

DIAKONISSALAITOS RAPORTTI 1/2022

Sotatraumatisoitu- neiden kuntoutus

Hanke 2018-2021



Diakonissa-
laitos

SOTATRAUMATISOITUNEIDEN KUNTOUTUS -hanke 2018-2021

Loppuraportti

Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö sr, 2022

Kirjoittajat

Mari Tikkanen, Iris Forsman, Katri Luotonen, Marjo Huotari, Tuija Uravirta, Irina Virtanen



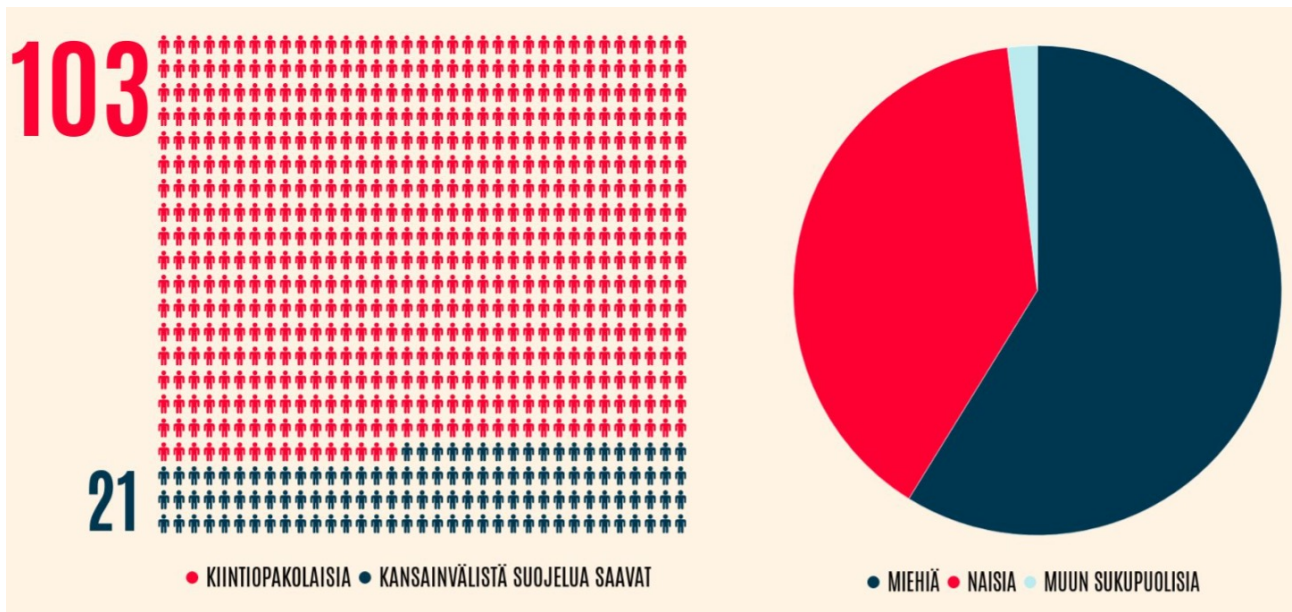
Johdanto	1
Hankkeen esittely	4
Digivälitteinen työ	5
Koulutus ja konsultaatio	6
Ryhmätoiminta	7
Työryhmä puheenvuorot	
Trauman seuraukset: psykiatrisen diagnostiikka ja hoito kaipaavat päivitystä	
<i>Iris Forsman</i>	7
Pakolaistaustaisen maahanmuuttajan fyysiset oireet tulkitaan usein psykosomaattisiksi	
<i>Katri Luotonen</i>	9
Toipuminen ei ole arjesta irrallinen prosessi- hoidon oikea-aikaisuus ja menetelmien monimuotoisuus tukee trauman hoidossa	
<i>Marjo Huotari</i>	11
Ryhmätoiminta hyvinvoinnin tukena ja arvioinnin mahdollisuutena	
<i>Tuija Uravirta</i>	13
Verkostotyössä huomioitava monialaisuus sekä sovittava koordinoinnin vastuhenkilö	
<i>Irina Virtanen</i>	14
Yhteenvedot ja huomiot	16

Johdanto

Diakonissalaitoksen Psykotraumatologian keskuksessa toteutettiin vuosina 2018–2021 **Sotatraumatisoituneiden kuntoutus**- hanke, jonka ensisijaisena kohderyhmänä olivat kiintiöpakolaisina Suomeen tulleet sodan ja pakolaisuuden traumatisoimat yli 18- vuotiaat henkilöt, ja kuntien sote- ja opetusalan sekä työvoimahallinnon ammattilaiset. Toimintaa rahoitti EU:n Turvapaikka-, maahanmuutto- ja kotouttamisrahasto AMIF. Hankkeen toiminta-aika oli alun perin kaksivuotinen 2018–2020, mutta se sai 8 kuukautta jatkoaikaa, ja päättyi 31.3.2021.

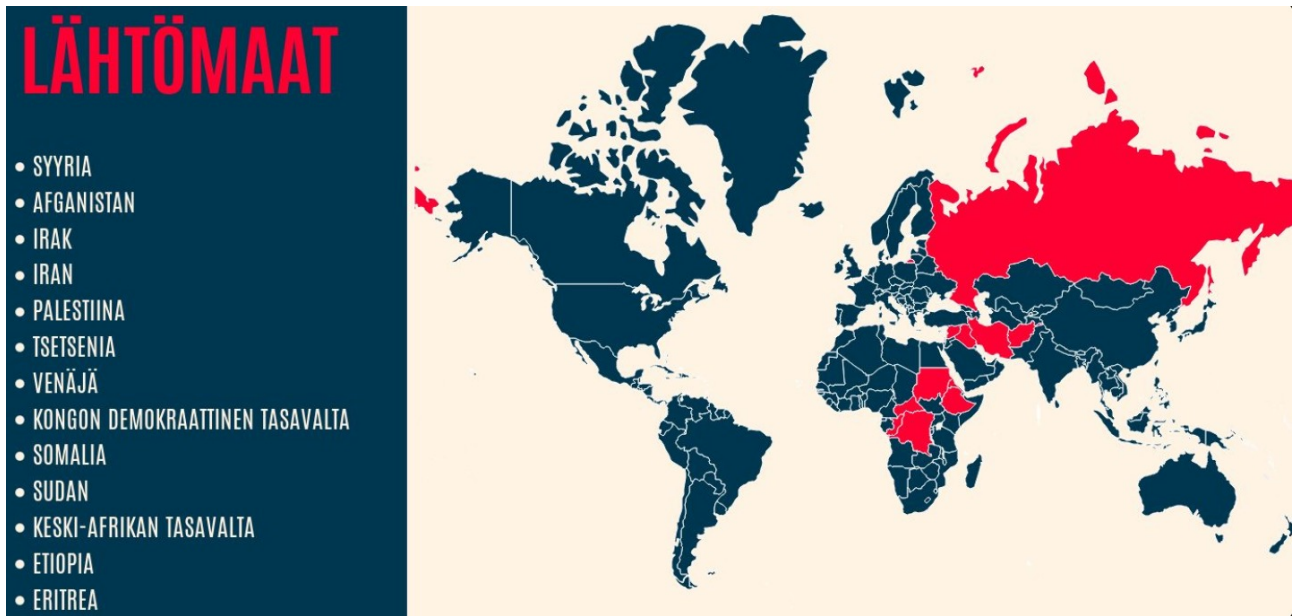
Toiminnan tavoitteena oli klinisen potilastyön lisäksi kuntien ammattilaisten osaamisen ja asiantuntijuuden vahvistaminen pakolaisuuteen liittyvässä mielenterveystyössä. Tarkoitus oli pyrkiä edistämään pakolaisten kotoutumista Suomeen sekä tukemaan kuntia kiintiöpakolaisten vastaanottamisessa. Potilastyön osalta moniammatillinen tiimi tarjosi pakolaisille hoidon tarpeen arviointijakson ja valtakunnallisesti koulutusta, työnohjausta sekä konsultaatiota ammattilaisille, jotka työssään kohtaavat traumatisoituneita kiintiöpakolaisia. Tiimissä työskentelivät projektipäällikön lisäksi psykiatrian erikoislääkäri, palveluohjaaja, fysioterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja sekä toimintaterapeutti. Potilasohjaus tapahtui sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilön läheteellä.

Kuva 1. Hankkeen potilasmäärät



Hankkeessa toteutettiin yhteensä 124 potilaalle hoidon tarpeen arviointijakso. Potilaista 103 olivat taustaltaan kiintiöpakolaisia, ja 23 turvapaikkamenettelyn kautta oleskeluluvan saaneita. Potilastapaamisia toteutettiin hankkeen aikana yhteensä 1110. Digivälitteistä potilas- ja verkostotyötä etäyhteyksin toteutettiin 38 eri potilaan, ja yhteensä 20 eri kunnan kanssa. Asiakkaista n. 59 % oli miehiä, 39 % naisia ja 2 % muun sukupuolisia. Potilaiden lähtömaat olivat Syyria, Iran, Irak, Palestiina, Afganistan, Pakistan, Tšetšenia, Venäjä, Kongon demokraattinen tasavalta, Eritrea, Somalia, Sudan, Keski-Afrikan tasavalta ja Etiopia. Potilaat olivat saapuneet Suomeen vuosien 2008–2020 välillä.

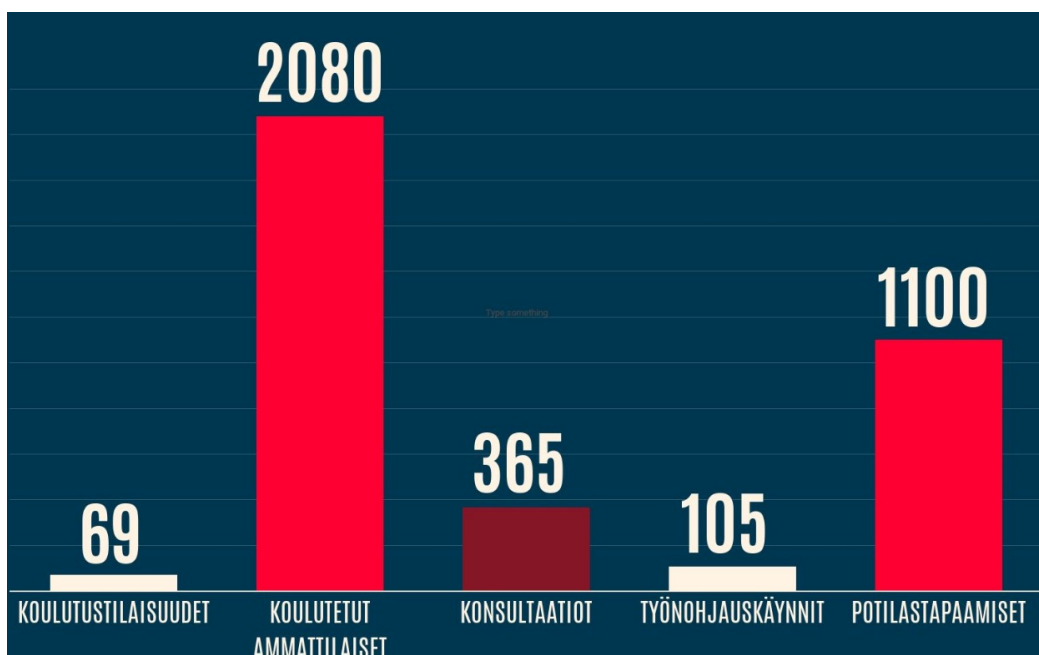
Kuva 2. Potilaiden lähtömaat



Lähetitteitä hankkeeseen saatiin monipuolisesti eri tahoilta ympäri Suomea; terveyskeskuksista, psykiatrian poliklinikoilta, mielialahäiriöpoliklinikoilta, psykiatria- ja päihdepoliklinikoilta, A-klinikoilta, vankeiloista, lastensuojelun sosiaalityöstä, kuntoutuksen tutkimuksen yksiköistä, maahanmuuttajien kotouttamispalveluista, aikuissosiaalityöstä, opiskelijaterveydenhuollosta, ammatillisen kuntoutuksen arviointiyksiköistä, äitiysneuvoloista, sisätautien poliklinikoilta ja tehostetun avohoidon yksiköistä.

