoon tulivat sisarukset, joiden vuorovaikutussuhde oli hyvin eriytymätön ja kietoutunut. Heidän välillään oli toisaalta voimakas kaipuu toisen lähelle ja samalla pakonomaista kiusaamista ja väkivallaksi yltyvää toisen vahingoittamista. Sisarukset olivat hyvin turvattomia ja heidän välilleen oli kehittynyt erityinen kommunikointitapa, jota vain he ymmärsivät. Hoidon alkupuolella vaikutti siltä, että lasten vanhemmat ovat aktiivisesti yhteistyössä ja aidolla tavalla kiinnostuneita lastensa kehityksestä, joten lasten suuret tunne-elämän ja vuorovaikutuksen vaikeudet herättivät ihmetystä ja kysymyksiä työryhmässä. Tiiviin perhetyön ja vuorovaikutusarviointien kautta perheen kaoottinen vuorovaikutustapa ja lasten kokemat traumatisoivat tapahtumat alkoivat tulle vähitellen esille. Sisarusten kietoutuneen vuorovaikutusdyadin purkamiseksi heidän hoitoprosessit eriytettiin kahdelle eri osastolle, jolloin lasten yksilökehityksen tukeminen tuli paremmin mahdolliseksi. Sisarusten vuorovaikutusta tuettiin aktiivisesti säännöllisesti toteutuvilla aikuisen turvaamilla sisarustapaamisilla ja lisäksi sisarukset kävivät perheterapeuttien ohjaamassa sisarusterapiassa useamman vuoden ajan. Vanhempaintapaamisissa käytiin läpi arjen haasteita ja vanhempien parisuhdetta hoidettiin pariterapiassa.

Hoidon edetessä lasten eriytymiskehitys saatiin käyntiin ja sisarussuhteen kietoutunut, aggressiivissävyinen vuorovaikutustapa alkoi hellittää ja vuorovaikutukseen tuli enemmän kehitystä tukevia positiivisia sävyjä. Vanhempien kyky jäsentää omaa elämäntilannettaan vahvistui ja he kykenivät paremmin vastaamaan lasten erityisiin tarpeisiin. Intensiivihoidon jälkeen sisarukset tarvitsivat laitoshoitoa, jonka jälkeen he palasivat kotiin.

Laaja-alainen kehityksellinen häiriö ja kehitysvammadiagnoosin vahvistuminen

Intensiivihoitoon sijoitettujen lasten kohdalla sijaishuollon ja kehitysvammahuollon palveluiden välinen rajanveto on välillä haasteellista. Sairaalahoitojakson jälkeen intensiivihoitoon sijoitetun kouluikäisen traumatisoituneen lapsen oirehdinta oli hoidon alkaessa laaja-alaista. Lapsen käyttäytyminen oli hajanaista, impulsiivista ja aggressiivista. Hoidon alkupuolella tehdyissä neuropsykologissa tutkimuksissa todettiin, että lapsen kognitiivinen päättelysuoriutuminen jäi kokonaisuutena arvioiden selvästi alle ikätason ja hänellä oli vakavia kielenkehityksen puutoksia. Toimintaterapiatutkimuksessa todettiin mm. lapsen motorisen kehityksen harjaantumattomuus ja suuret toiminnanohjaamisen vaikeudet.

Vahvasti strukturoidun lapsen toimintakykyä tukevan osastoarjen rinnalle rakennettiin kuntoutumissuunnitelma, johon sisältyivät säännöllinen puheterapia, toimintaterapia ja yhteistyö erityiskoulun kanssa. Lapsen kehitystä seurattiin säännöllisten tutkimusten kautta moniammatillisen työryhmän toimesta. Hoidon edetessä lapsen arjen toimintakyky alkoi vahvistua ja koulu sujui hyvin yksilöllisesti mukautetun suunnitelman puitteissa ja lapsi alkoi oppia lukemisen alkeita. Useita vuosia jatkuneen hoidon myötä lapsen kaoottinen ja aggressiivinen käyttäytyminen alkoi tasaantua, mutta lapsen oli edelleen vaikea ymmärtää, ettei hän saa lyödä muita ihmisiä turhautumistilanteissa. Hoidon edetessä ja neuropsykologisten uusintatutkimusten myötä ymmärrys lapsen kehityksen vahvuuksista ja puutteista sekä erotusdiagnostiset kysymykset traumareagoinnin ja neuropsykiatristen häiriöiden suhteista alkoivat selkiytyä.

Lopulta usean vuoden seurannan jälkeen lapselle asetettiin kehitysvammadiagnoosi yhteistyössä kehitysvammahuollon kanssa ja lopulta hän pääsi jatkohoitoon kehitysvammapalveluiden piiriin. Tiiviin perhetyön kautta lapsen vanhempia autettiin ymmärtämään ja hyväksymään lapsen erityisvaikeuksia, jolloin lapselle mahdollistui säännöllinen kontakti vanhempiin.

- Sijais- ja kehitysvammahuollon palveluiden rajapinnalla oirehtivien lasten kohdalla pitkäjänteinen hoidollinen kannattelu, suunnitelmallinen kehitystason seuranta ja kuntoutus mahdollistaa lapsen kehityksen laaja-alaisen tukemisen, kehityksellisten vaikeuksien realistisen arvioinnin ja vuosien myötä lapsen oirehdinnan täsmällisen erotusdiagnostiikan.

- Osaston työryhmän hoidollisen ymmärryksen ja jaksamisen tukeminen on erityisen tärkeää vaativan ja hitaasti etenevän hoitoprosessin jatkuvuuden turvaamiseksi, jolloin turhilta sijaishuolto-paikan muutoksilta vältytään.

Traumatisoituneen maahanmuuttajaperheen lapsen hoitaminen

Intensiivihoitoon sijoitettiin monilapsisen maahanmuuttajaperheen lapsi, jonka käyttäytyminen oli hoidon alkaessa hyvin levotonta ja aggressiivista. Taustatietojen puutteellisuuden ja perheen salailevan käyttäytymisen vuoksi hoidon aluksi tietoa lapsen oirekäyttäytymisen etiologiasta oli vähän. Omien traumakokemustensa vuoksi lapsen vanhempien oli hoidon alkupuolella hyvin vaikea luottaa viranomaisiin ja hoitotahoon, jotka he kokivat uhkaavaksi perheen turvallisuuden kannalta. Vanhempien kanssa saatiin vähitellen rakennettua luottamusta, jonka myötä vanhemmat kykenivät kertomaan enemmän lapsen ja perheen vaikeista kokemuksista omassa kotimaassaan ja pakomatkan aikana. Vanhempien ja osaston työntekijöiden välisen luottamuksen vahvistuessa ymmärrys lapsen oirekäyttäytymisen kytkeytymisestä erilaisiin traumatisoiviin kokemuksiin alkoi vahvistua, jolloin lapsen turvallisuuden tarpeisiin kyettiin osastolla vastaamaan paremmin ja samalla voitiin yhdessä vanhempien kanssa miettiä, mistä lapsen voimakkaissa tilanvaihdoksissa saattoi olla kyse. Sen myötä vanhempien oli helpompi myös ymmärtää ja hyväksyä, että lapsi saattoi välillä tarvita myös kiinnipitohoitoa tilanteen turvaamiseksi. Tiiviin perhetyön myötä vanhempien oma sisäinen turvallisuuden tunne alkoi vahvistua ja heidän kykynsä keskustella vaikeammistakin kokemuksista kehittyi, jolloin lapsen luottamus vanhempiin vahvistui ja hän uskalsi enemmän ilmaista omia pettymyksen tunteitaan vanhemmilleen. Hoidon loppuvaiheessa lapsen traumareagointi oli tasaantunut, voimavarat ja koulunkäyntikyky vahvistuneet ja kotiin vietävän perhetyön tuella lapsen vaiheittainen kotiutuminen tuli mahdolliseksi. Perhetyöntekijät tukivat koko perheen vuorovaikutusta vielä puoli vuotta lapsen osastohoidon päättymisen jälkeen.

- Maahanmuuttajaperheiden kanssa kärsivällinen luottamuksen rakentaminen ja avoimuus hoidon kaikkien eri puolien suhteen tukee lapsen kiinnittymistä hoitoon ja mahdollistaa vaikeidenkin hoidon vaiheiden työstämisen yhteistyössä.
- Turvallinen ja johdonmukainen osastohoito vakauttaa lapsen arkea ja sitä kautta vahvistaa lapsen sisäistä turvallisuuden tunnetta.
- Osastohoidossa syntynyttä ymmärrystä lapsen tarpeista ja keinoja lapsen käyttäytymisen tukemiseksi voidaan perhetyön avulla siirtää kotiin.

Autismin kirjon häiriöstä kärsivän lapsen tehostettu hoitokokeilu

Intensiivihoitoon sijoitettiin varhaiskehityksestään lähtien monin tavoin vaurioitunut pieni lapsi. Hoitoprosessi osoittautui ensimmäisestä päivästä alkaen varsin haasteelliseksi lapsen syvän hädän, kaoottisen toiminnan ja aggressiivisen käyttäytymisen vuoksi.

Perheen tilanne oli erityisen kuormittunut ja vanhempien luottamus hoitotahoon oli monta kertaa kovalla koetuksella. Moninaisten hoitokokeiluiden, EVA-hoitojakson ja sopivan lääkehoidon myötä lapsen vointi alkoi vähitellen tasaantua, jolloin traumareagoinnin ohella lapsen oirekuvan erityiset autismin piirteet tulivat selvemmin esille. Lapselle rakennettiin osastohoidon rinnalle erityinen tehostetun hoidon jatkumo, jossa hän oli kahden omahoitajan ja työryhmän jatkuvan kannattelun ja hoivanpidon kohteena. Kaksi vuotta jatkuneen tehostetun hoidon myötä lapsen sisäinen turvallisuuden tunne ja erillisyyden kehitys oli edennyt siinä määrin, että hänen hoitoprosessiaan alettiin pienin askelin integroida osaksi muun osaston lapsiryhmän hoitoa.

Työryhmän oppiessa ymmärtämään lapsen erityistä, jäykkiä ja omavaraisia rituaaleja sisältävää vuorovaikutustapaa, toistuvien konfliktitilanteiden välttäminen tuli mahdolliseksi. Vähitellen lapsi oppi sosiaalisen vuorovaikutuksen perustaitoja ja alkoi saada omia erityisiä kykyjään käyttöön koulussa ja osastolla. Vanhempien kanssa työskenneltiin useita vuosia tiiviisti perhetyön ja perheterapian menetelmin. Vähitellen suuri epäluottamus hoitotahoa kohtaan alkoi vähentyä, jolloin hoitoon kiinnittymisen lisäksi päästiin kiinni syvempään perheterapeuttiseen työskentelyyn. Hoidon loppuvaiheessa voitiin jo yhdessä sanoittaa lapsen erityisyyttä, sekä vahvuuksien että haasteiden osalta. Lopulta yhteistyössä perheen ja sosiaalityöntekijän kanssa päädyttiin siihen, että lapsi kotiutuu. Myöhempien osastovierailujen perusteella on tullut ilmi, että kotiuttaminen on onnistunut ja perheen vuorovaikutus toimii hyvin. Tätä nykyä kotona asuu tyytyväinen, aktiivisesti koulua käyvä ja omissa harrastuksissaan viihtyvä nuori.

Vakavasti traumatisoituneen monilapsisen maahanmuuttajaperheen hoitaminen

Perhe saapui pakolaisstatuksella Suomeen, jonka jälkeen perheen sosiaalinen status heikentyi ja perheen verkosto hylkäsi perheen omaan varaansa. Toiselle vanhemmalle puhkesi vakava mielenterveyden ongelma ja hänen käyttäytymisensä muuttui kontrolloivaksi ja väkivaltaiseksi muuta perhettä kohtaan. Perhetilanne oli vaikeasti kriisiytynyt ja traumaorganisoitunut käyttäytyminen läpileikkasi perheen arkea vuosien ajan. Lasten kehityksen turvaamiseksi päädyttiin heidän sijoittami-

seen osastohoitoon. Huoli vanhemmasta ajoi lapset toistuvasti karkaamaan vanhemman luokse, joten päädyttiin siihen, että vanhemman olisi hyvä asua lähellä hoitopaikkaa. Sen myötä lasten huoli väheni, karkailu loppui ja lasten oirehdinta alkoi tasaantua. Multisysteeminen perhetyö eteni monella eri perheen alasysteemien tasolla samanaikaisesti. Hoidon alussa hoitosuhdetta väritti valehtelu, uhkaavuus, kieli- ja kulttuuritausta. Hoidon edetessä luottamuksellinen suhde vanhempaan ja lapsiin alkoi vahvistua, jolloin voitiin puhua suoremmin perheen asioista ja yhteistyö helpottui huomattavasti. Tällöin tuli mahdolliseksi tehdä tarpeenmukaisia tutkimuksia, aloittaa kuntoutuksia ja lääkehoitoja. Vanhemman ja lasten tilanteen vakauttaminen oli yksi keskeinen lähtökohta hoidossa. Vanhemman, lasten ja koko perheen hoito eteni monella eri tasolla samanaikaisesti (Kuva 8).

Vanhemman hoitopolku

- arjen hallinnan konkreettinen tukeminen
- somaattisen sairauden hoito
- terapia- ja tukikäynnit
  - luottamuksellisen suhteen rakentaminen
  - ylisukupolvisten ja pakolaistraumojen käsittely
  - kulttuuri-identiteetin kysymykset
- tutkimukset

Koko perheen hoitopolku

- perheterapia
- sisarusterapia
- äiti – lapsi tapaamiset
- kotikäynnit
- perhekokoukset
- verkostotapaamiset
- arkivalmennus kotiin muuttavien lasten hoidon tueksi ja
- tarvittaessa lasten intervallihoito osastolla

Lasten hoitopolut

- tarpeen mukainen osastohoito
- lasten- ja nuoriso-psykiatrin tapaamiset ja arviot
- psykologiset tutkimukset
- neuropsykologiset tutkimukset
- toimintaterapia-tutkimukset
- yksilöterapiat
- toimintaterapiat
- neuropsykologiset kuntoutukset
- puheterapia
- Sophie Mannerheimin sairaalakoulu

Kuva 8. Perheen hoitopolut

Huomioita integroivan hoitomallin merkityksestä monilapsisen maahanmuuttajaperheen hoidossa

- Diakoniaperinteen mukainen pitkäjänteinen sitoutuminen perheen kärsimyksen lievittämiseen on välttämätöntä pienin askelin etenevän hoitoprosessin mahdollistamiseksi.
- Ympärivuorokautisen perusturvallisuuden rakentamiseen perheenjäsenille käytettiin paljon resursseja.
- Perheenjäsenten sitouttamisessa hoitoon pitkäjänteisyys ja kulttuurituntemus olivat välttämättömiä.
- Perheenjäsenten hoitopolkujen yhteensovittamisessa tarvittiin paljon joustavuutta ja tarkkaa räätälöintiä.
- Osastohoito oli välttämätön vakavasti traumatisoituneiden lasten perusturvallisuuden turvaamiseksi ja trauma-kokemusten työstämiseksi ja se integroitui tiiviisti lasten terapioihin ja kuntoutuksiin sekä perhetyöhön.
- Tutkimuksissa lapsilla todettiin neurokognitiivisia erityisvaikeuksia ja laaja-alaisia oppimishäiriöitä, joita kuntoutettiin mm. toimintaterapian ja neuropsykologisen kuntoutuksen sekä sairaalakoulun menetelmillä.

Laaja-alaisesti oirehtivan lapsen hoitoprosessi: arjen perushoivan ja erikoissairaanhoidollisen kuntoutuksen yhdistämisen haaste

Hoidon alku oli erityisen haastava. Lapsen huonovointisuus ja toistuvat poissaolokohtaukset edellyttivät lapsen sietokyvyn ja voinnin jatkuvaa arviointia. Lapsella oli somaattisen sairauden lisäksi monia kehityksellisiä puutoksia, joiden hoitaminen edellytti erityistä tietotaitoa. Tarkkojen hoito-ohjeiden lisäksi oli tärkeä saada vinkkejä siitä, mitä ei saa missään tapauksessa tehdä. Arjen kuntoutus oli leikkimistä, laulamista, nauramista, aikuisten tavallista arjen kielen puhumista. Hoidon alussa ammatti-identiteetin säilyttäminen arjen tilanteiden keskellä oli erityisen tärkeää, jotta vuorovaikutuksessaan hyvin passiivinen

ja eleetön lapsi, joka ei nauranut, itkenyt eikä puhunut, pysyi jatkuvasti aikuisten huomion keskiössä. Esim. aikuisen täytyi toimia kärsivällisesti kuukausien ajan mallina, jolloin lapsi viimein alkoi jäljitellä aikuisen toimintaa ja itse teki samoja toimintoja kuin aikuinen.

Diakoniahengen mukainen lempeä sinnikkyys kasvaa ammattitaidosta ja tiedosta.

Kun lapsen kehitys pääsi todenteolla käyntiin, niin nopeasti kehittyvän lapsen elävyys valloitti koko ympäristön. Perhetyön kautta tuettiin lapsen suhdetta biologiseen verkostoonsa. Erityisen palkitsevaa kaikille oli, kun lapsi pääsi kehitykseen kiinni ja se oli niin nopeaa. Erään ammattilaisen sanoin: ”Vaikka lähtökohta on vaikea, niin mitä olosuhteet voivatkaan saada aikaan!”

Moniammatillisena yhteistyönä tuotetun vaativan hoito- ja kuntoutusprosessin mahdollistavia tekijöitä

- Vahvat ammatilliset rakenteet ja eri ammattiryhmien roolit mahdollistivat lapsen kuntoutumisen.
- Tiivis ja saumaton yhteistyö HUS:n ja Helsingin Diakonissalaitoksen moniammatillisten työryhmien välillä koko hoitoprosessin ajan.
- Lastenneurologin johdolla tapahtunut kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien tarjoamien kuntoutusprosessien koordinointi mahdollisti keskittymisen oikeisiin asioihin lapsen kehityksen eri vaiheissa.
- Työryhmälle mahdollisuus konsultointiin ongelmatilanteissa oli välttämätöntä ja lastenklinikka tarjosi suoraa tukea työryhmälle.
- Theraplay -terapeutin tiivis työnohjaus mahdollisti vuorovaikutuselementtien hoitamisen ja tuki työryhmän ammatillisen asenteen säilyttämistä silloinkin, kun lapselta saatu palaute jäi vähäiseksi.
- Lastenpsykiatrin konsultaatiot tukivat lapsen psyykkisen kehityksen ja somaattisten ilmiöiden ymmärtämistä.

8.

Näkökulmia intensiivihoitoon

Moniammatillisen asiantuntija-organisaation johtaminen

Tuija Åstedt

Johtaminen on tänään yhä useammin muutoksen johtamista. Muutos, liike edellyttää kirkkaan suunnan näyttämistä ja ihmisten saamista mukaan tähän liikkeeseen. Selkeä, yhteisesti jaettu suunta ja siitä johdetut tavoitteet energisoivat ihmisiä ja tähän organisaation menestys ja hyvä yhteistyö perustuvat. Se synnyttää yhdessä tekemisen innon eikä erityistä innostamista tarvita (1).

Myös tai ehkä erityisesti moniammatillisessa asiantuntijaorganisaatiossa, kuten intensiivihoitoa tuottavassa työyhteisössä, suunnan osoittaminen on oleellista. Kirkas suunta ei ole kuitenkaan johtajan oma hahmotelma, vaan se luodaan dialogissa ja yhdessä, koska moniammatillisessa organisaatiossa johtaja ei ole paras asiantuntija kaikilla niillä osaamisalueilla, joita haluttujen vaikutusten aikaansaamiseksi tarvitaan. Moniammatillisen asiantuntijayhteisön johtamisessa on kyse jaetusta visiosta, yhteisestä suunnittelusta, parhaansa antamisen mahdollistamisesta ja valmentamisesta

eikä valvonnasta tai käskemisestä. Johtajan tärkeimpiä tehtävä tällaisessa organisaatiossa on mahdollistaa vuorovaikutus sekä osata kuunnella ja aidosti välittää.

