

Intensiivisen perhehoitotyön hanke Seinäjoen keskussairaалassa

Henna Mustikkamäki

sairaanhoitaja AMK,
perhe- ja
paripsykoterapeutti

Etelä-Pohjanmaan
hyvinvointialue,
HYVAEP
lastenpsykiatrian
poliklinikka

henna.mustikkamaki@gmail.com,

henna.mustikkamaki@hyvaep.fi

Tiivistelmä

Artikkelissa esitellään intensiivisen perhehoitotyön hanketta, joka toteutui Seinäjoen keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikalla vuonna 2022. Intensiivisen perhehoitotyön hankkeen tavoitteena oli kehittää uudenlaista perhekeskeistä toimintamallia lastenpsykiatrian poliklinikalle. Toimintamallia lähdettiin suunnittelemaan moniammatillisella kehittäjäryhmällä keväällä 2021. Työskentelylle haettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin tutkimus- ja kehittämisrahoitusta, joka myönnettiin vuodelle 2022. Hanke mahdollisti työryhmän perustamisen ja pilotointivaiheen. Hankkeessa työskenneltiin suunnitellun toimintamallin mukaisesti. Työskentely mahdollisti perheen vuorovaikutuksen tutkimisen ja suhteiden tarkastelun. Lähtökohtana oli hoidollinen ja perheterapeuttinen työskentelyote. Työryhmässä työskenteli perhepsykoterapeutteja, jotka saivat mahdollisuuden tuoda perhe- ja paripsykoterapeuttista ääntä ja osaamista työskentelyyn. Hankkeen teoreettiseen taustaan integroidaan erilaisia teoreettisia näkökulmia, kuten kiintymyssuhdeteoria, käsitys mentalisaatiosta ja reflektiivisistä kyvyistä sekä dialoginen perheterapia.

Avainsanat: perhehoitotyö, dialogisuus, perheterapia, mentalisaatio, kiintymyssuhde, reflektiivinen kyky



Umpikuja (kuvat: Marjaana Araneva)¹

JOHDANTO

Seinäjoen keskussairaalan lastenpsykiatrian poliklinikan toiminta on painottunut pääosin tutkimukseen, arviointiin ja diagnostiikkaan. Tämän lisäksi on toteutettu hoidollista perheosaston työskentelyä 3–12-vuotiaiden lasten ja heidän perheiden kanssa. Vuodesta 2007 lähtien lastenpsykiatrian poliklinikan rinnalla on toiminut pikkulapsipsykiatrian työryhmä, jossa on hoidettu alle 3-vuotiaiden lasten ja heidän perheiden välistä tunnevuorovaikutusta. Perheosaston toiminta on jouduttu keskeyttämään poliklinikan rakennemuutosten takia vuonna 2017.

Ajatus perheiden kanssa työskentelystä on kuitenkin säilynyt tärkeänä työntekijöiden mielessä. Yhteiskunnalliset ja organisaatioon liittyvät muutokset ovat kuitenkin

¹ Tiedot kuvaajasta ja kuvissa esiintyvistä henkilöistä ovat artikkelin lopussa.

vaikuttaneet siihen, että aiemmin toimivaa perheosastomallia koettiin tarpeelliseksi muokata paremmin perheiden toiveita ja tarpeita vastaavaksi tutkitun ja näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Esimerkiksi perheiden sitoutuminen pitkään hoidolliseen jaksoon nykyisten työelämän vaatimusten takia on ollut haasteellista.

Tästä tarpeesta syntyi idea kehittää näyttöön ja tutkittuun tietoon pohjautuvaa intensiivistä perhehoitotyön toimintamallia toteutettavaksi moniammatillisella työryhmällä. Toimintamallin kehittämiseksi tehtiin TUKE-hanke-esitys (tutkimus- ja kehittämishanke), joka hyväksyttiin vuodelle 2022. Hanketta varten perustettiin työryhmä, joka tulisi tekemään kliinistä työtä perheiden kanssa ja työskentelemään suunnitellun toimintamallin mukaisesti. Työryhmä koostui neljästä perhepsykoterapeutista, jotka työskentelisivät pareittain. Keväällä 2021 alkaneesta ideasta syntynyt toimintamalli tulisi alkamaan vuoden 2022 alussa juuri valmistuneen M-talon lastenpsykiatrian poliklinikan tiloissa.

Hanke mahdollisti työnohjauksen uuden toimintamallin kehittämiseen ja dialogisen työotteen opetteluun. Työnohjaus vahvisti myös vielä keskeneräisiä ajatuksia ja antoi toivoa vaikeina hetkinä. Työnohjaajana toimi sosiaalityöntekijä, perheterapeutti, lastenpsykoterapeutti Pekka Holm. Hankkeen työnohjauksen lisäksi saatiin kliiniseen työhön ja mentalisaatioon liittyvää mentorointia pikkulapsipsykiatrian poliklinikan muilta työntekijöiltä.

TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Intensiivisen perhehoitotyön malliin integroitiin erilaisia teoreettisia viitekehyksiä ja näkökulmia: Se perustuu mentalisaatioteoriaan, johon nivoutuvat kiintymyssuhdeteoria, vanhemmuuden reflektiivinen kyky ja dialogisuus. Teoreettista viitekehystä voisi kuvata sateenvarjona. Mentalisaatio on sateenvarjo, jonka sakaroihin kiinnittyvät muun muassa kiintymyssuhde ja reflektiivinen kyky. Dialogisuus on sateenvarjon runko. Se kuvaa sitä, kuinka dialogisessa suhteessa perheen kanssa voi syntyä uudenlaista yhteistä ymmärrystä. Dialogisuus on perusta yhteistoiminnalle perheiden kanssa. Työskentelyssä käytettävät menetelmät pohjautuvat edellä mainittuun teoreettiseen viitekehykseen.

Toimintamallin runkona dialogisuus

Dialogi on kahden tai useamman ihmisen välistä vuoropuhelua, jonka tavoitteena on saavuttaa uudenlaista ymmärrystä omasta ja toisen ajattelusta ja toiminnasta. Dialogisessa suhteessa syntyy aito kohtaaminen, kun puhuja kertoo toiselle omista tunteistaan ja kokemuksistaan (Seikkula & Arnkil 2005). Kertoessaan hän tulee uudella tavalla tietoiseksi omista tunteistaan ja ajatuksistaan ja muokkaa niitä. Toisen vastatessa puhuttuun uusi

ymmärrys mahdollistuu, mikä voi olla parantava kokemus. Terapeuttisessa suhteessa dialogisuus ei ole ammatillinen temppu, vaan tapa olla suhteessa aidosti läsnä ja kuulla toista.

Dialogi tarvitsee pohjaksi luottamusta (Alhanen 2016). Osapuolten välinen arvostus ja luottamus mahdollistavat ilmapiirin, jossa voi päästä käsittelemään todellisia kokemuksia, jotka vaikuttavat asioille annetuissa merkityksissä. Seikkulan ja Arnkilin (2005) mukaan dialogissa tunnelma voi olla usein hyvin intensiivinen. Siinä on mukana liikutusta, joka syntyy mahdollisuudesta puhua omista huolistaan ja niiden huojentumisen perspektiivistä – ehkä ensimmäistä kertaa mahdollisuudesta tulla kuulluksi. Seikkula ja Arnkil (2014) korostavat tämänhetkisyyden tärkeyttä, on tärkeä keskittyä läsnä olemisen hetkeen.

Seikkulan ja Arnkilin (2005) mukaan kuunteleminen on terapeutille ensisijainen tapa päästä sisälle asiakkaan ajatuksiin. Terapeutin ymmärrys kuulemastaan tulee ilmi vasta hänen vastauksessaan, minkä seurauksena vastauksesta tulee olennaisin osa keskustelua. Haarakangas (2014) toteaa keskustelun olevan dialogista, kun terapeutti kytkee lausumansa asiakkaan edelliseen ilmaisuun. Tämä voi tapahtua esimerkiksi toistamalla asiakkaan käyttämiä sanoja tai käyttämällä samantapaista kieltä. Kun henkilön ääni pääsee kuuluviin dialogissa ja saa vastauksen, kuulluksi tuleminen kokemus mahdollistuu. Ihmisen kokiessa tullessa kuulluksi ja ymmärretyksi hän kykenee myös kuuntelemaan muita paremmin ja eläytymään heidän kertomaansa.