Hankkeessa järjestettiin 69 koulutustilaisuutta pakolaistaustaisten kanssa työskenteleville ammattilaisille. Koulutuksiin osallistui yli 2000 ammattilaista 90:stä eri kunnasta. Koulutuksia toteutettiin sekä lähikoulutuksena, että etäyhteyksillä. Työnohjausta tarjottiin 105:n työnohjauskäynnin verran, ja sitä hyödynsivät sosiaali- ja terveydenhuollon eri työtehtävissä toimivat ammattilaiset. Konsultaatiopyyntöihin vastattiin 365 kertaa. Useimmiten kyse oli ammattilaisten pohdintoista omaan potilastyöhönsä liittyvissä haastavissa tilanteissa sekä mahdollisissa potilasohjaustilanteissa.

Kuva 3. Hankkeen lukuja



Suomi on jo vuosia vastaanottanut kiintiöpakolaisia humanitaarisista syistä, eli auttanut erityisen haavoittuvassa asemassa olevia ihmisiä pääsemään turvaan. Suomi on vastaanottanut viimeisen kymmenen vuoden ajan vuosittain n. 850–1050 kiintiöpakolaista. Suomi valikoi pakolaisten joukosta kiintiönsä mm. vammaisia ja vammautuneita henkilöitä, kidutuksen ja vainon uhreja sekä pitkäaikaissairaita tai esimerkiksi yksinhuoltajia perheineen. Suomi vastaanottaa vuosittain kiintiössään myös noin 100 hätätapausta, joka tarkoittaa usein, että henkilön terveys on vaarassa ja hän tarvitsee kiireellistä hoitoa. Suomesta turvapaikkamenettelyn kautta oleskeluluvan saaneet ovat usein kotimaasta lähdön jälkeen kulkeneet pitkän ja ennustamattoman matkan epävakaissa ja turvattomissa olosuhteissa vailta pääsyä kouluun, terveydenhuoltoon tai muihin palveluihin.

Suomeen asettumisen jälkeen voivat vaikeat kokemukset heijastua monella tavalla hyvinvoinnin esteiksi ja kumuloitua psyykkisiksi, fyysisiksi tai sosiaalisiksi haasteiksi ellei niitä havaita ajoissa ja löydetä niihin tarpeenmukaista hoitoa tai palveluita. Luku- ja kirjoitustaidottomuus, erilaiset vaikeat ja traumaattiset kokemukset sekä uuteen maahan sopeutuminen ovat monelle hyvin kuormittava kokonaisuus. Tästä syystä on tärkeää tiedostaa, että kaikkien pakolaisten kohdalla ei vielä riitä, että he ovat päässeet epäinhimillisistä oloista turvaan vakaaseen maahan ja saaneet oleskeluluvan. Niille, jotka tarvitsevat hoitoa ja kuntoutusta kokemustensa jälkeen, on tarjottava riittävät palvelut ja sitä kautta turvattava mahdollisuus kotoutumiseen ja uuden alun mahdollisuuteen.

Tutkimusten perusteella tiedetään, että osa pakolaisista kärsii post- traumaattisesta stressihäiriöstä ja muista mielenterveyden haasteista epäinhimillisten kokemustensa vuoksi. Koska traumaperäiset oireet vaikeuttavat mm. uusien asioiden oppimista, keskittymistä, muistamista ja esimerkiksi kykyä nukkua ja pitää yllä vuorokausirytmiiä, on selvää, että näihin oireisiin tulisi puuttua mahdollisimman pian niiden ilmenemisen jälkeen.

Sotatraumatisoituneiden kuntoutus- hankkeeseen on ohjautunut paljon potilaita, joiden oireet on havaittu pian maahan saapumisen jälkeen, mutta myös sellaisia, jotka ovat kärsineet oireistaan vuosikautia Suomessa asuessaan. Se on usein tarkoittanut myös sitä, että he ovat pudonneet jo kotoutumisen alkuvaiheessa pois kielikursseilta, työllistymispalveluista sekä sosiaalisista kontakteista. Monissa potilaslähetteisissä kuvataan tilannetta, että näiden palveluista putoamisen jälkeen potilaat ovat päätyneet kiertämään eri terveydenhuollon toimipisteissä hakemassa apua mm. univaikeuksiin, ahdistuneisuuteen, masennukseen ja kroonisiin kipuihin. On ymmärrettävää, etteivät tämän tyyppiset tilanteet ratkea hetkessä, vaan ne vaativat monen tasoista tarkastelua ja monenlaista ymmärrystä ja yhteistyötä. Meidän, pakolaisia vastaanottavana ja kotouttavana yhteiskuntana, tulisi kuitenkin reagoida riittävällä ja oikea-aikaisilla toimenpiteillä ja yhteistyöllä, jottei palveluista putoamisiin päädyttäisi. Se tarkoittaisi mm. rakenteellisesti joustavampia ja asiakaslähtöisempiä mahdollisuuksia toteuttaa kotoutumissuunnitelmaa, riittävää sosiaali- ja terveydenhuoltoa, sekä aktiivista vuoropuhelua kotouttavien toimijoiden välillä, asiakasta unohtamatta. Moniammatillinen ja monialainen lähestymistapa tukee pakolaista myös kotoutumisen alkumetreillä, koska silloin yksilöllisiin haasteisiin voidaan saada tukea eri ammattilaisten näkökulmista. Moniammatillisen työskentelyn tavoitteena on luoda eri näkökulmista uusia ratkaisu- ja interventiomalleja. Tähän tarpeeseen hankkeessa on pyritty vastaamaan tarjoamalla moniammatillisia hoidontarpeen arviointeja niille pakolaisille, joiden kotoutumisen polku on traumaperäisten oireiden, sekä muiden vaikeuksien vuoksi häiriintynyt tai jopa katkennut.

Lähteet:

- Autti-Rämö, I.; Salminen, A.-L.; Rajavaara, M.; Ylinen, A. (2016) Maahanmuuttajataustaiset asiakkaat kuntoutuksessa. Teoksessa Kuntoutuminen (toim.) Duodecim
- Castaneda, A.; Mäki-Opas, J.; Jokela, S.; Kivi, N.; Lähteenmäki, M.; Miettinen T.; Nieminen, S., Santalahti, P. (2018) Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa: PALOMA- käsikirja. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Migri.fi/tilastot
- Mönkkönen, K.; Kekoni, T.; Pehkonen, A. (Toim.) (2019) Moniammatillinen yhteistyö- vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus.
- Sveaass, N. (2014) Ensuring redress for torture survivors: a national and international challenge for mental health professionals. Teoksessa Nordic Work with Traumatized Refugees: Do we really care?

Hankkeen esittely

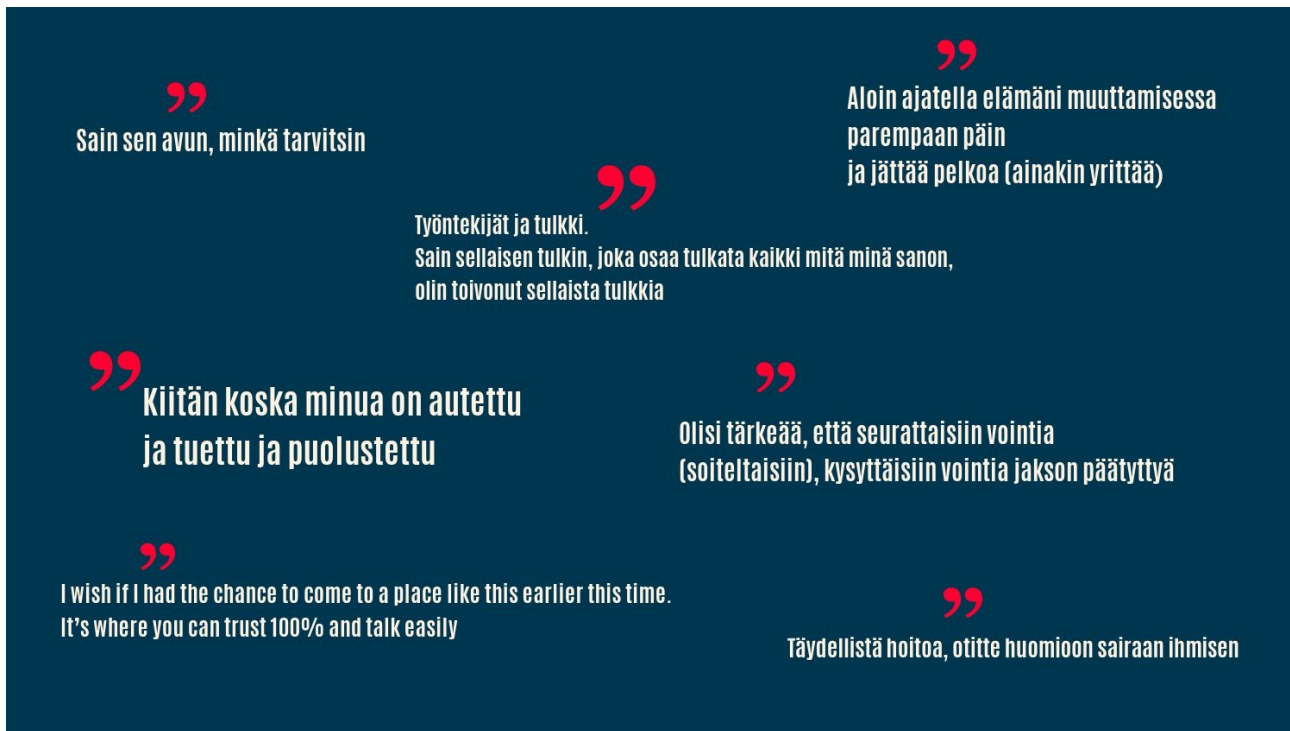
Potilastyö moniammatillisena arviointityönä

Hankkeessa 2018–2021 työskenteli moniammatillinen työryhmä, joka koostui projektipäällikön lisäksi psykiatrian erikoislääkäristä, psykologista, palveluohjaajasta, fysioterapeutista sekä toimintaterapeutista. Vuonna 2019 psykologi vaihtui psykiatrisen sairaanhoitajan tehtäväksi työntekijämuutoksen seurauksena.