Kysymys kuuntelemisen, vuorovaikutuksen ja dialogin riittävyydestä on erityisen haasteellinen yhteisössä, joka muodostuu pitkälti vuorovaikutuksen ammattilaisista (terapeutit, psykiatrian alan ammattilaiset) ja jossa odotukset vuorovaikutukselle ovat korkeat. Ideaalitilanteessa dialogin riittävyyden mittarina voitaneen pitää olotilaa, jossa jokaisella yhteisön jäsenellä on kokemus kuulluksi tulemisesta ja jossa pystytään muodostamaan yhteinen käsitys ja synteesi käsillä olevasta asiasta. Mittarista käy myös jokaisen työntekijän kokemus kunnioitetuksi tulemisesta. Kun kokemus työyhteisössä on se, että jokaista kunnioitetaan oman työnsä asiantuntijana, syntyvät edellytykset työtä koskevan päätöksenteon vallan ja vastuun tasapainolle. Näin luottamus lujittuu ja syntyy positiivinen kierre dialogin paranemisesta ja kehittymisestä.

Reaalitilanne on usein se, että dialogiin on vain rajallisesti aikaa ja mahdollisuuksia. Perustaltaan terve moniammatillinen työyhteisö kestää tilapäiset puutteet dialogin käymisessä – jos yhteisön jäsenillä on kokemus siitä, että toimintaan eettisesti korkeatasoisesti ja johtaminen on oikeudenmukaista . Terveessä työyhteisössä vuorovaikutuksen tiedetään perustuvan rehellisyyteen ja siitä syntyvään luottamukseen, jolloin vuorovaikutuksen tilapäinen vähyys tai puuttuminen ei johdu salailuista tai epärehellisyydestä.

Eettisyyttä johtamisessa on pyrkimys oikeudenmukaisiin ja vastuullisiin ratkaisuihin – johtajan on pakko huolellisesti pohtia näkemystä oikeasta ja väärästä. Pohtimisen edellytys on mielikuvitus, joka on yksi johtajan tärkeitä ominaisuuksia. Hyvä johtaminen vaatii vilkasta mielikuvitusta, miten muuten olisi mahdollista pohdinta riittävän monesta näkökulmasta ja toisten asemaan asettuen? Samalla johtajan on tärkeää olla tietoinen oman mielikuvituksen taipumuksista tietyissä tilanteissa johtaa lähes herkästi harhaan (2).

Eettisyyttä edistää vastuunotto omista ja yhteisistä tekemisistä, luottamus ja yhteisiin asioihin sitoutuminen, päätöksenteon ja arviointien läpinäkyvyys ja tasapuolisuus, toisten aito kuuntelu ja suvaitsevaisuus ja ympäristöystävälliset valinnat.

Eettisyyttä tuhoaa pelkkä oman edun tavoittelu, liiallinen kilpailuhenkisyys, luottamuksellisuuden rikkominen, toisten vähättely ja plagiointi (3).

Tekemiselle otollinen ilmapiiri on myös riippuvainen siitä, missä kunnossa ovat työyhteisön rakenteet. Ilmapiiri ja sen myötä vaikuttavuus ja tulokset syntyvät työn tekemisen sujuvuudesta, haasteellisuudesta ja työssä onnistumisesta (4). Rakenteisiin liittyy paitsi dialogin mahdollistaminen, myös mahdollisuus tukeen tilanteessa, jossa tarvitsee apua. Kyse on siitä, että esimiehiä ja johtamista on riittävästi. Riittävyys on ennen kaikkea mentaalinen asia. Jos työntekijöiden keskuuteen syntyy tunne ja vaikutelma, että esimiestä ei

saa tai voi häiritä, alkaa tilanne kuormittaa työntekijöitä ja uupumus lisääntyy vähitellen. Esimiehisyyttä on oltava niin paljon, että esimiestä uskalletaan häiritä ja yhteisö hengittää riittävästi. Tunne siitä, että esimies on tarvittaessa käytettävissä myös toimii ennaltaehkäisevästi siten, että usein tunne riittää ja varsinaista esimiehen apua luultavasti tarvitaan jopa vähemmän. Kyse on tietysti myös esimiehen ja johtajan kyvystä olla käytettävissä ja läsnä ja järjestää omaa kalenteriaan.

Myös moniammatillisessa asiantuntijaorganisaatiossa kaikkien jäsenten on tärkeää ymmärtää päätöksentekoon liittyvä rakenne, joka määrittelee rooleja, vastuita, oikeuksia ja velvollisuuksia (4). Yleensä epäselvät valta-vastuu –suhteet johtavat ihmisten keskinäiseen törmäilyyn ja niiden aiheuttamaan tyytymättömyyteen. Johtajan velvollisuus on tarkastella toiminnan kokonaisuutta ja tehdä päätöksiä, jotka ovat organisaation perustehtävän kannalta suotuisia. Väistämättä joskus kokonaisuuden kannalta hyödylliset päätökset eivät ole yksittäisen työntekijän kannalta mieluisia. Erityisasiantuntijoiden johtajalta vaaditaan joustavaa kykyä nähdä, milloin hierarkiasta on syytä luopua ja milloin taas siitä kiinni pitäminen palvelee organisaation perustehtävää ja tavoitteita.

Vuorovaikutuksen on oltava sanan mukaista vuoroon vaikuttamista, kaksisuuntaista, jotta yhteisö hengittää. Tästä syntyy vaikuttavuus.

Hyvä vuorovaikutus ja ammatillinen integraatio ovat erityisen arvokkaita tilanteissa, jossa keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi ei ole valmiina ja on löydyttävä luovuutta. Innovaatiot syntyvät vuorovaikutuksen ja useamman kuin yhden ihmisen ponnistelun tuloksena. Uuden luominen liittyy aina siihen, millaisessa vuorovaikutuksessa olemme toisten ihmisten ja organisaatioiden kanssa (5). Luottamus ja avoimuus mahdollistavat aidon erilaisuuden hyväksymisen, joka on edellytys muutoskykyisyydelle (6).

Kunnioitus vahvistaa luottamusta.

Oppiminen ja eteenpäin meno edellyttävät oman toiminnan arviointia. Kriittinen reflektio ja muu oman toiminnan jatkuva arviointi mahdollistavat organisatorisen oppimisen ja ovat vaikuttavaan työhön tähtäävän moniammatillisen asiantuntijaorganisaation ehdottomia edellytyksiä. Johtamisenkin näkökulmasta haastavaa on rakentaa arviointitiedon keruu osaksi arjen prosesseja, mutta se rakentamisen vaiva on nähtävä. Muutoin arviointi- ja seurantatiedon keruusta tulee ylimääräinen työ ja ponnistus, jolloin tieto usein jää keräämättä. Organisaatio voi kuitenkin kyseenalaistaa aiempaa tekemistään ainoastaan olemalla kriittinen omalle toiminnalleen ja suhteuttamalla uuden toimintamallin muuttamalla vanhaa toimintatapaansa (4, 5). Tutkimus- ja arviointitietoa on kerättävä aktiivisesti, koska se antaa perustan toiminnan kehittämiselle ja muuttamiselle. Myös johtamisen tulee perustua tietoon (7). Koska ympäristö muuttuu - välillä hitaammin, välillä nopeammin - vähentää

arviointitieto yllätyksellisyyttä ja antaa eväitä tehdä muutoksia. Johtamisessa viisautta vaaditaan siihen, milloin muutoksia on otollisinta toteuttaa. Joskus muutosprosesseja kannattaa olla käynnistämättä sen vuoksi, ettei niiden onnistuminen ole todennäköistä muun muassa henkilöstön muutosväsymisen vuoksi (5). Toisaalta asenteita muutosta kohtaan voidaan muokata mieltämällä muutos elinvoimaisuuden edellytykseksi. Silloin muutos näyttäytyy normaalina osana työn arkea.

Johtaminen ja sote

- Sosiaali- ja terveydenhuollon integroinnissa on kyse kaksista, tasavertaisista toiminnan luvista ja niistä seuraavista toimintatavoista – johtajan tehtävä on varmistaa, että siedetään ajoittaista epäselvyyttä, joka tästä seuraa, mutta joka ratkeaa aina dialogilla.
- Johtajan tehtävä on varmistaa, että ammatillisuus ja kunnioitus säilyvät asiakassuhteissa.
- Johtajan tehtävä on huolehtia siitä, että työntekijöiden tasavertaisuus ja keskinäinen kunnioitus säilyy esimies-alais-suhteissa ja kaikkien moniammatillisen yhteisön jäsenten välillä.
- Johtajan tehtävä on varmistaa, että organisaation perustehtävä ja toiminnan suunta on selkeä ja kirkas, jolloin asiantuntijoille jää vapaus valita parhaat tavat tavoitteiden saavuttamiseksi.
- Jaksamisen varmistaminen tapahtuu riittävällä johtamisella: johtamista on oltava sen verran, että kaikilla säilyy tunne siitä, että en ole ongelmatilanteessa yksin.
- Johtajuuden funktio on erilainen eri tasoilla ja aikoina – asioiden tutkiminen ja hengittävyys on varmistettava etenkin kriisiaikoina.

Lähteet

1. **Alahuhta**, M. (2015): *Johtajuus. Kirkas suunta ja ihmisten voima.* Kokemuksia ja näkemyksiä johtamisesta Koneen ja Nokian vuosilta. Docendo.
2. **Kahneman**, D. (2011): *Thinking, Fast and Slow*. Penguin Books.
3. **Niiniluoto**, I. (2015): *Hyvän elämän filosofiaa.* Suomalaisen kirjallisuuden seura.
4. **Järvinen**, P. (2008): *Menestyvän työyhteisön pelisäännöt*. WSOYpro.
5. **Virtanen** P. (2008): *Sosiaaliset innovaatiot ja työorganisaation muutokset*. Teoksessa Sosiaaliset innovaatiot ja hyvinvointivaltion muutos. Toim. Saari Juho. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.
6. **Juuti**, P. (1999): *Johtaminen ja organisaation alitajunta*. Aavaranta-sarja, nro 38. Otava.
7. **Kamensky**, M. (2010): *Strateginen johtaminen – menestyksen timantti.* Talentum.

Intensiivihoidon taloudellisuus muihin palveluihin verrattuna

Ilari Niemi & Tuija Åstedt

Lastensuojeluun ja lastenpsykiatriaan suhtaudutaan viimesijaisina lasten ja perheiden auttamisen instituutioina, joiden piiriin lapset ja perheet ohjautuvat, kun muut auttamiskeinot ja perustason palvelut käyty läpi (1). Ne ovat kalliita palveluita, joiden tarvetta voidaan pyrkiä vähentämään erilaisilla kevyemmillä ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä. Osa lapsista ja perheistä tarvitsee kuitenkin riittävän tukevia sosiaali- ja terveydenhuollon integroivia palveluita. Sinänsä ylisukupolvisen näkökulman ja laajemman elämänkaaren suhteen tarkasteltuna lastensuojelun sijaishuollon ja lastenpsykiatrian toimenpiteitä voidaan tarkastella myös ennaltaehkäisevyyden näkökulmasta (2), jotka inhimillisen kärsimyksen lievittämisen lisäksi voivat säästää huomattavan paljon yhteiskunnan resursseja pidemmällä aikavälillä.

Mitä laaja-alaisemmista ja kompleksisemmista lapsuuden ajan häiriömuodoista (3) on kyse ja mitä moninaisemmat perheiden ylisukupolviset (4) ja ympäristön riskitekijät kuormittavat lapsen kehitystä, sitä tukevampia, moniulotteisempia ja joustavampia hoito- ja kuntoutusmalleja tarvitaan muutoksen aikaan saamiseksi. Sosiaalisen, psyykkisen ja taloudellisen huono-osaisuuden ylisukupolvisten kasautumiskierteiden ja kroonistumisen katkaiseminen edellyttää usein suuria panostuksia, joiden inhimillisiä ja taloudellisia vaikutuksia on perusteltua tutkia ja havainnollistaa tarkemmin.

Intensiivihoito on kehitetty vastaamaan em. kaltaisiin, vaativiin lastensuojelun asiakkaiden hoito- ja kuntoutustarpeisiin. Inten-

siivihoito on tarpeenmukaista ja se yhdistää lastensuojelun, lasten psykososiaalisen tuen ja erikoissairaanhoidon osaamisen. Työhön integroituu menetelmällinen perhetyö ja -terapia, jolloin palvelun piirissä on sijoitetun lapsen lisäksi koko perhe.

Intensiivihoidon vaihtoehto on järjestää palvelut integroimattomasti: lapsen sijaishuolto laitoshoidossa tai ammatillisessa perhehoidossa, jonka lisäksi tarvitaan mm. erikoissairaanhoitoa (sairaalahoitoa ja poliklinikkakäyntejä) sekä monenlaista psykososiaalista tukea perheelle (vanhemmat ja sisarukset).

Intensiivihoidon kustannushyötyjen tarkastelu tehtiin analysoimalla edellä mainittuja vaihtoehtoisia palvelupolkuja ja vertaamalla niiden kustannuksia. Analyysin taustalla olivat mm. seurantatiedot lasten tilanteesta intensiivihoitoon tullessa ja lähtiessä kymmeneltä vuodelta. Integroidun hoidon päättäneitä lapsia on ollut (2004-2014) yhteensä 321, joista palasi kotiin 155 lasta eli perheen jälleenyhdistyminen on toteutunut 48 % hoidossa olleista lapsista. Usean vuoden seuranta viittaa kohtalaisen stabiiliin pysyvyyteen (80%).

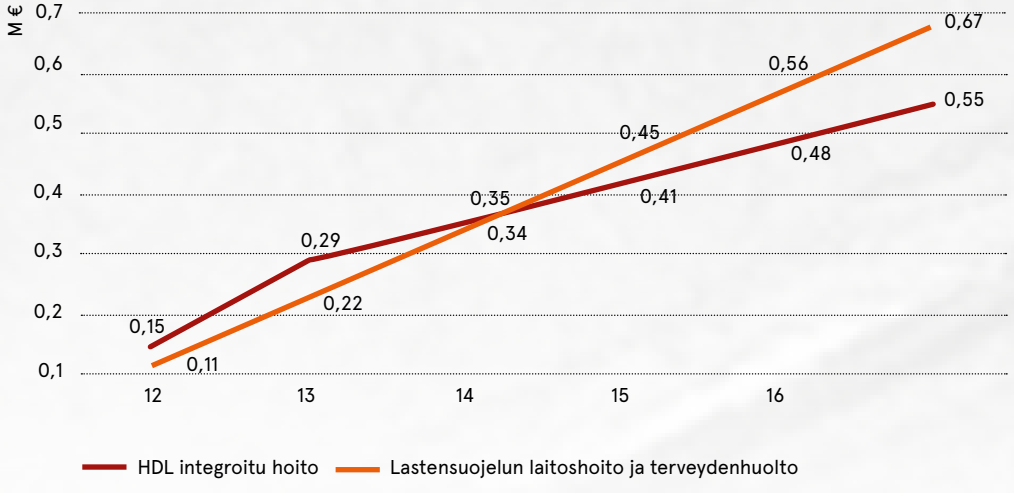
Kustannusanalyysissa kuvitellun asiakkaan alkutilanteesta todettiin, että kyseessä on 12-vuotias huostaanotettu, traumatisoitunut, psykiatrista hoitoa ja kuntoutusta tarvitseva lapsi, jolla on epävakaat kasvuolosuhteet ja jonka sijoitus perhehoitoon katkennut. Vaihtoehtoisina hoito- ja palvelupolkuina tarkasteltiin intensiivihoitoa ja kahta sektoroitunutta tapaa järjestää hoito ja palvelut. Vaihtoehdot olivat sijoitus muuhun laitoshoitoon tai sijoitus ammatilliseen perhehoitoon, joihin molempiin yhdistyy terveydenhuolto sekä muu lapsen ja perheen tarvitsema tuki ja palvelut. Tarkastelujakson pituus oli 6 vuotta

eli ikävuodet 12-17, jonka jälkeen lapsi täysiikäistyy eikä ole enää sijaishuollon piirissä.

Palvelutarpeen arviointiin ja vaihtoehtojen rakentamiseen osallistuivat lastensuojelun ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon ammattilaiset, joiden tehtävä oli arvioida erikoissairaanhoidon ja muiden palveluiden tarvetta niissä vaihtoehtoisissa palvelupoluissa, joissa psykiatrista hoitoa ei ole integroitu sijaishuoltoon. Perhetyön ammattilaisten kanssa arvioitiin vanhempien tarvitsemien konsultaatioiden ja avun tarve. Palveluiden kustannusten arvottamiseen käytettiin kilpailutusten ja julkisen terveydenhuollon hinnastojen tarjoamia kustannus- ja hintatietoja eri palveluille. Kustannuksia kertyy mm. sairaalajaksoista, lapsen ja perheen poliklinikka-, terapia- ja neuvontakäynneistä, lausunnoista ja lääkehoidosta.

Analyysin lopputulos on esitetty kuvassa 9. Analyysi osoitti, että intensiivihoito on jonkin verran kahta muuta palvelumuotoa kalliimpaa intensiivihoidon keston ajan, keskimäärin noin kaksi vuotta (vaihteluväli 1,5–4,5 v). Tämä johtuu vaihtoehtoja kalliimmasta hoitovuorokausihinnasta. Näin siitä huolimatta, että arvioitiin, että kahdessa muussa vaihtoehdossa tarvitaan etenkin alkuvuosina esim. sairaalajaksoja ja poliklinikkakäyntejä.

Merkittävin kustannushyötyyn liittyvä seikka on hoidon kokonaisvaltaisuus (kaikki hoito samasta paikasta koko perheelle) ja moniammatillisen työryhmän toteuttama lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen kohenemiseen tähtäävä työ (eri muodoissaan), joka mahdollistaa perheen jälleenyhdistämisen hoidon jälkeen. Tästä johtuen intensiivihoidon sisältävässä palvelupolussa kokonaiskustannukset laskevat laitoshoitojakson jälkeen dramaattisesti ja hoidon ja palvelun kokonaiskustannuksesta tulee halvempi vaihtoehtoihin verrattuna. Näin tapahtuu, kun kotiutumisia tapahtuu noin puolessa hoidon läpikäyneistä. Kokonaistaloudellisuus paranee, mikäli tätä prosenttiosuutta olisi mahdollista nostaa. Analyysi ottaa huomioon myös sen, että kotiin palaavista osa joudutaan ottamaan todennäköisesti huostaan uudelleen muutaman vuoden kuluttua. Käytettävissä olevan seurantatiedon perusteella todennäköisyys tälle on 20 %.



Kuva 9. Kumulatiivinen kustannus 12–17 v. yhden sijoitetun lapsen osalta

Tulokset osoittavat intensiivihoidon kustannushyödyt. Muut tutkimukset osoittavat lisäksi, että hoidolla saadaan aikaan myös muita haluttuja vaikutuksia. Intensiivihoidolla saadaan aikaa toivottuja vaikutuksia (lapsen ja perheen kokonaishyvinvoinnin lisääntyminen ja perheen jälleenyhdistyminen) ja se voidaan tehdä vaihtoehtoja halvemmalla, kun tarkastelujaksoksi otetaan intensiivihoidon kestoa pidempi aikaväli. Kustannushyödyt olisivat vieläkin suuremmat, mikäli laskelmassa huomioitaisiin se empiirisesti todennettavissa oleva asia eli integroimattoman hoidon tehottomuus, joka tulee toteutumattomista käynneistä. Lisäksi voitaisiin yrittää arvioida sitä, millaiset nuorten syrjäytymisestä aiheutuvat kustannukset intensiivihoidon kautta ennaltaehkäistään. Nämä jätettiin tarkoituksella analyysistä pois, jotta laskelmasta ei tule liian spekulatiivinen.

Intensiivihoidon kustannukset ja sote

- Integroidun hoidon kustannushyödyt ovat ilmiselvät – hoitoon panostaminen kannattaa.
- Asiakkaiden valinnanvapaus toteutuu – perhe voi valita, mikä on perheen kannalta järkevin tapa toteuttaa perhetyötä, joka lisää hoidon tehoa ja todennäköisyyttä toivottuun lopputulokseen.
- Panostaminen intensiivihoitoon vähentää pitkällä tähtäimellä lastensuojelun laitoshoidon tarvetta.