Seikkulan ja Arnkil (2014) tuovat esille dialogin muodostumisessa on äänien polyfoniaa eli moniäänisyyttä. Polyfonisuus ilmenee dialogisessa keskustelussa siinä, että kaikki läsnä olevat äänet osallistuvat merkitysten rakentamiseen. Osa äänistä ilmaistaan verbaalisesti, mutta osa elää kehollisesti, sosiaalisen ja fyysisen kontekstin ominaisuuksissa ja sisäisenä kokemuksena. Haarakankaan (2008) mukaan terapeutin tehtävänä on saada jokaisen osallistujan äänet kuuluviin antamalla tilaa kaikkien ilmaisuille ja osoittamalla ne samanarvoisiksi. Näin on mahdollista saavuttaa moniäänistä, joka on dialogisen keskustelun tavoite.

Mentalisaatio

Kalland (2017) määrittelee vanhemman mentalisaatiokyvyn kyvyksi pohtia lapsen kokemuksia, tarpeita, ajatuksia ja tunteita sekä sitä, miten ne ovat yhteydessä omiin kokemuksiin. Kyky alkaa kehittyä jo raskausaikana, kun vanhemmalle herää mielikuva lapsesta. Vanhemmuuden kehittymisen kannalta on keskeistä tavoittaa se, että lapsi on erillinen itsestä, mutta kuitenkin yhteydessä itseän. Lapsi on ainutkertainen yksilö ainutkertaisine kokemuksineen, mutta samalla hänen kokemuksensa ovat yhteydessä häntä hoivaavan vanhemman kokemuksiin.

Kallandin (2014) mukaan erilaiset mielenterveydenhäiriöt kuten persoonallisuushäiriöt voivat olla yhteydessä puutteelliseen mentalisaatiokykyyn. Kyky ei myöskään ole muuttumaton, vaan se voi vaihdella. Esimerkiksi mielen ylikuormittuminen voi johtaa mentalisaation sekä hetkelliseen että pitkäaikaiseen heikentymiseen. Väsymys, stressi ja kiihtyneet mielentilat voivat olla tekijöitä, jotka vaikuttavat kielteisesti mentalisaatiokykyyn.

Pajulo ym. (2015) tuovat artikkelissaan esille, että vanhemman heikko mentalisaatiokyky voi näkyä huomion kiinnittämisenä pelkäämisen lapsen ulospäin näkyvään käyttäytymiseen. Vanhemman omassa mielessä syntyvät tulkinnat voivat johtaa väärinymmärryksiin lapsen aikomuksista ja todellisista fyysisistä tarpeista. Kallandin (2014) mukaan vanhempi voi tulkita lapsen käytöksen negatiiviseksi ja/tai ”humpsauttaa” lapsen kokemukseen, mikä näkyy esimerkiksi niin, että vanhempi suuttuu lapsen suuttuessa. Suuttunut vanhempi ei kykene auttamaan lasta tunnesäätelyssä eikä tarjoamaan lapselle helpotusta.

Pajulon ym. (2015) mukaan vanhemman mentalisaation vahvistamisen onkin todettu olevan tehokas tapa muuttaa vanhemman vuorovaikutustapaa. Työskentelyssä tavoitteena on saada vanhempi itse pohtimaan omaa kokemustaan, omia toimintatapojaan ja niiden vaikutusta lapseen sekä lapsen näkökulmaa yhdessä koettuun tilanteeseen. Keskeistä on myös pohtia yhdessä vanhemman kanssa, miten lapsen ikä ja kehitysvaihe vaikuttavat hänen tapaansa kokea asioita ja kykyynsä ilmaista kokemusta ja tunnetta. Työskentelyn tavoitteena on mentalisaation kannalta merkittävien tilanteiden huomaaminen ja niihin yhdessä puuttuminen. Kuvatallennetut vuorovaikutushetket voivat olla apuna työskentelyssä.

Lapsi oppii mentalisoimaan varhaisessa vuorovaikutuksessa hoivaajan kanssa (Haarala 2019). Lapsen turvallinen kiintymyssuhde vanhempaan toimii tärkeimpänä perustana lapsen mentalisaatiokyvyn kehittymiselle, ja vanhemman korkean mentalisaatio-kyvyn on todettu vaikuttavan turvallisen kiintymyssuhteen muodostumiseen lapsen ja vanhemman välillä. Mentalisaatiokykyä voi oppia myös myöhemmissä ihmissuhteissa.

Mentalisaatioon liittyvät interventiot

Kuikka (2020) on opinnäytetyössään perehtynyt yhteentoista kansainväliseen tutkimukseen, joissa tutkittiin mentalisaatioon kohdistuvia interventioita kiintymyssuhteen näkökulmasta. Interventiot sisälsivät mentalisaatioon pohjautuvaa teoriaa, psykoedukaatiota ja haastattelun muodossa annettavaa ohjausta. Kuikan mukaan mentalisaatiokykyyn liittyvät interventiot ovat hyödyllisiä ja vahvistivat kiintymyssuhteessa tapahtuvaa mentalisaatiota. Perheen elämänlaatu parani usealla tavalla: Vanhemman stressi väheni mentalisaatiokyvyn vahvistumisen vuoksi ja vaikutti myönteisesti perheen vuorovaikutukseen.

Vanhemmuuden vahvistuminen näkyi vanhempien parantuneena kykynä heijastaa lapselle tunteita, mikä välittyi lapselle vanhemman turvallisuuden ja empatiakyvyn lisääntymisenä (Kuikka 2020). Vanhemman mentalisaatio- kyvyn vahvistuminen lisäsi lapsen tunne-elämän myönteistä kehitystä ja vanhemmat toivat esille ajattelevansa myönteisemmin lapsestaan. Myös lasten käytösongelmat vähentyivät, kun vanhemmat ymmärsivät lapsen käytöksen ja tunteiden erillisyyttä paremmin. Vanhempien sensitiivisyyden todettiin lisääntyneen ja vanhempi pystyi paremmin miettimään lapsen käytöksen takana olevia syitä. Myönteistä kehitystä ilmensi myös se, että vanhemmat rankaisivat lapsiaan vähemmän.

Kiintymyssuhde

Kiintymyssuhdeteoria on John Bowlbyn (1979) luoma teoria, joka korostaa lapsen ja hoivaajan välistä varhaista vuorovaikutussuhdetta ja pyrkii kuvaamaan sen vaikutusta myöhempään kehitykseen (ks. myös Sinkkonen 2018). Kiintymyssuhteet voidaan luokitella turvallisiksi ja turvattomiksi kiintymysmalleiksi. Turvaton kiintymyssuhdemalli voidaan jakaa välttelevään ja ristiriitaiseen. Näiden lisäksi on kategorisoitu organisoitumaton kiintymyssuhdemalli.

Kalland ja Salo (2020) määrittelevät kiintymyssuhteen tarkoittavan ensimmäisen ikävuoden aikana muodostuvaa sisäistä vuorovaikutusmallia. Sen avulla lapsi oppii strategiat, joilla voi ilmaista hoivan tarpeitaan sekä käyttää vanhempaa opasteena maailmaan orientoitumisessa.

Ollikaisen (2017) mukaan lapsen ja vanhemman välisessä kiintymyssuhteessa lapsen on mahdollista oppia tunteiden säätelytaitoja, kun hoivaaja auttaa lastaan pysymään sopivassa vireystilassa, on vastaanottavainen lapsensa tarpeille ja hoivaa häntä. Lapsen aivot saavat kussakin kehitysvaiheessa vastakaikua, mikä edistää aivojen kehitystä. Turvallinen kiintymyssuhde syntyy siten, että lapsen tunteet otetaan vastaan ja niihin reagoidaan riittävästi ja oikea-aikaisesti. Turvallisessa kiintymyssuhteessa lapsen tunteiden säätelyjärjestelmän rakenteet kehittyvät, riippuvuus ulkoisesta säätelystä kehittyy vähitellen sisäiseksi säätelykyvyksi. Lapsen ja hoitajan välisessä kiintymyssuhteessa aktivoituvat myös peilisolut, jotka edesauttavat merkisyhteyksien rakentumiseen sisäisen ja ulkoisen informaation välillä ja vaikuttavat lapsen oman mentalisaation kehittymiseen.

Sinkkosen & Kallandin (2016) mukaan kiintymyssuhdemalleilla on tietty pysyvyys- taipumus lapsuudesta aikuisuuteen ja ne voivat myös siirtyä sukupolvelta toiselle. Aluksi on ajateltu, että lapsuudessa omaksuttu malli pysyy sellaisenaan aikuisuuteen saakka. Tämän jatkuvuuden tutkimiseen kehitettiin aikuisille tarkoitettu kiintymyssuhde- haastattelu (AAI). Se on haastattelu, jossa haastateltavalta joutuu kokemaan aluksi lievää, myöhemmin mahdollisesti voimakkaampaan ahdistusta kysymysten muuttuessa henkilökohtaisemmaksi. Haastattelu muistuttaa vierastilannemenetelmää.

