


PERHOHANKE
osana PKSSK:n Lasten ja nuorten
sairauksien klinikkaryhmän
kotisairaaloiminnan kehittämisessä
2007 – 2010
Loppuraportti



sh/psykoterapeutti Riitta Gröhn
sh Tuula Töyrylä

SISÄLLYSLUETTELO

	TIIVISTELMÄ	2
1.	JOHDANTO	4
2.	LASTEN- JA PERHEIDEN HYVINVOINTIPALVELUIDEN KEHITTÄMISHANKE KESKI- JA ITÄ-SUOMESSA 2008 - 2011	6
	2.1. Lapsen, nuoren ja vanhemman hyvinvoinnin edistämiseksi	6
	2.2. Hankkeen valvonta ja hallinnointi	7
	2.3. Hankkeen organisaatio	9
	2.4. Pohjois-Karjalan osahankkeiden toimijat ja tavoitteet	10
	2.5. Nelikenttä – analyysi Lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittämishankkeesta Itä- ja Keski-Suomessa ja Perhohankkeen arviointisuunnitelma/PKSSK:n Perhohanke/perheterapeutti Riitta Gröhn ja sh Tuula Töyrylä	11
3.	PERHEEN ARJEN SÄRÖISYYS JA SEN EHEYTTÄMINEN	13
	3.2. Työmenetelmät	15
	3.2.1. Arjen vuorovaikutustilanteet/toiminnan ohjaus	15
	3.2.2 Kotisairaalahajaksolla käytettyjä toiminnanohjausmenetelmiä	16
	3.2.3 Psykoedukaatio	18
	3.2.4. Lyhyt terapiaohjelma Muksuvelho Bam	19
	3.2.5 Videointi/Editointi	20
	3.3. Moniammatillinen yhteistyö	20
	3.4. Kotisairaalahajaksen dokumentointi	21
	3.5. Toteutus ja tulokset	22
4	VERTAISTUKIRYHMÄ	23
	4.1. Vertaistukiryhmän suunnittelu	23
	4.2. Vertaistukiryhmän toiminnan arviointi BIKVA arviointimallilla (erillisenä tiedostona)	24
5.	PERHOHANKE OSANA PKSSK:N LASTEN JA NUORTEN SAIRAUKSIEN KLINIKKARYHMÄN KOTISAIRAALATOIMINNAN KEHITTÄMISESSÄ	24
	5.1. Taustaa klinikkaryhmän kotisairaaloiminnasta	24
	5.2. Tiedonkeruutyö ja opintokäynnit	26
	5.2. Yhteistyö Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman kanssa	27
6.	KUN UNET KAIKKOAA	28
	POHDINTA	28
	LÄHTEET	32

TIIVISTELMÄ

Perhohankkeen toteutumisaika 1.8.2007- 31.10.2010

Vanhempien ja sisarusten mukanaolo lastenpsykiatrisessa hoidossa on välttämätöntä. Perhohanketta suunniteltaessa nähtiin tarve erikoissairaanhoidon palvelutarjonnan monipuolistamiseen ja laajentamiseen. Perinteiset keskustelut vanhempien kanssa eivät ole kaikille perheille soveltuva tai riittävä hoitomuoto. Kotona tapahtuva lastenpsykiatrinen hoito on havaittu asiakaslähtöiseksi ja tehokkaaksi tavaksi auttaa perheitä lasten psyykkisten ongelmien hoidossa.

Perhohankkeen päätavoitteena oli kehittää mallinnettu lastenpsykiatrinen kotisairaala-hoitomuoto, jonka avulla voitaisiin saada verrattain lyhyessä ajassa aikaan muutosta perheen arjen toiminnassa työskentelemällä yhdessä koko perheen kanssa kotona. Työskentelyllä ajateltiin saatavan aikaan muutos, joka tukisi lasten psyykkistä kehitystä terveeseen suuntaan ja lisäisi perheen selviytymistaitoja psyykkisesti oireilevan lapsen kanssa. Mallin pohjana oli teoreettinen tieto kotiin suuntautuvasta hoidosta, perheterapeuttisista, käyttäytymisterapeuttisista ja ratkaisukeskeisistä menetelmistä sekä videotyöskentelystä lastenpsykiatrisessa hoidossa.

Erikoissairaanhoidon lyhykestoinen, intensiivinen ja fokusoitu kotisairaalaajakso on yksi osa lapsen kokonaishoitoa. Se edellyttää aina lapselle jo tehtyjä perustutkimuksia sekä tiivistä yhteistyötä lähettävän tahon eli tavallisimmin perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon eri klinikoiden kanssa. Erikoissairaanhoidon osuus voi olla myös asiantuntijuutta vertaistukiryhmässä ja/tai esimerkiksi moniammatillisten ensitietopäivien järjestämistä.

Hankkeen aikana näkemystä kotisairaaloiminnan mahdollisuuksista vahvistettiin ja laajennettiin mm. opintokäynneillä ja yhteisellä kehittämisiltapäivällä Lasten ja nuorten sairauksien klinikkaryhmän eri klinikoiden työntekijöiden kanssa.

Pikkulapsipsykiatrian työryhmän käytännön työ osoitti tarvetta myös vauvojen yöaikaisen vuorovaikutushoidon kokeilemiseen. Perhohankkeen tilat antoivat pikkulapsipsykiatrian työryhmälle mahdollisuuden kehittää vuorovaikutushoitoa osana normaali-

lia erikoissairaanhoidon vauvojen univaikeuksien hoitoa. Jatkossa tavoitteena on tältä osin myös tutkia vauvojen yöaikaisen vuorovaikutushoidon vaikuttavuutta yhteistyössä Itä-Suomen yliopiston erityispsykologian laitoksen kanssa.

1. JOHDANTO

PKSSK:n lastenpsykiatrian klinikalla on jalkauduttu perheiden arkeen jo vuonna 1996, jolloin osasto 15 hoitajat toteuttivat osastotyön ohella myös kotiinvietyä hoitotyötä. LPS:n poliklinikalle perustettiin lastenpsykiatrinen akuuttityöryhmä LAKU vuonna 1999, vauvaperheyksikkö vuonna 2000 varhaisen vuorovaikutuksen erityisosaamiseen ja JOOS jonotyöryhmä vuonna 2005 hoitamaan osastolle jonottavia lapsia ja heidän perheitään mm. hoitotakuun toteutumiseksi. Työmuotona näillä työryhmillä on ollut pääsääntöisesti kotikäynnit.

Ajatus lyhytkestoisesta, intensiivisestä ja fokusoidusta interventiosta psyykkisesti vaikeasti oireilevien lasten ja perheiden auttamiseksi on ollut kehittämisideana PKSSK:n lastenpsykiatriassa yhdeksänkymmentä luvulta alkaen. Idea konkretisoitui syksyllä 2007, jolloin lastenpsykiatrian poliklinikalle palkattiin sairaanhoitaja ja perheterapeutti valtion erillisillä korvamerkityillä määrärahoilla kehittämään lyhytkestoista lastenpsykiatriasta perhehoitoa työnimenään PERHO hanke.

Perhohankkeen tavoitteet ovat olleet lastenpsykiatrisen lyhytkestoisen, intensiivisen ja fokusoidun kotisairaaloiminnan kehittäminen, psyykkisesti oireilevien lasten vanhempien vertaistukiryhmätoiminnan kehittäminen sekä koko Lasten ja nuorten sairauksien klinikaryhmän kotisairaaloiminnan edelleen kehittäminen ja vauvojen ja heidän vanhempiansa yöaikaisen vuorovaikutushoidon mahdollistaminen käytännön järjestelyjen osalta.

Perhohankkeesta tuli vuonna 2009 osahanke Lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittämishanke Itä- ja Keski-Suomessa 2008–2011 –hankkeeseen, joka toteuttaa STM:n kansallista sosiaali- ja terveysalan Kaste-kehittämishjelmaa. Lapset Kasteohjelman tavoitteisiin kuuluu mm. perusterveydenhuollon vahvistaminen, erityistason palveluiden jalkauttaminen lasten arki- ja kasvu ympäristöön sekä lasten vanhempien osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden tukeminen ja vahvistaminen ja varhaisen puuttamisen merkityksen ymmärtäminen.

Perhohankkeen aikana PKSSK:n organisaatiossa tapahtui muutoksia lastenpsykiatrian klinikan siirtyessä hallinnollisesti psykiatriasta Lasten ja nuorten sairauksien klinikka-

ryhmän klinikaksi vuonna 2008. Klinikkaryhmään kuuluvat lisäksi lasten ja nuortentautien, lastenneurologian ja nuorisopsykiatrian klinikat. Eri klinikoilla oli tehty kotikäyntejä jo vuosia ja nyt Perhohanke mahdollisti opintokäynneillä sekä kehittämisiltapäivässä klinikkaryhmän kotisairaalahoidon sisältöjen ja käytänteiden pohtimisen yhteisesti.

Perhohankkeen kotisairaaloiminta on taloudellista ja asiakaslähtöistä toimintaa ja se on yksi perheille tarjottavista erikoissairaanhoidon palvelumuodoista. Haasteellisena tehtävänä Perhohankkeessa on ollut Lasten- ja nuorten sairauksien yksikössä oman yksikön eri klinikoiden välisen yhteistyön kehittäminen sekä valtakunnalliseen Kaste-ohjelmaan osallistuminen.