Traumatisoitumisen seuraukset ilmenevät usein hyvin monimuotoisina oireina, kuten univaikeuksina, keskittymisen häiriöinä, kehon särkyinä ja kipuina, ruokahaluttomuutena, ahdistuneisuutena tai elämänhallinnan vaikeuksina. Pakolaisen näkökulmasta traumaattisten kokemusten lisäksi haasteeksi asettuu usein myös uuden yhteiskunnan rakenteen, palveluiden, tapojen, kulttuurin ja kielen omaksuminen. Tästä syystä on tärkeää avata mahdollisimman monta näkökulmaa hoidon tarpeen arviointijaksolle tulevan potilaan elämästä ja tilanteesta. Hankkeen potilastyö toimi lähete -käytännöllä, joten jakso käynnistyi lähetteen käsittelyllä ja yhteistyöllä lähettävän tahon kanssa. Tapaamiset toteutuivat tulkkivälitteisesti. Ensimmäisillä käynneillä tavoitteena oli kertoa potilaalle hankkeen palveluista ja jakson etenemisestä sekä kartoittaa hänen kokonaistilannettaan ja ensisijaisia hoidon tai avun tarpeitaan. Potilaan oirekuvan ja elämäntilanteen tarkentuessa arviointityöskentelyyn osallistui tarpeen mukaisesti muut moniammatillisen työryhmän jäsenet. Potilaiden elämäntilanteet, traumaperäiset oireet ja toiveet oman kuntoutumisen suhteen olivat hyvin vaihtelevia, joten tärkeää oli kuulostella potilaan yksilöllisiä toiveita ja tarpeita. Koska hoidon tarpeen arviointijakso toteutui muutamien kuukausien sisällä, oli arvioinnin yhtenä olennaisena osana yhteistyö lähettävän tahon kanssa, joiden tehtävänä oli jatkaa työskentelyä potilaan kanssa arviointijakson päätyttyä. Työskentely toteutui tiiviissä yhteistyössä koko arviointijakson ajan, koska näin varmistettiin, että vastuu potilaan hoidosta ja kuntoutuksesta säilyi lähettävällä taholla. Arviointijaksot olivat keskimäärin 3–4 kuukauden mittaisia ja käynnit toteutuivat joko hankkeen tiloissa Helsingissä, potilaan kotikunnassa tai etäyhteyksillä. Arviointijaksojen päätteeksi hankkeen työryhmä laati lausunnot ja suositukset jatkohoidon suunnittelun ja toteuttamisen tueksi. Olennaista hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä oli potilaan hoidon saattaen vaihtaminen hankkeen työryhmältä eteenpäin, jolloin jatkohoitotahot saivat tarvittavat ja oleelliset tiedot hoidon ja kuntoutuksen toteuttamiseen omissa työkentissään. Hanke tarjosi myös työnhajauksellista apua yhteistyötahoille jaksojen päättymisen jälkeenkin, mikäli hoitava taho halusi vielä konsultoida tai saada tukea työskentelyn jatkamiseen. Arviointityössä jokainen ammattilainen käytti oman ammattialansa hyväksymiä arviointimenetelmiä ja niiden käytön soveltuvuutta potilastyössä arvioitiin koko hankkeen ajan.

Kuva 4. Potilastyön prosessikuvaus





Digivälitteinen työ

Hankesuunnitelman mukaisesti potilas- ja verkostotapaamisia, sekä koulutuksia toteutettiin myös etäyhteyksillä. Covid 19- pandemia sai aikaan maailmanlaajuisen heräämisen etäyhteyksien käyttöön vuoden 2020 keväästä lähtien, mutta hankkeessa ehdittiin toteuttaa sitä jo vuoden 2019 aikana. Havaintomme liittyivät yhteistyötahojen kertomina siihen, että usein etäyhteyden käyttöön liittyvät välineet olivat kyllä olemassa, mutta niiden käyttö oli vähäistä. Aluksi ongelmia tuotti laitteiden tekninen hallinta, mutta alun totuttelun jälkeen käyttö alkoi sujua. Etäyhteydellä toteutettujen potilastapaamisten yhteydessä tulkkaus toteutui joko etäyhteydellä, tai niin, että tulkki oli toisen yhteyden päässä läsnä. Etäyhteydellä työskenneltiin yhteensä 24 eri kunnan kanssa, 38 potilaan asioissa. Työskentelystä syntyi havaintoja, että se toimi käytännön asioiden selvittämisen ja hoidon kannalta hyvin, mutta vaikeiden oireiden, tilanteiden ja tunteiden sanottamiseen se asetti haasteita. Etäyhteydellä toteutetuissa tapaamisissa on vaikeampaa havaita erilaisia kehon reaktioita tai muita ei-sanallisia ilmaisuja, jotka läsnäolotapaamisessa antavat tärkeitä viestejä ammattilaiselle. Työskentelyssä pyrittiin siihen, että arviointijaksoa ei aloitettu etäyhteydellä, vaan ensimmäisellä kerralla tavattiin kasvotusten. Tämän ajateltiin edesauttavan luottamuksen syntymistä työntekijän ja potilaan välillä myöhemmissä etäyhteydellä toteutettavissa tapaamisissa. Koska tietosuojaan liittyvät asiat oli huomioitava etäyhteystyöskentelyssä, toteutettiin potilaan etäyhteys usein kunnan tiloissa, esimerkiksi sosiaalitoimistossa tai terveydenhuollon toimipisteessä suojattua yhteyttä käyttäen.

Hankkeen yhtenä tehtävänä oli kehittää digitaalisia työskentelytapoja osana pakolaisten kanssa toteutettavaa arviointityöskentelyä. Koska kiintiöpakolaisina Suomeen tulleissa on jonkin verran luku- ja kirjoitustaidottomia, joilla ei ole pitkää koulunkäynti- historiaa tai sitä ei ole lainkaan, todettiin sen olevan keskeinen indikaattori digitaalisen menetelmän käyttöön. Lähtökohta näiden lisäksi oli se tosiasia, ettei ammattilaisilla potilaiden kanssa usein ole yhteistä mielenterveyteen liittyvää sanastoa, esimerkiksi traumaperäiselle stressihäiriölle tai psyykkisille ongelmille. Myös traumaperäisten oireiden vaikutus, kuten keskittymisen ja muistamisen vaikeudet menetelmän käytössä tuli huomioida.

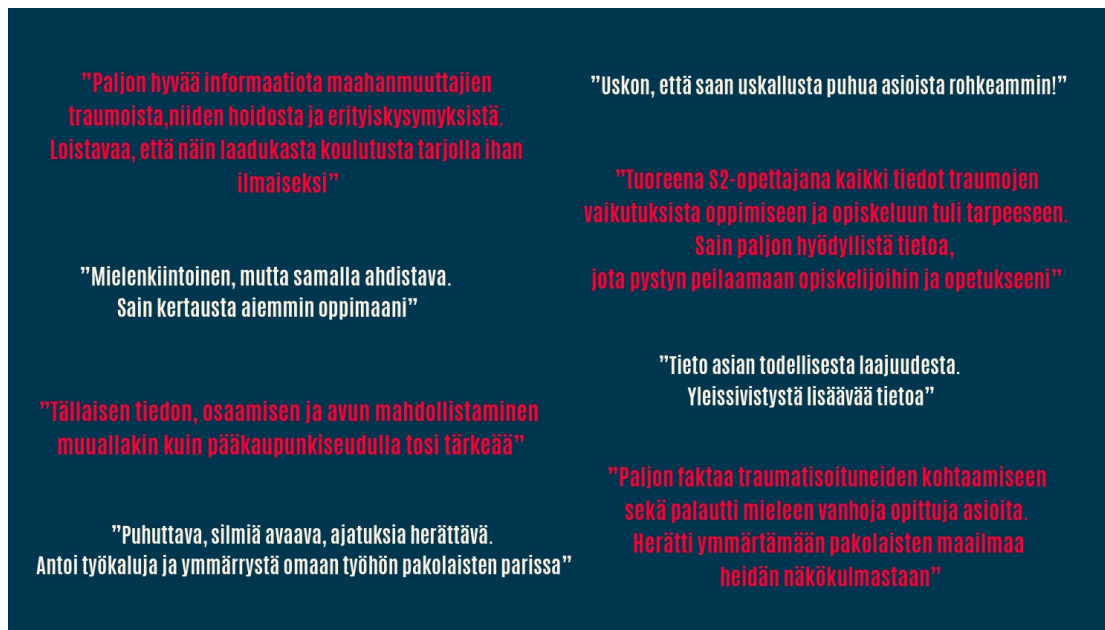
Zurichin yliopiston sairaala ja Berliinin Kidutettujen kuntoutuskeskus kehittivät yhdessä vuonna 2008 digitaalisen itsearviointiin perustuvan tietokoneohjelman nimeltä MultiCASl. MultiCASl on tietokoneeseen asennettava ohjelma, joka toimii alustana erilaisille itsearviointiin perustuvilla kyselylomakkeille.

Ohjelma on suunniteltu erityisesti luku- ja kirjoitustaidottomille henkilöille, ja arviointilomakkeiden kysymykset tallennetaan äänitiedostoina. Tällöin asiakas pystyy kuuntelemaan kysymykset ja vastaamaan vain hiirtä käyttämällä. Ohjelma koodaa jokaisen käyttäjän sekä tallentaa vastaukset, joten menetelmän avulla voidaan seurata potilaan tilannetta niiden arviointilomakkeiden pohjalta, joita hän täyttää. Hankkeessa kokeiltiin menetelmää neljällä potilaalla 9 kuukauden ajan siten, että potilaat täyttivät kolme arviointilomaketta kolmen kuukauden välein. Ohjelma tuottaa tallennetusta datasta grafiikkaa, joten 9 kuukauden jälkeen voitiin tuloksista analysoida, oliko arvioitavien alueiden osalta potilaan vointi kohentunut, heikentynyt, vai pysynyt samana. Ohjelmaan valittiin sellaiset lomakkeet, jotka olivat paitsi olennaisia potilaiden tilanteiden kartoittamiseen, myös kysymyksen asetteluiltaan riittävän selkeitä käännettäviksi sekä pituudeltaan sopivia. Tietokoneohjelmaan ladattiin kolme kyselylomaketta; Maailman terveysjärjestö WHO:n laatima Elämänlaatumittari lyhyt versio (WHOQOL-REF), jonka dimensioina olivat sosiaalinen, psyykinen ja fyysinen ulottuvuus, sekä elinympäristö ja koettu elämänlaatu/ terveys. Toinen lomake oli yleisesti unettomuuden diagnostiikassa käytetty Unettomuuden haitta-asteen arvio (ISI; Insomnia Severity Index) ja kolmas Itsearvioitu muisti, keskittymiskyky sekä uuden oppimisen kyky (THL/ TOIMIA)

Tulkit, jotka käänivät ja tallensivat kyselylomakkeiden kysymykset käytettäville kielille (dari ja arabia) kommentoivat joidenkin kysymysten olevan vaikeita suoraan käännettäviksi, koska esimerkiksi puhuttu ja kirjoitettu kieli eroavat toisistaan, eivätkä eri murteita puhuvat välttämättä ymmärrä kirjakielellä puhuttua. Itsearviointimenetelmää käytettiin potilaiden vastaanottokäyntien yhteydessä ja sen sujuvuutta arvioivat sekä työryhmän jäsenet että potilaat. Työryhmän havaintojen mukaan potilaat tarvitsivat apua kyselyihin vastaamisessa eniten ensimmäisellä kerralla, myöhemmin ohjelman käyttö sujui paremmin. Tulkin ja työntekijän läsnäolo oli tarpeellinen jokaisen potilaan kohdalla, vaikka lomakkeen kysymykset olivat potilaan äidinkielellä. Potilaat halusivat toimintaohjeita työntekijältä ja tulkilta tarkennuksia kysymyslomakkeiden kysymyksiin liittyen. Täysin itsenäisesti menetelmä ei valittujen neljän potilaan kohdalla toteutunut kertaakaan, vaan jokaisella kerralla työntekijän ja tulkin läsnäolo oli tarpeen. Potilaat kokivat kuitenkin menetelmän käyttökelpoiseksi, ja vaihtoehdokseksi perinteisen haastattelun rinnalle. Ohjelman päivitetty, selain- pohjainen versio voisi sopia hyvin monenlaisen hoitotyön osaksi, koska sen avulla voi seurata potilaan itsearvioimaa terveyden ja hyvinvoinnin tilaa grafiikoiden avulla. Käytettävät kyselylomakkeet on kuitenkin valittava huolella, ottaen huomioon niiden sisältö, pituus ja käännettävyys.