Lähteet

1. **Heino**, T. (2001). *Psykososiaalisten palvelujen hajaannuksen aika.* S. 82–96. Teoksessa: Bardy, M., Salmi, M. & Heino, T. (Toim). Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Saarijärvi: Gummerus. Stakes, raportteja 263/2001.
2. **Puustinen-Korhonen**, A. & **Pösö**, T. *Toteutuuko lapsen oikeus pysyviin kasvuolosuhteisiin?* Puheenvuoro lastensuojelun vaikuttavuudesta. Lapsiasiavaltuutetun toimiston julkaisuja 2010: 3. http://www.lskl.fi/files/299/Toteutuuko_lapsen_oikeus_pysyviin_kasvuolosuhteisiin_.pdf
3. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K., **Martikainen**, S. & **Åstedt**, T. (2015a). *Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psykiatrinen oirehdinta, tarkkaavaisuus ja toimintakyky: intensiivihoitojakson jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu.* Yhteiskuntapolitiikka 80; 4:350-364.
4. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K. & **Åstedt**, T. (2015b) *Ylisukupolvisten ja varhaisten riskitekijöiden sekä perheen toimintakyvyn yhteys perheen yhdistymiseen intensiivihoitojakson jälkeen.* Perheterapia 2, 22–38.

Intensiivihoidon tulevaisuudesta

Jukka Huikuri

Nyt, kun menneillään on sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen valtakunnallisesti, tarjoaa intensiivihoitomalli varteenotettavan vaihtoehdon lasten- ja nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun yhdistämiseen. Tähän saakka nämä tahot ovat toimineet erillään toisistaan ja usein myös tehneet päällekkäistä työtä tai yhteistyön puute on vakavasti vaikeuttanut apua tarvitsevien lasten ja nuorten sekä heidän perheidensä hoitoa ja kuntoutusta.

Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidon malli on ollut lähes ainoa mahdollisuus Uudenmaan alueella hoitaa ja kuntouttaa kokonaisvaltaista hoitoa tarvitsevia lapsia ja nuoria. On selvää, että tällaisia laaja-alaisesti oirehtivia lapsia ja nuoria ja heidän perheitään on paljon, mutta usein heidän hoitonsa ja kuntoutuksensa ovat jääneet yksipuolisiksi ja vajaiksi. Terveydenhuollon puolella on kuultu sanottavan, että koska lapsi tai nuori saavat jo lastensuojelupalveluita, he eivät enää tarvitse lasten- tai nuorisopsykiatrian apua. Näinhän ei tietenkään ole asia, vaan useimmiten juuri silloin on tarve molempiin palveluihin.

Intensiivihoidossa on vuodesta 2004 lähtien olleet terveydenhuollon oikeudet ja näistä vastaava vastuulääkäri. Intensiivihoidon kehittäminen aloitettiin vuonna 1998, jolloin henkilökuntaan tuli psykologien lisäksi vakituiseksi työntekijäksi lasten- ja nuorisopsykiatri. Terveydenhuollon henkilökuntaan on kuulunut useita lääkäreitä, psykologeja, perheterapeutteja, toimintaterapeutteja, neuropsykologi, ryhmäterapeutti sekä kuvataideterapeutti. Lisäksi osastoilla työskentelee useita sairaanhoitajia. Erityistyöntekijöiden määrä on suurempi kuin monissa terveydenhuollon lasten- ja nuortenpsykiatrisissa yksiköissä. Perheen hoitoon panostetaan paljon ja perheelle tarjotaan mahdollisuus perheterapiaa.

Lastensuojelun ja lastensuojelulain suoma mahdollisuus pitempiaikaiseen sijoitukseen antaa tilaisuuden hoitaa ja kuntouttaa lasta tai nuorta ja hänen perhettään joustavasti pitempiäkin aikoja. Intensiivihoidossa perhe on hoidossa ja kuntoutuksessa koko ajan tiiviisti mukana. Terveydenhuollon puolellahan ei juuri käytetä mielenterveyslakia lasten tahdosta riippumattoman hoidon järjestämiseen. Näin ollen hoitoon valikoituvat vain ne lapset ja perheet, jotka ovat motivoituneita. Yksiköissä voidaan toteuttaa kokonaisvaltaista lasten ja heidän perheidensä hoitoa ja kuntoutusta myös niiden perheiden kanssa, jotka eivät aina ole, etenkin hoidon alkuvaiheessa, kovin motivoituneita hoitoon ja kuntoutukseen. Useimmiten hoidon ja kuntoutuksen edetessä myös nämä perheet tulevat hoitoprosessiin mukaan ja tulokset hoidoista ovatkin hyvin rohkaisevia.

Hoitomallia on kehitetty tiimityönä pitkäjänteisesti. Hoidon tavoitteena on aina lapsen tai nuoren ja heidän perheidensä kuntoutuminen, niin että lapsi tai nuori voi jatkaa elämäänsä kotona, avopalveluiden varassa tai hänelle löydetään sopiva sijaishuoltopaikka. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen on tärkeä osa hoitomallia ja kotiin vietävä työ ennen osastohoitoa, osastohoidon aikana ja sen jälkeen tukee lapsen ja nuoren hoitoprosessia. Integroiva hoitomalli tarjoaa hyvät mahdollisuudet hoidon jälkeen tehtävässä kuntoutuksessa ja hoidon jatkuvuutta turvaavassa avohuollon jälkihuollossa.

Omahoitajuus on yksi keskeisistä hoidon kulmakivistä ja sitä on kehitetty pitkäjänteisesti. Omahoitajuuden tukena on jo usean vuoden ajan ollut menneillään omahoitajakoulutus, josta kirjassa on aikaisemmin kirjoitettu tarkemmin. Teoriapäivien kouluttajina tässä

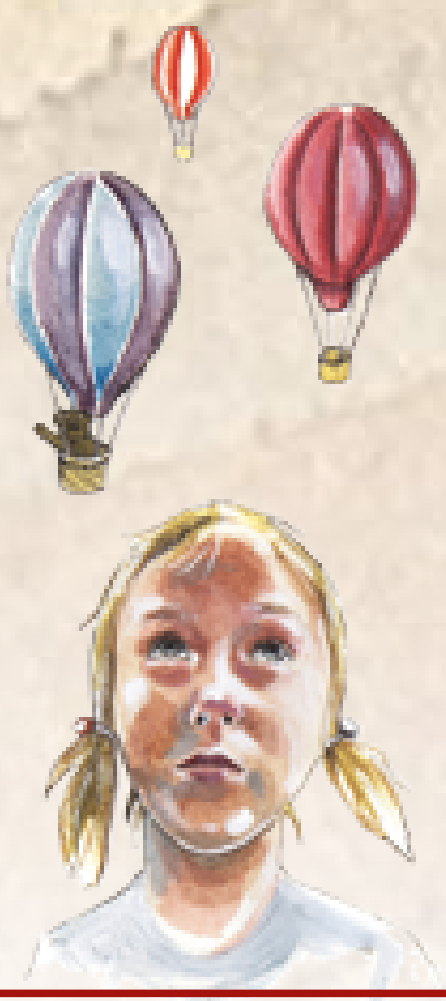
kaksivuotisessa koulutuksessa ovat olleet maan parhaat asiantuntijat. Tutkimustulosten mukaan onkin voitu todeta omahoitajuuden keskeinen merkitys hoitojen onnistumisessa.

Moniammatillinen tiimityö on myös yksi vahvuuksista intensiivihoidossa. Sitä on lähdetty kehittämään systemaattisesti alusta lähtien niin, että erilaiset teoriataustat sopivat yhteen ja tukevat lasten ja perheiden hoitoprosessin integraatiota. Intensiivihoidossa käytetään monia eri viitekehyksiä, jotka kaikki täydentävät toisiaan hoitoprosessin aikana. Moniääninen tiimityö on yksi tärkeä osa tulevaisuuden hoitoprosesseja.

Kotiin vietävää työtä on kehitetty pitkäjänteisesti. Sekä kotiin vietävää työtä, että osastohoitoa tarvitaan tulevaisuudessa. Kotiin vietävää intensiivihoitoa varten on malli valmiina ja sen täysimääräinen hyödyntäminen tarjoaa suuria mahdollisuuksia tulevaisuudessa. Lähimmät kaksi vuotta ovat niin kunnille kuin intensiivihoitomallin jatkumiselle ja kehittämiselle haastavia. Kuntapäättäjät odottavat, mitä sote-uudistus tuo tullessaan ja miettivät, mitä pitäisi tehdä. Nyt olisi tärkeätä, että intensiivihoitomallin kaltaisia integroivia palveluita voitaisiin ottaa käyttöön laajemmin sote-uudistuksen yhteydessä.

Intensiviihoidon integroidun hoitomallin mahdollisuuksista ja haasteista tulevaisuudessa

- Kokonaisvaltaista hoitoa tarvitsevat lapset, nuoret ja perheet tarvitsevat tulevaisuudessa valtakunnallisesti laadukkaita intensiivihoitomallin kaltaisia integroivia palvelujatkumoita.
- Sote-uudistus ja maakuntamalli tarjoavat mahdollisuuksia integroitujen palvelujatkumoiden rakentamiseen, joissa lasten, nuorten ja perheiden hoidon monipuolisuus ja jatkuvuus tulee turvattua.
- Sote-uudistuksessa voitaisiin hyödyntää integroidun hoitomallin tarjoamia mahdollisuuksia muun muassa:
  - moniäänisen tiimityön kehittämisessä
  - osastohoidon ja terapeuttisen omahoitajuuden syventämisessä
  - kotiin vietävässä työssä
  - hoidon jatkuvuutta turvaavassa avohuollon jälkihuollossa
- Lastensuojelun ja terveydenhuollon yhdistäminen ja kotiin vietävä hoito ja kuntoutus ovat intensiivihoidon tulevaisuuden avainkysymyksiä, jotka edellyttävät uudenlaisia ajattelutapoja ja menetelmiä.



9.

Intensiivihoito tutkimuksen näkökulmasta

Lasten, nuorten ja perheiden kokemuksia intensiivihoidosta

Timo Pasanen

Intensiivihoidossa tehdyissä tutkimuksissa sekä vanhempien ja omahoitajien (1, 2, 3, 4, 5) että lasten ja nuorten itsensä (6, 7, 8) kertomana välittyy kuva perheiden kasautuvista vaikeuksista ja monitasoisesta psyykkisestä huonovointisuudesta hoidon alkaessa. Haastavista lähtökohdista huolimatta, sekä vanhemmat (9, 10) että nuoret (6, 7, 8) olivat pääosin tyytyväisiä hoitoon ja kokivat saaneensa apua intensiivihoitojaksosta. Tärkeinä hoidon vaikuttavuuden taustatekijöinä tutkimuksissa tulivat esille lasten (1, 9) ja vanhempien (3) voimavarat, joiden tunnistaminen ja vahvistaminen ovat intensiivihoidon peruslähtökohtia.

Nuorten haastattelututkimukset

Kahdesta intensiivihoidon päättäneille nuorille tehdystä haastattelututkimuksesta, joissa haastateltiin yhteensä 29 nuorta (6, 8) voidaan nostaa esiin viisi huomiota:

1. Enemmistölle nuorista kokemus intensiivihoidosta näyttäytyi positiivisena ja heillä oli kokemus välitetyksi tulemisesta hoidon aikana. Molemmissa tutkimuksissa enemmistö (noin 80%) nuorista suhtautui pääosin myönteisesti intensiivihoitoon. Osa nuorista koki hoidolla olleen erityisen suuri merkitys heidän elämänsä kannalta. Enemmistö nuorista koki tyytyväisyyttä nykyisestä elämäntilanteestaan, ja itsensä fyysisesti ja psyykkisestikin terveiksi.

"Suurin osa mitä nyt on oppinut elämänsä aikana niin on varmaan tullut tuolta."

Hoidon positiivinen merkitys korostui varsinkin siinä, miten nuoret kuvasivat omaa kehittymistään ja oirehdintansa vähentymistä. Kokemuksen myönteisyyteen vaikutti eniten se, millainen ymmärrys nuorella oli omasta kuntoutumisestaan ja sen tarpeesta sekä ihmissuhteiden laadusta suhteessa omahoitajaan, kavereihin tai omiin vanhempiin. Nuoret, joissa sijoituksen syyt aiheuttivat ristiriitaisia tunteita, eivät nähneet sijoitukselle riittäviä perusteita tai sijoitus oli tuntunut liian rajulta toimenpiteeltä. Toisaalta intensiivihoidon koettiin suojanneen monilta uhkatekijöiltä ja intensiivihoitomallin tavoitteen mukaisesti toistuvalta sijaishuoltopaikkojen vaihtumisen kierteeltä oli vältytty. Intensiivihoidossa asumisen ja sinä aikana opittujen asioiden merkitys oli suurimmalle osalle nuorista hahmottunut kunnolla vasta intensiivihoidon päättymisen jälkeen.

"Veikkaisin, etten ois tässä enää, jos en ois tullut (intensiivihoitoon)."

2. Hoidon aikana lapsen suhde vanhempien kanssa oli vahvistunut. Ajoittain vanhemman ja lapsen välisen yhteydenpidon ylläpitäminen hoidon aikana voi herättää lapsessa suuriakin pettymyksiä ja turhautumisia. Kuitenkin hoidon jälkeen nuoret kokivat tärkeimmiksi ihmissuhteiksi suhteet biologiseen perheeseensä.

Nuorten kertomukset haastattelussa tukivat näkemystä osastohoitojaksoon tiiviisti kytkeytyvän perhetyön ja -terapian mielekkyydestä kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten kohdalla, sekä lapsen hoitoprosessin että myöhemmän elämän kannalta.

3. Osaston aikuisten jatkuvaan läsnäoloon ja luottamukselliseen suhteeseen kulminoituvat ne tekijät, jotka vaikuttivat olennaisesti lapsen kuntoutumiseen. Enemmistö nuorista oli kyennyt luomaan merkityksellisen, korjaavia kokemuksia tarjoavan, kahdenkeskisen suhteen omahoitajan kanssa. Muutamat nuoret olivat kokeneet omahoitajan hyvin läheiseksi, vanhempaan verrattavissa olevaksi ihmissuhteeksi.

Nuorten kertomuksissa tuli esiin kokemus siitä, että heidän psyykkinen kipunsa oli tullut tunnistetuksi ja vastaanotetuksi.

4. Nuoria haastattelemalla saatiin tärkeätä tietoa hoidon kehittämiseksi liittyen mm. lapsen kokemukseen hoidollisista kiinnipidoista. Hoitoon tullessaan osa lapsista oirehti psyykkistä kipuaan voimakkaalla ulospäin suuntautuneella käyttäytymisellä, kuten väkivallalla tai raivoamisella, jolloin hoidollinen kiinnipito on ollut tarpeellinen hoitomenetelmä. Vaikka nuoret olivat kokeneet hoidollisen kiinnipidon tarpeellisena hoitomenetelmänä, oli kiinnipidoista jäänyt osalla nuorista ikävä kokemus, joka vieläkin puhututti useita nuoria. Ikävimpiä kokemukset olivat niillä nuorilla, joilla näitä kiinnipitoja oli ollut erittäin paljon. Kokemuksessa ikävintä olivat fyysinen kokemus rajaamisesta sekä voimattomuuden tunne, joka rajaamiseen liittyi. Tutkimusten jälkeen osastoilla onkin kiinnitetty entistä enemmän huomiota hoidollisen kiinnipidon tarpeellisuuden arviointiin ja kiinnipitotilanteen selvittelyyn lapsen kanssa.

Nuorten kuvausten perusteella ei voi sivuuttaa kokemusten fyysisyyttä ja sitä, miten lapsi on saattanut kokea hoidollisten kiinnipitojen aikana fyysistä kipua, huolimatta aikuisten varotoimenpiteistä.

Hoidollisiin kiinnipitoihin liittyi ikävien kokemusten lisäksi samoilla nuorilla myös turvallisuuden ja oppimisen kokemuksia. Se voi olla korjaava kokemus suhteessa traumaan ja merkitä aktiivisen puolustautumisreaktion onnistumista, jolloin kamppailun jälkeen voi tuntea ennemminkin tyytyväisyyttä kuin avuttomuutta ja nöyryytetyksi tulemista (11).

5. Laitoshoito ei merkitse vain laitoksesta toiseen siirtymistä, vaan laitoksessa eletystä ajanjaksosta voi muodostua lapsille merkityksellinen osa elämää riippuen siitä, mitkä heidän tarpeensa ovat olleet ja miten niihin on vastattu. Osalle lapsista intensiivihoito on merkinnyt erityisen paljon. Se on ollut koti, turvapaikka, jossa on saanut nauttia hyvistä aikuis- ja kaverisuhteista. Nuorten kertomusten perusteella voidaan todeta, että intensiivihoidon kokonaisvaltainen lapsen ja perheen tilanteen huomioiva hoitoprosessi tukee lastensuojelulain tavoitetta perheenjäsenten yhteydenpidon tukemisesta.

Vanhempien haastattelututkimukset

Kahdesta intensiivihoidossa olevien lasten vanhempien kokemuksia selvittävästä haastattelututkimuksesta, joissa haastateltiin yhteensä 21 vanhempaa (9, 10) voidaan nostaa esiin neljä huomiota:

1. Intensiivihoidon jakso oli tärkeä jakso lapsen ja perheen kokonaistilanteen rauhoittumisessa ja selkeytymisessä. Vanhempien näkemykset tukivat nuorten kokemusta siitä, että hoidon aikana tapahtui tärkeitä muutoksia lapsen ja perheen tilanteessa, joka mahdollisti uudenlaista suuntautumista tulevaisuuteen. Hoidon aikana lapsen ja perheen hoitopolun poukkoilu päättyi ja tilanne voitiin rauhoittaa ja selkeneminen alkoi. Vanhempien mukaan hoidon myötä lapsi oli edistynyt sosiaalisessa kanssakäymisessä ja kyennyt rauhoittumaan nopeammin.

Intensiivihoito tarjosi lapsille, perheille ja viranomaisille "aikalisän", jonka turvin voidaan rakentavammin pohtia lapsen ja perheen tulevaisuutta.

2. Vanhempien näkemykset tukivat nuorten kertomaa sekä omahoitajatyön että perheen ihmissuhteita tukevan työn tärkeydestä sijaishuollon aikana. Nuorten tavoin myös vanhemmat nostivat esiin omahoitajatyön lapsen henkilökohtaisena auttajana ja perheen keskinäisten suhteiden paranemisen intensiivihoidon aikana. Perhetyön suhteen vanhemmat kokivat suurimpana muutoksena lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen paranemisen. Vanhemmat kertoivat saaneensa apukeinoja toimia lapsen kanssa eri tilanteissa; osastolta ja perheterapiasta saadut konkreettiset neuvot arkeen koettiin erityisen tärkeinä (12). Tärkeänä yksittäisenä havaintona voi pitää kokemusta siitä, että joissakin tapauksissa myös lasten elämästä poissa olleet isät (13) oli saatu takaisin lasten elämään.

"Tosi paljon muutosta. Oon saanut ite niitä keinoja miten toimia lasten kaa, kunnioitusta äitinä."

3. Vanhemmat kokivat intensiivihoidon henkilökunnan toiminnan positiivisesti. Vanhempien kertomuksissa tuli esille arvostus henkilökunnan ammattitaitoa kohtaan ja kokemus kuulluksi tulemisesta. Tärkeinä hoidollisina rakenteina nousivat esiin vanhempaintapaamiset ja vertaisryhmät. Ryhmäanalyytikon ohjaamat vertaistukiryhmät tarjoavat vanhemmille mahdollisuuden jakaa kokemuksiaan ja saada ymmärrystä omille tunteilleen ja ajatuksilleen. Vertaistuen tarjoama mahdollisuus käsitellä kokemuksiaan sellaisten vanhempien kanssa, jotka ovat käyneet samoja asioita ja tunteita läpi voi olla suuri voimavara vanhemmalle.

"Ymmärretyksi tuleminen auttaa huostaanottotilanteen käsittelyssä."

4. Kehittämistarpeina nousivat esiin vanhempien mielipiteiden kuuntelemisen ja riittävän yhteydenpidon merkitys sekä lapsen hoitoympäristön kodinomaisuus, yksilöllinen hoitoprosessi ja omahoitajasuhteen pysyvyys. Vanhemmat toivoivat, että heidän mielipiteitään kuunneltaisiin erityisesti neuvotteluissa ja päätöksiä tehdessä. Toiveina oli, että yhteydenpito vanhemman ja sijaishuoltopaikan välillä paranisi. Osa vanhemmista toivoi, että osasto olisi ollut kodinomaisempi ja lapsilta olisi vaadittu enemmän kodinomaisten askareiden tekemistä ja ikätasoista vastuuta. Muutama vanhempi toivoi hoitomalliin lisää joustoa ja enemmän yksilöllisempää hoitoa.