2. **LASTEN- JA PERHEIDEN HYVINVOINTIPALVELUIDEN KEHITTÄMIS- HANKE ITÄ – JA KESKI-SUOMESSA 2008 - 2011**

2.1 Lapsen, nuoren ja vanhemman hyvinvoinnin edistämiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi 31.10.2008 tekemällään päätöksellä (STM/3188/2008)007/HTO/KH/2008) Jyväskylän kaupungilla 2 350 000 euroa valtionavustusta hankkeeseen ”Lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittämishanke Itä- ja Keski-Suomessa 2008 – 2011”. Valtionavustus oli tarkoitettu käytettäväksi 1.11.2008 – 31.10.2010 syntyneisiin kustannuksiin. Hankkeen valtionavustuksen perusteeksi hyväksytyt kustannukset olivat 3 140 579 euroa.

Hankkeen lähtökohtina olivat Kaste -ohjelman linjaukset sekä kunta- ja palvelurakennemuutoksen kehittämistarpeet. Hanke perustui maakuntakohtaisille erityistarpeille ja niistä linjatuille painopisteille lasten ja perheiden palveluiden kehittämisessä. Hankkeessa hyödynnettiin jo tehtyä kehittämistyötä. Kehittämistyötä tehtiin laajassa yhteistyöverkostossa Etelä-Savon, Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon maakunnissa kuntien, kuntayhtymien, kansalaisjärjestöjen, oppilaitosten sekä muiden lasten, nuorten ja perheiden kanssa toimivien yhteistyöllä. Hankkeessa oli mukana 62 kuntaa ja sitä hallinnoi Jyväskylän kaupunki.

Hankkeen tavoitteina oli:

- 1) Uudistaa ja yhtenäistää lasten ja perheiden palveluita asiakkaiden näkökulmasta joustaviksi ja vaikuttaviksi palvelukokonaisuuksiksi ja kehittää erityispalveluita tukemaan peruspalveluita monitoimijaisella ja vastavuoroisella yhteistyöllä painottamalla palveluiden nivelkohtia.
- 2) Lisätä lasten ja perheiden osallisuutta ja vaikuttamismahdollisuuksia palvelujärjestelmässä.
- 3) Vahvistaa työntekijöiden ja toimijoiden osaamista ja palveluiden laatua turvaamalla pysyvä kehittämisrakenne lasten ja perheiden hyvinvointipalveluihin.
- 4) Seurata lasten ja perheiden ennaltaehkäisevien ja varhaisen tuen palveluiden vaikutusta lastensuojelun kustannuksiin taloudellisella arvioinnilla.

Hanke tuki lasten, nuorten ja perheiden palveluiden uudistamista kahdeksassa osahankkeessa, joiden vastuorganisaatioina toimivat Mikkelin kaupunki, Joensuun kau-

punki, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymä / lastenpsykiatrian poliklinikka, Kuopion kaupunki, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri (KYS lastenpsykiatrian klinikka), Siilinjärven kunta ja Jyväskylän kaupunki.

Hankkeen työmuotoina olivat muun muassa yhteistyöverkostojen koonti ja ylläpito, tiedottaminen, tutkimus- ja opiskelijayhteistyö, teemalliset työkokoukset ja työpajat, koulutukset, konsultaatiot ja työparityöskentely sekä erilaisten varhaisten tuen työmuotojen edelleen kehittäminen (vertaisryhmätoiminta, mini-interventiot, perhekoulut ym.).

Hanketta johti ohjausryhmä, jonka jäsenet olivat omien maakuntiensa johtoryhmien puheenjohtajat sekä 1-2 muuta jäsentä. Ohjausryhmä kokoontui hankeaikana neljä kertaa. Lisäksi se piti yhden sähköpostikokouksen. Osahankkeiden keskinäistä ja yli-maakunnallista yhteistyötä varmistivat hankkeen painopistealueittain (ehkäisevä työ; lastensuojelun avohuolto ja mielenterveyspalvelut; sijaishuolto ja perhehoito) muodostetut ylimaakunnalliset tiimit sekä hankehenkilöstön kokoukset. Hankkeessa työskenteli 25 työntekijää. Projektipäällikkönä toimi Jaana Kemppainen. Hankkeen toteutuneet kustannukset olivat 2.744.533,20, joihin saatiin valtionavustusta yhteensä 2.058.399,90 euroa. (Kemppainen 2010)

2.2 Hankkeen valvonta ja hallinnointi

Hankkeen valvonta ja hallinnointi



Lähde: Kemppainen 2010

Hankkeen valvonnasta ja hallinnoista on tehty erilliset sopimukset Sosiaali- ja terveysministeriön, Länsi-Suomen lääninhallituksen sekä Jyväskylän kaupungin (hallinnoija) ja maakuntien vastuukuntien kesken. Kopiot sopimuksista jaettiin kaikille osahankkeille.

Käytännön läheisemmäksi valvontaa ja hallinnointia teki kehittämisspäällikkö Riitta Viitalan, STM/Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen osasto, vierailu projektiryhmän pyynnöstä projektiryhmän kokouksessa 29.1.2010 Sihtalassa. Näin hän tutustui P-K:n osahankkeisiin ja samalla PKSSK:n Lastenpsykiatrian klinikkaan sekä Joensuun MLL:n toimintaan.

STM:n ja Länsi-Suomen lääninhallituksen valvonnallinen ohjauskäynti oli 15.2.2010 Jyväskylässä. Käynnille oli kutsuttu hankepäällikkö Jaana Kemppainen sekä osahankkeiden vastuuhenkilöt. Käynnin aikana tarkasteltiin osahankkeiden tavoitteiden toteutumista, toimintojen juurruttamista ja/tai jatkosuunnitelmia sekä tarkastettiin kirjanpidon liitteeksi laitettuja tietoja.

Maakuntaseminaarit järjestettiin yhteistyönä STM:n kanssa tarkoituksena Kasteohjelman sekä eri osahankkeiden tutuksi tuleminen kunnissa. Pohjois-Karjalan seminaari toteutui Joensuussa 26.4.2010 ja Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän puheenvuoron käytti Lasten- ja nuortensairauksien klinikkaryhmän johtaja Risto Lantto. Hankevastaavat esittelivät osahankkeensa.

P-K:n osahankkeiden etenemistä seurattiin myös Joensuun kaupungin kokoamassa projektiryhmässä, jossa osallistujina olivat klinikkaryhmän johtaja Risto Lantto PKSSK, toiminnanjohtaja Teppo Laukkanen sekä perhetoimintapäällikkö Merja Korpi MLL, kehittämisspäällikkö Annamari Savela sekä lastensuojelun kehittämisspäällikkö Karri Poutanen sekä talouspäällikkö Marjo Lavikainen Joensuun kaupungilta.

Hankkeen valvontaan ja hallinnointiin kuului myös kirjallinen raportointi maksatusjaksoittain, joita oli hankkeen aikana neljä. Lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittämishanke Itä- ja Keski-Suomessa – selvitys tehtiin osahankkeittain.

2.3. Hankkeen organisaatio



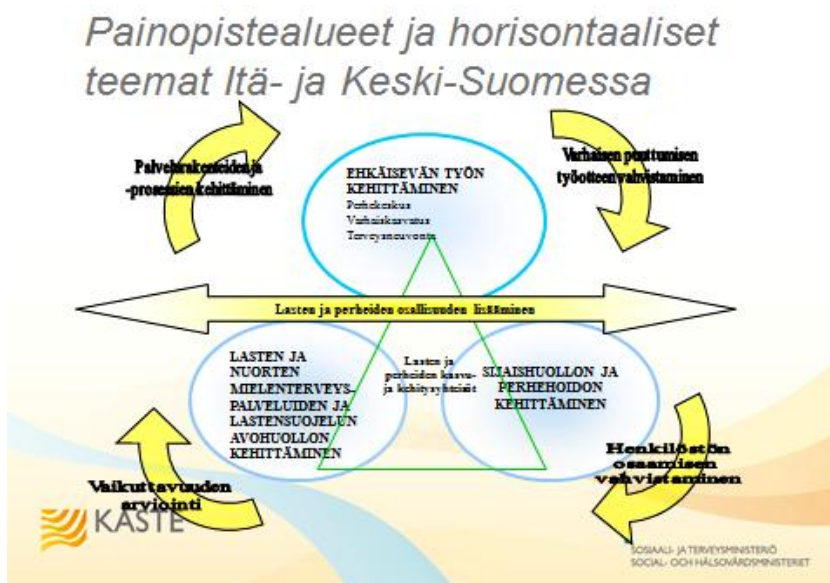
Lähde: Kemppainen 2010

Ohjausryhmän kokousten pöytäkirjat toimitti projektipäällikkö Jaana Kemppainen osahankkeille e-postitse. Näin osahankkeet saivat nopeasti tiedon ajankohtaisista asioista. Ohjausryhmään P-K:n projektiryhmästä kuului Joensuun kaupungin kehittämispäällikkö Annamari Savela.

Ylimaakunnalliset tiimit P-K:n osahankkeiden osalta:

Ylimaakunnalliset tiimit kokoontuivat itsenäisesti tai yhteisten hankekokousten yhteydessä säännöllisin väliajoin. Tavoitteena oli eri maakuntien välinen yhteistyö sekä osaamisen ja kokemusten vaihtaminen.

Ylimaakunnallisia tiimejä oli kolme ja P-K:n osahankkeiden työntekijät jakautuivat seuraavasti: Ehkäisevän työn kehittäminen Katja Isoaho, MLL, mielenterveyspalveluiden ja lastensuojelun avohuollon kehittäminen Riitta Gröhn, Perhohanke, Sijais- huollon ja perhehoidon kehittäminen Päivi Kosonen, Joensuun kaupunki.