Koulutus- ja konsultaatiotyö

Hankkeen tavoitteena oli lisätä kuntien ammattilaisten tietoa ja osaamista pakolaisten traumaoireiden tunnistamiseen sekä niiden hoitoon. Hanke tarjosi valtakunnallisesti pakolaisten kanssa työskenteleville sote- ja opetusalan ammattilaisille koulutuksia sekä konsultaatioita. Koulutukset toteutettiin aina räätälöidysti, ja koulutusta pyytäneillä tahoilla oli mahdollisuus esittää toiveita koulutuksen sisältöjen suhteen. Ajatuksena oli, että koulutus, joka vastaisi koulutettavien käytännön työstä nouseviin tarpeisiin ja kysymyksiin, olisi koulutettaville ryhmille mielekkäin ja tukisi riittävällä tavalla heidän omaa työskentelyään ja sen kehittämistä. Konsultaatiot liittyivät eri ammattilaisten työssään kohtaamiin haasteisiin tai kysymyksiin. Usein kyse oli asiakkaan tai potilaan hoidon tarpeen arviosta, tai tilanteesta, jossa ammattilainen halusi keskustella eri vaihtoehdoista. Koulutustilaisuuksia hankkeessa järjestettiin yhteensä 97, niihin osallistui yli 2000 sote- ja opetusalan sekä työvoimahallinnon ammattilaista. Erityisesti kiitosta sai koulutusten tarjoama tuki käytännön asiakastyöhön. Koulutukset tarjosivat usein menetelmiä ja työkaluja sellaisiin haastaviin tilanteisiin, jotka nousivat koulutuksiin osallistuvien ammattilaisten arkityöstä.



Ryhmätoiminta

Hankkeen aikana potilastyön osana toteutettiin kolmenlaisia ryhmiä. Hankkeen psykiatrinen sairaanhoitaja sekä toimintaterapeutti ohjasivat Serene- hankkeesta tuttua Keho ja Mieli- ryhmää. Ryhmän manuaali löytyy Turun kriisikeskuksen verkkosivuilta. <https://www.mielenterveysseurat.fi/turku/serene/> Keho ja mieli- ryhmän tavoitteena on kehon ja mielen hyvinvoinnin tukeminen erilaisten keho- listen menetelmien sekä psykoedukatiivisten osioiden yhdistelminä. Toinen toiminnallinen ryhmä oli ruokaryhmä, jossa hankkeen toimintaterapeutti yhdessä arviointijaksoilla käyneiden potilaiden kanssa suunnitteli ja valmisti erilaisia ruokia. Hankkeen toimintaterapeutti kertoo ryhmätoiminnasta enemmän omassa osiossaan. Ennen kuin Covid 19- pandemia keskeytti koko Psykotraumatologian keskuksen ryhmätoiminnan, ehdittiin hankkeessa toteuttaa yhteistyössä Kidutettujen kuntoutuskeskuksen kanssa Digitaito-ryhmä. Ryhmän tarkoituksena oli ohjata, tukea ja vahvistaa osallistujien osaamista mm. verkkoasioinnin ja älylaitteiden parissa. Toiminnalliset ryhmät luovat kuntoutuksen ja hoidon tarpeen arviointiin oman hyödyllisen lisänsä. Kehollisten harjoitteiden tai ruuan valmistamisen yhteydessä saavutetaan parhaimmillaan tila, jossa osallistuja saa mahdollisuuden kokea yhteisöllisyyttä, tasavertaisuutta ja yhteyttä itseensä. Toiminnallisuus, aktiivisuus, sekä sen lisääminen ovat monen traumatisoituneen potilaan kuntoutuksen tärkeitä tavoitteita. Toiminnalliset menetelmät arviointijakson aikana saattavat siis olla hyvin informatiivisia jatkohoidon suunnittelemisen kannalta.

Työryhmän puheenvuorot

Trauman seuraukset: psykiatrinen diagnostiikka ja hoito kaipaavat päivitystä Iris Forsman, psykiatrian el., traumapsykoterapeutti

Sotatraumatisoituneiden kuntoutus- hankkeessa tavoitteena on ollut moniammatillisen työryhmän avulla tunnistaa ja löytää ratkaisuja sellaisiin psyykkisiin, fyysisiin ja sosiaalisista ongelmiin, jotka ovat vaikeuttaneet Suomeen kiintiöpakolaisina saapuneiden ihmisten kotoutumista. Hankkeessa on painotettu psykotraumatologian erityisosaamista, valmiutta kulttuuriseen moniammatilliseen työhön ja verkostotyöhön. Psykiatrian alalta hyödyllisiä ovat olleet kulttuuripsykiatrisen näkökulman (2) lisäksi sosiaalipsykiatrinen ja ns. yleissairaalapsykiatrinen näkökulma.

Tutkimusten perusteella pakolaisista 45–80 %:lla on diagnosoitavissa posttraumaattinen stressihäiriö (PTSD); kidutuksen ja seksuaalisen väkivallan kokemukset ovat yleisiä.

Lääketieteellinen neurotieteisiin perustuva tutkimus on 2000-luvulla tuonut paljon uutta ymmärrystä psykologisen traumatisoitumisen monimuotoisuudesta ja laaja-alaisuudesta. Tämä on johtanut tarpeeseen päivittää psykiatrissa diagnostiikkaa ja siihen perustuvia hoitokäytäntöjä.

Uusi ICD-11 (1) diagnoosiluokitus sisältää kokonaan uuden psykiatrisen diagnoosiluokan: Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö, CPTSD (kompleksinen PTSD) diagnoosi. Tähän liittyvä Käypä hoito- suositus on tekeillä. On oletettavaa, että tietämys laajasti ihmisten toimintakykyä heikentävästä, runsaasti sosiaalisia vaikeuksia ja psykiatrissa komorbidia sairastavuutta aiheuttavasta CPTSDstä on vielä vähäistä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pakolaisten kohdalla on usein kyse juuri kompleksisesta ja kumuloituneesta traumatisoitumisesta; usein myös lapsuuden turvattomista kasvuolosuhteista ja/tai kidutuksesta.

Hankkeessa psykiatrisen arvioinnin tavoitteena on ollut laajasti kartoittaa, millaisia fyysisiä ja psyykkisiä terveysongelmia hankkeeseen ohjatuilla henkilöillä on todettavissa ja mihin psykiatrisiin diagnoosiryhmiin he sijoittuvat. Psykiatrisen arviointi toteutettiin tulkkien välityksellä moniammatillisesti (psykiatrisen sairaanhoitaja, erikoislääkäri, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti) ja verkostotyönä (sosiaalityön ja perhetyön näkökulmat, verkostotyö kuntiin). Arvioinnissa hyvän kontaktin luomisen edellytyksenä on ollut toimiva tulkkaus, riittävät esitiedot ja aikataulun kiireettömyys hyvän kontaktin luomisen edellytyksenä (90min tapaamiset) sekä kulttuurisen näkökulman huomioon ottaminen (1).

Psykiatriset oirekyselyt: MADRS (Montgomery-Åsberg-depressioasteikko), TSQ (PTSD-kartoitus), DES/DES-Taxon dissosiativisten oireiden kartoitus, ITQ (The International Trauma Questionary, CPTSD), ISI (Insomnia Severity Index), SDQ-20 somatoformisen dissosiaatiohäiriön kartoitus, Body Scan kehon kartta. Tarvittaessa käytössä on ollut mm. OCD-seula, MDQ, SCOFF.

Hankkeen loppuraporttia varten on käyty läpi loppulausuntoihin kirjatut diagnoosit ajalla 1.11.2019 – 31.1.2021: 48 potilasta 8 eri maasta.

Lähtämisen syyt: traumaattiset kokemukset, ahdistus, unettomuus, painajaiset, mielialaoireet, krooniset kivut, sopeutumisvaikeudet, riippuvuusongelmat, diagnostiset vaikeudet, hoitoresistentti masennus, muut syyt

Löydökset: Masennus- ja ahdistusoireita oli lähes kaikilla lääkärin vastaanotolle ohjatuilla, monihäiriöisyys yleistä. Vaikea-asteinen masennustila todettiin 38 %, Bipolaarihäiriö 6 %, OCD 4 %, Sekamuotoinen ahdistushäiriö 21 %, Psykoottinen häiriö 8 %, PTSD 15 %, Krooninen, vaikea-asteinen PTSD 31 %, Monimuotoinen traumaperäinen stressihäiriö (CPTSD) 33 %, Traumaperäinen dissosiaatiohäiriö 2–11 %, Dissosiativiset oireet 27–35 %

Muita diagnoosiryhmiä: Krooninen kipu 67 %, kidutuskokemuksia 21 %, seksuaalinen väkivalta 19 %, vaikea unettomuus 56 %.

Todettiin paljon myös muita kotoutumista haittaavia ongelmia.

Esimerkiksi kielen oppimista vaikeuttaa usein luku- ja kirjoitustaidottomuus ja negatiiviset kokemuksia koulunkäynnistä lapsuudessa. Oppimishäiriöissä on epäilty tarkkaavuuden, muistin ja hahmotuksen erityisvaikeuksia, primaarina tai sekundaarisena.

Terveydenhuollossa asiointeja on hankaloittanut potilaiden luottamusongelmat; lähtömaissa monet ovat kokeneet väkivaltaa myös hoitohenkilökunnan taholta. Mielenterveysongelmat ovat monissa maissa pelkojen ja tabujen aihe; erityisen vaikeaa on ollut puhua vaikeisiin traumaperäisiin häiriöihin liittyvistä dissosiativisista oireista (3), jotka on koettu usein outoina, pelottavina ja hävettävinä; moni on uskonut olevansa ”hullu”. Traumatisoituneiden pakolaisten kohdalla on toistunut erityinen havainto: viranomais- ja hoitotahoilla on vaikeuksia kohdata ja jakaa heidän kokemuksiaan. Potilaat ovat kertoneet ajattele-

vansa, että ”kukaan ei halua kuunnella minun tarinaani”. Erityisesti tämä on näkynyt pääkaupunkiseudun kuntien psykiatrisen erikoissairaanhoidon läheteissä; potilaan masennusta, unettomuutta ja PTSD:tä on hoidettu lääkkeillä ilman, että säännöllistä psykoterapeuttista hoitosuhdetta on tarjottu elämäkaarellisten kokemusten ja traumanarratiivin läpikäymiseksi. Seurauksena on ollut ”hoitoresistentti” masennuspotilas, joka on päädytty uloskirjoittamaan perusterveydenhuoltoon jopa huonommassa kunnossa kun hoitoon tullessa. Sairaalahoittoa ei ole tarjottu edes hätätilassa. Hankkeessa tehdyn psykiatrisen arvioinnin jatkosuosituksissa on kuntien työntekijöitä ohjeistettu toimimaan moniammatillisesti ja verkostoitumaan. Tärkein havainto kuitenkin on, että traumaperäisten häiriöiden diagnostiikkaan ja hoitoon tarvitaan kunnissa täydennyskoulutusta sekä työnohjausta. Edelleen on vallalla uskomus, että CPTSD ja siihen usein liittyvä vaikea unihäiriö ja masennus voidaan hoitaa pelkästään masennuslääkkeillä ilman tarvittavaa perehtymistä häiriön koko kuvaan ja CPTSD:n vaiheittaisen hoitomallin (4) periaatteisiin. Tämä edellyttää kunnilta satsausta henkilöstön osaamiseen eli täydennyskoulutusta, traumaperäisten häiriöiden diagnostiikan ja hoidon osaamisen päivittämistä uuden diagnosoiluokituksen ICD-11 edellyttämälle tasolle. Myös psykiatrisen hoidon laadun valvontaa tulisi tehdä keskitetysti, koska monissa kunnissa kiintiöpakolaiset on pantu samaan perusterveydenhuollon jonoon muiden kuntalaisten kanssa, vaikka kunnat ovat vastaanottaessaan kiintiöpaikolaisia saaneet rahaa heille kohdennettujen palveluiden kehittämiseen. Traumatisoituneiden potilaiden hoidollisten sisältöjen ja työmuotojen kehittäminen edellyttää koulutuksen lisäksi riittäviä resursseja potilaiden kohtaamiseen ja kuunteluun. Traumatisoituneita pakolaisia ei voida auttaa, ellei voida jakaa heidän kokemuksiaan hoidollisessa yhteistyösuhteessa. Hoitamattomuudesta seuraa kunnille kustannuksia usein muissa muodoissa; hankkeen lääkäriä olen voinut todeta, millaisia erikoissairaanhoidon kustannuksia on tällaisesta seurannut ja millaisia sosiaalisia sekä yhteiskunnallisia ongelmia käsittelemättä jääneet traumakokemukset voivat aiheuttaa siirtyessään ylisukupolisesti.