Äidin AAI-haastattelussa saaman luokituksen ja hänen vuoden ikäisen lapsensa vierastilannemenetelmällä arvioidun kiintymyssuhteen välillä on noin 75% vastaavuus (Sinkkonen & Kalland 2016). Näiden kahden menetelmän vertaamisessa on huomioitava, että AAI-haastattelussa on kyse vanhemman mielensisäisistä representaatioista ja siitä, miten hän on kehityksensä kuluessa muovannut omaa tarinaansa. Vierastilannemenetelmä puolestaan perustuu suoriin havaintoihin vanhemman ja lapsen välisestä vuorovaikutuksesta. Korkein korrelaatio on äidin turvallisen AAI-luokituksen ja lapsen turvallisen kiintymyssuhteen välillä ja puolestaan heikoin ristiriitaisten mallien kohdalla, minkä vuoksi voi todeta turvallisen kiintymyssuhteen siirtyvän luotettavammin sukupolvelta seuraavalle.

Kauppi & Takalo (2014) toteavat, että kiintymyssuhdemallit voivat aktivoitua erityisesti vaara- ja stressitilanteissa ja tärkeissä elämän siirtymävaiheissa, kuten oman vanhemmuuden alkaessa. Kyse ei kuitenkaan ole peruuttamattomasta seikasta tai tekijästä, johon ei voisi vaikuttaa. Kiinnittämällä huomiota omaan ja lapsen väliseen vuorovaikutustapaan vanhemmat voivat vaikuttaa omaan kiintymyssuhdemalliinsa myönteisellä tavalla.

Reflektiokyky

Haaralan (2019) mukaan mentalisaatio on kyky tavoittaa lapsen mielen tiloja. Puolestaan reflektiivisyys on arkisissa lastenhoitotilanteissa tapahtuvaa käytännön toimintaa. Se on aikuisen kyky heijastaa tavoittamiaan lapsen mielentiloja takaisin lapselle. Se ilmenee siinä, miten vanhempi on läsnä lapselle, koskettaa häntä, katsoo lasta ja millaisia eleitä vanhemmalla on. Vanhemman reflektiivisellä kyvyllä on merkittävä vaikutus lapsen kehitykseen. Mentalisaation ja reflektiivisen kyvyn tärkeimpänä erona voidaan pitää sen yhteyttä käytäntöön; mentalisoiva vanhempi ei välttämättä yhdistä pohdintojaan omasta ja lapsen mielestä käyttäytymiseen eikä mentalisaatio välttämättä muokkaannu vanhemman reflektiiviseksi toiminnaksi. Reflektiivinen kyky on käyttäytymistä, joka pohjautuu mentalisaatioon. Mentalisaatio on kyky, jota reflektiivinen kyky ilmentää.

Kallandin (2017) mukaan reflektiokykyyn vaikuttavat lapsuuden suhdekokemukset ja myöhemmät tunnesuhdekokemukset, jotka voivat vahvistaa tai heikentää kykyä. Myös muut muuttuvat olosuhteet, kuten väsymys, stressi ja kielteiset mielentilat voivat vaikuttaa reflektiokykyyn. Vaikuttava tekijä on myös se, kenen kanssa olemme vuorovaikutuksessa ja millainen suhde meillä on häneen. Reflektiivisyys voi olla vaikeaa läheisissä ihmissuhteissa, koska niissä näyttäytyvät meille kaikista henkilökohtaisimmat kokemukset ja kiintymyssuhdemallien vaikutukset. Juuri läheisissä ihmissuhteissa on mahdollista reflektiivistä kykyä parhaiten kehittää. Vanhemmuudessa reflektiivisen kyvyn puute voi johtaa lapsen käyttäytymisen väärintulkintaan tai siihen, että vanhempi keskittyy ainoastaan lapsen käyttäytymiseen, mikä voi johtaa negatiiviseen kierteeseen ja lapsen

kokemuksen vähättelyyn. Lapsi jää silloin kokemuksensa kanssa yksin eikä voi jakaa sitä vanhemman kanssa.

Refleктоiva vanhempi puolestaan toimii lapselleen tunteiden peilinä ja kykenee jakamaan tunnekokemuksen lapsensa kanssa. Vanhempi pystyy pitämään lapsen mielen mielessään ja ymmärtää tarkastella tilannetta lapsen näkökulmasta, mutta pystyy pitämään oman mielen erillisenä. Tällöin lapsi saa tärkeän kokemuksen siitä, että hänen tunnekokemuksensa on ollut arvokas ja jaettavissa, kun vanhempi kohtaa hänet ja kuulee häntä.



Epäröintiä

INTENSIIVISEN PERHEHOITOTYÖN HOITOMALLIN KÄYNNISTÄMINEN JA TAVOITE

Hankkeen taustasuunnittelu

Intensiivisen perhehoitotyön hankkeen tavoitteena oli kehittää uudenlaista perhekeskeistä toimintamallia lastenpsykiatrian poliklinikalle. Työskentely oli osa poliklinikan toimintaa ja sitä tarjottiin poliklinikan asiakasperheille. Toimintamallin suunnittelu alkoi keväällä

2021 moniammatillisella kehittäjäryhmällä, joka oli muodostettu lastenpsykiatrian poliklinikan työntekijöistä. Suunnitteluvaiheessa kartoitimme eri puolilla Suomea lastenpsykiatrian poliklinikoilla ja yksiköissä toteutettavaa perhehoitoa lähettämällä sähköpostitse kyselyn Suomen yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloiden osastonhoitajille. Kartoituksen aikana tuli esille, ettei suunnitelmaamme vastaavaa toimintamallia ole muualla käytössä.

Lastenpsykiatrian yksiköissä eri puolilla Suomea kiinnostuttiin suunnittelemastamme intensiivisestä toimintamallista. Teimme alusta lähtien aktiivista yhteistyötä Tampereen yliopistosairaalan erityisvastuualueen (erva-alueen) yksiköiden ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kanssa. Yhteisissä Teams-tapaamisissa ja vierailujen aikana syntyi uusia ideoita toimintamallin kehittämiseksi. Koimme, että meillä oli mahdollisuus suunnitella jotain erilaista ja uutta.

Työskentelyä perheiden kanssa lähti toteuttamaan neljä perhepsykoterapeuttia lastenpsykiatrian poliklinikalta. Lisäksi työskentelyssä mukana oli lastenpsykiatrian poliklinikan ylilääkäri ja tarvittaessa saatiin konsultoida poliklinikan sosiaalityöntekijää ja lastenpsykiatrian osaston psykologia. Hanke mahdollisti perheiden kanssa työskentelyn suunnitellun hoitomallin mukaisesti. Jakson suunnittelu lähti perheiden tarpeista ja tehtyä suunnitelmaa oli lupa tarkistaa ja muuttaa työskentelyn aikana.

Työskentelyn tavoite

Työskentelymme tavoitteeksi asetimme perheenjäsenten välisen tunnevuorovaikutuksen, perhesuhteiden, vanhemmuuden sekä vanhempien mentalisaation ja reflektiokyvyn vahvistamisen. Olimme kiinnostuneita siitä, mitä tapahtuu vanhemman ja lapsen välisessä suhteessa ja miten voisimme sitä suhdetta vahvistaa. Tavoitteemme oli lisätä heidän välilleen uudenlaista ymmärrystä toisiaan kohtaan ja jaettua iloa. Vanhempien osallistuessa aktiivisesti lastensa hoitoon olisi mahdollista vahvistaa vanhemman mentalisaatiokykyä ja näin saada aikaan pysyviä muutoksia vanhemmuudessa, perhesuhteissa ja tunnevuorovaikutuksessa.

Työskentelyssä tulisi korostumaan perheterapeuttinen työskentelytapa. Aiemmin lastenpsykiatrian poliklinikalla tehtiin lähinnä perheitten ja lasten tutkimuksia ja hoidollinen työskentely jäi vähemmälle. Intensiivisessä työskentelyssä oli mahdollista keskittyä perheeseen ja tarkastella yhdessä perheenjäsenten välisiä suhteita ja vuorovaikutusta. Koko perheen osallistuessa prosessiin olisi mahdollista saada kaikkien perheenjäsenten äänet paremmin kuuluviin.