Lähde: Kemppainen 2010

2.4 Pohjois-Karjalan osahankkeiden toimijat ja tavoitteet

Pohjois-Karjalan osahankkeiden työntekijät muodostivat P-K:n tiimin, joka kokoontui noin kerran kuukaudessa tehtäväänsä valmistella asioita projektiryhmän kokouksiin sekä esityksiä erilaisiin tilaisuuksiin. Lisäksi P-K:n tiimi järjesti 28.10.2009 ja 1.4.2010 koulutuspäivät ja 10.9.2010 koulutusiltapäivän Pohjois-Karjalassa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Koulutuspäivien aiheet liittyivät kiintymyssuhde-teoriaan ja kiintymyksen tukemiseen arjessa sekä varhaiseen vaikuttamiseen. Kouluttajina olivat lastenpsykiatri Anne Kauppi, psykologi Mikko Lohilahti ja theraplay -kouluttaja Saara Salo. Koulutuspalautteet olivat myönteisiä ja koulutuksiin osallistui työntekijöitä P-K:n eri kunnista.

Pohjois-Karjalan osahankkeiden rakenne ja tavoitteet:

LAPSET JA PERHEET KASTE Lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittämishanke Itä- ja Keski-Suomessa 1.11.2008–31.10.2010		
Jaana Kempainen projektipäällikkö <small>Johtaa ja koordinoi hanketta kaikkien maakuntien alueella hankkeen tavoitteiden ja kustannusarvion mukaisesti</small>		
Ylimaakunnalliset tiimit		
Pohjois-Karjalan projektiryhmä		
Pohjois-Karjalan tiimi		
Sijaisuhoillon ja perhehoidon kehittäminen	Lasten ja nuorten mielenterveys- palveluiden ja lastensuojelun avo- huollon kehittäminen	Ennatehokäsevän työn kehittäminen
Päivi Kosonen Perhehoidon kehittäjä Joensuun kaupunki, sijaishuutoyksikkö	Riitta Gröhn Perheterapeutti PKSSK,PERHO-hanke	Katja Isoaho Vertaisryhmätöiminnan koordinaattori MLL
Perhehoidon kehittäminen, sijaisperheiden osaamisen vahvistaminen, piilotkoulutus, monimuotoisuus Palkkiojärjestelmän yntentäminen	Lasten psykiatrian klinikan kotisairaalamallin kehittäminen, Lasten ja nuorten sairauksien klinikaryhmän kotisairaaloiminnan kehittäminen Vanhempien vertaistukiryhmätöiminnan käynnistäminen. Vauvojen polkkihallinnollisen hoitopolku- hankkeen luominen.	Vertaisryhmätöiminnan koordinaointi kuntien, järjestöjen, seurakunnan ja muiden toimijoiden välillä. • toimintatapana keskitetty, säännöllinen ja ammatillisesti ohjattu ryhmätöimintojen koordinaointimalli

Lähde: Gröhn, Isoaho, Kosonen 2009

2.5 Nelikenttä – analyysi Lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittämishankkeesta Itä- ja Keski-Suomessa ja Perhohankkeen arviointisuunnitelma/PKSSK:n Perhohanke/perheterapeutti Riitta Gröhn ja sh Tuula Töyrylä

Lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittämishankkeesta tehtiin osahankkeittain nelikenttäanalyysi, jonka tavoitteena oli kerätä saatu tieto ja kokemukset Lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittämishanke II varten.

VAHVUUDET: Mikä meni hyvin / mikä yllätti positiivisesti

Perhohankkeen tavoitteet olivat riittävän realistiset. Palaute perheiltä ja lähettäviltä tahoilta on ollut myönteistä. Positiivinen kiinnostus syntynytä mallia kohtaan yllätti. Opiskelijayhteistyö onnistui hyvin. Dialogisuus eri toimijoiden kanssa laajensi näkökulmaa. Hankkeiden näkyvyys verkostoissa ja julkaisuissa lisäsi mielenkiintoisuutta ja vahvisti omaa toimintaa. Saatu prosessityönohjaus auttoi hankeprosessin jäsentämisessä ja prosessin läpikäymisessä. Työparityöskentely onnistui.

HEIKKOUEDET: Mikä meni huonosti / vaikeudet

Mallintaminen on vierasta lastenpsykiatrian klinikassa. Kasteohjelman yleinen muutosvastarinta. Alkuvaikeudet linjaorganisaation ja hanke-maailman, hankekielen yhteensovittamisessa. Työsopimukset lyhytkestoisia 1-2 kk kerrallaan, ”tilan”

saaminen kaikkien muiden muutosten keskellä vaikeaa, klinikassa ei ollut yhteistä linjaa kehittämistyössä, työryhmien välinen kilpailuhenkisyys

MAHDOLLISUUDET: Miten tulosta voi vielä parantaa, käytäntöjä levittää?

Lisäkokemuksen saaminen kotisairaalahankkeen mallin toimivuudesta mm. yhteistyössä perusterveydenhuollon työntekijöiden kanssa. Kotisairaaloiminnan kohdentaminen esim. 3-7 vuotiaisiin lapsiin, mikä tukee varhaisen vaikuttamisen merkitystä.

Syntynyt kotisairaalahankkeen malli laajentaa lastenpsykiatrian palvelutarjontaa.

Kunnille on taloudellisempaa. Ennaltaehkäisee mahdollisesti tulevaisuuden lastensuojelun kustannuksia ja sijoituksia kodin ulkopuolelle ammatillisiin

laitosmaisiiin perhekoteihin. Osastohoidon lyheneminen ja tehostuminen. Perheiden ja lasten oikea-aikainen ja laadukas auttaminen lapsen kasvu ja kehitys-ympäristössä.

Kasteohjelma 2. tuleminen

UHAT: Mikä uhkaa ja miten varmistetaan ylläpito?

Kasteohjelman vieraus, ylimaakunnallinen toimijuus keskustelutti.

Professionaalisen turvallisuuden tunteen vaihtelut ja muutokset.

Laajempien kehittämissympäristöjen vieraus ja perustyön uuvuttavuus ja näköalattomuus.

Hoidon pirstaleisuus, eri erikoisalojen yhteistyön vaikeus, eri erityistasojen ja perustason putkinäköisyys. Yleinen taloudellinen lama yhteiskunnassa.

Uhkia estää:

Yleinen avoin keskustelu työstä ja kehittämisestä. Perheiden äänen kuuleminen ja kuunteleminen. Toisen ja oman työn kunnioittaminen ja arvostaminen. Yleisen taloudellisen tilanteen ja tasa-arvoisuuden kohentuminen yhteiskunnassa.

Jo paljon käytetty nelikenttäanalyysi antoi mielekkään rakenteen hankkeen yleiseen arviointiin. Se osoittautui oikea-aikaiseksi ja hyväksi työvälineeksi hankkeen loppuraportointiin valmistautumisessa. Eri osahankkeiden nelikenttäanalyysit ovat luettavissa kokonaishankkeen loppuraportissa.

Perhohanketta arvioitiin arviointisuunnitelmaan pohjautuen mm prosessityönohjauksissa, hankekokouksissa, projektiryhmäkokouksissa sekä keskusteluissa esimiehen kanssa. Arviointikysymyksinä olivat:

1. Miten Perhohankkeessa on kehittämistoiminta edennyt? Missä on onnistuttu ja missä ei, suhteessa toimintasuunnitelmaan?
2. Onko kotisairaalamallin sisältö toimiva ja tarkoituksenmukainen?
3. Onko kehitetty kotisairaalamalli/vertaistukitoiminta siirrettävissä laajemmin käyttöön yksikössämme/ylimaakunnallisesti?
Millä ehdoilla toimintaa on mahdollista jatkaa ja laajentaa?

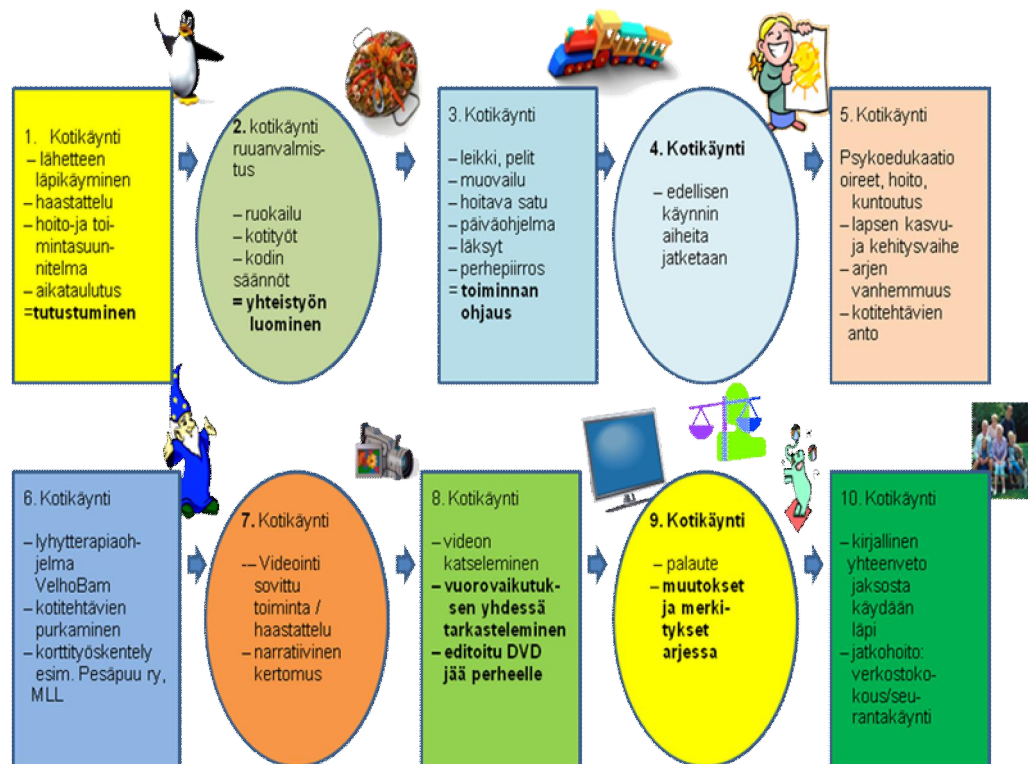
Arvioinnin tarkoituksena oli saada tietoa Kasteohjelman mukaisten tavoitteiden saavuttamisesta (ESH ja PTH), hoidon laadusta, lasten ja heidän vanhempiensa vaikuttamismahdollisuuksista ja asiakaslähtöisyydestä, hankkeen tavoitteiden toteutumisesta sekä mahdollisesti olla operatiivisen johdon työväline päätöksenteossa.