Lähteet:

1. ICD-11, WHO 2019
2. Kulttuuri ja psykiatrisen diagnostiikka, Duodecim Kustannus Oy, 2010
3. Psychosis, Trauma and Dissociation, Andrew Moskowitz et al, 2019 (2. painos)
4. Vakautumisopas terapeuteilla ja traumatisoituneille, Traumaterapiakeskus 2019

Pakolaistaustaisen maahanmuuttajan fyysiset oireet tulkitaan usein psykosomaattisiksi **Katri Luotonen, fysioterapeutti**

Pakolaisuuden fyysiset uhat

Pakolaisuuteen liittyy psyykkisten kuormitustekijöiden lisäksi useita fyysisiä uhkia. Sota, aseelliset konfliktit, väkivallan ja kidutuksen uhka, köyhyys sekä erilaiset luonnonkatastrofit altistavat monille henkeä ja fyysistä hyvinvointia uhkaaville tekijöille. Fyysisiä vammoja voi syntyä onnettomuuksissa, aseellisissa ja väkivaltaisissa yhteenotoissa sekä suoraan tai välillisesti pommitusten tai räjähdysten seurauksena. Myös pakomatka kotimaasta on usein vaarallinen ja elinolosuhteet pakolaisleireillä ovat yleensä puutteellisia. Sairauksien ja tartuntatautien riski leiriolosuhteilla on suurempi ja fyysisiin vammoihin ja sairauksiin ei aina ole saatavilla akuuttivaiheessa riittävää hoitoa, kuntoutuksesta puhumattakaan.

Suurimmalla osalla pakolaistaustaisista maahanmuuttajista on taustallaan traumaattisia kokemuksia, henkeä tai fyysistä koskemattomuutta uhkaavia tilanteita sekä menetyksiä. Traumaperäiset oireet ovat yleisiä, toistuvat uhkaavat tilanteet ja pitkittynyt psyykinen ja fyysinen stressi aiheuttavat fysiologisia muutoksia keskushermoston toiminnassa, minkä seurauksena erilaiset fyysiset oireet ja toimintahäiriöt ovat yleisiä traumaperäisistä oireista kärsivällä.

Sotatraumatisoituneiden kuntoutukseen ohjautuneista potilaista useat ovat olleet potilaina perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidon piirissä erilaisten somaattisten oireiden, kuten tuki- ja liikuntaelimistön toimintahäiriöiden, kroonisten kipuoireiden sekä ruoansulatuselimistön ongelmien vuoksi, joille ei ole löytynyt tutkimuksissa selkeää oireita selittävää tekijää.

Usein tilanteissa, missä pakolaistaustaisen somaattisille ei löydy selkeää syytä, oireet luokitellaan luonteeltaan psykosomaattiseksi. On kuitenkin tärkeää huomioida, että somaattisten oireiden taustalla voi olla psyykkisten tekijöiden lisäksi esimerkiksi myös aikaisempia, usein hoitamattomia fyysisiä vammoja, joista ei ole havaittavissa kuvantamistutkimuksissakaan selkeitä löydöksiä, sekä aiempiin elinolosuhteisiin, kuten pitkäaikaiseen ravinnon ja terveydenhoidon puutteeseen liittyviä tekijöitä.

Selittämättömien kipuoireiden taustalla väkivalta ja -kidutuskokemuksia

Yhteiskunnalliset epävakaudet ja aseelliset konfliktit altistavat vainolle, väkivaltaisuuksille ja kidutukselle. Arviolta joka neljäs pakolaistaustainen Suomeen tullut maahanmuuttaja on kohdannut jossakin vaiheessa elämäänsä kidutusta. Kidutus on yksilölle äärimmäisen traumaattinen kokemus, fyysisten vammojen lisäksi psyykkiset haavat ovat syviä ja moniulotteisia, ja voivat vaikuttaa merkittävästi kidutetun terveyteen ja toimintakykyyn.

Suomessa turvapaikanhakijoiden ja kiintiöpakolaisten kidutustraumoja pyritään kartoittamaan ja tunnistamaan jo maahantulotarkastusten yhteydessä. Kidutustrauman tunnistamiseen liittyy kuitenkin haasteita. Erityisesti kiduttajien ollessa viranomaisia, väkivallasta aiheutuvia pysyviä jälkiä pyritään usein peittämään. Pakolaisen saapuessa Suomeen mahdollisista kidutus- ja väkivaltakokemuksista on usein kulunut kuukausia ja jopa vuosia, minkä vuoksi fyysisten kidutusjälkien havaitseminen voi olla entistä vaikeampaa. Maahan saapumiseen liittyvän psyykkisen kuormituksen sekä viranomaisia kohtaan koetun epäluottamuksen vuoksi on tyypillistä, että kidutuskokemukset nousevat esille vasta kotoutumisen myöhemmässä vaiheessa, kun elämäntilanne sallii traumaattisten kokemusten käsittelyn.

Kidutustrauman mahdollisuus on tärkeää pitää mielessä turvapaikanhakijoiden ja pakolaistaustaisten maahanmuuttajien kanssa työskennellessä. Kidutuksen uhrin kokevat usein häpeää tapahtumista, mikä voi estää heitä kertomasta kokemuksistaan. Kysymällä tarjotaan potilaalle mahdollisuus kertoa mahdollisista kidutus- ja väkivaltakokemuksista. Kipu-oireiden, fyysisten oireiden ja vammojen kartoittamisessa voidaan hyödyntää kehokarttaa. Kidutustraumasta voi kieliä näkyvät arvet, palovammat ja pigmenttimuutokset ihosta sekä erilaiset tuki- ja liikuntaelimestön vammat ja toimintahäiriöt sekä krooniset kipuoireet. Kidutustrauman oireita voivat olla fyysisten vammojen lisäksi erilaiset psyykkiset ja kognitiiviset häiriöt.

Vaikka pakolaistaustaisten oirekuvat voivat usein muistuttaa paljon toisiaan, syyt oireiden taustalla voivat olla moninaisia. Tuki- ja liikuntaelimestön kiputilojen ja toimintahäiriöiden taustalla voi olla hoitamattomia fyysisiä vammoja, niiden seurauksena syntyneitä nivelten ja luisten rakenteiden virheasentoja sekä pehmytkudosvammoja ja neurologisia vaurioita. Koettu seksuaalinen väkivalta voi oireilla myöhemmässä vaiheessa alaselän ja lantionpohjan kiputiloina sekä virtsaamiseen liittyvinä ongelmina ja yhdyntäkipuja. Psykkinen stressi ja ahdistuneisuus voi ilmetä fyysisenä jännittyneisyytenä, mikä osaltaan voi lisätä kipua, epämiellyttäviä fyysisiä tuntemuksia sekä tuki- ja liikuntaelimestön toimintahäiriöitä.

Fysioterapian rooli traumatisoituneiden pakolaisten kuntoutuksessa

Traumaattisista kokemuksista muistuttavat asiat voivat laukaista kehollisia tuntemuksia ja kipuja. Koettujen fyysisten ja psyykkisten traumakokemusten myötä yhteys kehon ja mielen välillä voi heikentyä tai katketa kokonaan. Fyysistä ja seksuaalista väkivaltaa kokeneella voi olla haasteita tunnistaa ja tiedostaa omaan kehoon liittyviä tuntemuksia, kuten kipua, kylmää tai väsymystä. Toisaalta voi esiintyä myös kehon reaktioiden jatkuvaa tarkkailua ja niihin liittyviä pelkoja. Vireystilan vaihtelut yli- ja alivireyden välillä voivat näkyä toimintakyvyn muutoksina, kuten fyysisenä levottomuutena, hengitysvaikeuksina ja sydämen sykkeen kiihtymisenä tai vastavuoroisesti lamaantuneisuutena tai tunnottomuutena. Mahdolliset fyysiset vammat sekä keho-yhteyden muutokset traumatisoitumisen seurauksena voivat vaikuttaa potilaan tapaan liikkua, käyttää kehoa ja tunnistaa erilaisten liikkeiden ja asentojen aiheuttamia tuntemuksia kehossa.

Psykoedukaatio liittyen kehon ja mielen yhteydestä traumaattisiin kokemuksiin on keskeisessä roolissa vakavasti traumatisoituneen pakolaisen kuntoutuksessa. Pakolaistaustaisten potilaiden fysioterapeut-

tisessa arvioinnissa ja kuntoutuksessa on keskeistä psykofyysinen lähestymistapa, jossa pyritään kartoittamaan kokonaisvaltaisesti potilaan terveydentilaan ja toimintakykyyn liittyviä tekijöitä. Fysioterapeutilta traumatisoituneen potilaan kanssa työskentely vaatii herkkyyttä tiedostaa ja tunnistaa potilaan reaktioita sekä tunnetiloja tutkimuksen ja terapian aikana. Fysioterapeutin tulisi kartoittaa mahdollisia aikaisempia fyysisiä vammoja sekä arvioida niiden mahdollista osallisuutta potilaan sen hetkisiin oireisiin ja toimintakyvyn ongelmiin.

Terapeuttisen harjoittelun, psykofyysisten ja kehollisten menetelmien avulla voidaan tukea toimintakykyä, tarjota potilaalla keinoja hallita traumaperäisiä oireita, tukea keho-mieliyhteyden vahvistumista sekä kehollisten voimavarojen tunnistamista ja vahvistaa potilaan mahdollisuuksia hallita ja vaikuttaa omaan elämäänsä.

Lähteet

Alme, M.N., Vårdal, R., Jalovcic, D., Fricker, I., Peters, S., Rocca, P., Hale, W., Alagöz, E., Leskovsek, N., Benyaich, A., McGowan, E., Pettersson, A., Giusti, L.M, Landry, M., Boström, C., Lowe, R., Wilhelmsen, K. & van Wijchen, J. 2020. Collaborative effort to increase the physiotherapist's competence in rehabilitation of survivors of torture. <https://tidsskrift.dk/torture-journal/issue/view/8872/Issue%203%20%282020%29>. 14.4.2021.