Pystymmekö?

Työskentelyn kohderyhmä

Katsoimme, että työskentely sopi lapsille ja perheille, joilla on tarve poliklinikka-työskentelyä tiiviimpään työskentelyyn lapsen käyttäytymisen, oireilun, vanhemmuuden haasteiden ja perheensisäisten vuorovaikutusongelmien takia. Se sopi myös perheille, joiden lapset ovat leikki-ikäisiä tai pieniä koululaisia. Pidimme tärkeänä, että vanhemmilla oli halu kartoittaa omia voimavaroja sitoutua hoidolliseen työskentelyyn.

Katsoimme, että työskentely ei sovi lapsille, joiden oma tilanne edellyttää ensisijaisesti lastenpsykiatrista osastohoitoa tai lastensuojelun kiireellistä arviota. Pidimme työskentelyn esteenä myös perheessä olevaa akuuttia kriisitilannetta tai vanhempien psyykkisessä tai somaattisessa voinnissa olevaa vaihetta, joka esti sitoutumisen jaksoon ja työskentelyyn.

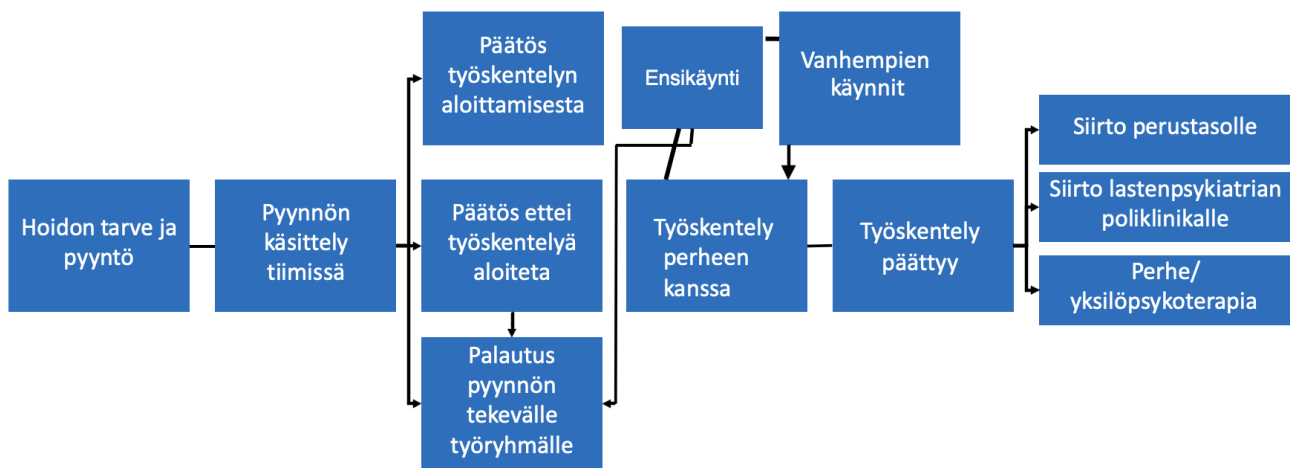
Työskentelyyn ohjautuminen

Ylilääkäri arvioi ja ohjasi lastenpsykiatrian poliklinikalla tulleista läheteistä intensiiviseen työskentelyyn sopivat perheet. Perheet ohjautuivat työskentelyyn myös pikkulapsi-psykiatrisen, lastenpsykiatrisen polikliinisen jakson tai lastenpsykiatrisen osastojakson jälkeen.

Työskentelyyn ohjautuminen tapahtui käytännössä seuraavasti: Poliklinikan työryhmissä tai osastolla heräsi ajatus, että hoidon aloittava tai hoidossa oleva perhe hyötyisi intensiivisestä perhehoitotyöstä. Lapsen hoitava lääkäri teki pyynnön intensiivisen perhehoitotyön työryhmään, jossa lähete käsiteltiin ja tehtiin päätös siitä, aloitetaanko työskentely perheen kanssa vai ei (liite 1). Työskentelyn alkaessa päätettiin perheen kanssa työskentelevä työpari.

Työskentely alkoi myös suoraan perusterveydenhuollosta tulleen lähetteen perusteella, jolloin ylilääkäri välitti tiedon työryhmään.

Kaavio 1.



Lähetekäsittelyn jälkeen työskentely alkoi yhteydenotolla perheeseen, jolle kerrottiin saapuneesta lähetteestä, tulevasta työskentelystä ja annettiin tieto ensikäynnin ajankohdasta. Ensikäynnille kutsuttiin lapsi ja vanhemmat. Työryhmästä olivat mukana lääkäri ja perheen kanssa työskentelyn aloittavat työntekijät. Perheen muut lapset otettiin työskentelyyn mukaan vanhempien käyntien jälkeen. Jos perhe siirtyi intensiiviseen työskentelyyn lapsen polikliinisen tutkimusjakson tai osastojakson jälkeen ja perheen asioista oli juuri pidetty hoitoneuvottelu, voitiin työskentely aloittaa perheen kanssa ilman ensikäyntiä.

Ensikäynnillä tehtiin yhdessä perheen kanssa suunnitelma tulevasta työskentelystä ja sovittiin käynnit. Ensikäynnin jälkeen oli vanhempien käynnit (1–2 käyntiä), joissa tutustuttiin tarkemmin vanhempiin, esimerkiksi heidän saamaansa vanhemmuuteen, kiintymyssuhdekokemuksiin ja perehdyttiin vanhempien elämäntilanteeseen, somaattiseen ja psyykkiseen vointiin sekä voimavaroihin. Lisäksi kartoitettiin perheen stressi- ja haavoittuvuustekijöitä sekä selvitettiin vanhempien reflektio- ja mentalisaatiokykyä. Ensikäynnillä selvitettiin myös perheen motivaatiota työskentelyä kohtaan sekä mietittiin yhdessä tulevaa työskentelyä ja tavoitteita. Vanhempien käynneillä

voitiin soveltaen käyttää kliinisenä versiona vanhempien kiintymyssuhdehaastattelua (AAI, ks. Sinkkonen 2018).



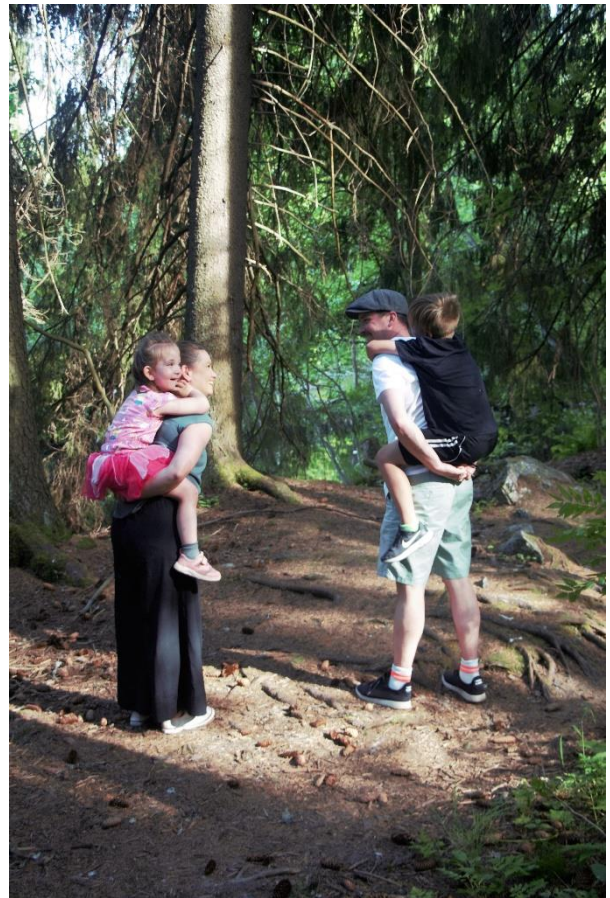
Yhteinen suunta

Työskentely perheiden kanssa

Vanhempien käyntien jälkeen aloitettiin työskentely perheiden kanssa, mikä toteutui pääasiassa M-talon lastenpsykiatrian poliklinikan perhehuoneissa. Työskentely oli joko lyhyempi polikliininen käynti (1,5–2 h) tai pidempi perhepäivä (4 h), jossa ruokailtiin yhdessä. Perhepäivän aikana perheellä oli myös mahdollisuus lepoetkeen perhehuoneessa, jossa on erillinen nukkumahuone. M-talon muut tilat olivat myös hyödynnettävissä työskentelyssä. Käytössä olivat esimerkiksi aistihuone, terapiapiha ja ulkona sijaitseva sairaalan leikkipuisto. Aistihuoneessa voidaan hyödyntää virtuaalitekniologiaa ja digitaalisia menetelmiä, jonka avulla voidaan aktivoida aisteja ja harjoitella niiden säätelyä. Lapsi ja vanhemmat voivat esimerkiksi harjoitella työntekijän ohjaamana videoiden ja muiden tehtävien sekä laitteiden välityksellä rentoutumistaitoja sekä ahdistuksen ja pelon hallintaa. Terapiapiha sijaitsee M-talon 2. kerroksessa ja se on avoinna kaikille M-talon asiakkaille työntekijöiden ohjauksessa. Terapiapihassa on erilaisia aktiviteetteja: minigolf, kiipeilyseinä, biljardi, I-Wall ja aistiseinä.