Lasten, nuorten ja vanhempien kokemuksia intensiivihoidossa tehtyjen tutkimusten perusteella:

- Pääosin lasten, nuorten ja vanhempien kokemus intensiivihoidosta oli positiivinen ja he kokivat, että intensiivihoidon aikana saadaan merkittäviä muutoksia aikaan sekä lapsen että perheen tilanteessa.

- Lasten, nuorten ja vanhempien vastauksista käy muiden intensiivihoidossa tehtyjen tutkimusten kanssa yhdenmukaisesti ilmi, että perhetyö on välttämätön osa lapsen ja nuorten hoitoprosessia ja sen kautta voidaan monin tavoin tukea perheen ihmissuhteiden jatkuvuutta sekä kotiin palaavien että sijaishuollossa jatkavien lasten ja nuorten kohdalla.

- Lasten, nuorten ja vanhempien kertomana tuli esille merkittäviä hoidon kehittämisessä huomioitavia näkökulmia, liittyen muun muassa asiakkaiden näkökulman huomioimisen tärkeyteen kaikissa hoidon eri vaiheissa ja kehittämistyössä:
  - erityisesti nuorten kokemukset hoidollisista kiinnipidoista nostavat esiin osastohoitoa tukevien hoidollisten rakenteiden ja ammatillisen, ymmärtävän asennoitumisen merkityksen vaativien hoitoprosessien turvallisuuden kannalta
  - vanhempien mukaan erilaiset vertaistuen muodot tarjoavat oivallisia keinoja päästä työstämään sijaishuollon herättämiä monenlaisia ja mahdollisesti hyvin ristiriitaisia kokemuksia

Lähteet

1. **Pasanen**, T. (2001). *Lastenkodin asiakaskunta: Psykiatrinen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehdinnasta sekä hoidontarpeesta.* Turun yliopiston julkaisuja. C 170. Turku.

2. **Honkinen**, A. & **Pasanen**, T. (2011). *Intensiivihoitoon sijoitettujen lasten psyykkinen oirehdinta ja sen muuttuminen hoidon aikana.* Yhteiskuntapolitiikka 3, 251–263. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102860/honkinen.pdf?sequence=1

3. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K. & **Åstedt**, T. (2015a). *Ylisukupolvisten ja varhaisten riskitekijöiden sekä perheen toimintakyvyn yhteys perheen yhdistymiseen intensiivihoitojakson jälkeen.* Perheterapia 2, 22–38. https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/Perheterapia_2_2015_web.pdf

4. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K., **Martikainen**, S. & **Åstedt**, T. (2015b). *Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psykiatrinen oirehdinta, tarkkaavaisuus ja toimintakyky: intensiivihoitojakson jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu.* Yhteiskuntapolitiikka 80; 4:350–364. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129559/pasanen.pdf?sequence=1

5. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K., **Åstedt**, T. & **Jaakkola**, I. (2015c). *Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psyykkisen oirehdinnan laaja-alaisuus: intensiivihoitojakson jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu*. Kuntoutuslehti 4/2015. http://www.kuntoutussaatio.fi/viestinta_ja_tiedolla_vaikuttaminen/kuntoutuslehti/arkisto/kuntoutus-lehti_4_2015

6. **Kumar**, M. (2010). *Nuorten kokemuksia Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta.* Diakonia ammattikorkeakoulu, Helsinki. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25604/kumar_maarit.pdf..pdf?sequence=1 (luettu 9.12.2016).

7. **Valkonen**, M. & **Pasanen**, T. (2012). Nuorten kokemuksia Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta. Yhteiskuntapolitiikka 3, 302–309. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102865/valkonen.pdf?sequence=1

8. **Ekholm**, E. (2013). *"Mä en olisi tässä nyt"* Nuorten kokemusasiantuntijoiden mielipiteitä Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta. HDL raportti, 1/2013. https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/HDL_Raportti1_2013_Ekholm_netti.pdf (luettu 5.9.2016).

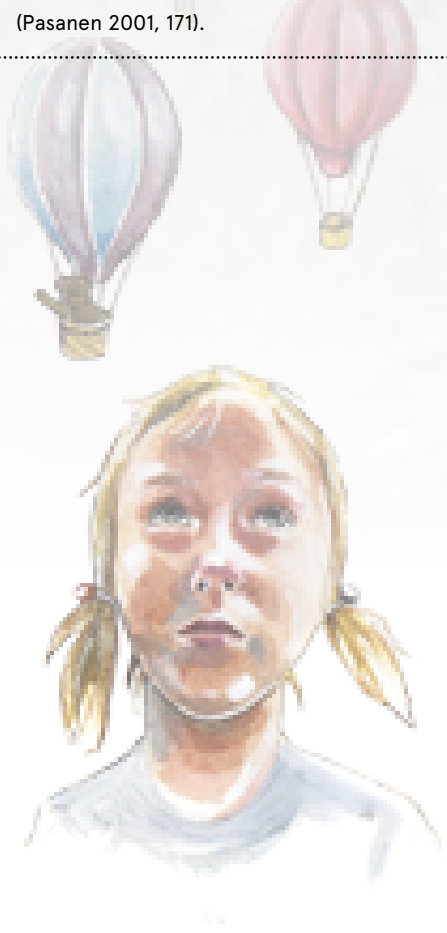
9. **Kaakinen**, J., **Laiho**, K. & **Lähteenmäki**, L. (2004). *Intensiivihoidon vaikuttavuuden arviointi.* Sosiaalikehitys Oy. Painamaton julkaisu.

10. **Säteri**, T. (2015). *Sijoitettujen lasten vanhempien näkemyksiä intensiivihoidosta.* Terveyden edistämisen koulutusohjelma, johtaminen perhekeskeisessä työssä. Laurea-ammattikorkeakoulu, Otaniemi.

11. **Martikainen**, S. (2010). *Traumatisoitumisesta – sen kehollisista vaikutuksista ja huomioimisesta osastohoidossa.* Esitys intensiivihoidon osaston kehittämispäivässä.

12. *Vanhemmuuden ja perheen kiintymyssuhteiden vahvistumisella oli yhteys perheen yhdistymisen kanssa* (Pasanen ym. 2015a).

13. *"Lastensuojeluperheissä äidit joutuvat vastuunkantajiksi ja laiminlyövän ja riistävän isän vaikutus leikkaa voimakkaasti läpi perheiden elämää. Siten isän roolin tukemista voi pitää yhtenä sijaishuollon suurista haasteista"* (Pasanen 2001, 171).



Tutkimuksen näkökulma sijoitetuilla lapsilla esiintyviin laaja-alaisiin häiriöihin

Kati Katajamäki

Lastensuojelua tarvitsevia perheitä on kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. Ongelmat usein kasaantuvat ja siirtyvät sukupolvelta toiselle. Tutkimusten mukaan näissä perheissä on tyypillisesti matala koulutustaso, oppimisvaikeuksia, työttömyyttä, toimeentulovaikeuksia, vanhempien uupumista, päihde- ja mielenterveyden ongelmia, vanhempien epäsosiaalista käyttäytymistä, ristiriitoja, avioeroja tai perheväkivaltaa (1, 2, 3, 4).

Lapsen psyykkisen hyvinvoinnin perusta rakentuu jo varhain perimän ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. Perimä luo raamit keskushermoston kehitykselle, ja biologiset ympäristötekijät vaikuttavat jo ennen syntymää lapsen kokonaiskehitykseen. Sikiökauteen ja syntymään liittyviä riskitekijöitä ovat muun muassa äidin heikko fyysinen ja/tai psyykkinen terveydentila (5, 6) ja päihteiden käyttö (7, 8) raskaudenaikana sekä lapsen ennenaikainen syntyminen. Varhainen kasvuympäristö muokkaa kehittyviä aivoja saatujen kokemusten kautta (9). Aivojen muovautuvuuskyky on suurimmillaan varhaislapsuudessa, mutta säilyy myös aikuisella. Aivojen kehityksessä voidaan erottaa ajallisesti spesifit kehityksen kriittiset vaiheet, jolloin aivot tarvitsevat ns. välttämättömiä kokemuksia kehittyäkseen normaalisti. Kokemuksista riippuvat prosessit ovat puolestaan täysin yksilöllisiä ja edellisiä joustavampia muuttumaan ympäristöolosuhteiden vaikutuksesta. Ympäristö muokkaa kehittyviä aivoja toimimaan vallitsevassa ympäristössä. Tunnetaidot, sosiaalinen älykkyys sekä tiedonkäsittelykyky

vahvistuvat ja heikentyvät ympäristöolosuhteiden mukaan.

Lapsi tarvitsee vanhempien turvaa ja tukea ylivoimaisten vireys- ja tunnetilojen käsittelyssä ja säätelyssä. Säätelyapu on erityisen keskeistä varhaislapsuudessa, koska aivojen kehitys on vielä kesken, ja lapsen itsenäinen selviytyminen sekä oma ohjailukyky ovat vielä hyvin puutteellisia. Psykososiaalisessa kehitysympäristössä vakavimmat riskitekijät liittyvät lapsen psyykkiseen ja fyysiseen kaltoinkohteluun sekä laiminlyöntiin. Ne haittaavat turvallisen kiintymyssuhteen kehittymistä ja aiheuttavat sekä välittömiä että pitkäaikaisia kielteisiä vaikutuksia lapsen kokonaiskehitykselle. Laiminlyönnin tai pahoinpitelyn seuraukset sekä vakavuus riippuvat kaltoinkohtelun luonteesta, sen kestosta, lapsen iästä, sukupuolesta ja temperamentista (10). Lapsi saattaa joutua muodostamaan psyykkiset selviytymiskeinonsa kehitystä vaarantavassa ympäristössä, jossa perusturvallisuus on puutteellista, ja kiintymyssuhdeobjekti laiminlyö lapsen kehitystason mukaisia tarpeita. Tunteiden säätelyn oppimisen on lähes mahdotonta tapahtua ympäristössä, joka edellyttää täydellistä alistumista eikä tarjoa turvaa ja lohdutusta. Tällaisessa tilanteessa lapsi joutuu olemaan jatkuvassa hälytystilassa, turruttamaan tunteensa, välttelemään ja käyttämään dissosiaatiota puolustuskeinonaan. Mitä nuorempi lapsi on kokiessaan kaltoinkohtelua, ja mitä pidempään lapsi elää traumaattisissa olosuhteissa, sitä vakavampia ja pysyvämpiä seurauksia sillä on lapsen kokonaiskehitykseen (10). Varhaisessa kiintymyssuhteessaan traumatisoituneet lapset ovat herkistyneet stressille ja ovat myöhemmin haavoittuvampia sekä alttiimpia mielenterveyden ongelmille.

Myös lapsen vaativa temperamentti, neuropsykiatriset ja neurokognitiiviset häiriöt sekä niihin liittyvä vaikeahoitoisuus asettavat omat haasteensa herkän kiintymyssuhteen rakentumiselle lapsen ja vanhemman välille (11, 12). Lapsen voimakkaan ja laaja-alaisen oirehdinnan on nähty lisäävän vanhempien uupumusta sekä stressiä, minkä puolestaan on havaittu olevan yhteydessä lapsen voimakkaampaan oireiluun (13). Myönteisen vuorovaikutuksen on sen sijaan nähty suojaavan lasta esim. käytöshäiriöiltä. Äidin masennuksen ja vuorovaikutuksesta vetäytymisen on todettu altistavan lasta internalisoiville oireille, esim. masennus- ja ahdistuneisuusoireille että eksternalisoiville oireille, esim. käytöshäiriöoireilulle (14, 15). Tutkimusten mukaan (16, 17) vakavampien häiriömuotojen taustalla on lähes aina neuropsykiatrisia ja/tai neurokognitiivisia ongelmia. Erityisesti kielenkehityksen sekä tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen ongelmien on todettu olevan yhteydessä esimerkiksi pitkäkestoisiin, yksilön elinikäisiin käytöshäiriöihin sekä myöhemmin rikollisuuteen (16, 17). Tästä syystä taustalla olevien neuropsykiatristen ja/tai neurokognitiivisten ongelmien tunnistaminen ja hoito mahdollisimman varhain on yksilökehityksen,

toimivan perhesysteemin sekä yhteiskunnan kannalta ensiarvoisen tärkeää.

Perimään ja ympäristötekijöihin liittyvien, mahdollisesti kasautuneiden, riskitekijöiden vaikutukset näkyvät kodin ulkopuolelle sijoitetuilla lapsilla erilaisina mielenterveyden ongelmina sekä kehityksellisinä häiriöinä. Nämä riskitekijät vaikuttavat lapsen psyykkiseen, fyysiseen sekä sosiaaliseen kehitykseen altistaen lasta neuropsykiatrisille ja neurokognitiivisille vaikeuksille. Kansallisten ja kansainvälisten tutkimusten (esim. 1, 18, 19, 20, 21) mukaan kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten tyypillisimpiä neuropsykiatrisia häiriöitä ovat aktiivisuus- ja tarkkaavuushäiriöt sekä lapsuuden laaja-alaiset kehityshäiriöt. Lisäksi näillä lapsilla havaitaan heikentyneitä ja epätasaisia neurokognitiivisia toimintoja, kuten kognitiivisen yleistason heikkoutta (22, 23), toiminnanohjauksen ongelmia, hyperaktiivisuutta (18, 24), kielellisiä (19) sekä muistin ja oppimisen vaikeuksia (22). Mielenterveyden ongelmista tyypillisimpiä ovat tunne- ja käytöshäiriöt, ahdistuneisuus- ja kiintymyssuhdehäiriöt sekä erilaiset traumareagoinnin muodot (25). Näistä neurokognitiivisista, neuropsykiatrisista ja psykiatrista häiriöistä johtuen kodin ulkopuolelle sijoitetuilla lapsilla on usein monenlaisia arjessa näyttäytyviä vaikeuksia, kuten ongelmia aggression hallinnassa, arkirutiineista selviämisessä, koululaistaidoissa, opiskelussa ja ihmissuhteissa (26). Näiden lasten riski pudota esimerkiksi peruskoulun jälkeisestä opiskelusta (27) sekä riski ajautua etenkin nuoruusikäisenä asosiaaliseen toimintaan mukaan on huomattavasti suurempi kuin ikätovereilla (28). Hoitamattomina näiden ongelmien on todettu lisäävän myöhemmin aikuisuudessa rikollista käyttäytymistä (29).

Perhesysteemin tasapainoa ja yksilökehitystä horjuttaneista ongelmista huolimatta, kodin ulkopuolelle sijoitetuilla lapsilla ja perheillä on osoitettu olevan myös vahvuuksia (18, 30, 31, 4, 20) ja myönteinen vaste hoidollisiin interventioihin (18, 31, 4). Havaintoa tukevat myös aivojen plastisuudesta nouseva, kokemuksista riippuvien toimintojen näkökulma yksilökehityksessä – kehitymme saamiemme kokemusten kautta. Kykymme heikentyvät tai vahvistuvat sen mukaan missä ympäristössä elämme. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten vahvuudet ovat tulleet esiin muun muassa oppimispotentiaalina sekä vahvuuksina visuaalisessa tarkkaavuudessa ja visuaalisessa ongelmanratkaisukyvyssä (esim. 18, 20). Lisäksi näiden lasten psyykkisen hyvinvoinnin (31) ja itsesäätelykyvyn (18) on todettu vahvistuneen laaja-alaisen, eri hoidollisia viitekehyksiä integroivan intensiivisen hoidon aikana. Myös lasten omat myönteiset kokemukset aggression hallinnasta tukevat edellisiä havaintoja (32). Edistymiseen vaikuttavat paitsi lapseen kohdennettu hoito niin myös koko perheen hoito ja tukeminen. Erityisesti lapsen ja vanhemman kiintymyssuhteen vahvistumisen on nähty olevan merkittävä perheen yhdistymistä mahdollistava tekijä (4).

- Lasten psyykkinen hyvinvointi ja itsesäätelykyky ovat vahvistuneet intensiivihoidon aikana.
- Lapsen ja vanhemman välisessä kiintymyssuhteessa on tapahtunut vahvistumista intensiivihoidon aikana.

Intensiivihoitoa on kehitetty ja sen laatua on varmennettu useiden vaikuttavuutta arvioivien tutkimusten avulla. Hoidon kehittämiseen suuntaavissa tutkimuksissa on pyritty valottamaan asiakaskunnan luonnetta sekä kehittämään intensiivihoitoa entistä paremmin asiakkaiden tarpeita vastaavaksi. Seuraavaksi esitellään lyhyesti muutamia lähinnä kvantitatiivisiin menetelmiin perustuvia tutkimuksia, joita on hyödynnetty intensiivihoidon kehittämistyössä.

Intensiivihoitoon sijoittuvissa tutkimuksissa (4, 18, 30, 31, 32, 33, 34) lasten oirekuvan on todettu olevan laaja-alainen ja kompleksinen. Lasten kehityshistoriaa on leimannut neuropsykiatrisista ja neurokognitiivista riskitekijöistä johtuva haavoittuvuus sekä voimakas psykososiaalisten riskitekijöiden kasautuminen. Lasten näkyvät ongelmat painottuvat tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin sekä tulevat esiin erilaisina traumareagoinnin muotoina. Lisäksi häiriökäyttäytymisen taustalla on havaittu tyypillisesti erilaisia neurokognitiivisia ongelmia, kuten tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen häiriöitä, laaja-alaisia oppimisvaikeuksia, kielellisiä vaikeuksia sekä yleistä prosessoinnin hitautta (18).

Tutkimuksessaan Honkinen ja Pasanen (2011) totesivat intensiivihoitoon valikoituvan hoitomallin tavoitteen mukaisesti voimakkaasti oirehtivia lapsia. Intensiivihoitoon sijoitetuista lapsista 70–84 prosentilla havaittiin vähintäänkin lievä psyykkinen häiriö (31). Tutkimuksen mukaan lasten psyykkisessä voinnissa tapahtui edistymistä jo 11 kuukauden intensiivisen hoitojakson aikana.

Katajamäki (2016) havaitsi lisensiaatintutkimuksessaan intensiivihoitoon sijoitettujen lasten neurokognitiivisten taitojen huomattavan vaihtelun aina hyvistä taidoista erittäin heikkoihin, selvästi alle ikätasoisiin kognitiivisiin taitoihin. Lapsista 40 prosenttia jäi kognitiivisilta taidoiltaan alle ikätason ja jopa 76 prosenttia kärsi tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeuksista. Lasten psyykkistä tiedonkäsittelyä leimasi hitaus, auditiivisen tarkkaavuuden sekä itsesäätelyn ongelmat. Intensiivihoidossa olevista lapsista vain 14 prosenttia kävi koulua yleisopetuksessa ja loput olivat erityisopetuksessa (monimuotoluo-

kat, nivelluokka, sairaalakoulu, kotiopetus). Jo ensimmäisen hoitovuoden aikana lasten itsesäätelytaidoissa tapahtui merkittävää kehitystä, minkä on todettu mahdollistavan myös muiden tarkkaavuuden ja toiminnanohjaustaitojen kehittymisen (35). Havaintoa tukee lasten omat hoidon jälkeiset kokemukset itsehallintataitojen vahvistumisesta, erityisesti aggressionhallinnan kohentumisesta intensiivihoidon aikana (32). Tutkimuksessa (18) havaittiin myös, että lasten neuropsykologiset tutkimukset voidaan toteuttaa luotettavasti jo heti hoidon alussa.

Katajamäen (2016) havainnot intensiivihoitoon sijoitettujen lasten keskittymisvaikeuksista sekä laaja-alaisista oppimisvaikeuksista puoltavat neuropsykologisten tutkimusten tärkeyttä heti hoidon alussa. Yksilötutkimusten avulla voidaan paremmin ymmärtää häiriökäyttäytymisen takana olevat neuropsykologiset ongelmat ja näin mahdollisimman varhain tunnistaa ne ja puuttua niihin. Hoidon vaikuttavuutta ja kuntoutuksen merkittävyyttä tukevat myönteiset havainnot itsesäätelytaitojen kehittymisessä jo ensimmäisen hoitovuoden aikana sekä intensiivihoidossa olevien lasten vahvuudet visuaalisissa tarkkaavuus- ja ongelmanratkaisutaidoissa.