Castaneda, A.E., Mäki-Opas, S., Kivi, N., Lähteenmäki, M., Miettinen T., Nieminen, S., Santalahti, P. & PALOMA-asiantuntijaryhmä. 2018. Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa - PALOMA-käsikirja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Hough, A. 1996. Physiotherapy for Torture Survivors - a basic introduction. https://www.researchgate.net/publication/246557167_Physiotherapy_for_Torture_Survivors_-_A_basic_introduction. 13.4.2021.

Istanbulin pöytäkirja - Käsikirja kidutuksen ja muun julman, epäinhimillisen tai halventavan kohtelun tai rangaistuksen tutkimiseksi ja dokumentoimiseksi tehokkaasti. 2015. Ulkoasiainministeriö. Yhdistyneet kansakunnat. Ruuskanen, H. 2007. Kidutetun kipu. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2007;123(4). 486-92. <https://www.duodecimlehti.fi/duo96303>.

Toipuminen ei ole arjesta irrallinen prosessi- hoidon oikea-aikaisuus ja menetelmien monimuotoisuus tukee trauman hoidossa

Marjo Huotari, psykiatrinen sairaanhoitaja, psykoterapeutti

Tärkeää pakolaisille tarjottavien palveluiden ja hoidon onnistumisen kannalta on niiden oikea-aikaisuus. Kotoutumisen alkuvaiheessa pakolainen voi hyötyä vakauttavasta tuesta ja psykoedukaatiosta suhteessa kokemuksiinsa traumaattisiin tapahtumiin. Arjen toimivuus on edellytys varsinaisen psykoterapiaprosessin onnistumiselle. Psykoterapiaan liittyy myös sen vaikea saatavuus tulkkivälitteisesti ja järjestelmän monimutkaisuus, jonka kanssa pakolainen tarvitsee vankkaa apua ja ohjausta päästäkseen palvelun äärelle. Psykotraumatologian keskuksessa yhtenä hoidollisena elementtinä on tarjottu ryhmämuotoista hoitoa. Ryhmässä omasta mielenterveydestään puhuminen vaatii hyvää luottamuksen ilmapiiriä. Ryhmän idean täytyy myös soveltua potilaan omaan merkitysten maailmaan. Kehollisuuden huomiointi voi mataloittaa kynnystä lähteä mukaan ryhmämuotoiseen hoitomalliin. Onnistuessaan ryhmähoito tarjoaa potilaalle aitoa vertaistukea ja yhteisöön kuulumisen tunnetta. Ryhmähoito kulkee myös luontevasti ja lisäarvoa tuoden yksilökäyntien rinnalla tukien kokonaishoidon onnistumista. Ihmisellä itsellään on useimmiten luja halu parantua ja etsiä ulospäisyä vaikeasta tilanteesta. Kohdatuksi ja kuulluksi tuleminen omalla itsenään ilman oletuksia ja leimoja, on hyvä lähtökohta onnistuneelle yhteistyölle.

Sotatraumatisoituneiden kuntoutus- hankkeessa toteutettiin Keho ja mieli- ryhmä, jonka malli on kehitetty Turun kriisikeskuksen Serene-hankkeen (2012-2016) sekä Turun kaupungin lääkinnällisen kuntoutuksen kanssa. Vaikka kaikki pakolaiset eivät ole kärsi post-traumaattisesta stressihäiriöstä, on tämä kuitenkin erittäin yleistä. Apua lähdetään usein hakemaan fyysisiin vaivoihin, kuten unettomuuteen ja kipuihin, jotka monessa kulttuurissa ovat yleisesti hyväksyttävämpiä kuin mielenterveyteen liittyvät ongelmat, jotka nähdään toisinaan tabuina ja niistä vaietaan leimaantumisen pelossa.

Keho ja mieli- ryhmän lähestymistapa on vakauttava ja toiminnallinen. Traumatyössä kehollisuus nähdään tärkeänä pohjana vakauttavalle työskentelylle ja selviytymisen tukemiselle. Lisäämällä ymmärrystä trauman kehollisuuteen, kuten miten stressi tuntuu kehossa jännityksinä ja kipuina ja toisaalta, miten itseään rentouttamalla voi hieman helpottaa fyysisiä vaivojaan, ryhmäläiset ovat saaneet konkreettisia keinoja selvittää arjessaan paremmin.

Keho ja mieli- ryhmän aineistot ovat saatavilla verkossa. Runsas aineisto antaa mahdollisuuksia kokeilla erilaisia kehollisia menetelmiä myös eri palveluissa ja harjoituksia löytyy usealla eri kielellä. Potilaan vakauttaminen on ensisijainen tehtävä, eikä traumojen yksityiskohtaiseen avaamiseen kannata liian nopealla ja painostavalla tavalla syventyä. Toisinaan potilaan kantamat psyykkiset oireet, kuten syyllisyys ja masennus suojelevat potilasta ja itseasiassa jopa estävät psyykeen suuremman romahtamisen tässä kohtaa potilaan elämää. Akuuttien oireiden lieventäminen ja arjen toimivuuden parantaminen ovat painostus tulevaan ja avaa aikanaan mahdollisuuden siirtyä esimerkiksi fokuoituun traumasensitiiviseen työskentelymalliin.

Ryhmästä ja arviointiprosessista potilastapauksen kautta:

Potilas on 32- vuotias Syyriasta kotoisin oleva nainen, jonka perheeseen kuuluu kolme lasta ja puoliso. Potilas on käynyt kotimaassaan koulua ja kokee lapsuudenperheensä turvalliseksi siinä määrin, kuin se sodan keskellä pystyi olemaan. Hän on lapsuudenperheensä 2/4 lapsi ja vanhemmat ovat olleet kohtuullisen vakavaraisia ja koulutusmyönteisiä. Potilas on menettänyt sodassa läheisiään ja altistunut sekä näkemään väkivaltaa että myös kokenut sitä itse. Arki Syyriassa oli pelon värittämää ja pommitukset ja väkivalta olivat aina läsnä. Pakomatalla Syyriasta perhe koki pelkoa ja kauhun hetkiä. Saavuttuaan Turkkiin perhe päätyi paperittomana maahantulijana hätämajoituksiin ja osin kadulla ja hankki toimeentuloa, milloin mistäkin. Suomeen perhe saapui vuonna 2017 asettuen pääkaupunkiseudulle.

Potilas saapui arviointijaksolle kuntansa terveyskeskuksen lääkärin läheteellä haasteinaan uniongelmat ja masennusoireet, jotka alkoivat vaikuttaa potilaan kognitiivisiin kykyihin, ja potilas oli joutunut keskeyttämään suomen kielen opintonsa. Tässä vaiheessa potilas oli asunut Suomessa noin kaksi vuotta. Potilas kuvasi oloaan seuraavasti: "Yöt ovat rauhattomia ja täynnä elävän tuntuista painajaisia, aamulla herään yhtä väsyneenä kuin nukkumaan mennessäni olin. Minulla on muistivaikeuksia, mieleen tulee arvaamatta muistoja pahoista tapahtumista. Pelon ja uhan tunne ilmaantuu varsinkin iltaisin ja öisin, pelkään kaikkea. En opi enää mitään uutta, en vaikka kuinka yrittäisin painaa asioita mieleeni. Selkään sattuu ja kipu säteilee pitkin koko kehoani. Näen itseni arvottomana ja koen olevani muita huonompi. Lapset tuovat meille iloa ja toivoa mutta pelkään heidän huolehtivan meistä vanhemmista liiaksi. Myös taakse jääneet sukulaiset Syyriassa ja pakolaisleireillä huolestuttavat, äitini on jo vanha ihminen ja joutuu pärjäämään ankarissa oloissa. Koen syyllisyyttä omasta lähtemisestäni. En halua enää edes soittaa sukulaisille, koska pelkään huonoja uutisia enkä myöskään halua paljastaa voivani täällä Suomessa näin huonosti. Nyt kun kaiken pitäisi olla hyvin"

Potilaalla aloitettiin arviointijakso, jonka aikana hän tapasi kaikkia työryhmän jäseniä. Arviointijakson aikana huomattiin potilaan kärsivän post-traumaattisesta stressihäiriöstä, hänellä oli dissosiativisia oireita, hänen psyykkinen vointinsa oli huono ja kokemus omasta pärjäämisestä romahtanut. Kehojen kivut huolestuttivat ja niiden tiimoilta olikin potilasta tutkittu laajasti terveydenhuollon piirissä. Mitään selkeää syytä kivuille ei kuitenkaan löytynyt. Kivut vaikuttivat potilaan mielialaan kiinteästi aiheuttaen masennusoireita ja ahdistusta.

Arvioinnin loppuvaiheessa olimme hankkeessa aloittamassa Keho ja mieli- ryhmän toimintaa, ja potilas oli ryhmästä varovaisen kiinnostunut. Luottamuksellisen suhteen avulla potilas saatiin sitoutumaan ryhmään. Ryhmäprosessi lähti hyvin liikkeelle. Ryhmä oli pienryhmä, ja toimi tulkkivälitteisesti kahden ohjaajan vetämänä. Potilas oli alkuun varovainen ja hiljainen, ja tietyt keholliset harjoitukset olivat hankalia fyysisistä kivuista johtuen. Ryhmässä käsitellyt aiheet kuten uni, kipu, stressi ja syyllisyys puhuttelivat potilasta ja potilas otti saamiaan harjoituksia osaksi arkeaan. Potilas koki saaneensa vertaistukea ja oli ylpeä uskallettuaan lopulta puhua ryhmässä muille ongelmistaan ja elämästään. Hän oppi ryhmässä keinoja itsensä rauhoitteluun ja kehollisten jännitystilojen purkamiseen. Ryhmän kautta potilas tuntui myös saaneensa elämänsä takaisin pientä iloa ja naurua. Hän nautti erityisesti mielikuvaharjoituksista, tanssillisista sekä maalaukseen liittyvistä harjoituksista, joiden kautta hän pääsi purkamaan kokemuksiaan toiminnan avulla. Potilaan mieleen muistui myös aiempia selviytymiskeinoja, jotka tuntuivat hautautuneen mielen perukoille jatkuvan stressin takia. Ryhmän eteenpäin katsova ja voimavaraistava lähestymistapa tuntuivat potilaan kohdalla toimivan hyvin. Ryhmätoiminta oli osa potilaan arviointia hankkeessamme ja jatkohoidoksi luotiin potilaan rinnalla toimiva kontakti psykiatriseen erikoissairaanhoidon.

Lähteet:

Lambert, J. E., & Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62(1), 28–37
<https://www.mielenterveysseurat.fi/turku/serene/>
<https://www.mielenterveysseurat.fi/turku/materiaalit/serenen-materiaalit/>
<https://www.kela.fi/documents/10192/3239760/Kuntoutuspsykoterapia.pdf>
<https://thl.fi/fi/web/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/tyon-tueksi/hyvia-kaytanta-ja-tulkkiavusteinen-tyoskentely>
https://www.kela.fi/pl/ajankohtaista-henkiloasiakkaat/-/asset_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/kela-kehitti-ja-kokeili-uusia-kuntoutuspalveluja-maahanmuuttajille-ja-opiskelijoille

Ryhmätoiminta hyvinvoinnin tukena ja arvioinnin mahdollisuutena

Tuija Uravirta, toimintaterapeutti

Sotatraumatisoituneiden kuntoutus -hankkeessa toteutettiin Psykotraumatologian keskuksen potilaille suunnattu toiminnallinen ruokaryhmä. Ryhmä kokoontui 1,5 vuoden ajan kerran kuukaudessa, kaksi tuntia kerrallaan. Ryhmään osallistui vaihdellen 1–4 henkilöä. Ryhmään osallistuneilla asiakkailla oli merkittäviä toimintakyvyn haasteita. Osalla ryhmäkerroista ohjaajaparina oli Kidutettujen kuntoutuskeskuksen toimintaterapeutti.