Perheelle oli varattu yhteensä 3–8 käyntiä. Perhepäivä voitiin tarvittaessa toteuttaa perheen kotona.

Työskentely oli luonteeltaan tiivistä, yleensä viikoittaista. Tarvittaessa perheelle voitiin antaa käyntien välisiä kotitehtäviä tai sopia yhteydenotto puhelimitse tai etäyhteydellä. Tarkoitus oli, että työskentely muodostaisi yhteäisen prosessin. Perhepäiviin voitiin yhdistää tarvittaessa lääkärin, psykologin tai toimintaterapeutin arviointikäynnit sekä sosiaalityöntekijän konsultaatio. Työskentelyyn voitiin ottaa loppuvaiheessa mukaan perustasolta esimerkiksi perhetyöntekijä tai vanhemman hoidossa mukana oleva työntekijä.



Yhdessä

Työskentelyssä yhdistyivät arvioiva ja hoidollinen työskentely, joka koski koko perhettä, lapsia ja aikuisia. Työskentelyyn voitiin kutsua mukaan vanhemman oma työntekijä aikuispsykiatrian yksiköstä ja suunnitella perheen hoitoa yhdessä. Tarvittaessa vanhempaa voitiin ohjata oman psyykkisen voinnin tarkempaan arvioon ja hoitokontaktin aloittamiseen.

Hoidollisessa työskentelyssä voitiin käyttää soveltaen esimerkiksi Lapset puheeksi -menetelmää (Solantaus ym. 2009) ja Family Talk -perheinterventiota (Beardslee ym. 2003), Theraplay-leikkejä (Jernberg & Booth 2003), psykoedukaatiota eri aiheista, Hoivattavaa vanhemmuutta -kirjan tehtäviä (Ruismäki ym. 2016), Cool Kids-menetelmää (Rapee ym. 2019), TF-KKT-menetelmää (Cohen ym. 2020) sekä sukupuumenetelmää (Ijäs 2012). Vanhemman mentalisaatiokykyä voitiin arvioida osana kliinistä työskentelyä perhekäynneillä, joilla havainnoitiin, miten vanhempi oli vuorovaikutuksessa, kommunikoi ja reagoi lapseensa. Vuorovaikutustilanteita voitiin myös pysäyttää ja pohtia yhdessä, mitä perheenjäsenten välillä tapahtui.

Yhteistyö perheen lähiverkoston ja ammattilaisten kanssa oli osa työskentelyä. Pidimme tärkeänä, että taho, jossa huoli lapsesta/perheestä oli herännyt, tulisi mukaan

työskentelemään perheen kanssa. Tällöin voisi syntyä sellaista ymmärrystä, joka tukisi lasta ja perhesysteemiä. Tavoite oli yhdessä auttaa perheitä. Perhetyöntekijä voisi olla esimerkiksi perhekäynneillä mukana.

Perheen kanssa työskentely ensikäynnistä loppuhoitoneuvotteluun kesti 2–4 kuukautta. Työskentely päättyi loppuhoitoneuvotteluun, jossa tehtiin yhdessä jatkosuunnitelma. Perheen hoito siirtyi perustasolle tai jatkui lastenpsykiatrian poliklinikalla perhepsykoterapiana tai lapsen omana psykoterapiana. Lastenpsykiatrian poliklinikalla lasten ja nuorten psykoterapiapoliklinikka koordinoi yksilö-, perhe- tai paripsykoterapeuttisia prosesseja.

Työskentelyn vaikuttavuutta ja laadukkuutta arvioitiin käyttämällä perheterapiassa yleisesti käytettyjä Scott D. Millerin (2000) ORS-muutosarviointilomaketta (Outcome Rating Scale) ja terapiaistunnon arviolomaketta SRS (Session Rating Scale). ORS-muutosarviolomakkeella mitattiin asiakkaan kokemusta hänen omasta hyvinvoinnistaan jokaisen käynnin alussa, jolloin saatiin tietoa hänen voinnistaan käyntien välillä. Terapiaistunnon yhteistyösuhdetta mitattiin SRS-arviolomakkeella, jonka perheenjäsenet täyttivät käynnin lopussa. Lapset käyttivät CSRS (Child Session Rating Scale) -muutosarvioasteikkoa. Perhekäynnin päättyessä pyysimme vanhempia täyttämään SRS-muutosarviolomakkeen ja lasten CSRS-muutosarviolomakkeen. Perhekäynnin alkaessa vanhemmat täyttivät ORS-muutosarviolomakkeen ja lapset YCORS-muutosarviolomakkeen (Young Child Outcome Rating Scale).

Työskentelymme perusta oli dialogisuus ja pyrimme toimimaan dialogisesti alusta lähtien: Kartoitimme perheen tilanteen yhdessä perheen kanssa ja jokaisen käynnin alkaessa kysymme, mistä perhe halusi tänään keskustella ja aloitimme heille tärkeästä aiheesta. Perhepäivä mahdollisti kiireettömyyden ja mahdollisuuden asettaa yhteiseen työskentelyyn, jolloin dialogisuuden periaate tässä ja nyt toteutui. Halusimme vahvistaa vanhempien asiantuntijuutta ja sitä, että he saivat olla yhteistyössä miettimässä ja vaikuttamassa lapsensa sekä perheensä hoitoon. Vanhemmat olivat meille tärkeitä ”työkavereita”, koska he tunsivat lapsensa parhaiten, Lapset toivat käynneille elävyyttä ja haastoivat työntekijöitä leikkisyyteen sekä aitouteen. Perhepäivään oli mahdollista osallistua myös muita perheelle tärkeitä ihmisiä heidän verkostostaan, mikä toi moniäänisyyttä työskentelyymme.

HANKKEEN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS JA ARVIOINTI

Hanke toteutettiin vuonna 2022. Sen aikana työskenneltiin viidentoista perheen kanssa. Perheet ohjautuivat intensiivisen perhehoitotyön työskentelyyn lastenpsykiatrian

poliklinikan työryhmistä, pikkulapsipsykiatrian poliklinikalta, lastenpsykiatrian osastolta ja suoraan perusterveydenhuollon tai yksityisen lääkärin läheteellä. Kokemukset lähetteen perusteella alkaneesta työskentelystä olivat myönteisiä; työskentely toteutui prosessinomaisesti, ja hoitoaika oli keskimäärin lyhempi. Työskentely, joka alkoi poliklinikan tutkimusjakson jälkeen, kesti ajallisesti pidempään. Osa vanhemmista koki, että työskentely oli osittain päällekkäistä. Toiset puolestaan kokivat, että tutkimusjakso oli hyvä pohja hoidolliseen työskentelyyn. Kahden perheen kanssa päädyimme siihen, ettemme aloita työskentelyä heidän kanssaan.

Työskentely alkoi yhteydenotosta perheeseen. Käyntejä vanhemmille oli ennen perhekäyntejä keskimäärin kaksi ja perhepäiviä koko perheelle neljä. Lääkäri tapasi joitakin lapsia perhepäivien aikana. Lisäksi työskentelyn aikana hanketiimin sosiaalityöntekijä oli yhteydessä perheen asioista vastaavaan sosiaalityöntekijään. He suunnittelivat yhdessä perheen kanssa perheen tarvitsemia tukitoimia. Työskentelyn aikana alkaneet lastensuojelun palvelut jatkuivat ja tukivat perheiden kokonaistilannetta sekä intensiivistä työskentelyä.