Arvioinnin menetelminä olivat itsearviointi (kehittävät vertais- ja tutustumiskäynnit, Bikva), palautekyselyt perheiltä, lähettäviltä tahoilta sekä tilastot ja taulukot.

Aineistoa arviointiin hankittiin palautekyselyin, vuosittaisista toimintakertomuksista, tilastoista, hoitoyhteenvedoista sekä tiedon keruu – työllä ja osallistumalla Lapset ja perheet Kastehankkeen seuranta/arviointiprosessiin maksatusjaksoittain. Koko Lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittämishakkeesta tehdään erillinen arviointi jatkohankkeen päätyttyä. Kasteohjelmaa arvioinut Net Effect Oy on julkishallinnon tutkimus- ja konsulttiyritys.

3. PERHEEN ARJEN SÄRÖISYYS JA SEN EHEYTTÄMINEN

Kotisairaalamajakson tavoitteena on lisätä perheen selviytymistaitoja ja toimintakykyä ja antaa perheelle kokemus arjen struktuurista, toimijuudesta ja välittämisestä. Kotisairaalamajakson lähtökohtana on edellyttää lapselle jo aiemmin tehtyjä perustutkimuksia. Kotisairaalamajakso alkaa yhteisellä kotikäynnillä perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon klinikkaryhmän työntekijän kanssa ja päättyy yhdessä järjestettyyn verkostokokoukseen tai seurantakäyntiin. Perhe käy jakson aikana erikoislääkärin vastaanotolla tai lääkäri tulee mukaan kotikäynnille. Jakson aikana tehdään päiväkotitai koulukäynti.



Kotisairaalamalli sisältää 10 kotikäyntiä; 1-3 krt/viikko, ensimmäisellä kerralla aikataulutetaan ainakin viisi seuraavaa kotisairaalakäyntiä. Käynnin kesto on 2-5h/kerta, jakson kokonaiskesto noin 1 kk-2 kk. Kirjallinen hoito- ja toimintasuunnitelma tehdään yhdessä perheen kanssa arki-selkokielellä.

Kotisairaalamallista on kerätty sekä suullista että kirjallista palautetta vanhemmilta sekä lähettäviltä tahoilta. Työntekijöinä olemme kotikäynneillä koonneet kokemuksia eri työmenetelmien toistuvuudesta ja toimivuudesta. Prosessityönohjauksessa olemme yhdistäneet teoreettista, palautteista tullutta sekä kokemuksellista tietoa ja tuloksena on syntynyt tarpeenmukainen räätälöity mallinnettu kokonaisuus.

3.2 Työmenetelmät

3.2.1 Arjen vuorovaikutustilanteet/toiminnan ohjaus

”Terve, iloinen ja ikänsä edellytysten mukaisesti selviytyvä lapsi on toive ja lähtökoh-
ta uudelle elämälle. Kun tämä ei toteudukaan, on koko elämä arvioitava uudelleen, ei
vain lapsen tulevaisuuden, vaan myös vanhempien ja koko perheen oman elämänhal-
linnan ja sopeutumisen näkökulmista. Ammattilaisten verkosto astuu mukaan lapsen
ja perheen elämään. Lapsen perhe ja lähipiiri tarvitsevat tietoa, rohkaisua ja ohjausta
kyetäkseen tukemaan lapsensa tai nuorensa kokonaisvaltaista kuntoutumista.” (Nina
Melamies ym.2004 s. 103)

Lasten hoitamisessa ja kuntoutuksessa voidaan olla rakentamassa kokonaan jotain uut-
ta taitoa tai sosiaalista kykyä tai luomassa turvallista kehystä lapsen maailmaan. Kun
hoitamisessa ovat kotona mukana vanhemmat ja sisaret, hoitotilanne liittyy luontevasti
ja hallitusti lapsen ja hänen perheensä arkielämään. Kaikki lapsen kasvu tapahtuu suhte-
teessa hänelle läheisiin ihmisiin. Lapsi kehittyy vuorovaikutuksessa lähiympäristönsä
kanssa. Lapsen kasvaessa tulevat kodin rinnalle päiväkoti ja koulu sekä muut kasvu-
ja kehitysympäristöt. Lapsen kehityksen kannalta oleellisinta on kaikki se päivittäinen
toiminta, jossa lapsi on mukana. Erilaiset vuorovaikutus- ja toimintatilanteet luovat
lapselle kasvuperustan. Päivittäisten toimintojen muutoksia ohjaa perheen oma perhe-
kulttuuri. Perhekulttuurin tunteminen auttaa ammatti-ihmistä ymmärtämään vanhem-
pien tapaa toimia ja kommunikoida.

Päivittäiset toimintatilanteet kuten ruokaileminen, erilaiset kotityöt, iltasadun lukemi-
nen ym. arjen tilanteet, joissa perheen jäsenet ovat vuorovaikutuksessa keskenään,
ovat tärkeitä lapsen hoitoon ja kuntoutukseen vaikuttavia tekijöitä. Lapsen toimin-
taympäristössä, kotona, päiväkodissa, koulussa ja harrastuksissa on hyvä oppia arvos-
tamaan tavallisia toimintoja, jotka jo sinällään tukevat lapsen kehitystä. Niiden ympä-
rille voidaan rakentaa toiminnan ohjauksen avulla elementtejä, jotka helpottavat lap-
sen osallistumista tai poistavat esim. oppimisen esteitä. (Nina Melamies ym. 2004)

Kotisairaalajaksolla toiminnan ohjauksen menetelmiä ovat esimerkiksi toiminnan jä-
sentäminen kuvallisen päiväohjelman avulla, leikki, hoitavat sadut sekä piirtäminen.
Hoitava ja kuntouttava arki ei kuitenkaan saa viedä lapsen ja läheisten elämästä luon-
nollista ja rauhallista yhdessäoloa, läheisyyttä, hyväksyntää ja kiintymistä. Perheiden

arjessa on paljon tilanteita, tapahtumia ja kokemuksia, joissa perheenjäsenten vuorovaikutukset syntyvät, vahvistuvat ja seuraavat toinen toisiaan. Vuorovaikutuksessa on toimintojen, tekemisten ja yhdessäolon ohella aina esillä myös lasten ja vanhempien tunteet ja niiden jakaminen. Perheen terveys ja hyvinvointi koostuvat yksittäisten perheenjäsenten jaksamisesta, perheen toimivuudesta sekä taidoista ja kyvyistä ratkaista perheen kohtaamia uusia elämäntilanteita, kehitysvaiheita tai vaikeuksia. Vanhempana oman roolin tiedostaminen ja sisäistäminen tuo hänelle itselleen voimavaroja ja rohkeutta kohdata arjen haasteita. Hoito ja kuntoutus kotona parhaimmillaan antaa vanhemmille mahdollisuuden nähdä itsensä ja lapsensa uudella tavalla. Vanhemmat herkistyvät näkemään lastensa tarpeet ja oppivat vastaamaan niihin. Kotisairaalahakso on koko perheen hoitoa. Tärkeänä osana on sisarten mukaan ottaminen erilaisiin hoidollisiin tilanteisiin. Sisarusuhde voi olla oireilevan lapsen kannalta selviytymistä tukeva, mallia antava. Sisaret tarvitsevat myös tietoa ja rohkaisua kertoakseen niitä kokemuksia, joita heillä itsellään on. Asioista ja tunteista ääneen puhuminen sekä niiden sanoittaminen on merkityksellistä.

Asiakaslähtöinen organisaatio edellyttää asiakkaan mukaan ottamista keskusteluun ja päätöksen tekoon. Asiakkaan ja ammattilaisen välille syntyy aitoa, tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuorovaikutusta. Lasten kohdalla tämä merkitsee yhteistyötä: ammatti-ihminen on omalla asiantuntemuksellaan lapsen ja vanhempien käytettävissä, kun etsitään ratkaisuja lapsen tilanteeseen. Pohjana tälle on yhteisen kielen ja luottamuksen löytyminen. (Nina Melamies ym. 2004)

3.2.2 Kotisairaalahaksoilla käytettyjä toiminnanohjausmenetelmiä

Leikki työvälineenä lapsen kanssa

Leikin käyttö lasten hoitamisessa on ollut aina yleistä lastenpsykiatriassa. Leikki on lapsen kieltä ja hän tarvitsee sitä kaikkina ikäkausina. Leikeissä lapsi harjoittelee niitä tärkeitä taitoja, joihin hänellä kulloinkin ovat valmiudet. Leikki on lapsen tapa elää ja toimia, harjoitella, kehittyä ja oppia. Leikki tarjoaa lapselle monipuolisia kokemuksia, mahdollisuuksia sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja tunteiden ilmaisemiseen. Leikki kehittää mielikuvitusta ja jäsentää ja syventää tietoa ihmisten välisissä suhteissa sekä aikuisen työtehtävissä. Leikin avulla lapsi voi kokemuksiaan ulkoistaa ja etäännyttää.