Toiminnallinen ryhmä voi toimia pakolaistaustaisten asiakkaiden kohdalla kuntouttavana työskentelymuotona monesta eri näkökulmasta katsottuna. Ryhmään saapuminen voi toimia kannustimena pakolaistaustaisilla, traumaoireista kärsivillä asiakkailla muistivaikeuksista, erilaisista peloista, häpeän tunteista, uupumuksesta, kielitaidon puutteesta ja hahmottamisen vaikeuksista huolimatta. Ryhmään saapuminen kotoa käsin voi siis olla siihen osallistuvalla iso ponnistus, mutta toimia parhaimmillaan onnistumisen kokemuksena ja itseluottamusta kasvattavana kokemuksena. Traumaoireista kärsivällä ihmisellä on usein vaikeuksia hahmottaa ajan kulumista, ja aika tuntuu jäsentymättömältä tekijältä, jonka puitteisiin on vaikea suunnitella omaa toimintaansa. Kiinteästi tiettyyn viikonpäivään ankkuroituna tapahtumana ryhmään osallistuminen voi parhaimmillaan tukea osallistujan omaa ajankäytön suunnittelua ja rytmitystä, ja auttaa omalta osaltaan hahmottamaan ja jäsentämään aikaa. Ajankäytön hallinnan tukemiseksi ryhmän tulee kokoontua riittävän tiheästi, yhden tai korkeintaan kahden viikon välein.

Käsien liikuttaminen aktivoi suuria aivoalueita, minkä vuoksi käsillä tekeminen virkistää aivoja. Käsillä tekeminen voi auttaa osaltaan myös traumaoireisia ihmisiä voimaan paremmin. Se voi tarkoittaa hyvin monenlaista tekemistä, kuten esimerkiksi ruoanlaittoa, neulomista, kasvien hoitamista tai vaikkapa polkupyörän korjaamista. Käsillä tekeminen auttaa keskittämään omat ajatukset nykyhetkeen, mikä voi selkeästi auttaa traumaoireista kärsivää vähentämään oireidensa häiritsevyyttä ainakin hetkellisesti. Traumaoireista kärsivän voi olla vaikeaa saada tehtyä erilaisia asioita loppuun saakka. Toiminnallinen käsillä tekemisen ryhmä voi tarjota hyvän mahdollisuuden harjoitella työvaiheiden loppuun saakka tekemistä, jolloin työnsä tuloksen näkee konkreettisesti. Toiminnallisessa ryhmässä ryhmän ohjaajien tehtävänä on varmistaa, että kullekin osallistujalle valikoituu juuri hänelle sopivan haasteellinen työvaihe ryhmän yhteisessä tavoitteessa (ruokaryhmässä ateriat). Oman osuuden näkeminen merkityksellisenä voi antaa ryhmäläiselle itseluottamusta vahvistavaa palautetta. Ruokaryhmässä tähän oli mahdollisuus yhteisen aterioinnin aikana, jolloin ateriakokonaisuus oli kaikkien nähtävillä ja nautittavissa.

Toiminnallisessa ryhmässä vuorovaikutus rakentuu ensisijaisesti tekemisen ympärille, mikä voidaan kokea helpompana kuin puheilmaisuun perustuvaan keskusteluryhmään osallistuminen. Ahdustusoireista ja häpeän tunteista kärsivä ihminen saattaa kyetä hyvinkin aktiiviseen osallistumiseen, kun voi ryhmän aikana liikkua tilassa. Kehon liikuttamiseen mahdollistava toiminta helpottaa usein osallistumiseen liittyvää emotionaalisen paineen tunnetta. Myös ryhmässä syntyvälle keskustelulle avautuu täten usein luontevia mahdollisuuksia.

Amerikkalainen psykiatri Irwin Yalom on tutkinut ryhmässä vaikuttavia parantavia tekijöitä, joista ruokaryhmässä oli nähtävissä joitakin pilkahduksia, kuten tiedon jakamista, toivon heräämistä ja koheesiota.

Ryhmä tarjoaa myös mahdollisuuksia vertaistukeen, jolloin osallistujat voivat jakaa keskenään tukea, kannustusta, lohdutusta sekä vinkkejä erilaisista käytännön asioista. Ryhmä voi tarjota siihen osallistuvalla ympäristön, jossa hän voi kokea kompetenssin tunnetta. Riittävän turvallisessa ryhmässä osallistujalla on mahdollisuus myös tarkastella, löytää tai vahvistaa omaa identiteettiään. Parhaimmillaan ryhmästä voi muodostua tila, jossa muutos (toipuminen) on mahdollista. Ryhmätoiminnassa osallistujilla on mahdollisuus myös käyttää omia taitojaan, jotka on useimmiten hankittu jo kotimaassa. Tavoitteen saavuttaminen ryhmässä näitä erilaisia taitoja käyttämällä tuo onnistumisen kokemuksia ja voi myös vahvistaa osallistujan eheyden kokemusta; kaikkea ei olla menetetty, monet taidot ovat edelleen tallella. Ruokaryhmää ohjaavilla toimintaterapeuteilla oli mahdollisuus kerätä arvokasta tietoa potilaiden toimintakyvystä, kuten esimerkiksi heidän sosiaalisista ja psyykkistä taidoistaan, prosessitaidoista ja motorisista taidoista. Ruoanvalmistus ja ateriointi ovat toimintakokonaisuutena sellainen, joka yleensä vertautuu jokaisen ihmisen päivittäiseen elämään, ja antaa siten käytännönläheistä arviointitietoa. Ruokaryhmässä tuli monen osallistujan kohdalla esille tietoa, joka auttoi luomaan käsitystä heidän kunkin toimintakyvyn osa-alueista ja tuen tarpeesta myös jatkossa kotikuntansa palveluiden piirissä. Ryhmässä saatua arviointitietoa pyrittiin jakamaan työryhmässä, jotta toimintakyvyn ja psyykkisen voimien suhdetta toisiinsa oli mahdollista tarkastella. Ryhmätoiminta kodin ulkopuolella mahdollistaa havainnoinnin monesta eri näkökulmasta, ja soveltuu siksi toimintakyvyn arvioinnin yhdeksi menetelmäksi oikein hyvin.

Lähteet:

Fysio- ja toimintaterapia mielenterveytyössä. Artikkeliteoksessa Castaneda, Anu ym. Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa: -Paloma käsikirja 2018.

Huottilainen, Minna. Artikkelissa (toim. Repo, Päivi) Aivot tarvitsevat käsitöitä. HS.fi/Kotimaa 25.5.2012. ja artikkelissa (toim. Rönqvist, Katariina) Aivosi kiittävät, kun neulot tai nikkaroit. TEK Verkkolehti 2.6.2020.

Perälä, Niina-Kaisa. Terapeuttista toimintaa ryhmässä. Pieni tietopaketti. Opinnäytetyössä Toimintaterapiaa päihdekuntoutuksessa -arjen hallintaa tukeva ryhmä. Turun Ammattikorkeakoulu 2014.

Verkostotyössä huomioitava monialaisuus sekä sovittava koordinoinnin vastuhenkilö Irina Virtanen, palveluohjaaja

Kun puhutaan kotouttavasta työstä, mielletään työ usein sellaiseksi, jota tekevät vain tietyt ammattilaiset, lähinnä kuntien pakolaisille suunnatuissa maahanmuuttajapalveluissa. Pakolaisten kotoutumista tukeviin palveluihin suhtaudutaan ikään kuin peruspalveluista erillisenä palveluna, siitä irrallisena toimintana. Kotouttava työ on kuitenkin kaikkien vastuulla. Tämän vuoksi kaikissa peruspalveluissa työskentelevien tulisi mieltää, että pakolaistaustaiset asiakkaat ja kotouttava työ kuuluvat kiinteästi myös heidän työnsä piiriin.

Kotoutumista edistävä lainsäädäntö ja poliittiset linjaukset painottavat monialaista ja tiivistä yhteistyötä eri hallinnonalojen välillä. Yhteistyön odotetaan toteutuvan niin valtakunnallisella kuin paikallisella tasolla. Palvelut eivät voi tuottaa toivottuja tuloksia ilman poikkihallinnollista, moniammatillista ja verkostomaista yhteistyötä, vahvaa ammattilaisten osaamista ja jatkuvaa kotoutujalähtöistä ohjausta ja neuvontaa.

Verkostotyötä kuvaavia käsitteitä on monia ja niitä käytetään eri yhteyksissä eri tavoin. Termiä moniammatillinen yhteistyö käytetään sekä organisaatioiden sisäisestä että eri organisaatioiden välisestä yhteistyöstä. Tällöin siitä puhutaan usein sektoreiden välisenä, poikki- tai monihallinnollisena yhteistyönä. Sektoreiden välinen moniammatillinen yhteistyö laajemmin ymmärrettynä kattaa viranomaisten lisäksi elinkeinoelämän ja järjestö- ja vapaaehtoistyön, jolloin voidaan käyttää termiä monitoimijainen yhteistyö. Palveluohjaus taas on koordinoivaa työtä, jonka tarkoitus on edistää eri organisaatioiden ja hallinnonalojen välistä yhteistoimintaa. Palveluohjaus käsitteenä tarkoittaa toisaalta sosiaalityössä asiakastyön menetelmää ja toisaalta palveluiden yhteensovittamista organisaatioiden tasolla.

Pakolaistaustaisille henkilöille suomalainen palvelujärjestelmä näyttäytyy usein varsin sekavana ja monimutkaisena. Tosiasiassa ammattilaiset itsekään eivät aina ole selvillä eri toimialojen tarjoamista palveluista ja mahdollisuuksista. Osa pakolaistaustaisista asiakkaista ei kotoutumisen alkuvuosina ole lainkaan selvillä siitä, millaiset ovat eri tahojen mahdollisuudet auttaa heitä heidän akuuteissa ongelmissaan.

Toisaalta taas varsin epäselvää voi olla myös se, millaisten palveluiden työntekijät ovat jo mukana heidän arjessaan. Palveluohjauksen avulla selvitetään asiakkaan elämäntilanne ja aiemmat kontaktit palvelujärjestelmään kokonaiskuvan muodostamiseksi. Ajatuksena on kartoittaa asiakkaan koko elämäntilanne ja hänen omat tavoitteensa tulevaisuuden suhteen. Tästä näkökulmasta eri palveluissa tulisi miettiä jo rakenteissa se, kuka koordinoi tarjottavia palveluita kokonaisvaltaisesti.

Palveluohjaus etenee kokonaisvaltaisesta tarvekartoituksesta koordinoinnin ja seurannan vaiheisiin. Työskentelyssä tähdätään laaditun suunnitelman käyttöönottoon ja toteuttamiseen. Palveluohjaus toimii tässä vaiheessa järjestelmän eri toimijoiden ja asiakkaan välillä, eli viranomaisen systeemimaailman ja asiakkaan kokemusmaailman välimaastossa. Kun asiakkaan elämäntilanteeseen nähden sopivat palvelut on löydetty, palveluohjauksen tarkoitus on saavutettu.