Intensiivihoidon asiakkaista jopa 40 prosenttia jäi kognitiivisilta taidoiltaan alle ikätason. Näistä lapsista 33 prosenttia sijoittui kognitiivisilta taidoiltaan laaja-alaisten oppimisvaikeuksien ryhmään (18). Tälle ryhmälle ominaista on, että he ovat yhteiskunnan palveluiden osalta usein väliinputoajia ja opillisten vaatimusten ja jopa omien vanhempiensa osalta väärinymmärrettyjä. He eroavat selvästi toimintakyvyltään ikätovereistaan, mutta eivät kuitenkaan sijoitu diagnostisin kriteerein arvioituna kehitysvammaisten ryhmään. Kehitysympäristön vaatimukset heidän kyvyilleen saattavat olla kohtuuttomia, mikä altistaa laaja-alaisista oppimisvaikeuksista kärsiviä heidän reagointitavoistaan riippuen, masennukselle tai aggressiiviselle käyttäytymiselle (37). Toisaalta laaja-alaisista oppimisvaikeuksista kärsivää lasta voidaan ylisuojella ja hänen kehitystasoaan aliarvioida, mikä puolestaan hidastaa hänen itsenäistymistään. Vanhempien ohjauksen lisäksi koulun ja oikean opiskelumuodon löytymisen on todettu vähentävän lapsen sekundääristen häiriöiden syntymisen riskiä (37). Kehitysympäristöllä ja sen sopivilla vaatimuksilla sekä suunnitelluilla tukimuodoilla on havaittu olevan keskeinen merkitys tunne-elämän, sosiaalisten taitojen ja arjen toimintakyvyn kehittymiseen.

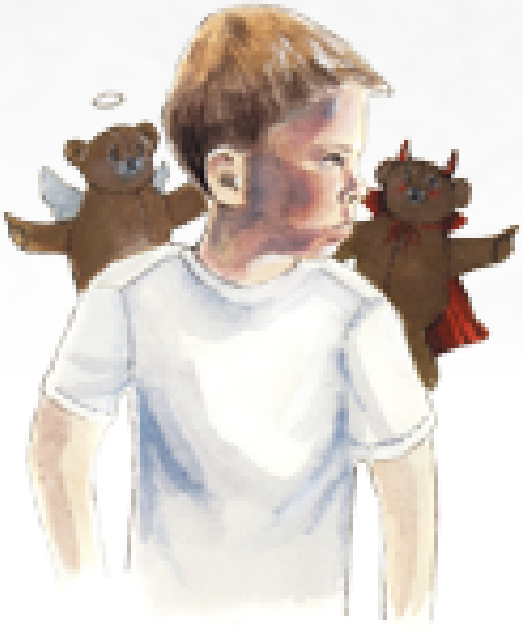
Intensiivihoidossa tehtyihin tutkimuksiin (esim. 18) ja arjen havaintoihin viitaten, sijoitetut lapset näyttäisivät tarvitsevan vahvaa psykososiaalisista tukea muun muassa asioiden ymmärtämiseen, tarkkaavuuteen ja toiminnanohjaustaitoihin. Lapset hyötyvät ympäristö- ja motivaatiotekijöiden huomioimisesta arjen suunnittelussa ja koulun

tukikeinoista. He tarvitsevat keskimääräistä selvästi enemmän aikaa psyykkisessä tiedonkäsittelyssä ja vanhojen toimintatapojen korvaamista uusilla toimivammilla tavoilla. Lapset hyötyvät kuvatuesta ja toiminnallisista menetelmistä oman toimintansa ohjailussa, asioiden vastaanottamisessa, käsittelyssä ja mieleen painamisessa.

Samaan aineistoon kohdentuvassa tutkimuksessa (4) vertailtiin sijaishuollossa jatkavia ja kotiin palaavia lapsia. Vanhempien kertoman mukaan kummankin ryhmän lasten lähisuvussa esiintyi runsaasti päihdeongelmia, vakavia mielenterveyden ongelmia ja erilaisia oppimisvaikeuksia. Molempien ryhmien lapsilla oli runsaasti traumaattisia kokemuksia. Tulokset tukevat havaintoa, että sijoitettujen lasten ongelmien taustalla näyttäisi olevan biopsykososiaalisten riskitekijöiden kasautumista (38, 39, 40). Vaikka molemmissa ryhmissä voitiin havaita sukupolvia ylittäviä, prenataalisia ja varhaiskehityksen riskitekijöitä, niin kotiin palaavien lasten perheiden vanhemmuudessa, erityisesti kiintymyssuhteissa, tapahtui vahvistumista hoidon aikana. Löydös on merkittävä, koska nimenomaan vanhemmuuden puutosten ja erityisesti turvattoman kiintymyssuhteen on nähty olevan merkittävä riskitekijä lastensuojelun asiakkailla.

Edelleen samaan aineistoon kohdentuvissa tutkimuksissa (33, 34) todettiin intensiivihoitoon sijoitettujen lasten oirekuvan olevan laaja-alainen ja kompleksinen. Oireprofiilissa esiintyi samanaikaisesti eksternalisoivaa ja internalisoivaa oirehdintaa, erilaisia sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksia, realiteettitajun haurautta ja psykosomaattisia oiremuotoja (34). Sekä kotiin palaavilla että sijaishuollossa jatkavilla lapsilla esiintyi paljon neurokognitiivisia vaikeuksia, kuten laaja-alaisia oppimisvaikeuksia ja keskittymisen ongelmia (33). Sijaishuollossa jatkavien ja kotiin palaavien lasten ryhmät erosivat kuitenkin toisistaan siten, että sijaishuollossa jatkavilla lapsilla oli kotiin palaavia lapsia enemmän kognitiivisia vaikeuksia, jotka kytkeytyivät lasten muutoinkin laajaan oireprofiiliin (33, 34). Pasasen, ym. (2015a) mukaan kotiin palaavista lapsista joka kolmannella ja sijaishuollossa jatkavista lapsista joka toisella kielelliset taidot jäivät alle ikätason. Havainnot ovat hoidon ja kuntoutuksen kehittämistyössä keskeisiä, koska tiedetään että kognitiivisilla ongelmilla, esim. kielellisillä vaikeuksilla, on yhteys itsesäätelyongelmiin, psykiatriseen oirehdintaan sekä epäsosiaaliseen ja rikolliseen käyttäytymiseen. Tutkimukset (18, 33, 34) puoltavat sijoitettujen lasten laaja-alaisen arvioinnin merkitystä, jotta häiriökäyttäytymisen taustalla olevat tekijät tunnistettaisiin ja interventiot suunnattaisiin lapsen kokonaishoidon kannalta oikein. Sijaishuollossa jatkaville lapsille tyypillisten keskittymisvaikeuksien ja laaja-alaisten oppimisvaikeuksien vuoksi he tarvitsivat vielä hoidon lopussakin vahvaa ja tukevaa oppimisympäristöä, kuten sairaalakoulua.

- Sijoitetut lapset ja perheet hyötyvät laaja-alaisista arvioinneista, jotta hoito, kuntoutus ja terapiat suunnitellaan sekä ajoitetaan kokonaishoidon kannalta oikein.
- Sijoitetuille lapsille tyypillisten keskittymis-vaikeuksien ja laaja-alaisten oppimisvaikeuksien vuoksi, he tarvitsevat vahvasti tuettua oppimisympäristöä sekä apua jatko-opintoihin siirtymisessä.



Lähteet

1. **Pasanen**, T. (2001). *Lastenkodin asiakaskunta: Psykiatrinen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehdinnasta sekä hoidontarpeesta.* Turun yliopiston julkaisuja. C 170. Turku.
2. **Heino**, T. (2007) *Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana.* Työpapereita 30/2007. Helsinki: Stakes.
3. **Huuskonen**, S. & **Korpinen**, J., (2009). *Runsas vuosi lastensuojelun avohuollon asiakkuuden alkamisesta: Mitä lapsille kuuluu nyt?* Tampere: Pikassos.
4. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K. & **Åstedt**, T. (2015 b). *Ylisukupolvisten ja varhaisten riskitekijöiden sekä perheen toimintakyvyn yhteys perheen yhdistymiseen lastensuojelun erityisyksikön sijoituksen jälkeen.* Perheterapia 2, 22–38.
5. **Buitelaar**, J., **Hizinid**, A., **Mulder**, E., **De Medina**, P. & **Visser**, G. (2003). *Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants.* Neurobiology of Ageing, 24, 53–60.
6. **Davis**, E., **Snidman**, N., **Wadhwa**, P., **Glynnm**, L., **Schetter**, C. & **Sandman**, C. (2004). *Prenatal maternal anxiety and depression predict negative behavioral reactivity in infancy.* Infancy, 6, 319-331.
7. **Koponen**, A. (2005). *Haavoittuva lapsi: sikiöaikana alkoholille altistuneiden lasten elämä.* Kotu-tutkimuksia 4, 2005. Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö KOTU. Helsinki.

8. **Rasmussen**, C. (2005). *Executive functioning and working memory in fetal alcohol spectrum disorder.* Alcoholism Clinical & Experimental Research, 29, 1359–67.

9. **Sonuga-Barge**, E. J. S. & **Halperin**, J. M. (2010). *Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention?* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51, 368–389.

10. **Glaser**, D. (2000). *Child abuse and neglect and the brain – a review*. Journal Child Psychology and Psychiatry, 41, 97–116.

11. **Abidin**, R. (1992). *The determinants of parenting behavior.* Journal of clinical child Psychology, 21, 407-412.

12. **Abidin**, R. (1995). *Parenting stress index professional manual (3. painos)*. Odessa, FL: Psychological assessment resources.

13. **Costa**, N., **Wheems**, C. **Pellerin**, K & **Dalton**, R. (2006). *Parenting stress and child psychopathology an examination of specifity to internalizing and externalizing symptoms.* Journal of Psychopathology and behavioral assessment, 28, 113–122.

14. **Chronis**, A., **Lahey**, B., **Pelham**, Jr., **William**, E., **Hall**, W., **Baumann**, B., **Kipp**, H., **Heather**, A. & **Rathouz**, P., (2007). *Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with atteniton-deficit/hyperactivity disorder*. Developmental Psychology, 43,70–82.

15. **Elgar**, F., **McGrath**, P., **Waschbusch**, D., **Stewart**, S. & **Curtis**, L. (2004). *Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems.* Clinical Psychology Review, 24, 441-459.

16. **Manninen**, M. (2013). *Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrinen oirekuva ja ennuste.* Väitöskirja: Helsinki: Helsingin yliopisto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

17. **Moffitt**, T. (2006). *Life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior.* Teoksessa D., Cicchetti & D. J. Cohen (toim.), Developmental Psychopathology, 2. painos. New York: Wiley. 570–598.

18. **Katajamäki**, K. (2016). *Intensiivihoitoon sijoitettujen 7–12-vuotiaiden lasten neurokognitiivinen suoriutuminen vuoden hoitojakson aikana.* Lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos, Neuropsykologian erikoispsykologi-koulutus.

19. **Lehto-Salo**, P., **Mahlanen**, A., **Levä**, R., **Kuuri**, A., **Ahonen**, T., **Närhi**, V., **Soininen**, H., **Huvinen**, I., **Marttunen**, M., & **Koponen**, H. (1999). *Mielenterveydenhäiriöt ja oppimisvaikeudet koulukodista kotiutuneilla nuorilla.* NMI-Bulletin, 9, 32–39.

20. **Nolin**, P. & **Ethier**, L. (2007). *Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse.* Child Abuse & Neglect 31, 631-643.

21. **Pollak**, S. D., **Nelson**, C.A., **Schlaak**, M. F., **Roeber**, B. J., **Wewerka**, S.S., **Wiik**, K. L. **Frenn**, K., A., **Loman**, M. M & **Gunnar**, M. (2010). *Neurodevelopmental effects of early deprivation in postinstitutionalized children.* Child Development, 81, 224–236.

22. **De Bellis**, M. D., **Hooper**, S. R., **Spratt**, E. G. & **Woolley**, D. P. (2009). *Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD.* Journal of the International Neuropsychological Society, 15, 868–878.

23. **Pears**, K. & **Fisher**, P. A. (2005). *Developmental, cognitive and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: Associations with prior maltreatment and placement history*. Journal of Development & Behavioral Pediatrics, 26, 112–122.

24. **Roskam**, I., **Stievenart**, M., **Tessier**, R., **Muntean**, A., **Escobar** M. J., **Santelices**, M.P., **Juffer**, F., **Van Ijzendoorn**, M.H., **Pierrehumbert**, B. (2014). *Another way of thinking about ADHD: the predictive role of early attachment deprivation in adolescents` level of symptoms*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 49, 133–144.

25. **Tarren-Sweeney**, M. & **Hazell**,P. (2006). *The mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia.* Journal of Pediatrics and Child Health, 42, 91-99.

26. **Sandberg**, S., **Day**, R. & **Trott**, G. (1996). *Clinical aspects*. Teoksessa: Sandberg S., (Toim.). Hyperactivity Disorders of Childhood. Cambridge: Cambridge university press. 69–110.

27. **Heino**, T. & **Johnson**, M. (2010). *Huostassa olleet nuorina aikuisina.* Teoksessa U. Hämäläinen & O. Kangas (toim.), Perhepiirissä. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. 266-293.

28. **Taussig**, H. (2002). *Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: a longitudinal study of protective and vulnerability factors*. Child Abuse and Neglect, 26, 1179–1199.

29. **Loeber**, R. (1990). *Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquences.* Clinical Psychology Review, 10, 1-41.

30. **Valkonen**, M. & **Pasanen**, T. (2012). *Nuorten kokemuksia Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta*. Yhteiskuntapolitiikka, 3, 302–309.

31. **Honkinen**, A. & **Pasanen**, T. (2011). *Intensiivi-hoitoon sijoitettujen lasten psyykkinen oirehdinta ja sen muuttuminen hoidon aikana.* Yhteiskuntapolitiikka, 3, 251-263.

32. **Ekholm**, E., (2013). *"Mä en olisi tässä nyt" – Nuorten kokemusasiantuntijoiden mielipiteitä Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidosta.* HDL raportti 1.

33. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K., **Martikainen**, S. **Åstedt**, T. (2015a). *Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psykiatrinen oirehdinta, tarkkaavaisuus ja toimintakyky: Intensiivihoitojakson jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu*. Yhteiskuntapolitiikka 80; 4:350–364.

34. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K., **Åstedt**, T. & **Jaakkola**, I. (2015c). *Lastensuojelun erityis-yksikköön sijoitettujen lasten psyykkisen oireh-dinnan laaja-alaisuus: Intensiivihoitojakson jäl-keen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu*. Kuntoutus-lehti 4/2015.

35. **Barkley**, R. (1997). *Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD.* Psychological Bulletin, 121, 65–94.

36. **Närhi**, V. & **Kuikka**, P. (2010): *Laaja-alaiset oppimisvaikeudet heikon koulusuoriutumisen ja keskimääräistä heikomman älykkyyden näkökulmista.* Teoksessa: Närhi, V., Seppälä, H. & Kuikka, P. Laaja-alaiset oppimisvaikeudet. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti. 70–85.

37. **Peltopuro**, M., **Närhi**, V., **Kaartinen**, J. & **Ahonen**, T. (2010): *Mitä tutkimuksen perusteella tiedetään laaja-alaisista oppimisvaikeuksista?* Teoksessa: Närhi, V., Seppälä, H. & Kuikka, P. Laaja-alaiset oppimisvaikeudet. Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti, 86–93

38. **Tarren-Sweeney**, M. (2008a). *The mental health of children in out-of-home care.* Current Opinion in Psychiatry, 21, 345–349.

39. **Tarren-Sweeney**, M. (2008b). *Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care.* Children and Youth Services Review, 30, 1–25

40. **Tarren-Sweeney**, M. (2013). *An investigation of complex attachment- and trauma-related symptomology among children in foster and kinship care.* Child Psychiatry and Human Development, 44, 727–741.

Laaja-alaisten häiriömuotojen diagnostiikan ja hoidon erityispiirteitä

Timo Pasanen

Evidenssipohjaiset hoitomenetelmät ja laaja-alaiset häiriömuodot

Hoitoon tulevan lapsen ja nuoren elämäntilanteen kokonaisvaltaisen ymmärtämisen rinnalla täsmällinen erotusdiagnostiikka on välttämätöntä häiriömuotojen tunnistamisen ja tehokkaan kuntouttamisen kannalta (1). Lasten ja nuorten evidenssipohjaisia hoitoja yhdistäviksi piirteiksi on nähty se, että keskitytään tiettyyn asiakkaan ja perheen tärkeäksi kokemaan spesifiin ongelmaan ja ongelman hoitamisessa käytetyt systemaattisesti etenevät interventiot perustuvat tutkittuun tietoon (2). Viime aikoina on korostettu aikaisempaa voimakkaammin sitä, että evidenssipohjaisten menetelmien täytyy huomioida riittävästi asiakkaiden yksilölliset erityispiirteet ja se erityinen ympäristö, jossa niitä sovelletaan.

Esimerkiksi valikoiduilla tutkimusaineistoilla todettujen evidenssipohjaisten hoitomenetelmien tehokkuuden on tyypillisesti todettu olevan pienempi, mikäli hoidossa olevien asiakkaiden oirehdinta on kliinisesti voimakasta (2). Lisäksi lasten kohdalla on erityisen tärkeää, että hoitointerventiot huomioivat lapsen eri kehitysympäristöjen – perheen, koulun, kaveripiirin ja muun lähipiirin – vaikutukset lapsen kehitykseen. Tutkimuksissa tehokkaaksi todetut evidenssipohjaiset hoitomenetelmät osoittautuvat nopeasti tehottomiksi, jollei pystytä luomaan rakentavaa yhteistyösuhdetta lapsen eri kehitysympäristöissä vaikuttavien yksilöiden, ryhmien ja eri toimijoiden välillä. Hoitomahdollisuuksia menetetään, kun terveydenhuollon toimenpiteet eivät integroidu kunnolla lapsille ja nuorille tarjottuihin sosiaalihuollon palveluihin (2, 3).

Uudemman tutkimuksen mukaan kodin ulkopuolelle sijoitetut lapset ja nuoret muodostavat ryhmän, jonka tarpeet ovat ainutlaatuiset ja saattavat poiketa luonteeltaan muiden lastenpsykiatrian asiakkaiden tarpeista heidän erityisen kehitystaustansa vuoksi (4, 5). Osalla sijoitetuista lapsista ja nuorista koetut kumuloituvat vastoinkäymiset, menetykset ja stressi saavat aikaan moninaiset oireet, jotka vaikuttavat hänen kehitykseensä kokonaisvaltaisesti ja joita on vaikea kategorisoida perinteisten psykiatristen diagnoosien avulla (6, 7, 8). Lapsuuden aikainen traumatisoituminen ilmenee usein monimuotoisena oirehdintana ja täyttää diagnostisessa mielessä monen eri psyykkisen häiriön kriteerit (7, 8). Lasten erityisen kehitystaustan vuoksi tunteiden, käyttäytymisen ja kognitioiden säätelyongelmat tulevat heillä usein korostuneesti esille ja niiden kuntouttaminen on

tärkeä aloittaa heti hoidon alusta (9). Lapset ja nuoret kärsivät tyypillisesti ongelmista, jotka näkyvät turvattoman kiintymyssuhteen vaikutuksena ihmissuhteisiin, vaikeuksina vertaissuhteiden solmimisessa ja ylläpitämisessä, dissosiatiivisena ja ahdistuneena traumaperäisenä oireiluna, itsetuhoisuutena, ikätasoon sopimattomana seksuaalisena käyttäytymisenä, käyttäytymisen häiriöinä ja uhmakkuutena sekä aktiivisuuden ja tarkkaavuuden ongelmina (10). Tarren-Sweeneyn (2013) tutkimuksessa joka viidennellä (20 %) sijoitetulla lapsella ja nuorella oirehdinta oli laaja-alaista, eikä sopinut perinteisiin DSM:n tai ICD:n mukaisiin diagnostisiin kategorioihin. Tämän viidenneksen oireprofiilissa ei ollut tunnistettavissa selvää yhtenäistä rakennetta ja näytti siltä, että tämän tyyppisissä monimutkaisissa kiintymyssuhdehäiriöihin ja traumoihin liittyvissä oirehdinnan muodoissa selkeiden luokitteluiden tekeminen ei ollut mahdollista häiriön laaja-alaisuuden ja lasten yksilöllisen oirehdinnan vaihtelun vuoksi (4). Samansuuntaisia tuloksia on saatu intensiivihoidossa tehdyissä tutkimuksissa, joiden mukaan lasten oireprofiili on varsin laaja-alainen ja kompleksinen ja sen taustalla on voimakas ylisukupolvisten, prenataalisten ja varhaisten riskitekijöiden kasautuminen sekä lisäksi yleensä monin tavoin traumatisoiva elämäntilanne (1, 11, 12, 13). Enemmistöllä lapsista esiintyi samanaikaisesti moninaista sisäänpäin ja ulospäin suuntautuvaa oirehdintaa, traumareagointia sekä neuropsykiatrisia häiriöitä (12, 13). Lisäksi neurokognitiivisten erityisvaikeuksien, oppimisvaikeuksien sekä neuropsykiatristen häiriömuotojen ilmeneminen oli runsasta (9). Voi myös miettiä, oliko joissakin tapauksissa kyse alidiagnosoinnista, kun hoitoon tullessa lapsista 23 %:lla oli adhd-diagnoosi ja 76 % ylitti keskittymisvaikeuksia kuvaavan raja-arvon (9).