Perhepäivien yhteydessä oli mahdollista toteuttaa tarvittaessa myös toimintaterapeutin arviokäynnit ja psykologin tutkimukset. Psykologin tutkimus tehtiin intensiivisen jakson jälkeen, minkä vuoksi intensiivisen perhehoitotyön työskentelyjakson pituutta on vaikea arvioida. Keskimäärin intensiivisen perhehoitotyön työskentely kesti noin viisi kuukautta. Se alkoi ensikontaktista ja päättyi loppuhoitoneuvotteluun. Vanhempien käynnit ja perhetyöskentely muodostivat yhtenäisen ja tiiviin työskentelyprosessin, joka kesti keskimäärin kolme kuukautta. Perheet siirtyivät jatkohoitoon perustasolle tai lastenpsykiatrian poliklinikalle. Huomasimme, että jatkossa tarvitaan tiiviimpää työskentelyä kuin mitä tässä hankkeessa oli mahdollista toteuttaa.

Työskentely eteni perheen kanssa suunnitellun hoitopolun mukaisesti ja se osoittautui toimivaksi. Vanhempien omat käynnit ilman lapsia koimme tärkeiksi. Se loi pohjan työskentelylle ja saimme vielä yhdessä tilaisuuden pohtia, olisivatko vanhemmat valmiita aloittamaan työskentelyn.

Työskentely perustui perheen kanssa yhdessä asetettuihin tavoitteisiin. Käynnit olivat 1,5-4 tunnin pituisia ja ne kestivät perheen kanssa yksilöllisesti sovitun ajanjakson. Perhekäyntejä oli 3-5. Yllättävää oli, kuinka paljon tietoa saatiin tietoa yhden käynnin aikana muun muassa siitä miten perheen vuorovaikutussuhteet ja perhedynamiikka toimivat. Hankkeen aikana työryhmässä pohdittiin, kuinka pitkään kannattaa jatkaa työskentelyä, jotta se olisi vaikuttavaa ja perheelle hyödyllistä.

Huomasimme merkitykselliseksi hoidon onnistumisen kannalta sen, että vanhemman oma työntekijä aikuispsykiatrian yksiköstä tuli mukaan työskentelyn heti intensiivisen työskentelyn alkaessa. Myös vanhemmat toivoivat sitä. He kokivat, etteivät jaksaa uudestaan kertoa samoja asioita omalle työntekijälle eivätkä välttämättä tiedä mitkä asiat

olisivat olennaisia perhetyöskentelyn kannalta. Jatkossa onkin tärkeää entisestään vahvistaa yhteistyötä aikuispsykiatrian kanssa.

Hyvä kokemus oli myös kokemusasiantuntijan mukaan ottaminen vanhempien käynneille. Hän toi uudenlaista ymmärrystä vanhemman psyykkisestä sairaudesta vanhemmalle itselleen ja muille perheenjäsenille sekä rohkaisi vanhempaa yksilöhoidon aloittamiseen.

Lainauksia vanhempien kokemuksista:

"Olen huomannut oman toimijuuden vahvistuneen. Koen, että minulla on kykyä paremmin hallita omia ajatuksiani ja tunteita. Tunteet eivät mene enää niin laidasta laitaan, enkä saa valtavia raivareita enkä paniikkikohtauksia. Pohdin oman sisäisen turvallisuuden tunteen vahvistuneen. "

"Koen, että oma vanhemmuus on tullut johdonmukaisemmaksi ja jämmäkämmäksi.

"Olen oppinut miettimään asioita äidin näkökulmasta".

"Koen puolisoni arvostavan ja kuuntelevan minua nykyään eri tavoin. Koen näiden asioiden vaikuttaneen parisuhteeseen myönteisesti."

"Olemme puhuneet vanhemmuudesta ja meidän sairauksistamme. Kun me vanhemmat voidaan psyykkisesti hyvin, vanhemmuus on toimivaa ja turvallista."

Perheet antoivat myönteistä palautetta siitä, että heidän perheensä vaikeudet tulevat esille työskentelyssä ja koko perhe sai apua. He kokivat myönteisenä myös sen, että yhdessä mietittiin, mitä tukea he tarvitsivat jatkossa. Dialogisuuden toteutuminen näkyi siinä, että yhteisissä keskusteluissa syntyi uudenlaista ymmärrystä. Vanhempien ääni pääsi kuuluviin ja he saivat mahdollisuuden vaikuttaa perheensä asiaan.

Erään perheen kohdalla oli hyvä kokemus yhteistyöstä lastensuojelun kanssa: Vanhempien ja perheen asioista vastaavan sosiaalityöntekijän kanssa suunnittelimme yhdessä tulevaa jaksoa. Perhetyöntekijä oli perhepäivissä mukana ja työskenteli perheessä käyntien välissä. Perheenjäsenet kokivat huojentavana sen, ettei heidän tarvinnut enää uudestaan kertoa perhetyöntekijälle intensiivisen päivistä, koska työntekijä oli niistä jo tietoinen ja jatkoi perheen kanssa työskentelyä luontevasti kotona.

Perhetyöntekijä oli meille myös perhepäivässä tärkeä lisäresurssi, kun hän työskenteli lasten kanssa ja me saimme sillä välin mahdollisuuden keskustella vanhempien kanssa. Toisen työntekijän ollessa estyneenä perhetyöntekijä oli työparina perhepäivässä. Lastensuojelussa koettiin intensiivisen työskentelyn tarjoavan perheelle lastensuojelusta puuttuvaa perheterapeuttista- ja lastenpsykiatrista osaamista. Siten intensiivisen perhetyön tavoite työskentelystä yhdessä lastensuojelun kanssa toteutui.

Työskentely perustason työntekijöiden, lastensuojelun ja lapsiperheiden sosiaalipalvelujen sekä perheneuvolan kanssa oli alusta lähtien aktiivista. Yhteistyö koettiin tärkeäksi ja yhteistyön jatkuminen ja kehittäminen ensiarvoisen tärkeäksi hyvinvointialueelle siirryttäessä. Lasten- ja nuorten poliklinikan kanssa teimme yhteistyötä, kun lapsella oli somaattinen sairaus. Myös tämä yhteistyö oli toimivaa.

Intensiiviseen perhepäivään voitiin yhdistää lapsen tapaaminen lääkärin ja toimintaterapeutin kanssa sekä mahdollisuus konsultoida sosiaalityöntekijää ja psykologia, mistä perheet antoivat hyvää palautetta. Vanhemmat kokivat saavansa yhdellä käyntikerralla monenlaisia palveluita, mikä säästi myös palveluiden järjestäjien resursseja. Kauempaa tullut perhe sai lyhemmässä ajassa tarvittavan hoidon eikä välimatka tai kulkuyhteydet tulleet esteeksi. Vanhemmat antoivat myönteistä palautetta myös siitä, että myös sisarukset olivat tervetulleita perhepäivään, mikä koski myös sijoitettujen lasten biologisia sisarusia.

VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI

Arviointia työskentelyn vaikuttavuudesta tehtiin edellä mainitulla Scott D. Millerin ORS- ja SRS-arviointilomakkeilla sekä pyytämällä sanallista palautetta perheiltä työskentelyn päättyessä. Palautteen avulla saimme tietoa, missä asioissa onnistuimme ja mitkä osa-alueet kaipasivat edelleen kehittämistä. Koimme, että perheet saivat mahdollisuuden päästä osalliseksi omasta hoidostaan uudella tavalla, koska heidän mielipidettään kuunneltiin ja hoidon fokusta voitiin muuttaa saadun palautteen perusteella.

Vanhempien täyttämän SRS-arviointilomakkeiden keskiarvo oli 38/40. Vanhemmat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Lapset toivoivat palautteissaan toiminnallisuutta, mikä näkyi esimerkiksi siinä, että terapiapiha koettiin mieluisaksi. Lapsille oli tärkeää kuulla vanhemman kertovan psyykkisestä sairaudestaan. Lapsille merkittävää oli myös kokemus perheen kesken jaetusta ilosta. Lapset toivat yhteiseen keskusteluun aiheita, joista perhe ei ollut aiemmin puhunut.

Erään perheen lapsi totesi, että nyt hänelläkin oli mahdollisuus päästä mukaan sisaruksensa hoitoon. Usein sisarukset kokivat keskinäisen suhteensa vaikeaksi ja erityislapsen sisarus koki jäävänsä syrjään perheessä. Sisaruksella oli myös paljon huolta hoidossa olevasta sisaruksestaan ja vanhemmista. Hyvä kokemus oli ottaa mukaan työskentelyyn myös sijaisperheen biologiset lapset ja uusperheiden sisarpuolet.

Lapsilla käytettiin muutosarviointiasteikkoa (YCORS), jossa oli hymynaamat.