Leikkimisen voidaan ajatella pitävän sisällään monenlaiset luovat toiminnot kuten maalaamisen, askartelun, muovailun, näyttelemisen, laulamisen, soittamisen, musiikin kuuntelun, tanssimisen sekä liikunnan ja retkeilyn. Leikin mahdollistaminen vaatii hoitajalta luovuutta ja uskallusta heittäytyä joskin itsekin ”lapsen tilaan”. Se on tietois- ta ymmärtämistä leikin monikerroksisuudesta lapsen arkisessa elämässä ja hänen kehi- tyksessään. (Lahdenperä, Pesonen 1996) Leikkiminen on vastavuoroista toimintaa, jo- ka vaatii potentiaalista tilaan. Winnicot (1981) pitää luottamusta potentiaalisen tilan kehittymisen edellytyksenä.

Leikin parantava voima perustuu tunteiden toistuvaan läpikäymiseen oloissa, joita lapsella on mahdollisuus itse hallita. Leikkiessään lapsi voi luoda todellistakin pa- hempia kauhutilanteita ja kokeilla niihin erilaisia loppuja-vapaus ratkaista tilanne eri tavoin mahdollistaa tunteen sen hallitsemisessa. (Sandberg, 2000)

Leikin vaihteita on määritelty mm Jean Piaget’n mukaan. Leikkiä voidaan myös arvi- oida erilaisten kehitettyjen arviointimenetelmien avulla. Perhohankkeen aikana tähän oli mahdollista perehtyä lisää toimintaterapiaopiskelijan suorittaessa käytännön har- joittelua kotisairaalassa.

Kotisairaalajaksolla leikkivälineet tuodaan lapselle kotiin perustuen niiden terapeutti- sen merkitykseen. Nämä kotisairaalakäynnit olivat hyvin odotettuja ja antoisia. Leik- kiin oli mahdollista osallistua myös sisarusten.

Hoitavat sadut

Satujen hoitavasta vaikutuksesta on kirjoitettu paljon. Sadut tunnetaan kaikkialla maa- ilmassa. Kotisairaalahoidossa olevat lapset tarvitsevat tukea ja apua psyykkiseen kas- vuunsa ja tunne-elämänsä tasapainottamiseen. Lapsella on mahdollisuus levähtää ja saada etäisyyttä omaan maailmaansa seuratessaan tarinan kulkua ja elämällä sitä yh- dessä sadun hahmojen rinnalla. Lapsen ei tarvitse ajatella tietoisesti itseään käsitelles- sään sisintään satujen kautta. Satua kuunnellessaan lapsi saa aikuisen läsnäoloa ja tur- vallisuutta. (Mäki ja Arvola 2009)

Kotisairaalajaksolla käytetään paljon perinteisiä Grimmin satuja, koska mm Bettel- heim (1984) mukaan nämä sadut selkeyttävät lapsen mielen sisäistä kaaosta. Yleensä koko perhe kuuntelee satua työntekijän tai vanhemman sitä lukiessa. Satujen valinnas-

sa huomioidaan lapsen psyykinen tilanne, vastaanottavaisuus ja hänen kehityksellinen tarpeensa.

Perhepiirros

Käsitys perheestä on vuosisatojen kuluessa kokenut muutoksia. Perhemuodot ovat moninaistuneet. Traditionaalisesti perhe on ymmärretty äidin, isän ja yhteisten lasten muodostamaksi ydinperheeksi. Todellisuudessa se on kuitenkin muuttunut toisenlaiseksi; on noussut erilaisia kulttuurisesti hyväksyttäviä perhemuotoja kuten ydinperheet, uusperheet, suurperheet, sateenkaariperheet, perhemuodostelmat ja yksinasuvat. Perhepiirroksen avulla tiedetään ketä lapsi itse kokee perheeseensä kuuluvan. Kotisairaalajaksolla on tavanomaista, että kukin perheenjäsen piirtää oman perhepiirroksen, joita sitten yhdessä tarkastellaan.

3.2.3 Psykoedukaatio

Psykoedukatiivista perhetyötä käytetään apuna vähentämään lapsen ja perheen traumaattisia kokemuksia sairaudesta. Sen avulla kehitetään myös lapsen ja perheen kommunikaatiota, jolloin perhe pystyy itsenäisesti selviytymään arjessa esiin tulevista ongelmista. Psykoedukatiivinen perheohjaus keskittyy neljään osa-alueeseen: tiedon antoon psyykkisestä sairaudesta, stressin säätelyyn, vuorovaikutustaitoihin ja ongelmanratkaisutaitoihin. (Johansson 2007)

Lapsi, vanhemmat, sisarukset ja hoitaja pyrkivät pääsemään yhteiseen ymmärrykseen siitä, kuinka lapsi on sairastunut ja mitä sairastumisen aikana on tapahtunut ja miten oireet ovat perheen arkeen vaikuttaneet.

Perheenjäsenillä tai sukulaisilla saattaa olla vääriä käsityksiä ja uskomuksia sairaudesta ja diagnoosista, joiden tilalle annetaan oikeaa tietoa oireista, sairaudesta ja hoitamisesta. Vanhemmat yleensä toivovatkin saavansa tietoa oireista, sairaudesta, sen periytyvyydestä nykykäsityksen mukaisesta kehittämisestä, hoidoista, lääkityksistä, ennakkooireista, kognitiivisista häiriöistä, sairauden etenemisestä ja toipumisesta.

Vanhemmat saattavat tuntea syyllisyyttä ja häpeää lapsensa sairastumisesta, mitä pyritään vähentämään. Käytännön tasolla mietitään, kuinka kotona selvitetään yhdessä oi-

reilevan lapsen kanssa. (Johansson 2007,29)

Kotisairaalajaksolla psykoedukatiivinen kotisairaalakäynti tehdään mahdollisuuksien mukaan yhdessä hoitavan lääkärin kanssa. Psykoedukaatioissa käytetään myös kirjallisia oppaita, jotka käytännössä ovat osoittautuneet toimiviksi.

3.2.4 Lyhyt terapiaohjelma Muksuvelho Bam

Muksuvelho Bam on Muksuoppiin perustuva tietokoneohjelma, joka auttaa lapsia voittamaan ongelmia. Ohjelma on suunnattu 4-12-vuotiaille lapsille, mutta sen avulla voivat myös nuoret ja aikuisetkin ratkoa ongelmiaan. Keskustelu Bamin kanssa kestää puolesta tunnista tuntiin. Ohjelmasta on kaksi versiota, yksi jossa Bam auttaa lapsia pääsemään eroon pahoista tavoista sekä toinen, jossa hän auttaa lapsia voittamaan pelkoja.

Keskustellessaan Bamin kanssa lapsi tarvitsee vierelleen aikuisen, joka auttaa häntä ymmärtämään Bamin kysymykset ja vastaamaan niihin.(Lyhytterapiainstituutti 2011) Kotisairaalajaksoilla suurin osa lapsista toivoi VelhoBamin auttavan pelkojen voittamisessa.

Kotisairaalajakson malliin sopii hyvin lapsen ja vanhemman yhteinen työskentely tietokoneella. Työvälineenä Muksuvelho Bam auttaa lasta ja vanhempaa vuorovaikutuksessa sekä innostaa ja kannustaa lasta vanhemman avustuksella löytämään selviytymiskeinoja.

Monta kertaa vanhemmat kertovat kokevansa saavansa yllättävää tietoa lapsen peloista sekä tavasta ajatella.

Työntekijälle ohjelma toimii hyvänä apuna havainnoimisessa sekä lapsen ”sisäiseen maailmaan” pääsemisessä.

Lapsen pelot

Kun lapsi pelkää, vanhemman on hyvä rauhoittaa itseään muistuttamalla, että pelot lieventyvät ja menevät yleensä ohi lapsen kasvaessa. Silloin kyseessä on lapsen eri kehitysvaiheisiin liittyvistä muutoksista. Vaikka pelkääminen onkin ohimenevää, lasta ei saa jättää yksin pelkonsa kanssa.

Myös vaikeat tunteet, kuten pelko, viha tai häpeä, kuuluvat ihmisyyteen. Peloista ei

ole tarkoitus päästä täysin eroon, eikä pelottomuus varmasti olisi lapsen tai aikuisen tunne-elämälle hyväksikään. Voi olla, että jo kerran voitettu pelko palaa myöhemmin taas pintaan. Lapsen pelko saa usein vanhemmassa aikaan vahvoja tunteita. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2011)

Lapsen käytösongelman taustalla on useimmiten pelkoja, joiden hoitamisessa intensiivisempi työskentely on välttämätöntä. Lastenpsykiatrisissa häiriöissä käytöshäiriö on yksi yleisimmistä diagnooseista ja se vaatii erityisosaamista hoitavalta taholta ja vankkaa yhteistyötä lapsen vanhempien ja kasvu- ja kehitysyhteisöjen kanssa.