Työskentelyn keskiössä myös moniammatillisessa verkostotyössä tulee olla asiakas. Joskus tämä saattaa hämärtyä, jos työntekijät tarkastelevat asioita vain omasta perspektiivistään ja edustamansa organisaation toimintalogiikan kautta. Kokonaisvaltainen työote tarkoittaa sitä, että ihmistä palvellaan kokonaisuus huomioiden, jolloin joustavuus ja moniammatillisuus työotteessa korostuvat. Pakolaisten kanssa työskenneltäessä kokonaisvaltaisesti tarpeet huomioiva työote on välttämätöntä, koska heidän haasteensa ovat usein varsin monitahoiset.

Kun tarjotaan tietoa palvelusta, resursseista ja palvelulähtöisistä tavoitteista työskentelylle, on huolehdittava siitä, että tieto on asiakkaan ymmärtämällä kielellä ja muodossa, joka mahdollistaa tiedon juurtumisen yksilön aiempaan tietoon ja kokemukseen. Maahan vähän aikaa sitten saapuneella ei ole sitä hiljaista tietoa yhteiskunnan rakenteista ja toiminnasta, joka Suomessa syntyneelle ja kasvaneelle muodostuu vuosien myötä kuin itsestään. Työskentely edellyttää ammattilaisen poistumista ns. omalta toimintakentältään ja kykyä vastaanottaa asiakkaan tarpeet silloinkin, kun ne eivät välttämättä kohdistu juuri siihen, mikä on totuttu toimintamalli yksikössä tai itsellä. Usein tämä tarkoittaa myös jalkautumista ja asiantuntijuuden jakamista moniammatillisessa yhteistyössä, joko oman tiimin tai eri organisaatioiden välillä. Tärkeää on alati monikulttuuristuvassa Suomessa arvostaa moninaisuutta ja omata uskallusta tulla pois omalta mukavuusalueelta, sekä kehittää omaa osaamista. Tarkoituksen pohtimisen tulisi olla tärkeämpää kuin menettelytavat ja tapakeskeisyys.

Moniammatillisen työmuodon perimmäinen ajatus on jakaa tietoa ja yhdistää osaamista suhteessa asiakkaan etuun. Samalla on myös mahdollista tuottaa uutta tietoa ja osaamista, sekä luoda uusia työmahdollisuuksia. Moniammatillisessa yhteistyössä vastuu jakautuu ammattilaisten välillä. Tämä näkyy parhaimmillaan kuormituksen hajautumisena mm. päällekkäisen työn tekemisen purkautuessa. Hyvin toimiva, moniammatillinen verkostoyhteistyö tukee myös asiakkaan avun saamista, toimijuutta ja yksilön, sekä hänen lähipiirinsä hyvinvoinnin vahvistumista. Joskus palveluita on riittävästi, mutta jos yhteistyö eri toimijoiden välillä ei toimi tai sitä ei koordinoita, käy niin, että edes ammattilaiset eivät tiedä kenelle eri asioiden hoito tai tukipalvelut kuuluvat. Tällöin palveluohjauskaan ei voi toteutua optimaalisesti.

Joustavuus työotteessa ja yhteistyö eri tahojen kanssa pakolaistaustaisten kanssa työskenneltäessä vie pohdintaan yhdenvertaisuudesta ja kulttuurisesta kompetenssista. Kulttuurinen kompetenssi viittaa kaikista kulttuuritaustoista tulevien henkilöiden kunnioittamista sekä syrjimättömyyden ja yhdenvertaisuuden vaalimista kaikessa toiminnassa. Kulttuurinen kompetenssi ja kulttuurisensitiivisyys kuuluvat kaikkeen kohtaamiseen. Ne muodostuvat kulttuurisesta tiedostamisesta, mutta ennen kaikkea motivaatiosta peilata omia kulttuurisia juuria, tapoja, tottumuksia ja arvoja toisten vastaaviin. Taidosta kohdata ihminen siten, että kunnioitetaan ja arvostetaan niin sanallisesti kuin sanattomasti toisen oikeutta oman kulttuurinsa ilmaisuun ja vuoropuhelussa mahdollisuudesta toisen tulla kuulluksi ja hyväksytyksi. Aito pysähtyminen ihmisen tilanteen äärelle rutiininomaisen kuulemisen sijaan tuottaa usein paremman lopputuloksen ja luottamuksellinen asiakassuhde vahvistuu.

Asiakkaan osallisuutta omassa prosessissaan tukee mm. se, että auttaa häntä oman tilanteensa havainnoinnissa ja arvioinnissa ja niiden kautta syntyvissä ratkaisuissa. Kun ihmistä haastaa pohtimaan millaisena hän näkee tulevaisuutensa, mitkä ovat hänen vahvuuksiaan ja millaiset ovat realistiset mahdollisuudet toteuttaa hänelle tärkeät tavoitteet, tekee hän samalla ajatustyötä, jonka avulla hänen on mahdollista

ymmärtää myös laajempia kokonaisuuksia suhteessa uuteen kotimaahansa ja ympäröivään yhteiskuntaan.

Ammattilaisten tulisi haastaa itseään siinä, että ottaisivat rohkeasti yhteyttä kollegaansa yli organisaatio-rajoiden. Tällä voi olla tietoa, joka auttaa palvelemaan yhteistä asiakasta täsmennetymin. Lopulta kailta säästyy aikaa ja parhaassa tapauksessa asiakastytyväisyys kasvaa hyvinvoinnin ohella. Pakolaistaustaisten henkilöiden kanssa työskennellessä hyvä taustoituminen, aito kohtaaminen, palveluiden koordinointi ja verkostoyhteistyö maksavat itsensä ajassa ja työmäärässä takaisin pitkällä tähtäimellä.

Lähteet:

- Asikainen Eija, toim. (2020): Sivuääniä, Asiakkaiden, asiakastyötä tekevien ja verkostotoimijoiden näkemyksiä pakolaistaustaisten ohjauksesta, https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/178265/Raportteja_29_2020.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Sandsröm Sanna & co. (2018): Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kuvaamana, eBOOKI 44/2018 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/152021/ePooki%2044_2018.pdf?sequence=1
- Seikkula Jaakko & Arnkil Tom Erik (2009): Dialoginen verkostotyö, Esa Print oy. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79883/93ae45f6-b7c4-403f-9dff-643b813972bf.pdf?sequence=1>
- Verkostojohdamisen opas, valtioneuvoston kansilian julkaisu 2019:12, https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161513/VNK_12_19_Verkostojohdamisen_opas.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Helander Jaakko & Lilja Taru (2019); Meitä molempia tarvitaan, jotta asiakas saa palvelunsa Työnvälityspisteen arviointi ja kehittämistutkimus, HAMK. https://www.hamk.fi/wp-content/uploads/2019/11/monialaisen_ohjausosaamisen_arviointi_ja_tutkimusraportti.pdf
- Isola Anna-Maria & co. (2017): Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa, Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Helsinki, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ala-Kauhaluoma Mika & co. (2018): Monimenetelmäinen tutkimus kotouttamistoimenpiteiden toimivuudesta, Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2018, https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/julkaisut/Documents/trvj_1+2018.pdf

Yhteenveto ja huomiot

Sotatraumatisoituneiden kuntoutus- hanke oli ensimmäinen Diakonissalaitoksella toteutettava hanke, jossa keskityttiin valtakunnallisella tasolla pakolaistaustaisten potilaiden moniammatilliseen hoidon tarpeen arviointiin niin, että varsinainen hoidon ja kuntoutuksen toteutus tapahtuu potilaan omassa kotikunnassa. Moniammatillisen arviointiprosessin toteutus oli intensiivistä tiimityötä, jonka tarkoituksena oli paitsi selvittää potilaskohtaisesti jokaisen henkilön senhetkisen avun ja tuen tarve, myös yhteistyössä saattaen vaihtaa prosessi potilasta hoitavien tahojen pariin. Parhaimmillaan arviointijaksot päivittivät epäselviä tai katkenneita hoitopolkuja- ja suhteita selkeimmiksi ja tarpeenmukaisemmiksi. Kun yhdessä potilaan, hankkeen moniammatillisen työryhmän ja potilasta hoitavien tahojen kanssa pysähdyttiin pohtimaan tilannetta, löydettiin usein soveltuvia ratkaisuja tilanteeseen ja saatiin luotua toimiva hoitosuunnitelma potilaalle, hänen jatkoaan ajatellen. Hankkeen aikana havaittiin eri puolella Suomea olevan paljon toimivia käytäntöjä ja palveluita pakolaistaustaisille maahantulijoille, sekä kiinnostuneita ja motivoituneita ammattilaisia, jotka ovat valmiina kehittämään omaa työskentelyään. Hankkeen toimintakauden aikana moniammatillinen työryhmä teki myös havaintoja, joihin pakolaistaustaisten henkilöiden kanssa työskennellessä olisi syytä kiinnittää huomiota.

Työryhmän ajatuksia kehittämistarpeista pakolaisten hyvinvointia tukevissa palveluissa:

- Psykiatrisessa hoitotyössä olisi suositeltavaa perehtyä vahvemmin traumatisoitumisen vaikutuksiin ja ymmärtää trauman merkitys hoitosuhteiden luomisessa ja säilyttämisessä.
- Erilaisen hoidon ja palveluiden oikea-aikaisuuteen olisi kiinnitettävä enemmän huomiota ja muistaa käytettävien menetelmien monimuotoisuus.
- Fysioterapeuttisessa työssä riittävän tiedon kerääminen on tärkeää; erilaiset kiputilat eivät ole välttämättä psykosomaattisia, vaan taustalta saattaa löytyä väkivallasta ja kidutuksesta johtuvia vammoja, jotka eivät ole tulleet esitiedoissa esiin.
- Potilaiden toimintakyvyn arvioinnissa olennaista on tutustua heidän luonnolliseen toimintaympäristöönsä sekä yhdessä pohtia soveltuvia toiminnallisia menetelmiä kuntoutumisen tueksi.
- Verkostotyössä tulisi vahvemmin huomioida monialaisuus ja sovittava koordinoinnin vastuuhenkilö

Sotatraumatisoituneiden kuntoutus- hankkeessa kohdattiin paljon sekä juuri Suomeen saapuneita, että jo pidemmän aikaa maassa asuneita pakolaisia. Monelle potilaalle Suomi näyttäytyi turvallisena maana, jossa on kuitenkin vaikea saada apua, ellei tunne järjestelmää ja osaa kieltä. Hankkeen toiminnan aikana olennaisena teemana näyttäytyi kotoutumisen alussa saadun tuen ja avun merkitys. Se, että alkumetreillä vieraassa maassa on tullut nähdä ja kohdatuksi, on merkityksellistä. Ympäri maailmaa erilaisilta sota- ja kriisialueilta saapuu Suomeen monenlaisia ihmisiä, joiden uuteen maahan sopeutuminen etenee yksilöllisesti ja omassa prosessissaan. Huomioitavaa on kuitenkin, että niille, jotka tarvitsevat psykiatrista, sosiaalista, fysioterapeuttista tai muuta tukea tai hoitoa, on sellaista järjestettävä mahdollisimman nopeasti ja soveltuvien toimenpitein. Pakolaisten kotoutumisen alun tukeminen, tarpeenmukaisten palvelujen ja riittävän hoidon toteuttaminen on merkityksellistä työtä, myös seuraavia sukupolvia ajatellen. Näiden tarpeiden kartoituksessa on usein olennaista hyödyntää eri ammattialojen osaamista. Moniammatillisen työskentelyn etuna parhaimmillaan on se, että aikaa ja resursseja säästyy, kun työskennellään tiiminä ja potilaan kanssa yhdessä, verkostoitumista unohtamatta.

Rohkeasti ihmisarvon puolesta



Diakonissa-
laitos

Alppikatu 2, 00530 Helsinki · www.hdl.fi