Sijoitettujen lasten ja nuorten oirekuvan erityinen etiologinen tausta, laaja-alaisuus ja kompleksisuus sekä tiivis kietoutuminen perhedynamiikkaan asettaa erityisiä haasteita erotusdiagnostiikalle ja sitä kautta hoidon tavoitteiden suunnittelulle. Lapsen ja nuoren monimuotoisen ja mahdollisesti kliinisen tason alle jäävän oirekuvan eri piirteet saattavat jäädä tunnistamatta, jolloin hänen hoitoonpääsynsä viivästyy (6). Kiintymyssuhdevaurioihin ja traumatisoitumiseen liittyvien lasten ja nuorten laaja-alaisten ja kompleksisten oirekuvien tarkkarajainen diagnostinen luokittelu on haasteellista, joten tarvitaan kapearajaisten diagnoosien rajoja ylittäviä kokoavia käsitteitä, jotta hoidon tavoitteet ja menetelmät tulisivat mahdollisimman hyvin valituksi (4, 5, 6, 7).

Laaja-alaisten häiriöiden diagnostiikan ja hoidon kannalta on tärkeää:

- tutkia erilaisten perinnöllisten ja varhaiskehityksen aikaisten riski- ja suojaavien tekijöiden vaikutuksia lapsen ja nuoren oirekuvan muotoutumiseen ja pysyvyyteen
- tunnistaa ilmiasultaan samankaltaisia, mutta etiologialtaan ja sitä kautta hoidon tarpeen suhteen erilaisia häiriöitä, kuten esim. tarkkaavaisuuden ja ylivilkkauden oireet sekä traumareagointi
- tunnistaa lapsen ja nuoren laaja-alaisen oirehdinnan taustalle jääviä spesifejä häiriömuotoja, esim. ADHD ja mielialahäiriöt sekä mahdolliset somaattiset syyt, jotta voidaan soveltaa niihin tehokkaaksi todettuja evidenssipohjaisia hoitokeinoja, kuten lääkehoitoa ja tarvittavia yhdistelmähoitoja
- huomioida niihin liittyvien usein vaativien lääkehoitojen turvallisen toteuttamisen edellyttämä hyvä yhteistyö niin lasten, nuorten ja vanhempien kuin osastojenkin kanssa sekä varmistaa lääkevasteen seuranta ja lääketurvallisuustutkimukset
- tutkia neurokognitiivisia erityisvaikeuksia, jotta voidaan kuntouttaa ilmikäyttäytymisen taustalla vaikuttavia tekijöitä sekä tukea lapsen ja nuoren koulunkäyntiä riittävän yksilöllisesti
- erotella neuropsykiatrisia häiriömuotoja, esim. laaja-alaiset kehityshäiriöt ja autismin kirjon häiriöt, jotta voidaan paremmin ymmärtää ja kuntouttaa lapsen ja nuoren erityisiä käyttäytymisen piirteitä ja toistuvia sosiaalisen vuorovaikutuksen vaikeuksia

Lisäksi on tärkeä huomioida lapsen ja nuoren monimuotoisen oirekäyttäytymisen suhde eri kehitysympäristöjen (1) ja perhedynamiikan riski- ja suojaaviin tekijöihin (11). Kun lapsen ja nuoren yksilölliset kehitykselliset sekä hoidon ja kuntoutuksen tarpeet ovat riittävissä määrin tunnistettu ja ymmärretty, voidaan arvioida, miten suuren haasteen se asettaa vanhemmuudelle ja muulle lähiverkostolle. Sen jälkeen voidaan suunnitella, millä keinoin vanhempien ja muun lähiverkoston kanssa kannattaa työskennellä ja minkä tyyppiset hoidon tavoitteet ovat realistisesti tavoiteltavissa intensiivihoitoprosessin aikana. Tärkeä hoidon vaikuttavuuteen liittyvä tekijä on se, miten hyvin lapsen ja nuoren yksilöllisiin hoidontarpeisiin vastaava hoitopolku nivoutuu yhteen perhetyön kanssa. Vanhempien tuki on tärkeä lapsen ja nuoren yksilöterapian tai -kuntoutuksen toteutumisen ja hoitotulosten pysyvyyden kannalta. Vanhemmuuden funktioiden ja muun lähiverkoston vuorovaikutuksen muutospotentiaalin tunnistaminen ja tukeminen on tärkeä osa lasten osastohoidon, yksilöterapioiden ja – kuntoutusten tulokselliseuutta.

Erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisen tutkimus- ja hoitoyksikön, EVA-yksikön hoitojakson tarve

Pienellä osalla (5–10 %:lla) intensiivihoitoon sijoitetuista lapsista kehitystä on rasittanut varhaisvuosista lähtien erityinen perinnöllisten ja varhaisten riskitekijöiden kumulatiivinen kehitys, jonka myötä lasten oireprofiili on muotoutunut kompleksiseksi ja pysyvämmäksi. Enemmistö näistä lapsista on ollut sijoitettuna keskimääräistä pidemmän ajan intensiivihoitoon ja osa heistä tarvitsi lisäksi erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten psykiatrisen tutkimus- ja hoitoyksikön eli EVA-yksikön hoitojaksoa (12). On vaikea löytää mitään selvää ikään, sukupuoleen tai hoitoaikaan liittyvää tekijää, joka näyttäisi selittävän lapsen ja nuoren EVA-yksikköön siirtymistä. Tärkeäksi erottavaksi tekijäksi EVA-yksikkö hoitojakson kannalta näytti nousevan lapsen ja nuoren varhaiskehityksen traumatisoitumiseen yhdistyvät *vuorovaikutushäiriöihin altistavat neuropsykiatriset oiremuodot*, joita oli todettu kaikilla EVA-yksikön hoitojaksoa tarvitsevilla lapsilla. Keskeisin laukaiseva peruste EVA-yksikköön sijoittamiselle näytti olevan lapsen tai nuoren *vakava, hallitsematon väkivaltainen käyttäytyminen.* Osassa tapauksia siihen yhdistyi psykoottistasoinen ajatushäiriöproblematiikka, joka tekee tilanteesta erityisen vaikean. Neuropsykiatrisiin oirekäyttäytymisen muotoihin liittyy usein vakavia vuorovaikutustaitojen ja mielenteorian puutoksia, jotka ilmenevät kapeutuneena kykynä kokea empaattisuutta toisen ihmisen suhteen. Näyttäisi siltä, että vakavan väkivallan lisäksi, juuri psykoottisuuteen tai neuropsykiatriseen oirehdintaan liittyvä ajatushäiriöproblematiikka (14), osaltaan selittää EVA-yksikkö hoitojakson tarvetta. Näiden lasten kohdalla väkivaltaisen purkauksen taustalla saattaa olla:

> *"Asosiaalisuuteen liittymättömiä ulkoiseen uhkaan liittyviä alkukantaisia, hallitsemattomia mielikuvia, jotka johtavat vakaviin tekoihin jo varhain. Vähäisempi asosiaalisuus näkyy mm. vakavaan väkivaltaan syyllistyneiden muita nuorisorikollisia parempana psykososiaalisena toimintakykynä" (15).*

Kaikilla EVA- yksikössä hoidossa olleilla lapsilla oli jouduttu käyttämään ennen EVA-jaksoa mm. useita eri neurolepteja, kun keskimäärin noin puolet intensiivihoidon lapsista oli tarvinnut neuroleptilääkitystä (12), mikä kuvastaa osaltaan lasten oirekäyttäytymisen haasteellisuutta.

Intensiivihoidossa saatujen kokemusten perusteella voidaan todeta:

- Lapsen ja nuoren vakava väkivaltainen käyttäytyminen yhdistettynä ajatushäiriöproblematiikkaan ennakoi osaltaan EVA-yksikkö hoitojakson tarvetta.
- EVA-yksikön hoitojakso voi tarjota tärkeää lisäinformaatiota lasten ja nuorten oirehdinnan taustalla olevien erilaisten etiologisten tekijöiden tutkimiseen.
- EVA-yksikön hoitojakso tukee merkittävällä tavalla lasten ja nuorten hoitoprosessien jatkuvuutta, jolloin lapsi tai nuori on voinut palata intensiivihoitoon.

Laaja-alaisten häiriömuotojen kroonistumisen ja syrjäytymiskehityksen katkaisemisesta

Intensiivihoidon näkökulmasta tarkasteltuna yhteiskunnallisessa syrjäytymiskeskustelussa olisi tärkeä huomioida paremmin laaja-alaisten häiriömuotojen erityinen haaste palvelujärjestelmien integroitumiselle (16). Kroonistuvien mielenterveyden häiriöiden yhteiskunnalliset kustannukset ovat suuria. Neuropsykiatristen häiriömuotojen on todettu tuottavan selvästi muita fyysisiä sairauksia suuremmat kustannukset elämänkaareen suhteutettuna ja siten näiden häiriömuotojen kroonistumisen vähentämistä on pidetty tärkeimpänä yhteiskunnan kustannuksia säästävänä terveydenhuollollisena toimenpiteenä (17). Suomessa huono-osaisuuden ja psyykkisten sairauksien sekä niiden kasautumisen merkitys nuorten aikuisten työkyvyttömyyden ja työkyvyttömyyseläkkeiden taustalla on suuri (18). Työkyvyttömyyseläkkeelle jäävien nuorten aikuisten määrä on jatkuvasti kasvanut viime vuosien aikana (19). Nuorten 16–24 -vuotiaiden kohdalla työkyvyttömyyseläkkeiden syissä korostuvat synnynnäiset

sairaudet, kehitysvammat tai kehityshäiriöt (20). Lähestyttäessä 30 ikävuotta mielenterveysongelmien ja erityisesti mielialahäiriöiden osuus työkyvyttömyyseläkkeen syynä kasvaa. Vuonna 2009 arvioitiin joka päivä 5 nuoren aikuisen jäävän työkyvyttömyyseläkkeelle erilaisten mielenterveydenongelmien vuoksi (21) ja määrä näyttää edelleen kasvavan (19). Työkyvyttömien nuorten aikuisten tukemisessa kohti työelämää erityisiksi haasteiksi on mainittu mm. kuntoutustarjonnan sirpalemaisuus ja selkeiden kuntoutussuunnitelmien puuttuminen (22). Varhainen siirtyminen eläkkeelle merkitsee usein taloudellisia ongelmia loppuelämän ajaksi (20). Yhteiskunnallinen syrjäytyminen on inhimillisesti ja taloudellisesti ajatellen aivan liian kallista. Yhden arvion mukaan vuosittain jää 8000 nuorta ilman koulutusta ja että yhden nuorena syrjäytyvän henkilön yhteiskunnalle aiheuttamat kustannukset ovat hänen elinkaarensa aikana 1,2 miljoonaa euroa (23). Syrjäytymisen sekundaariset vaikutukset, liittyen huonoihin elintapoihin, terveydentilaan ja epäsosiaaliseen käyttäytymiseen ovat myös suuria. Maahanmuuttajuuteen liittyvät moninaiset stressitekijät altistavat mielenterveydenongelmille, jotka on nähty maahanmuuton erityisenä riskinä sekä lasten että heidän vanhempiensa kohdalla. Maahanmuuttajien kotoutumisen ja selviytymisen tukemiseksi mielenterveyspalveluihin tulisi siten panostaa nykyistä enemmän (24). Rikollinen käyttäytyminen aiheuttaa inhimillisen kärsimyksen ohella suuria yhteiskunnallisia kustannuksia. Epäsosiaalista ja rikollista käyttäytymistä voidaan parhaiten ehkäistä hoitamalla lapsen ja nuoren mielenterveyttä, vahvistamalla lapsen ja nuoren kiinnittymistä yhteiskuntaan, esim. koulunkäyntiä tukemalla ja vahvistamalla perhesuhteita ja vanhemmuutta (25). Intensiivihoidon näkökulmasta ennaltaehkäisevä työ lapsen ja perheen tilanteen vakauttamiseksi on saattanut painottua liiaksi yksittäisiin interventioihin ja jäädä sirpaleiseksi, jolloin kokonaiskuva lapsen ja nuoren laaja-alaisesta häiriöstä ja sen yhteydestä kuormittuneeseen perhetilanteen on jäänyt epäselväksi. Intensiivihoidon alkaessa lapsen ja perheen tilanne on usein vuosien ajan ollut hyvin kaoottinen ja vaikea, ja lapsen ja nuoren oirehdinta on alkanut jo kroonistua.

Intensiivihoidosta saatujen kokemusten ja tutkimusten perusteella voidaan todeta:

- Ylisukupolvittaisten stressitekijöiden raskauttama traumaorganisoitunut perhesysteemi, jossa vanhemmuus on kadoksissa, yhdistettynä perintötekijöihin sekä pre- ja postnataalisen kehitysympäristön riskitekijöihin liittyvään neuropsykiatriseen oirekäyttäytymiseen, altistaa erityisen pysyville oirekäyttäytymisen kombinaatiolle, joiden hoitoennuste on usein heikko.

- Mikäli lapsen ja perheen moninaisiin hoidon tarpeisiin ei kyetä vastaamaan riittävän kokonaisvaltaisesti, ajaudutaan mm. lapsen toistuviin koulupaikan muutoksiin, sairaalajaksoihin ja sijaishoitopaikan muutoksiin.

- Mahdollisesti aikaisemmilla tutkimusjaksoilla ei ole kyetty arvioimaan riittävän realistisesti vanhempien käytettävissä olevia voimavaroja ja keinoja vastata lapsen erityisiin kehityksellisiin ja hoidollisiin tarpeisiin.

- Mikäli lapsi olisi päässyt varhaisemmassa vaiheessa riittävän pitkäkestoiseen ja monitahoisesti lapsen ja perheen tilannetta tukevaan hoitoon, lapsen syvenevä oirekäyttäytymisen kierre olisi voitu saada jo vuosia aikaisemmin katkaistua.

- Lasten ja nuorten tukeminen on tärkeä osa nuorten aikuisten selviytymisen tukemista.

Lähteet

1. **Pasanen**, T. (2001). *Lastenkodin asiakaskunta. Psykiatrinen tutkimus lastenkotilasten kehityksellisistä riski- ja suojaavista tekijöistä, oirehdinnasta sekä hoidon tarpeesta.* Turun Yliopiston julkaisuja C 170, Turku.
2. **Fonagy**, P., **Cottrell**, D., **Phillips**, J., **Bevington**, D., **Glaser**, D. & **Allison**, E. 2015. *What Works for Whom. A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents.* Second Edition. New York: The Guilford Press. 1-21.
3. **Puustinen-Korhonen**, A. (2013). *Lastensuojelun kuntakyselyn tulokset.* Helsinki: Suomen kuntaliitto. http://www.localfinland.fi/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2013/03/Documents/Lastensuojeluraportti.pdf (luettu 8.12.2016).
4. **Tarren-Sweeney**, M. (2013). *An investigation of complex attachment- and trauma-related symptomology among children in foster and kinship care.* Child Psychiatry Hum Dev 44: 727–741.
5. **Tarren-Sweeney**, M. (2014). *Our twenty-first century quest: locating effective mental health interventions for children and young people in care, and those adopted from care.* Teoksessa: Tarren-Sweeney, M. & Vetere, A. (Toim.) Mental health services for vulnerable children and young people. Supporting children who are, or have been, in foster care. Oxon: Routledge. 37–57.
6. **DeJong**, M. (2010). *Some reflections of the use of psychiatric diagnosis in the looked after or "in care" child population.* Clinical Child Psychology and Psychiatry, 15, 589–599.
7. **van der Hart**, O., **Nijenhuis**, E. & **Steele**, K. (2006). *Vainottu mieli - rakenteellinen dissosiaatio ja kroonisen traumatisoitumisen hoitaminen.* Oulu: Kalevaprint Oy.
8. **Wieland**, S. (2011). *Dissociation in children and adolescents: what it is, how it presents, and how we can understand it.* Teoksessa: Wieland, S. (Toim.) Dissociation in Traumatized Children and Adolescents - Theory and Clinical Intenventions. New York: Routledge. 1–7.
9. **Katajamäki**, K. (2016). *Intensiivihoitoon sijoitettujen 7-12 vuotiaiden lasten neurokognitiivinen suoriutuminen vuoden hoitojakson aikana.* Lisensiaatintutkimus. Jyväskylän yliopisto, Psykologian laitos, Neuropsykologian erikoispsykologi-koulutus.
10. **Tarren-Sweeney**, M. (2008). *The mental health of children in out-of-home care*. Current Opinion in Psychiatry, 21, 345–349.
11. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K. & **Åstedt**, T. (2015a). *Ylisukupolvisten ja varhaisten riskitekijöiden sekä perheen toimintakyvyn yhteys perheen yhdistymiseen intensiivihoitojakson jälkeen.* Perheterapia 2, 22–38. https://www.hdl.fi/images/stories/liitteet/Perheterapia_2_2015_web.pdf

12. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K., **Martikainen**, S. & **Åstedt**, T. (2015b). *Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psykiatrinen oirehdinta, tarkkaavaisuus ja toimintakyky: intensiivihoitojakson jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu*. Yhteiskuntapolitiikka 80; 4:350–364. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129559/pasanen.pdf?sequence=1

13. **Pasanen**, T., **Katajamäki**, K., **Åstedt**, T. & **Jaakkola**, I. (2015c). *Lastensuojelun erityisyksikköön sijoitettujen lasten psyykkisen oirehdinnan laaja-alaisuus: intensiivihoitojakson jälkeen kotiin palaavien ja sijaishuollossa jatkavien lasten ryhmien vertailu.* Kuntoutus-lehti 4/2015.

14. **Kaipainen**, M. (1996*) Nuorten Vakava Väki-valta: Vertaileva 15–22-vuotiaita mielentila-tutkimuksessa olleita ja psykiatriseen avohoitoon hakeutuneita nuoria miehiä koskeva tutkimus.* Väitöskirja. Vankeinhoidon koulutuskeskuksen julkaisu 8/96.

15. **Kaipainen** 1996, 76.

16. **Tarren-Sweeney**, M. (2010). *It's time to rethink mental health services for children in care and those adopted from care.* Clinical child psychology and psychiatry 15: 4, 612–626.

17. *Insel (2013).* https://www.ted.com/talks/thomas_insel_toward_a_new_understanding_of_mental_illness/transcript?language=en#t-283723 (katsottu 7.12.2016).

18. **Joensuu**, M., **Mattila-Holappa**, P., **Ahola**, K. et al. (2016). *Clustering of adversity in young adults on disability pension due to mental disorders: a latent class analysis.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 51: 281. doi:10.1007/s00127-015-1123-1

19. **Joensuu**, M. (2017). *Nuorten aikuisten mielenterveysperusteinen työkyvyttömyys.* Tausta ja työelämään palaamista ennustavat tekijät. Seminaari: Miten tuemme nuorten mielenterveyttä ja polkuja työelämään? http://videonet.fi/web/kela/20170208/

20. **Koskenvuo**, K., **Kemppinen**, H. & **Pösö**, R. (2014). *Nuoret eläkkeensaajat*. Työpapereita 60/2014. Kela. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135525/Tyopapereita60.pdf?sequence=1 (luettu 23.1.2017).