3.2.5 Videointi/Editointi

Hoitoa ja kuntoutumista voidaan hahmottaa ja tutkia myös ihmisten elämäntarinoiden kautta. Tarinallisen lähestymistavan näkökulmasta katsottuna ihminen sekä kertoo elämästään että elää elämäänsä tarinoiden kautta. (Valkonen 2002) Kotisairaalahajoksella videoinnissa otetaan otoksia perheen arjesta ja editoinnin avulla koostetaan niistä narratiivinen kertomus. Oman arjen tarinan jäsentyminen voi auttaa vanhempia laajentamaan näkökulmaansa tilanteeseen, löytämään ehkä uusia positiivisempia merkityksiä ja valitsemaan mielekkäämpiä toimintatapoja. Oman arjen tarinan ”uudelleenmuotoileminen” voi lisätä mielekkyyden ja mahdollisuuksien kokemusta. Tarina voi eheyttää ja vakauttaa. (Valkonen 2002)

Lapselle oman itsensä ja oman toimintansa näkeminen videolta on tärkeää. Oma kuvaansa ja toimintaansa katsoessaan lapsi usein ihmettelee ja sanoo sen olevan erilaista kuin hän oli luullut. Lapset haluavat yleensä katsoa videota uudelleen ja on tärkeää jättää editoitu DVD perheelle.

3.3 Moniammatillinen yhteistyö

Lasten kuntoutuksen ja kasvatuksen yhteensovittamisessa on kyse lapsen toiminnan verkostosta, jossa tärkeintä on selvittää, mitä tukea ja toimintoja lapsi tarvitsee. Verkoston tehtävänä on tukea lasta ja saada lapselle ja perheelle taitoja arjessa toimimiseen. Lapsen kohdalla tämä tarkoittaa ongelmien ja vahvuuksien tunnistamista, mahdollisten tukimuotojen selvittämistä ja suunnittelua sekä asioista sopimista ja seuranta. Tutkimustuloksista käy myös ilmi, että lapsen kuntouttavan arjen arviointi ja

suunnittelu on pääsääntöisesti aikuisjohtoista toimintaa. Erityiskasvatuksella ja opetuksella on suuri merkitys lapsen arjen järjestämisessä kuntouttavaksi (Kontio 2010) Asiantuntijoiden mukaan haasteena verkostomaisesti toimivien palvelujärjestelmien tiimityössä on saada osallistuminen, yhteistyö ja vuorovaikutus kehittymään yhdessä johtamiseksi eri verkostojen välillä. Uusien yhteiskunnallisten ongelmien käsitteleminen ja ratkaisujen löytäminen vaatiikin toimijoilta rohkeutta, voimavaroja ja aikaa. Lisäksi tarvitaan esimiesten ja johdon kannustusta, luottamusta, yhteistyöajan resursoimista ja avoimuutta, joka mahdollistaa entistä välittömämmän kanssakäymisen yhteistyökumppaneiden kesken. (Kontio 2010)

Tärkeää on kuinka hyvin yhteistoiminnasta saadut kokemukset kyetään käsittelemään yhdessä muiden kanssa ja miten toiminta muuttuu enemmän asiakaslähtöiseksi.

Moniammatillisen yhteistyön tekeminen edellyttää yhdessä oppimista. (Kontio 2010) Kotisairaaloiminnassa moniammatillista yhteistyötä tehdään lastenpsykiatrian klinikan tiimeissä, perusterveydenhuollon sekä sosiaalitoimen ja muiden kunnan peruspalveluiden kuten esim. opetustoimen, neuvoloiden sekä yksityisten palvelutuottajien ja järjestöjen kanssa..

3.4 Kotisairaalahakson dokumentointi

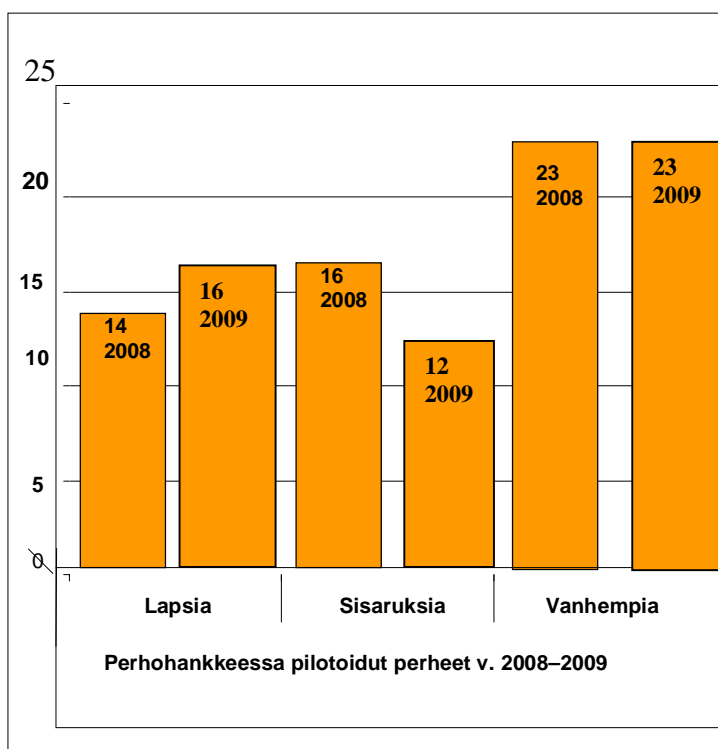
Kotisairaalahakson kirjaus tehdään lapsen sairauskertomukseen Hoke-psy -lehdelle yhteenvedona. Joka käynniltä kirjataan aika, läsnäolijat, teema sekä käynnillä korostuneet asiat ja huomiot. Yksittäisten käyntien lyhyt kirjaus on myös auttanut loppuyhteenvedon tekemistä. Hankkeen aikana Pkssk:n potilastietojärjestelmäksi vaihtui mediatri ja tästä johtuen aiemmin luotu kirjaamiskäytäntö muokattiin mediatriin mukaiseksi. Kotisairaalahakson kirjaamisessa yhteenvedon pohjana on käytetty hoitotyön prosessia. Tarpeen määrittelyssä sekä hoidon tavoitteissa käytetään lähetetietoja, mutta täydennetään niitä ensimmäisellä kotisairaalahaknyillä perheeltä tulleilla asioilla ja arkiselkokielellä. Hoidon suunnittelu ja toiminnan toteutus sekä tulosten arviointi tehdään yhteistyössä perheen kanssa mallin mukaisilla kotisairaalahaknyillä. Kirjallisen yhteenvedon vanhemmat saavat halutessaan itselleen.

Hoidon kirjaamisen lisäksi mediatriin on tehtävä tilastointi ja laskutukset käynneistä sekä muut vaadittavat kirjaukset/merkkaukset liittyen lapsen ja perheen hoitoon kuten lupa-asioihin, lääkärin määräyksiin. Verkostokokoukset kirjataan erillisinä tapahtumina.

3.5 Toteutus ja tulokset

Kotisairaalahanketta on toteutettu pääsääntöisesti hankkeeseen palkattujen työntekijöiden työnä. Lisäksi mallia on kokeiltu yhteistyössä lastenpsykiatrian osaston kanssa osastohoidosta kotiutuvan lapsen jatkohoitona sekä Kasteohjelman mukaisesti myös yhteistyönä perusterveydenhuollon ja lastensuojelun työntekijöiden kanssa. Näistä kokeiluista on kerätty palaute lastenpsykiatrisen osaston, perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen työntekijöiden kuin perheidenkin taholta. Kokemukset ovat olleet myönteisiä, mutta vielä riittämättömiä tutkimuksellisen tiedon saamiseksi.

Toiminta kuitenkin juurrutetaan esimiesten päätöksellä osaksi lapsen ja perheen lastenpsykiatrista kokonaisuhoitoa.



Vuonna 2009 kotisairaalahoidossa oli kaikkiaan 16 lasta ja 15 perhettä, joista kotisairaalahankkeella 11 lasta ja 10 perhettä. Yhdessä perheessä oli kaksi diagnosoitua lasta. Viiden lapsen kohdalla kotisairaalahankkeella oli toteutunut aiemmin vuosina 2007–2008 ja vuonna 2009 toteutettiin hoitoon liittyviä seurantakäyntejä tai jatkohoito-/verkostoneuvotteluja. Lasten ikäjakauma oli 3–14 vuotta. Lapsista 3 oli alle kouluikäisiä ja 11 alakouluikäisiä ja 2 yläkouluikäisiä. Poikia oli 11 ja tyttöjä 5. Hoidon piirissä oli kaikkiaan 51 perheenjäsentä, joista sisarusia 12 ja vanhempia 23. Palautekyselyjen kautta saatu palaute on ollut hyvää. Perheet ovat kokeneet hyötyneensä jaksosta. Jaksota on ajoittain toivottu pidempikestoiseksi.

Kiinnostus kotisairaalahankkeen mallinnusta kohtaan on tuonut paljon yhteydenottoja ja vierailuja. Tämä on ollut myönteinen yllätys ja lisäarvo ja avannut mahdollisuuksia työskennellä ylimaakunnallisesti eri toimijoiden kanssa.

Parhaillaan on menossa videotyönohjaus ESSHP:n lastenpsykiatrian pkl kanssa heidän aloittaessaan kokeilun mallin mukaisesta kotisairaalahankkeesta.

Pkssk:n lastenpsykiatrisella osastolla kokeilun jälkeen on myös jatkettu kotisairaalahanketta ja tällä hetkellä jakso toteutuu kolmen lapsen kohdalla.

4. VERTAISTUKIRYHMÄ

4.1 Vertaistukiryhmän suunnittelua

Jo Perhohankkeen alkuvaiheessa hanketyöntekijöillä oli selkeä käsitys lasten vanhempien osallisuudesta hoitoprosessiin. Molemmat työntekijät ovat työskennelleet pitkään myös aikuispsykiatriassa ja nähneet konkreettisesti mm. vanhempien mielenterveyshäiriöiden toimintakykyä haittaavia arjen pulmia mm. masentuneiden äitien lasten erityiset haasteet ehjälle kasvulle ja myönteiselle minäkuvulle. Mielenterveyden osa-alueiksi on mainittua muun muassa oman elämän ja sen merkityksen ymmärtäminen, itsensä arvostaminen, kyky ja halua oppia, kokemus omasta tarpeellisuudesta yhteisössä, ystävyys-suhteet ja läheiset ihmiset, mielekäs työ tai harrastus, kyky selvittää ristiriitoja, taito puhua mieltä painavista asioista sekä riittävä aineellinen perusturva, kohtuullinen taloudellinen toimeentulo sekä turvallinen asuinympäristö. Mielenterveyden määrittely on aina sidoksissa aikakauteen, kulttuuriin, yhteiskunnan normeihin, lainsäädäntöön ja ihmisten tarpeisiin (Salonen 1977).