Erään perheen vanhemmat toivat SRS-arviolomakkeessa esille käynneiltä puuttuvan jotain eivätkä he olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Yhteisessä keskustelussa vanhemmat

toivat esiin toiveen lasten sisarussuhteen tarkastelusta. Sovimme seuraavat kaksi kertaa perheen lasten tapaamiselle. Näillä käynneillä avautui uudenlaista tietoa sisarussuhteesta ja perheen dynamiikasta.

Lainauksia vanhempien kokemuksista

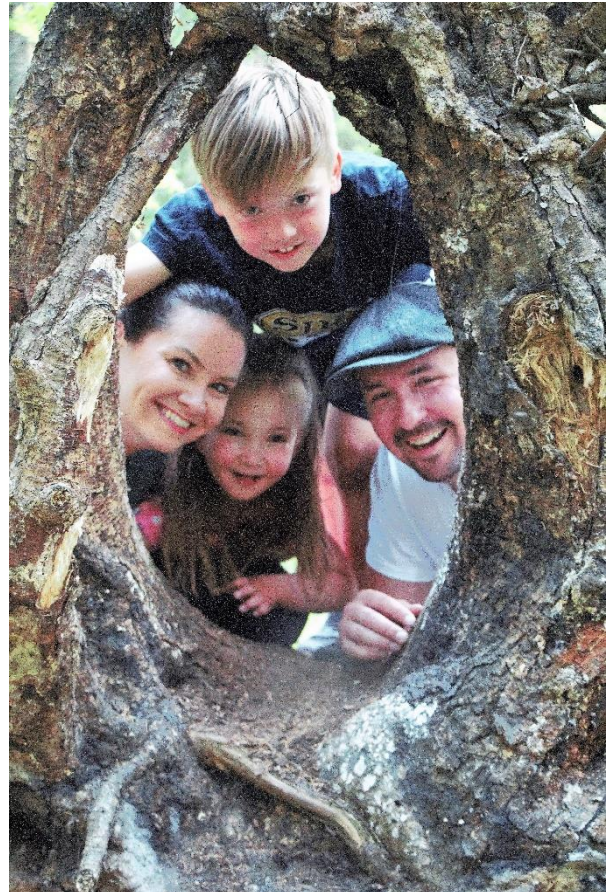
"Koen suhteeni lapseeni lähentyneen, josta on valtavan onnellinen".

"Meillä on ollut hyviä hetkiä, helpompaa".

"Pohdin jakson olleen aluksi liian lyhyt, mutta huomasi hetken päästä työskentelyn sysänneen meitä ongelmakohdissa eteenpäin. Kotona olemme saaneet jatkaa harjoittelua".
"Intensiivisen työskentelyn tiivistä meitä vanhempina".

"Minulla oli käynnillä hyvä mieli, mutta vähän kurjaa välillä, koska sisaruksen kanssa tuli riitaa".

"ORS-arvion kautta huomaisin selvemmin oman stressaantuneisuuden ja kuormittuneisuuden sekä miten se vaikuttaa hänen vanhemmuuteensa".



Rakkaus

Työntekijöiden kokemuksia

Hankkeessa mukana olleet työntekijät kokivat intensiivisen työskentelyn ottavan huomioon perheiden yksilöllisyyden. Moniammatillinen tiimityö ja yhteistyö perustason toimijoiden kanssa tuntuivat mielekkäältä ja välttämättömältä tavalta tehdä työtä. Myös toisten ammattilaisten työn arvostaminen lisääntyi entisestään. Työohjauksessa toukokuussa 2022 Pekka Holm sanoi: "Verkosto ja perheen läheiset ovat tärkeä resurssi, jonka vahvuus tulee huomioida."

Työntekijät kokivat intensiivisen työskentelyn opettaneen uudenlaista dialogista ajattelutapaa ja tapaa työskennellä perheiden kanssa. Työntekijät kokivat saavansa työskennellä arvojensa mukaisesti.

Perheiden kohtaamiset koettiin merkittävinä hetkinä ja aitouden tunne välittyi kohtaamisissa. Perhepäivissä oli mukana iloa ja leikkisyyttä. Perheiden kanssa työskentely oli usein vaativaa. Työntekijät kokivat työparina työskentelyn ja perhepsykoterapeuttisen koulutuksen tuovan tukea työskentelyyn. Psykoedukaatiosta tuli luonteva osa työskentelyä. M-talon perhehuoneet antoivat mahdollisuuden rentoon tunnelmaan, ja ruokailu oli tärkeä osa hoidollisuutta.

Intensiivisessä työskentelyssä oli mahdollisuus hoitaa koko perhettä. Usein lapsen polikliinisen tutkimusjakson aikana tavataan lapsen koko perhettä kerran kotikäynnillä tai perhekäynnillä. Intensiivisen perhepäivissä koko perhe oli työskentelyssä mukana alusta lähtien ja sen myötä avautui uudenlaisia näkökulmia perheen dynamiikan ja suhteiden tarkasteluun.

TULEVAISUUDEN SUUNNITELMAT

Tuke-hankkeen päätyttyä olemme saaneet jatkaa työskentelyä poliklinikalla perheiden kanssa suunnitellun mallin mukaisesti. Olemme mahdollisuudesta kiitollisia. Keskeinen tavoite vuodelle 2023 on juurruttaa toimintamalia osaksi lastenpsykiatrian poliklinikan- ja hyvinvointialueen toimintaa. Jatkamme toimintaa samalla työntekijäjoukolla ja työskentelemme työpareina, mikä mahdollistaa useamman perheen kanssa samanaikaisen työskentelyn. Olemme sopineet tiimi- ja hoitoneuvottelukäytännöt, jotka tuovat selkeämmän rakenteen työskentelyyn. Tavoitteena on yhtenäinen ja tiivis prosessi.

Hankkeen aikana huomattiin tarpeelliseksi tehdä yhteistyötä aikuispsykiatrian poliklinikan ja osaston kanssa. Useissa perheissä vanhemmalla tai molemmilla vanhemmilla oli tai oli ollut psyykinen sairaus ja heidän hoitonsa miettiminen sekä hoitoon ohjaaminen oli tärkeää. Koimme, että vanhemmat olivat halukkaita oman vointinsa tarkasteluun lapsen tutkimusjakson aikana. Kävimme kertomassa työskentelystämme aikuispsykiatrian poliklinikalla työntekijöille ja suunnittelimme, miten yhteistyö olisi toteutettavissa.

Olemme pohtineet myös yhteistyötä Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen (HYVAEP) toimijoiden kanssa ja sitä, miten sijoittaudumme lapsen hoitopolkuun. Hyvinvointialueella erikoissairaanhoido kuuluu vaativiin lasten- ja nuorten palveluihin. Intensiivisen perhehoidon työskentely on erilaista sisällöllisesti kuin perustasolla tehtävä työ. Tarjoamme perheille vuorovaikutuksen kautta hoitamista sekä psykoterapeuttista ja lastenpsykiatrista osaamista. Keskeistä on miettiä, miten tehdään yhteistyötä niin, että perheet voisivat saada parempaa palvelua yhdistämällä perustason ja erikoissairaanhoidon palvelut. Ehdotuksemme on, että intensiivinen perhehoitotyö on osa lapsen hoitopolkua ja tarjoaa siihen erikoissairaanhoidon osuuden.

Toivomme, että jatkossa lähettävä lääkäri voisi perustasolla suositella intensiivisen perhehoitotyön työskentelyä ja sen tarpeellisuuden arvioimista erikoissairaanhoidossa. Toivomme myös, että tulevaisuudessa voisimme toimia konsultoivassa roolissa hyvinvointialueen toimijoille sekä tarjota mahdollisuutta työparina työskentelyyn. Olemme myös miettineet, suostuisiko joku intensiivisessä työskentelyssä mukana ollut perhe kokemusasiantuntijaperheeksi niille perheille, jotka miettivät osallistumista intensiiviseen työskentelyyn. Työnohjaus on jatkossakin tärkeää. Sen avulla voidaan jatkaa työskentelyn juurruttamista ja kehittämistä.

Haluamme sanoa lämpimät kiitokset näille perheille, jotka ovat olleet mukana hankkeessa. Heidän avullansa olemme pystyneet kehittämään työskentelyä, oppimaan uutta ja kokeneet merkittäviä hetkiä!