21. **Raitasalo**, R & **Maaniemi**, K. (2011). *Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004–2009*. Nettityöpapereita 23/2011; https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/25936/Nettityopapereita23.pdf (luettu 10.11.2016).

22. **Mattila-Holappa**, P., **Joensuu**, M. **Ahola** et al. (2016). *Psychotherapeutic and work-oriented interventions: employment outcomes among young adults with work disability due to a mental disorder.* International Journal of Mental Health Systems201610:68; DOI: 10.1186/s13033-016-0101-7

23. *Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma.* Opetusministeriö 2007. https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/keinot/materiaalipankki/poista-esteet-video (katsottu 10.11.2016).

24. **Heikkilä-Daskalopoulos**, S. (2008). *Maahanmuuttajataustaiset lapset ja perheet palvelujärjestelmässä – asiantuntijoiden näkökulma*. Lastensuojelun Keskusliitto.

25. **Haapasalo** 2006. *Kasvuympäristön varhaiset riskitekijät rikollisen käyttäytymisen kehityksessä.* Teoksessa: Honkatukia, P. & Kivivuori, J. (Toim.) Nuorisorikollisuus. Määrä, syyt ja kontrolli. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 221. 123–160.

10.

Kokoavia huomioita lastensuojelun ja terveydenhuollon integroivien palveluiden kehittämisen tarpeista ja tulevaisuuden visioista

Timo Pasanen, Kati Katajamäki, Sinikka Martikainen, Maarit Valkonen, Leena Leppänen & Anne-Marie Jokinen

Helsingin Diakonissalaitoksen intensiivihoidossa pitkään jatkuneen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä opetustoimen rajapinnalla tapahtuneen työskentelyn ja tehtyjen tutkimusten perusteella voidaan yhteenvetona todeta muutamia huomioita lastensuojelun ja terveydenhuollon integroivien palveluiden kehittämisen tueksi.

Palveluiden integraation haasteet

- Viimeaikaisen tutkimuksen valossa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integroiminen asettaa varsin suuret haasteet palvelusektoreiden väliselle moniammatilliselle yhteistyölle. Myös tarjottujen palveluiden laatu vaihtelee paljon eri alueiden välillä. Erityisiä tarpeita omaavien lasten, nuorten ja heidän perheidensä edun toteutumisen kannalta sosiaali- ja terveydenhuollon integroivien palveluiden laadun, kuten lapsilähtöisten arviointikäytänteiden, palvelupolkujen jatkuvuuden ja joustavuuden kehittäminen on erityisen tärkeää. Huono-osaisuuden ylisukupolvista kasautumista selittävien riskitekijöiden lisäksi olisi tärkeä tunnistaa niitä eri systeemisen tason suojaavia tekijöitä ja palvelujärjestelmän toimivia kohtia, jotka tukevat lasten, nuorten ja perheiden selviytymistä haasteellisista lähtökohdista huolimatta. Palvelujärjestelmän uudistamisen pitäisi tapahtua inhimillisiä arvoja kunnioittaen siten, että yksipuoliset ideologiset näkökulmat ja kustannusnäkökulma eivät määrittäisi liiaksi tulevia ratkaisuja, vaan huomioitaisiin realistisesti myös kasautuviin palvelutarpeisiin kytkeytyvä inhimillinen hätä ja sen edellyttämään pitkäjänteiseen ja vaikuttavaan ammatilliseen auttamistyöhön kehitetyt toimintamallit.

- Lastensuojelun avohuollon tukitoimien, sijaishuollon, terveydenhuollon ja opetustoimen palveluiden sekä kolmannen sektorin vapaaehtoistyön vastakkain asettelun sijasta niitä voitaisiin lähestyä toisiaan täydentävinä palvelupolun osina. Eri osapuolien tiiviimpi vuoropuhelu ja integroiva työskentely voi auttaa tunnistamaan riittävän varhain erityisiä tuen tarpeita ja löytämään uudenlaisia voimavaroja murtaa syrjäytymiskierteitä.

- Erilaiset teoreettiset ja hoidolliset viitekehykset avaavat näkökulmia, joiden kautta oirekäyttäytymisen syntymekanismeja ja sitä ylläpitäviä tekijöitä voidaan ymmärtää paremmin. Lapsen ja nuoren prenataalisen, varhaisen ja myöhemmän yksilökehityksen moninaisten riski- ja suojaavien tekijöiden tunnistaminen sekä taustalla vaikuttavien perheen ylisukupolvisten siirtotaakkojen, traumakierteiden ja perhedynamiikan ilmiöiden ymmärtäminen edellyttää laaja-alaista alkuarviointia. Se mahdollistaa lapsen ja perheen yksilöllisen hoidontarpeen tunnistamisen ja kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun. Haastavien ja monimutkaisten hoitoprosessien ohjaaminen edellyttää eri ammattiryhmien asiantuntijuusrajojen ylittämistä ja nopeasti syntyvien uusien tilanteiden mukaan muuntuvaa joustavaa yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Moniammatilliselle yhteistyölle ja horisontaaliselle asiantuntijuudelle on monia esteitä ja sen syntyminen on hidas, vuosia kestävä prosessi, joka edellyttää luottamusta, kunnioittamista ja sopivaa erillisyyttä eri ammattiryhmien välillä.

- Intensiivihoidon moniammatillisessa yhteisössä tehtyjen havaintojen ja kokemusten keskinäinen jakaminen ja dialogi ovat mahdollistaneet sen, että on voitu tarkastella, tutkia ja luoda kuvaa intensiivihoitoon sijoitettavien lasten ja nuorten sekä heidän perheiden erityisistä tarpeista. Se on tukenut erilaisten asiakaslähtöisten työskentelytapojen kehittämistä ja erityisten hoidollisten menetelmien käyttöön ottamista. Eri teorioihin perustuvat menetelmät eivät aina ole toteutettavissa sellaisenaan, joten menetelmiä täytyy soveltaa joustavasti lasten, nuorten ja perheiden yksilöllisten tarpeiden mukaan. Tutkimuksissa tehokkaaksi todetut evidenssipohjaiset hoitomenetelmät osoittautuvat nopeasti tehottomiksi, jollei pystytä luomaan rakentavaa yhteistyösuhdetta lapsen ja nuoren eri kehitysympäristöissä vaikuttavien yksilöiden, ryhmien ja eri toimijoiden välillä. Hoitomahdollisuuksia menetetään, mikäli terveydenhuollon toimenpiteet eivät integroidu kunnolla lapsille tarjottuihin sosiaalihuollon palveluihin.

- Terapeuttisten viitekehysten tuottamien näkökulmien ja käsitteellistämistapojen integrointia tukevat yhteisölliset rakenteet, kuten moniammatilliset työryhmät, raportit, konsultaatiot ja työnohjaukset sekä selkeät johtamisen rakenteet ovat perusedellytys hoidon tehokkaan ohjaamisen kannalta. Hoidollisten rakenteiden ylläpitäminen edellyttää päivittäistä aktiivista työskentelyä ympäri vuoden. Pitkäjänteisen moniammatillisen yhteistyön ja eri ammattiryhmien välisen

työparityön kautta voidaan oppia joustavia työskentelytapoja ja vastata paremmin lasten, nuorten ja perheiden erityisiin tarpeisiin.

- Moniammatillisen terapeuttisen yhteisön sisäistä ammatillista vuoropuhelua tukevien rakenteiden ja asiakastyön hoidollisen dialogin sopiva jännite voi osaltaan tukea lasten, nuorten ja perheiden edun toteutumista. Rajasysteemien kautta työskentely lisää mm. asiakasperheen ja hoitoyhteisön yhteistyöpinnan avoimuutta, läpinäkyvyyttä ja muutokseen pakottavaa tunnevoimaa sekä vahvistaa avointa dialogia asiakasperheen konkreettisesta todellisuudesta ja perheen aktiivista kumppanuutta hoitoprosessissa. Yhteisen ymmärryksen alueen luominen edellyttää kuuntelemisen taitoa ja jäykistä ennakkoasenteista luopumista. Kenelläkään ei viime kädessä ole lopullista oikeata näkökulmaa tilanteissa, joissa lapsen ja nuoren edun parhaiten toteuttavan ratkaisun löytäminen edellyttää kaikkien yhteisen jaetun näkökulman syntymistä ja yhteistä ponnistelua.

- Johtamisella ja sitä tukevilla rakenteilla on suuri merkitys integroivien palveluiden laadun toteutumisen kannalta. Intensiivihoidon kehittymisen kannalta johtajuusrakenteiden selkeyttäminen oli välttämätöntä monitasoisen ymmärtävän dialogin kehittymiseksi. Kun organisaation perustehtävä ja toiminnan suunta on selkeä ja kirkas, asiantuntijoille jää vapaus valita parhaat tavat tavoitteiden saavuttamiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon integroinnissa on kyse kaksista toiminnan luvista ja niistä seuraavista toimintatavoista, jolloin johtajan tehtävä on varmistaa, että työyhteisössä ajoittain heräävät epäselvyydet, väärinymmärrykset ja toimintatapojen ristiriitaisuudet saadaan selvitettyä rakentavassa dialogissa eri ammattiryhmien välillä. Selkeät johtamisen rakenteet tukevat ammatillisuuden ja kunnioituksen säilymistä sekä asiakassuhteissa että moniammatillisen työyhteisön keskinäisissä suhteissa. Työntekijöiden jaksamisen varmistaminen tapahtuu riittävällä johtamisella: sitä on oltava sen verran, että kaikilla säilyy tunne siitä, että en ole ongelmatilanteessa yksin. Johtajuuden funktio muuttuu tilanteen mukaan – asioiden tutkiminen ja hengittävyys on varmistettava etenkin kriisiaikoina.

- Integroitu intensiivihoitomalli näyttäytyy kustannustehokkaana hoitomuotona erikseen toteuttaviin sijaishuollon ja terveydenhuollon palveluihin verrattuna. Kustannussäästöjen lisäksi asiakkaiden valinnanvapaus voi toteutua paremmin, kun perheenjäsenet voivat itse aktiivisemmin vaikuttaa valittuihin hoitomuotoihin. Tämä helpottaa hoitoon sitoutumista ja vahvistaa hoitoprosessin vaikuttavuutta. Sijoittaminen intensiivihoidon kaltaisiin integroiviin hoitomalleihin turvaa lasten ja perheiden tarvitseman kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista ja pitkällä tähtäimellä voi myös vähentää lastensuojelun laitoshoidon tarvetta.

- Sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä kansalaistoiminnan integraation tavoitteena on lastensuojelun asiakkaana olevien lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin vahvistaminen ja sen rinnalla kansalaisten aktiivisen osallistumisen tukeminen. Keskeisinä tavoitteina on jatkuvuuden turvaaminen palveluiden eri vaiheissa, sosiaalisten suhteiden tukeminen, hyvinvoinnin ja ilon lisääminen sekä konkreettinen tuki arjessa.

Ylisukupolviset syrjäytymiskierteet

- Erotusdiagnostiikassa ja hoidon tarpeen arvioinnissa täytyy entistä herkemmin tunnistaa ylisukupolvisten riskitekijöiden ja varhaisvuosista lähtien jatkuneen biopsykososiaalisten riskitekijöiden kasautumisen erityinen vaikutus lapsen ja nuoren kehitykseen. Sosiaalisen, psyykkisen ja taloudellisen huono-osaisuuden ylisukupolvisten kasautumiskierteiden ja kroonistumisen katkaiseminen edellyttää riittävän varhaisessa vaiheessa tehtyä lapsen ja nuoren laaja-alaisen häiriömuodon erityispiirteiden tunnistamista ja perheen kokonaistilanteen arviointia. Lasten syrjäytymisriskiä lisäävät traumatisoitumisen kokemukset, neuropsykiatriset häiriöt ja neurokognitiiviset erityisvaikeudet ja niiden negatiivinen interaktio perhedynamiikan ja muiden kehitysympäristöjen kanssa olisi saatava riittävän varhaisessa vaiheessa kokonaisvaltaisen, jatkuvuuden turvaavan ja eri hoidollisia viitekehyksiä joustavasti integroivan palvelujärjestelmän piiriin. Lapsen, perheen ja lähiverkoston voimavarojen ja kykyjen tunnistaminen ja pitkäjänteinen tukeminen voivat vähentää huomattavasti kasautuneiden biopsykososiaalisten riskitekijöiden vaikutuksia ja ehkäistä lapsen ja nuoren käyttäytymisen ja perhedynamiikan negatiivisia eskalaatiokierteitä pidemmällä aikavälillä. Laaja-alaisten häiriömuotojen asettama erityinen haaste ylisukupolvisten hyvinvointiongelmien kasautumisen ehkäisemiselle on tunnistettava.

- Mitä laaja-alaisemmista ja kompleksisemmista lapsuuden ajan häiriömuodoista on kyse ja mitä moninaisemmat perheiden ylisukupolviset ja ympäristön riskitekijät kuormittavat lapsen ja nuoren kehitystä, sitä tukevampia, moniulotteisempia ja joustavampia hoito- ja kuntoutusmalleja tarvitaan muutoksen aikaansaamiseksi. Riittävä panostaminen varhaisessa vaiheessa voi tuottaa pidemmällä aikavälillä huomattavan suuria säästöjä sekä inhimillisestä että taloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna.

- Monista eri kulttuureista tulevien asiakkaiden kanssa tarvitaan kulttuurisensitiivistä hoidontarpeen arviointia ja työskentelyä, joustavaa tulkkauspalveluiden käyttöä ja kielimuureja ylittäviä hoidollisia menetelmiä. Pakolaisuuteen liittyvien traumojen ja kotoutumiseen liittyvien muutoskriisien hoitaminen edellyttää kykyä luoda kontakti eri kulttuurista tuleviin asiakkaisiin,

herkkyyttä ja kärsivällisyyttä kuunnella perheen tarinaa, perheenjäsenten vakautta ja turvallisuuden tunnetta vahvistavia työskentelytapoja ja ymmärrystä traumareagoinnista. Maahanmuuton aktivoimien kotoutumiskriisien, perhe- ja parisuhderoolien ja sukupolviasetelman muutosten työstäminen tukevat lapsen ja nuoren lupaa asettua hoitoon. Ulkopuolisuuden kokemusten, viranomaisiin kohdistuvan epäluottamuksen ja lastensuojeluun liittyvän byrokratian herättämien väärinymmärrysten kärsivällinen ja huolellinen työstäminen tukevat lapsen ja nuoren hoitoprosessia. Tyypillisesti nuoruusiän kehitys ja kaveripiirin uudenlaiset, mahdollisesti paljonkin perheen vaalimista perinteistä poikkeavat arvot, korostavat sukupolvien välistä arvomurrosta. Tällöin tarvitaan paljon ymmärtävää pohdiskelua erikseen sekä nuoren että vanhempien ja muun lähiverkoston kanssa sekä näkemyseroja silloittavaa ja molempia osapuolia kunnioittavaa keskustelua. Monikulttuurisuus asettaa erityisiä haasteita tutkimus- ja arviointimenetelmille sekä psykiatrisen hoitotyön sisältöjen aukipuhumiselle.

Lasten ja nuorten kehityksen tukeminen

- Tutkimuksen näkökulmasta sijoitetut lapset, nuoret ja perheet hyötyvät laaja-alaisista arvioinneista, jolloin hoito, kuntoutus ja terapiat suunnitellaan sekä ajoitetaan kokonaishoidon kannalta oikein. Lapsille ja nuorille tyypillisten keskittymisvaikeuksien ja laaja-alaisten oppimisvaikeuksien vuoksi, he tarvitsevat vahvasti tuettua oppimisympäristöä sekä apua jatko-opintoihin siirtymisessä. Lapsen ja nuoren voimakkaan ja laaja-alaisen oirehdinnan on nähty lisäävän vanhempien uupumusta sekä stressiä, minkä puolestaan on havaittu olevan yhteydessä lapsen ja nuoren voimakkaampaan oireiluun. Myönteisen vuorovaikutuksen on nähty suojaavan lapsen ja nuoren kehitystä ja vähentävän sekä sisään että ulospäin suuntautuvan oirehdinnan määrää. Vakavampien häiriömuotojen taustalla on lähes aina neuropsykiatrisia ja/tai neurokognitiivisia ongelmia. Erityisesti kielenkehityksen sekä tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen ongelmien on todettu olevan yhteydessä mm. yksilön elinikäisiin käytöshäiriöihin sekä myöhemmin rikollisuuteen. Tästä syystä taustalla olevien neuropsykiatristen ongelmien tunnistaminen ja hoito mahdollisimman varhain on yksilökehityksen, toimivan perhesysteemin sekä yhteiskunnan kannalta ensiarvoisen tärkeää.

- Intensiivihoitoon sijoittuvissa tutkimuksissa lasten oirekuvan on todettu olevan laaja-alainen ja kompleksinen. Lasten kehityshistoriaa on leimannut neuropsykiatrisista ja neurokognitiivista riskitekijöistä johtuva haavoittuvuus sekä voimakas psykososiaalisten riskitekijöiden kasautuminen. Lasten näkyvät ongelmat painottuvat tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin sekä tulevat esiin erilaisina traumareagoinnin muotoina. Lisäksi häiriökäyttäytymisen taustalla on havaittu tyypillisesti erilaisia neurokognitiivisia ongelmia, kuten tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen häiriöitä, laaja-alaisia oppimisvaikeuksia, kielellisiä vaikeuksia sekä yleistä prosessoinnin hitautta. Perhesysteemin tasapainoa ja yksilökehitystä horjuttaneista ongelmista huolimatta, lapsilla ja perheillä on todettu olevan myös vahvuuksia ja myönteinen vaste hoidollisiin interventioihin. Aivojen plastisuuden myötä kykymme heikentyvät tai vahvistuvat sen mukaan missä ympäristössä elämme. Lasten vahvuudet ovat tulleet esiin muun muassa oppimispotentiaalina sekä vahvuuksina visuaalisessa tarkkaavuudessa ja visuaalisessa ongelmanratkaisukyvyssä. Lasten psyykkisen hyvinvoinnin ja itsesäätelykyvyn on todettu vahvistuneen laaja-alaisen, eri hoidollisia viitekehyksiä integroivan intensiivisen hoidon aikana. Myös lasten omat myönteiset kokemukset aggression hallinnasta tukevat edellisiä havaintoja. Edistymiseen vaikuttavat lapsen saaman hoidon lisäksi koko perheen hoito ja tukeminen. Erityisesti lapsen ja vanhemman kiintymyssuhteen vahvistumisen on nähty olevan merkittävä perheen yhdistymistä mahdollistava tekijä.

- Intensiivihoidossa olleiden lasten, nuorten ja vanhempien kertomana heidän kokemuksensa intensiivihoidosta olivat pääosin positiivisia ja he kokivat, että intensiivihoidon aikana saadaan merkittäviä muutoksia aikaan sekä lapsen ja nuoren että perheen tilanteessa. Lasten, nuorten ja vanhempien vastauksista kävi ilmi, että perhetyö on välttämätön osa lapsen ja nuorten hoitoprosessia ja sen kautta voidaan tukea perheen ihmissuhteiden jatkuvuutta sekä kotiin palaavien että sijaishuollossa jatkavien lasten ja nuorten kohdalla. Lasten, nuorten ja vanhempien kertomana tuli myös esille merkittäviä hoidon kehittämisessä huomioitavia näkökulmia. Erityisesti nuorten kokemukset hoidollisista kiinnipidoista painottavat osastohoitoa tukevien hoidollisten rakenteiden ja ammatillisen, ymmärtävän asennoitumisen tärkeyttä vaativien hoitoprosessien turvallisuuden kannalta. Vanhempien mukaan erilaiset vertaistuen muodot tarjoavat oivallisia keinoja päästä työstämään sijaishuollon herättämiä ristiriitaisia kokemuksia.