PKSSK:n Minerva hankkeen Asiakastyöryhmän tuotoksena nousi vahvasti esille potilas- ja omaisyhdistyksien toiminnassa voimaannuttava vertaistuki (Pesonen 2005). Perhohankkeessa toisella hanketyöntekijällä oli kokemusta kolmannen sektorin toiminnasta vammais- ja mielenterveysjärjestöjen arjessa, jossa vertaistuki nousi näkyväksi toimintamuodoksi. Siellä toiminnan organisoiminen oli luontevaa ja helppoa verrattuna julkisen sektorin jäykäköihin toimintamuotoihin. Sosiokulttuurisessa mielessä järjestöt pystyivät ”tarjoamaan eri elämäntilanteessa oleville kansalaisille elämää, ojentamaan ystävyden käden ja madaltamaan hallintorakenteita” tarjoamalla erilaisia vertaistukiryhmiä. (Kurki 2000)

Perhohanke kehitti, suunnitteli ja toteutti psyykkisesti sairaiden lasten vanhemmille vertaistukiryhmän yhteistyössä P-K:n MLL:n ja Kotikartanoyhdistys ry:n kanssa. Vertaistukiryhmä toiminta myös arvioitiin.

4.2 Vertaistukiryhmätoiminnan arviointi BIKVA – arviointimallilla (erillisenä tiedostona)

5. PERHOHANKE OSANA PKSSK:N LASTEN JA NUORTEN SAIRAUKSIEN KLINIKKARYHMÄN KOTISAIRAALATOIMINNAN KEHITTÄMISESSÄ

5.1 Taustaa klinikkaryhmän kotisairaaloiminnasta

Tiedonkeruu eri klinikoiden kotisairaanhoidosta / kotiin viedystä hoitotyöstä on ollut mielenkiintoinen ja haastava prosessi. Syntynyt materiaali antaa selkeän käsityksen nykytilanteesta vaikka aineistossa ei kaikkia kotihoitotyötä tekeviä työntekijöitä kuulukaan, enemmistöä kyllä.

Tavoitteena on, että Lasten ja nuorten sairauksien klinikkaryhmän operatiiviselle johdolle, ylilääkäreille, ylihoitajalle ja kotiin vietyä hoitotyötä tekeville työntekijöille kerätystä aineistosta olisi hyötyä kotisairaaloimintaa edelleen kehitettäessä.

Käsiteanalyysin tekeminen jatkossa on tarpeellinen ja se yhdenmukaistaisi yhteistä ymmärrystä siitä mitä klinikkaryhmässä kotisairaaloiminnalla tarkoitetaan ja miten kukin klinikka oman kotisairaaloimintansa määrittelee.

Perhetyöstä, kotiin viedystä hoitotyöstä, kotisairaaloiminnasta on viitekehuksesta johtuen erilaisia painotuksia. Perhohankkeessa on viitekehystenä ollut perheterapeuttinen ja hoitotyön auttamismenetelmiin pohjautuva työote.

Laajimmillaan perhetyö on kaikkea perheiden kanssa tehtävää työtä kotona, terveyden- ja sosiaalihuollon tiloissa tai erillisissä laitoksissa. Samoin se voi tarkoittaa lastensuojelullisia, perheterapeuttisia tai preventiivisiä palveluita (Heino, Berg & Hurting 2000).

Myös hoitotieteellisestä viitekehuksesta on kotiin vietyä hoitotyötä kehitetty jo vuosia. Friis, Eirola & Mannonen (2004) ovat todenneet kotiin viedyn hoitotyön tärkeäksi väyläksi kun kehitetään hoitomuotoja sairaalahoidon ja avohoidon piirteitä yhdistäväksi toimintamuodoksi.

Friisin (2004) mukaan kotiin viety perhetyö antaa mahdollisuuden kehittää hoitotyötä entistä enemmän avohoidon suuntaan. Työ on luonteeltaan hedelmällistä, joskin raskasta ja vaativaa. Laitos- tai toimistoympäristössä työntekijät ovat omassa ympäristös-

sään, kun taas asiakkaan kotona he ovat mukana perheen omassa arjessa ja ympäristössä.

Lapsen näkökulmasta katsottuna kotihoidossa on useita etuja osastohoitoon verrattuna. On useimmiten inhimillistä, että lapsi voi elää ja kasvaa omassa ympäristössään. Hän ei myöskään leimaudu potilaaksi. Lapsen oireita pyritään ymmärtämään ja toimivia ratkaisuja etsitään lapsen elinpiiristä. Perheille ja vanhemmille kotihoito viestii luottamusta, joustavuutta ja inhimillisyyttä.

Koti on ympäristö, joka on perheen todellisuutta. Fyysisenä ympäristönä se voi antaa jäsenilleen virikkeitä tai olla myös stressin lähde. Sosiaalinen ympäristö on vuorovaikutusympäristö niin lapsen ja hoitajan kuin vanhempien ja hoitajan välillä. Sosiaalinen tuki vaikuttaa myös ihmisen terveyteen. Symbolinen ympäristö sisältää perheenjäsenten roolit ja kodin ilmapiirin.

Psykologisesti ajateltuna koti on minän jatke. Se on paikka, jossa perhe kohdataan aidosti. On myös mahdollista, että perheen ongelmat tulevat paremmin esille kotikäynnin aikana. Kodilla kerrotaan itsestä ja se on osa ihmisen identiteettiä ja itseilmaisua. Kodissa fyysinen ja mentaalinen sekoittuvat toisiinsa. Kodin tunteminen auttaa työntekijöitä arvioimaan vanhempien neuvonnan ja avun tarvetta.

Työntekijä kohtaa perheen kotona erilaisia arkipäivän tilanteita kuten nukkumista, pukeutumista, syömistä ja lasten leikkimistä. Koti on perheen maaperä ja reviiiri, jossa työntekijä on vieraana. Kotona tapahtuvalla kohtaamisella on tärkeä symbolinen merkitys. Kutsu kotiin on työntekijälle positiivinen lupaus ja mahdollisuus yhteistyön käynnistymisestä. Tällä tavoin toteutettu työskentely korostaa perheen ainutlaatuisuutta, kokonaisvaltaisuutta, joustavuutta sekä perheen ja työntekijän välistä yhteistyösuhdetta. (Friis 2004.)

Kotiin viety hoitotyö on luonteeltaan sekä yksilö- että perhelähtöistä. Perhelähtöisyys antaa mahdollisuuden ymmärtää lapsen vaikeuksia monesta näkökulmasta. Tämä merkitsee luopumista yksipuolisesta asiantuntijuudesta, jolloin perhe saa luvan toimia oman elämänsä asiantuntijana omassa tutussa ympäristössään. Työntekijälle kotiin viety perhetyö tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden liittyä perheeseen, tutustua heidän arkeensa ja kokea perheen elämää ja toimintaa toisella tavalla kuin perinteisessä avo- ja sairaalahoidossa. Kotona käyminen antaa monipuolista ja elävää tietoa perheen arjesta selviytymisestä. Kodin ja sen jäsenten tapa toimia antavat informaatiota, jota

muulloin on vaikea tai mahdotonta saada. Myönteiset viestit voidaan heijastaa takaisin perheelle. Negatiiviset viestit voivat antaa vihjeen siitä, mitä olisi tärkeä kysyä. Tämä mahdollistaa kokonaisvaltaisen käsityksen saamista perheestä. (Friis, 2004.)

Perheen kotona ollaan hyvin syvällisten ihmisyyteen liittyvien asioiden äärellä. Työntekijä joutuu ottamaan myös riskin, että hänellä ei ole vastausta valmiina kaikkeen.

5.2 Tiedonkeruutyö ja opintokäynnit

Sähköpostikyselyssä kartoitettiin eri klinikoiden kotisairaalityötä tekevien työntekijöiden ja heidän esimiestensä toiveita klinikkaryhmän kotisairaaloiminnan kehittämiseksi. Saadun palautteen perusteella päädyttiin järjestämään kaksi opintokäyntiä sekä tekemään tiedonkeruutyötä.

Kotisairaalityötä tekeviksi työntekijöiksi katsottiin kuuluvaksi tässä hankkeessa kaikki ne työntekijät, jotka jalkautuivat lapsen ja perheen kasvu- ja kehitysyhteisöihin. Lisäksi klinikoiden osastonhoitajat osallistuivat opintokäynneille sekä tiedonkeruukyselyyn.

Keväällä 2009 klinikkaryhmässä kotisairaalityötä toteutti 14 työntekijää. Keskimääräinen kotikäynnin kesto ilman matkoja oli noin 2h. Kestoltaan pisimpiä kotikäyntejä tekivät lastenklinikan kiikkusairaanhoitajat sekä Perhohankeen työntekijät. Kotikäyntien tiheys vaihteli 1-2 kertaa/viikko. Vuosittain koko klinikassa tehdään noin 1200 kotikäyntiä ja pääasiassa työnparin kanssa. Eniten jalkautuvia työpareja toimii lastenpsykiatrian klinikassa. Kastehengen mukaisesti yhteistyötä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa tekivät kaikki työparit. Koko hankkeen aikana kukin klinikka työskenteli esimiestensä johdolla itsenäisesti kehittääkseen ja määritelläkseen omaa kotisairaalityöskentelyään sekä kohderyhmäänsä mm pohjautuen hoitoisuuteen, diagnoosiin, verkostoihin.