POHDINTA

Koin hankkeessa mukanaolijana, että sain ainutkertaisen mahdollisuuden kehittyä ammatillisesti ja olla mukana kehittämässä uutta toimintamallia. Koin, että saimme perhe- ja paripsykoterapeutteina tuoda lastenpsykiatrian poliklinikalla perheterapian ääntä enemmän esille. Toivon, että työskentelymme nostaisi perheterapian arvostusta sekä poliklinikan että hyvinvointialueen työntekijöiden keskuudessa.

Työskentely oli antoisaa ja sitä auttoi se, että jaoin työntekijöinä dialogisen lähestymistavan ja että halusimme kehittyä siinä. Dialogisuus oli tuttua meille neljälle koulutuksista, mutta huomasimme olevamme sen toteuttamisessa vielä kovin alussa. Pekka Holmin työnohjaus oli kantava voima ja sen myötä dialoginen tapa tehdä työtä alkoi juurtua osaksi työtämme.

Vaikka dialogisuus oli tuttua koulutuksesta ja se oli perhe- ja paripsykoterapeuttisen koulutuksemme viitekehys, täytyy todeta, että sen toteuttaminen on ajoittain vaikeaa. Työpareittain työskentely toi turvallisuutta ja antoi uskallusta heittäytyä epävarmuuteen. Epävarmuus puolestaan toi aitoutta ja elävyyttä kohtaamisiin. Se oli itselle uudenlainen ja arvokas kokemus; tärkeä kokemus oli reflektoida ääneen omia herääviä ajatuksia ja näyttää omia tunteita. Mietimme työkavereiden kanssa, kuinka merkityksellisiä nuo hetket olivat myös perheelle ja toivottavasti rohkaisivat sekä antoivat mallia tunteiden ja ajatusten ilmaisemiseen.

Hankkeen aikana pohdimme usein, että olemme toteuttamassa perhepsykoterapeuttista unelmaa siitä, että koko perhe saa tarvitsemaansa hoitoa. Koimme, että meillä oli mahdollisuus tätä unelmaa kehittää. Hanke mahdollisti kaikkien perheenjäsenten kanssa työskentelyn, mikä oli mieluisaa myös vanhemmista. Eräs vanhempi totesikin työskentelyn

avanneen hänelle mahdollisuuden tulla tietoiseksi oman lapsuudenperheen suhdekokemusten vaikutuksesta siihen, millainen vanhempi hän itse on. Hän myös pohti ymmärtävänsä nyt paremmin, miksi itse psyykkisesti sairastui nuorena aikuisena.

Eräs vanhemmista toivoi lastenpsykiatriselta hoidolta mahdollisuutta pohtia työntekijöiden kanssa sekä lapsen että koko perheen tilannetta. Hän ei kokenut diagnoosia eikä lääkitystä merkityksellisenä, vaan toivoi kohtaamista ja perheensä kannattelua vaikeassa elämäntilanteessa. Hän myös toivoi, että saisi olla asiantuntija lapsensa asiassa. Mielestäni vanhempi sanoitti olennaisen ja merkityksellisen asian. Tärkeää onkin, miten me tähän työntekijöinä vastaamme. Ymmärrän diagnoosien ja lääkityksen tarpeellisuuden, mutta haluaisin tuoda esiin kohtaamisen tärkeyden. Joku viisas on aikoinaan sanonut, että tarvitsemme mahdollisuutta tulla kuulluksi. Koen, että meillä perheterapeutteina on mahdollisuus viedä kuulluksi tulemisen merkitystä eteenpäin.

LÄHTEET:

Alhanen, K. (2016). *Dialogi demokratiassa*. Tallinna: Gaudeamus.

Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), e119-e131.

Bowlby J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock Publications.

Cohen, J.A, Anthony, P. M., Deblinger, E. (2020). *Lasten ja Nuorten trauman ja traumaattisen surun hoito*. Helsinki: PunaMusta Oy.

Haarala, H. (2019). *Vanhemman reflektiivoinen kyky ja sen yhteys vaikutelmaan lapsesta*. Pro Gradu-tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto. Kasvatustieteenlaitos.

Haarakangas, K. (2008). *Parantava puhe*. Helsinki: Hakapaino.

Haarakangas, K. (2014). Systemisyys-dialogisuus-integraatio: kohti kokonaisvaltaista psykoterapiaa. *Perheterapia* 4, 14, 19–30.

Ijäs, K. (2012). *Sukupuusi: avain oman elämän ja perheen ymmärtämiseen*. Helsinki: Kirjapaja.

Jernberg, A. M., Booth, P. B., Träff, T. (2003). *Theraplay Vuorovaikutusterapian käsikirja*. Jyväskylä: Gummerus.

Kalland, M. (2014). Vanhemman mentalisaatiokyky. Teoksessa Viinikka, A. (toim.) *Mentalisaatio perheiden kohtaamisessa*, 26–38. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Tampere: Hämeen kirjapaino Oy.

- Kalland, M. (2017). Mentalisaatiokyky vanhemmuudessa. Teoksessa Laitinen, I. & Ollikainen, S. (toim.) *Mentalisaatio, teoriasta käytäntöön*, 31–48. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy.
- Kalland, M. & Salo, S. (2020). Vanhemmuuden tukeminen vauva- ja lapsiperheissä. *Duodecim*, 136, 8, 891–897. Viitattu 22.12.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15527/>
- Kauppi, A. & Takalo, A. (2014). Mentalisaation psykoanalyttiset juuret. Teoksessa Viinikka, A. (toim.) *Mentalisaatio perheiden kohtaamisessa*, 8–25. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Tampere: Hämeen kirjapaino Oy.
- Kuikka, K. (2020). *Mentalisaatiokyky ja sen vahvistaminen, kuvaileva kirjallisuuskatsaus mentalisaatiokyvyn toteutetuista interventioista*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö YAMK. Viitattu 16.12.2022
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/346475/Opinnaytetyo_Kuikka_Katarina.pdf?sequence=2,
- Miller, S. D. (2000). Feedback Informed Treatment - Licenses for the ORS and SRS Outcome Measures PROs. [Feedback Informed Treatment - Licenses for the ORS and SRS Outcome Measures PROs – Scott D. Miller Ph.D. \(scott-d-miller-ph-d.myshopify.com\)](https://www.scott-d-miller-ph-d.myshopify.com/)
- Ollikainen, S. (2017). Kiintymyssuhde, aivot ja mentalisaatio. Teoksessa Laitinen, I. & Ollikainen, S. (toim.) *Mentalisaatio teoriasta käytäntöön* 28–54. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy.
- Pajulo, M., Salo, S. & Pyykkönen, N. (2015) Mentalisaatio ihmistä suojaavana tekijänä. *Duodecim*, 11, 1050–1057. Viitattu 22.12.2022 <https://www.duodecimlehti.fi/duo12278>
- Rapee, R. M., Lyneham, H. M., Hudson, J. L., Wuthrich, V. M., Kangas, M., Schniering, C. A & Wignall, A. (2019). *Cool Kids Chilled. Työntekijän kirja*. Sydney: Centre for Emotional Health, Macquarie University.
- Ruismäki, M., Friberg, L., Keskitalo, K., Lampinen A-M., Mankila, P. & Vänskä, V. (2016). *Hoivattavaa vanhemmuutta. Opas lapsuuden kaltoinkohtelusta toipuvien vanhempien ryhmämuotoiseen tukemiseen*. Helsinki: Traumaterapiakeskus ry.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2005). *Dialoginen verkostotyö*. Helsinki: Tammi.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2014). *"Nehän kuunteli meitä!" Dialogeja monissa suhteissa*. Tampere: Juvenes Print.
- Sinkkonen, J. (2018). *Kiintymyssuhteet elämänkaaressa*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sinkkonen, J. (2018). *Aikuisten kiintymyssuhdehaastattelu (AAI)*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Sinkkonen, J & Kalland, M. (2016). Vanhemmuus, kiintymyssuhde ja perhe. Teoksessa *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Tallinna: Duodecim. Viitattu 22.12.2022 <https://www.oppiportti.fi/>

Solantaus T, Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee, W. R. & Paavonen, E. J. (2009). Safety, feasibility and family experiences of preventive interventions for children and families with parental depression. *Int J Ment Health Promot*, 11, 15–24.

Huomioita:

Perhe, joka artikkelin kuvissa esiintyy, ei ole asiakkaana lastenpsykiatrian poliklinikalla eikä ole ollut osallisena hankkeessa. Perheenjäseniltä on saatu kirjallinen lupa kuvien käyttämiseen.

Kuvaajana on toiminut Marjaana Araneva, sosionomi (YAMK), Voimauttavan valokuvan® menetelmäkoulutettu.