- Lapsen ja nuoren osastohoidon ja sen rinnalla toteutuvan psykoterapian integroituminen tukee haastavien hoitoprosessien jatkuvuutta ja vaikuttavuutta. Psykoterapeutin ja moniammatillisen työryhmän välinen yhteistyökulttuurin rakentuminen edellyttää riittävän pitkään jatkuvaa tiivistä yhteistyötä ja selkeitä dialogia vahvistavia hoidon rakenteita. Osaston ja psykoterapeutin välistä luottamuksellista, saumatonta yhteistyötä ja yhteistä hoidollista kieltä tarvitaan erilaisten suojautumismekanismien ja projektiivisten ilmiöiden ymmärtämiseksi. Psykoterapeutin kyky ymmärtää osastohoidon erityispiirteitä ja osaston työryhmän saama ymmärrys psykoterapiaprosessin eri vaiheista tukee luottamuksellisen yhteistyösuhteen rakentumista. Neuropsykiatristen häiriöiden vaikutus kommunikaatio- ja symbolisaatiokykyyn asettaa erityisiä haasteita hoitoprosessille, jolloin moniammatillinen yhteistyö tukee hoitoprosessia ja auttaa hoidollisten jumien purkamisessa. Psykoterapeutin kyky säädellä sopivalla tavalla distanssia osastotyöhön turvaa lapsen ja nuoren kokemuksellista tilaa ja mahdollistaa erilaisten transferenssi-ilmiöiden tutkimisen. Eri hoidollisten viitekehysten dialogi ja integroituminen moniammatillisissa hoitotiimeissä avaa uudenlaisia näkökulmia sekä osastohoitoon että psykoterapeuttiseen prosessiin.

- Laaja-alaisesti oirehtivien lastensuojelulasten häiriöiden moninaisen etiologian vuoksi tarvitaan jatkuvuuden turvaavia ja lapsen ja nuoren kehitystarpeiden mukaan joustavasti säätyviä multidimensionaalisia hoitomalleja. Kompleksisten kehityksellisten traumojen ja neuropsykiatristen häiriöiden hoitamisessa tarvitaan entistä tarkempia malleja hermoston toiminnasta, uudenlaisia kuntoutusmenetelmiä ja lääkehoidollista tukea hoitoresistenttien häiriöiden kuntouttamiseksi. Vaativien hoitoprosessien jatkuvuuden ja työntekijöiden sijaistraumatisoitumisen välttämiseksi tarvitaan monipuolista hoidollista ymmärrystä tuovan moniammatillisen työryhmän tukea ja selkeitä hoidollisia ja turvarakenteita lapsen, nuoren ja perheen hoitoprosessin kaikissa eri vaiheissa.

Neuropsykiatrinen ja neurokognitiivinen näkökulma sijaishuollossa

- Lapsen tai nuoren käyttäytymisen taustalla olevien neurokognitiivisten tekijöiden tunnistaminen auttaa ymmärtämään lapsen ja nuoren tilannetta paremmin sekä asettamaan kehitysympäristön vaatimustaso hänen tarpeitaan vastaavaksi. Lapset ja nuoret tarvitsevat psykososiaalisia tukikeinoja, kuten kuntoutusta ja terapiaa, ympäristö- ja motivaatiotekijöiden huomioimista ja riittäviä koulun tukitoimia, tarkkaavuuden ja toiminannanohjaustaitojen tukemiseen

- Neurokognitiivista lähestymistapaa tarvitaan:

- löytämään lapsen ja nuoren vahvuudet ja tukea tarvitset osa-alueet
- katkaisemaan mahdollinen epäonnistumisten sävyttämä negatiivinen noidankehä ja tuomaan esille voimavarat itsetunnon kohentamiseksi
- tunnistamaan häiriökäyttäytymisen ja sosiaalisten vuorovaikutushäiriöiden taakse kätkeytyvät neurokognitiiviset vaikeudet, jotka osaltaan ylläpitävät ja pahentavat käyttäytymisen ja tunne-elämän ongelmia
- tunnistamaan riittävän ajoissa laaja-alaisista oppimisvaikeuksista kärsivät lapset ja nuoret sekä suunnittelemaan yksilöllinen opintopolku
- suunnittelemaan lasta ja nuorta sekä perhettä palveleva kuntoutus ja terapia sekä tarvittavat arjen tukimuodot

- valitsemaan lapsen tai nuoren tarpeita vastaava koulumuoto ja yksilölliset tukimuodot koulunkäyntiin
- tukemaan koko perhettä lisäämällä vanhempien ymmärrystä lapsensa kehityksellisistä ongelmista ja voimavaroista sekä vahvistamaan sisarusten ja vanhempien välistä myönteistä vuorovaikutusta ja arjen toimivuutta

- Erityisesti sijaishuollon palveluja pitkäaikaisesti tarvitsevat lapset ja nuoret tulevat tarvitsemaan useiden vuosien ajan tiivistä tukea oppimiskykynsä sekä koululaistaitojensa vahvistamiseksi välttääkseen syrjäytymiskehityksen
- mikäli lapsen tai nuoren kognitiivinen prosessointi on hitaampaa, hän tarvitsee asioiden tiedollisessa käsittelyssä selvästi keskimääräistä enemmän aikaa
- kielellisten vaikeuksien ja tarkkaavuuden häiriöiden vuoksi, vuorovaikutustilanteissa ilmaisuun ja viestien välittymiseen olisi kiinnitettävä erityistä huomiota
- vahvojen visuaalisten tarkkaavuus-, suunnittelu- ja ongelmaratkaisutaitojen vuoksi lapset ja nuoret hyötyvät kuvatuesta ja toiminnallisista tavoista asioiden vastaanottamisessa, käsittelyssä ja mieleen painamisessa
- osa lapsista ja nuorista tarvitsee uusien toimintastrategioiden harjoittelemista elämänlaatunsa parantamiseksi

- Neuropsykiatristen häiriömuotojen kuntouttamisessa tarvitaan uudenlaisia kuntouttamisen malleja ja hoitomenetelmiä. Eri hoitomenetelmiä integroiva intensiivihoitomalli mahdollistaa uudenlaisten, tutkimuksissa vaikuttaviksi todettujen hoitomenetelmien, kuten Neurofeedbackin turvallisen käytön lasten ja nuorten hoidon tukena. Erilaisten kuntouttavien mobiilisovellusten käyttäminen osastohoidon tukena tarjoaa jatkossa mahdollisuuksia tukea lasten ja nuorten omaa aktiivista roolia kuntoutumisprosessissa.

Koulun erityinen merkitys integroidussa hoitoprosessissa

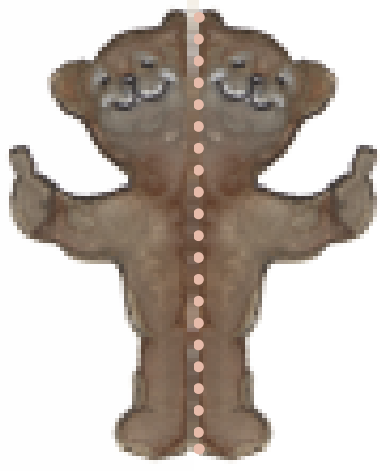
- Koululla on suuri merkitys lapsen ja nuoren sosiaalisten taitojen kehittymisen tukemisessa ja sijoitettujen lasten kohdalla koulun sujuminen on nostettu yhdeksi keskeiseksi tekijäksi tukea lasten ja nuoren kehitystä sekä ehkäistä ylisukupolvisten hyvinvointiongelmien kasautumista. Intensiivihoitoon sijoitettujen lasten ja nuorten laaja-alaiset oppimisen ja kehityksen haasteet asettavat erityisiä vaateita koulun ja moniammatillisen terapeuttisen yhteisön monitasoiselle ammatilliselle yhteistyölle. Yhteistyön perusedellytys on vuosien ajan jatkuneen tiiviin yhteistyön kautta eri toimijoiden välille syntynyt vankka luottamus ja arvostus toistensa ammattitaitoon sekä yhteinen päämäärä lapsen tai nuoren kokonaiskuntoutumiseksi. Lapsen ja nuoren elämäntilanteen laaja-alainen tarkastelu ja tarvittavat tutkimukset ja kuntoutukset auttavat huomioimaan lapsen ja nuoren yksilölliset erityistarpeet opetuksessa riittävän hyvin. Tiivis työskentely vanhempien ja muun lähipiirin kanssa tukee avoimuuteen ja luottamukseen perustuvaa koulutyötä. Päivittäinen yhteistyö koulun ja osaston välillä auttaa näkemään lapsen tai nuoren kokonaisena, jolloin häntä voidaan tukea johdonmukaisesti kaikissa toimintaympäristöissään.

- Sophie Mannerheimin sairaalakoulun koulukuntouttavan luokan oppilaina ovat lapset tai nuoret, joiden ikätasoiset sosiaaliset, tunne-elämän hallinnan ja koulunkäynnin perusvalmiudet ovat vielä harjaantumattomat ja joiden koulukäynti tarvitsee vielä tukea onnistuakseen erityisluokkaryhmässä tai sairaalakoulun kahdeksan oppilaan ryhmässä. Koulukuntouttavan jakson jälkeen tavoitteena on, että oppilaat siirtyvät sairaalakoulun isompaan opetusyksikköön, muuhun soveltuvaan erityisopetuksen luokkaryhmään, yleisopetukseen tai jatko-opintoihin toiselle asteelle.

Perhetyön ja vanhempainryhmien merkityksestä lapsen ja nuoren sijaishuollossa

- Perheterapeuttisen työskentelyn lähtökohta, ihmisen kärsimyksen lievittäminen, perustelee perheen pitkäjänteistä sitouttamista hoitoprosessiin ja motivoi työskentelemään kärsivällisesti myös niissä tilanteissa, kun toivoa nopeasta muutoksesta ei ole odotettavissa. Eri kulttuureista tulevien perheiden kanssa työskentely edellyttää kulttuurisensitiivisyyttä, kykyä luoda luottamuksellinen kontakti perheeseen ja taitoa kuunnella perheenjäsenten tarinoita. Keholliset menetelmät ja vakauttava traumatyöskentely on usein tärkeä lähtökohta vaikeista elämäntilanteista tulevien vanhempien ja lasten perusturvallisuuden palauttamista.

- Lastensuojelun erityisyksiköissä perheen ja verkoston kanssa tehtävällä työllä on merkitystä lapsen kuntoutumisen ja perheen yhdistymisen kannalta, joten erityisyksiköiden pitäisi sijaita riittävän lähellä asiakkaita ja niissä täytyisi työskennellä monitasoisesti lapsen ja nuoren kehitysympäristöön tukeutuen ja kattavasti erilaisin perhetyön keinoin. Kaikkien perheenjäsenten erityisten hoidon ja kuntoutustarpeiden huomioiminen edellyttää laaja-alaista arviointia ja perheen hoidon kokonaissuunnitelman rakentamista. Koko perheen neuropsykologinen kuntoutusmalli ”Perhenepsy” tarjoaa tukea ylisukupolvisten neuropsykiatristen oiremuotojen kuntouttamiseen.



Mobiilityökalujen hyödyntäminen tukee osaltaan rajavyöhyketyöskentelyä. Joustava työskentely monista eri viitekehyksistä ja menetelmillä, myös niissä tapauksissa, jolloin perhe ei sitoudu varsinaiseen perheterapiaprosessiin tai suoranaisesti välttelee ja vastustaa hoitoa, tukee lapsen ja nuoren hoitoprosessia ja kehitystä pidemmällä aikavälillä. Sijaishuollossa jatkavan lapsen ja nuoren pidemmän ajan identiteetin muotoutumisen kannalta osavanhemmuuden hyväksymisellä ja vahvistumisella on tärkeä merkitys ja se tukee perhesuhteiden jatkuvuutta.

- Erityisen haasteen perhetyölle asettavat traumaorganisoituneet, kietoutuneet perhetilanteet, joissa varhaisia suojautumistarpeita palvelevat projektiiviset mekanismit, syvään juurtunut epäluottamus ja erilaiset valehtelukommunikaation muodot värittävät vuorovaikutusta. Tällöin perhetyön tärkein tavoite saattaa hoidon alussa liittyä lapsen tai nuoren

hoitoprosessin suojelemiseen ja vasta paljon myöhemmin saatetaan päästä aktiivisempaan terapeuttiseen prosessiin. Mikäli perhetyön keinot eivät riitä tarvitaan rajoittamistoimenpiteitä turvaamaan lapsen tai nuoren hoitoprosessia.

- Lapsen ja perheen hoitaminen selkeän kokonaissuunnitelman mukaisesti jäsentää perheen eri alasysteemien kanssa tehtävää hoitoa ja kuntoutusta siten, että lapsen hoitoprosessi ja kehitys nivoutuu luonnolliseen kehitysympäristöön, jolloin hoidon vaikuttavuus myös voi parantua. Perheterapeuttinen multisysteeminen työote integroi osaltaan lapsen ja perheen hoitoprosessia kuntien muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja sitä kautta osaltaan turvaa lapsen ja perheen hoitoprosessien jatkuvuutta.

- Vanhempien vertaistuki auttaa huostaanoton herättämien vaikeiden häpeän, syyllisyyden ja vihan tunteiden käsittelemistä ja tukee perheen voimaantumista ja aktiivista muutosta. Vanhempien kohtaaminen ryhmässä avaa monipuolisemman, ymmärtävän näkökulman vanhemman toimintaan ja mahdollistaa realistisemman kokonaiskuvan muodostamisen perheen dynamiikasta yhdessä muiden ammattiryhmien havaintojen kanssa. Vanhemmilta hoitoprosessin eri vaiheissa, kuten vanhempainryhmässä ja hoidon päättymisneuvottelussa kerätty palaute lapsen ja perheen hoidosta auttaa kehittämään hoidon rakenteita asiakkaita paremmin huomioivaan suuntaan.

Syrjäytymisestä voimaantumiseen, kasvuun, hyvään selviytymiseen ja elinikäiseen uudistumiseen

- Helsingin Diakonissalaitoksen lapsi- ja perhepalveluissa tehdyissä tutkimuksissa saadut tulokset ovat samansuuntaisia yleisten positiivisen psykologian tutkimustulosten kanssa. Voimavarat ovat osoittautuneet intensiivihoidossakin keskeiseksi osaksi kuntoutumista ja hoidon vaikuttavuutta, onnistuneissa hoidoissa kiintymyssuhteissa on tapahtunut myönteistä muutosta ja kaikkien onnistumisten tuloksena lasten psyykkisessä hyvinvoinnissa ja itsesäätelykyvyssä on nähty kohenemista.

- Intensiivihoidon uraauurtava tavoite kokonaisvaltaisesta muutoksesta lapsen ja perheen tilanteessa vastaa hyvin positiivisen psykologian tavoitetta yleisestä vahvistumisesta, mikä mahdollistaa täysipainoisemman kehityksen ja elämisen. Hoito edistyy kun lapsen ja nuoren erilaiset puolet ovat läsnä ja tulevat kuulluiksi, nähdyiksi ja peilatuiksi – mikäli myönteiset tai kielteiset piirteet putoavat tarkastelusta ei saavuteta kokonaiskuvaa lapsesta ja nuoresta eikä minuuden rakentuminen helpotu. Integroitu hoitomalli tukee lapsen ja nuoren erilaisten puolien integroitumista. Positiivista psykologiaa toteutetaan intensiivihoidossa osana osastohoidon prosesseja
  - ryhmätoiminnoissa
  - yksilötapaamisilla
  - koulukuntouttavassa luokassa ja opetuksessa
  - Perhetalkoiden vapaaehtoistoiminnassa

- Vanhempien kunnioittaminen ja kohtaaminen tukee lapsen ja nuoren hoitoprosessia. Vanhempien aito vastuuttaminen on ollut intensiivihoidon keskeisiä tavoitteita ja se tukee myös vanhempien osallisuutta ja voimaantumista. Perheiden vertaistuen merkitys vastuuttamisen kannalta voi olla hyvin suuri. Hoitoprosessi pitäisi viedä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa kotiin, mahdollisuuksien mukaan jo heti tutkimusvaiheen jälkeen, jolloin perhe voi turvallisesti harjoitella arjessa ja saada riittävän pitkäjänteisesti tukea uusien vuorovaikutustapojen ja toimintatapojen oppimiseksi.

- Sosiaali- ja terveydenhuollossa tyypillisesti hiljaisten myönteisten tavoitteiden ja myönteisen hiljaisen tiedon selkeämpi kiteyttäminen ja jämäkämpi ääneen lausuminen voi ohjata hoitoa täsmällisemmin toivottuun suuntaan. Positiivisen psykologian tulokulma auttaa jäsentämään sosiaali- ja terveydenhuollossa tehtäviä kirjauksia kokonaisvaltaisiksi ja asiakkaan edun mukaisiksi, kun sekä vahvuudet että vaikeudet jäsentyvät entistä selkeämmin. Kun onnistutaan vaikuttamaan yksilöön yleisellä tasolla, tarjoten välineitä useiden ongelmien samanaikaiseen ratkaisuun, tulos on usein parempi kuin silloin, kun keskitytään vain yksittäisiin asioihin.

- Ihmisen sisäinen ja ulkoinen todellisuus kytkeytyvät tiiviisti toisiinsa, joten ympäristöstä huolehtiminen on myös ihmisestä huolehtimista ja ihmisen hyvinvointi heijastuu välittämisenä ympäristöstä. Ihmisen ristiriitaisuuden ymmärtämiseksi tarvitaan toimivia teorioita, jotta ihmiset saadaan voimaantumaan ja rohkaistumaan ympäristökysymysten ratkaisemiseksi. Yhteisen globaalin vastuun tiedostaminen avaa uusia näkökulmia yksilökeskeisyyden rinnalle.

Kirjoittajat

Marketta Apajalahti, Ryhmäanalyytikko (YET)

Stiina Fast, Toimintaterapeutti, Theraplay-työntekijä (koulutuksessa)

Lea Heikkinen, Sosiaalikasvattaja

Krista Honkavaara, Sosionomi AMK

Jukka Huikuri, Lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, psykoterapeutti

Petri Härmä, Lähiesimies, sairaanhoitaja psykiatrinen hoitotyö

Anne-Marie Jokinen, Psykologi, KTM

Johanna Jokinen, Sosionomi AMK

Johanna Jääskeläinen, Sosionomi AMK

Kati Katajamäki, Neuropsykologian erikois-psykologi, PsL

Jarmo Könönen, Psykologi, psykoterapeutti (VET)

Kirsi Laaksonen, Yksikön johtaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, ryhmäanalyytikko (ET)

Laura Lempinen, KM, Sosionomi AMK

Leena Leppänen, Palvelualuejohtaja, sosionomi TaY

Sinikka Martikainen, Vastuulääkäri, lasten-psykiatrian erikoislääkäri, lapsipsyko-terapeutti (VET)

Leea Mattila, Psykologi, Theraplay -terapeutti, -työnohjaaja ja -kouluttaja (koulutuksessa)

Mari Mäkinen-Halttunen, Sosiaalikasvattaja, perheterapeutti, psykoterapeutti (ET)

Ilari Niemi, VTM

Timo Pasanen, Psykologi, FT, psykoanalyytik-ko (VET)

Terttu Pekkanen, Kuvataideterapeutti (VET)

Riikka Pesonen, Lähiesimies, sosionomi AMK

Juha Roisko, Perheterapeutti, psykoterapeutti (ET)

Bettina Salin, Lähiesimies, sosionimi AMK

Piia Salo, Sosionomi AMK

Sanna Soukkio, Yksikön johtaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, diakonissa

Maarit Valkonen, Lähiesimies, sosionomi YAMK, AmO

Sanna Välitalo, KK, KM, erityisluokanopettaja

Tuija Åstedt, VTM, eMBA

ISBN 978-952-9854-24-0 (nid.)
ISBN 978-952-9854-25-7 (PDF)

© Helsingin Diakonissalaitos 2017

Toimituskunta: Kati Katajamäki, Leena Leppänen, Sinikka Martikainen, Markku Niskanen, Timo Pasanen, Maarit Valkonen

Kuvitus: Heli Kemiläinen

Taitto: Hipateos, Hilkka Hyvärinen

Painopaikka: Grano Oy

Kirjassa kuvataan Helsingin Diakonissalaitoksen Lapsi- ja perhepalveluja sekä lasten- ja nuorten intensiivihoidon mallia. Siinä tuodaan esiin millaisia haasteita lastensuojeluun sijoittuvan terveydenhuollon toimintayksikön integroiminen on kohdannut, miten niitä on onnistuttu ratkaisemaan sekä millaista hyötyjä tällaisella sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöllä opetustoimen tukeen yhdistettynä voidaan saada aikaan yksilötasolla, perheissä, yhteiskunnassa ja taloudellisesti.

ISBN 978-952-9854-24-0 (nid.)
ISBN 978-952-9854-25-7 (PDF)

HELSINGIN DIAKONISSALAITOS

150 vuotta