Opintomatkat tehtiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin Tayks:in 6.-7.5.2009 sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden Eksoteen ja Rajan Lapset hankkeeseen 20.9.2010. Kaikkiaan opintomatkoille osallistui 33 työntekijää. Molemmilla opintokäynneillä yleisen tutustumisen lisäksi tutustuttiin oman klinikkaryhmän kaltaiseen konkreettiseen käytännön työhön.

Vapaamuotoinen palaute TAYKS:n opintokäynnistä koottiin osaksi tiedonkeruu työtä. Yleisesti opintokäyntien antiin oltiin tyytyväisiä ja ne koettiin avartavina kokemuksina. Monet kokivat oman työn merkityksen lisääntyvän ja oman erikoisalansa osaamisensa hyväksi ja tärkeäksi. Lisäksi käynnit laajensivat näkemystä kotisairaaloiminnan kehittämisestä omassa organisaatiossa ja valtakunnallisissa trendeissä. Käynnit innostivat monenlaisiin yhteisiin matkakeskusteluihin ja näin klinikkaryhmän klinikoiden työntekijät tulivat tutuiksi keskenään ja samalla he toivat näkyväksi omaa työtään. Tiedonkeruu on tämän hankkeen liitteenä.

5.2 Yhteistyö Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman kanssa

Hankkeen tiedonkeruu kyselyn perusteella nousi myös esille kotisairaalakäsitteen analyysin tarpeellisuus. Toimeksiantoon vastattiin myönteisesti P-K:n AMK:n hoitotyön koulutusohjelmasta ja sh-opiskelija Reetta Hirvonen aloitti syksyllä 2010 opinnäytetyönsä kotisairaala-käsitteen määrittelystä PKSSK:n Lasten- ja nuorten sairauksien klinikkaryhmän näkökulmasta.

Lisäksi opinnäytetyöhön kuului klinikkaryhmälle järjestettävän kehittämisiltapäivän ryhmätyömenetelmä Learning Cafen avulla rakentaa yhteistä määritelmää kotisairaalityölle.

Kehittämisiltapäivä toteutettiin 16.9.2010 ja ryhmätyön tuotoksena syntyi materiaalia kotisairaalan tarkoituksesta ja tavoitteista, asiakkaista ja kohderyhmistä, hoitoprosessista, henkilöstöstä ja työmuodoista sekä kotisairaalityön ominaispiirteistä.

Kehittämis-iltapäivään osallistui yhteensä 30 henkilöä, joukossa oli niin työntekijöitä kuin esimiehiäkin.

Opinnäytetyön käytännön ohjaajana toimi määräaikaisesti mm. Kotikartanoyhdistyksen kriisikeskuksen johtaja, Thm Leila Friis.

Opinnäytetyö valmistuu keväällä /2011, jolloin se liitetään tämän hankkeen liitteeksi ja se on tarpeen mukaan käytettävissä kotisairaaloiminnan kehittämistyössä.

6. KUN UNET KAIKKOAA

Vauvojen yöaikainen vuorovaikutushoito

Vauvojen yöaikainen vuorovaikutushoito lastenpsykiatrian klinikassa saatiin käynnistettyä Kaste 1 - hankkeen ansiosta. Sairaanhoitaja voitiin palkata kahden viikon ajaksi hankerahoilla. Sen jälkeen Pkssk lastenpsykiatrian osasto 15 palkkasi sairaanhoitajan määräaikaaisesti vauvojen yöaikaisiin vuorovaikutushoitoihin.

Liitteenä on Virpi-Mari Viinikaisen: Yöhoitajaksolla Perho-kaksiossa, Kokemuksia vauvojen unipulmien vuorovaikutuksellisesta tutkimuksesta ja hoidosta Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kunta yhtymässä, jossa kuvataan tarkemmin hoitoprosessia.

Vauvojen yöaikaisen vuorovaikutushoidon kehittäminen ja toteuttaminen suunniteltiin tehtäväksi Kaste II - ohjelmassa. Ministeriön karsiessa budjettia jouduimme luopumaan hankkeesta. Kehitämme, tutkimme ja toteutamme vauvojen yöaikaista vuorovaikutushoitoa osana normaalia erikoissairaanhoidon vauvojen univaikeuksien hoitoa. (Laaninen 2010)

POHDINTA

Perhohanke aloitti toimintansa vuonna 2007 syksyllä tavoitteena lyhytkestoisen ja intensiivisen sekä fokusoidun intervention luominen psyykkisesti vaikeasti oireilevien lasten ja heidän perheiden auttamiseksi. Hanke integroitui Kasteohjelman Lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittämishankkeen osahankkeeksi Itä – ja Keski – Suomessa 2008 -2011.

Perhohankkeen tavoitteet täsmentyivät kotisairaalamallin kehittämiseen lastenpsykiatrian klinikassa, lasten ja nuorten sairauksien klinikkaryhmän kotisairaaloiminnan kehittämiseen yhdessä muiden klinikoiden kanssa ja vanhempien vertaistukiryhmätoiminnan käynnistämiseen sekä vauvojen ja heidän vanhempiensa yöaikaisen vuorovaikutushoidon mahdollistamiseen käytännön järjestelyjen osalta.

Monen perheen arki muuttuu säröiseksi ja monimutkaiseksi lapsen sairastuttua psyykkisesti. Perheen huoli lapsen voinnista, arjesta selviämisestä ja tulevaisuudesta vaikuttaa vanhempiin monella tavalla. Lapsen sairastuminen lisää perheen stressiä ja ahdistusta. Usein myös koulutyön epäonnistuminen tai lapsen koulusta sairauslomalle jää-

minen vaikeiden oireiden takia voi sulkea monet polut ikätovereihin ja lapsen tavalliseen kasvuympäristöön.

Kotisairaalahajon mallintamisen tavoitteena on ollut lisätä ja vahvistaa perheen selviytymistaitoja ja toimintakykyä, antaa perheelle ja lapselle kokemuksia arjen struktuurista, toimijuudesta ja välittämisestä sekä auttaa perhettä arjen toiminnoissa. Malli koostuu hoitotyön viitekehuksesta ja auttamismenetelmistä kuten yksilöllisyydestä, perhekeskeisyydestä, läsnäolosta, kuuntelemisesta, yhdessä tekemisestä, leikkimisestä, oppimisesta ja toivosta. Perheterapeuttiset interventiot sekä perheen tarinan ”uudelleen muotoileminen” ovat mallin perhekeskeisyyden ydin. Käytetyt toimintaterapeuttiset arviointimenetelmät ovat rikastuttaneet lapsen toimintakyvyn arvioimista ja luoneet innovatiivisia sisältöjä monen lapsen arkeen.

Lastenpsykiatrian klinikassa mallintaminen on uutta. Hankkeen aikana kohdattiin muutosvastarintaa, mikä on yleinen ilmiö kehittämistyössä. Kotisairaaloiminnan juurruttamiseen osaksi klinikan omaa toimintaa liittyi monenlaisia pohdintoja. Näiden seurauksena, ja erityisesti hallinnollisista sekä käytännöllisistä syistä johtuen, toiminta liitettiin osaksi lastenpsykiatrisen osaston toimintaa. Kotisairaaloiminta sai oman paikkansa LPS:n osaston palvelutarjonnassa edullisuutensa, intensiivisyytensä ja lyhytkestoisuutensa takia ja ennen kaikkea koko perheeseen kohdistuvana fokusoituna hoitotoimintana. Kotisairaalahajon voi lisäksi toimia lapsen kokonaishoidon tukena esim. tiedonkeruuna terapiaprosessin aikana. Se tuo lapsen ja perheen arjen selkeästi näkyville ja voi parhaimmillaan antaa uutta tietoa kokonaishoitoprosessiin. Hajon voidaan tehdä myös ennen tai jälkeen osastohoidon. Perhohankkeessa termillä ”fokusoida” tarkoitetaan määriteltyä ja paikannettua ja termillä ”intensiivisyys” sekä käyntien sisällöllistä intensiteettiä että käyntien tiheyttä ja kestoa per hajon.

Kotisairaalahajon hoidon dokumentoinnissa pyritään avoimuuteen sekä läpinäkyvyyteen. Kirjaamiskäytännön muuttuminen uuteen potilastietojärjestelmään Mediatriin toi omat haasteensa hankkeelle. Ennen tätä oli jo nimittäin ehditty luoda kirjaamiskäytäntö, mistä kerättiin kokemuksia niin vanhemmilta kuin yhteistyötahoilta. Hyvin järjestetyt Mediatri -koulutukset sekä tarvittavan tuen saanti auttoi kirjaamiskäytännön uudelleen luomista sekä tarkensi sitä. Jatkossa on hajon kirjaamista kehitettävä vielä lisää mm hoitotyön komponenttien käyttämisen suhteen.

Lastenpsykiatrisen osastohoidon vaikuttavuutta on vielä kansallisesti vähän tutkittu mutta esim. Pkssk:n lastenpsykiatrian osastolla hoidossa olevien lasten häiriöiden monimuotoisuus on johtanut siihen, että osa hoidetuista lapsista päätyy sijoitukseen. Tulevaisuudessa kotisairaajakson kohdentaminen 3-7 vuotiaisiin psyykkisesti oireileviin lapsiin antaa mahdollisuuden tarjota taloudellista hyötyä yhteiskunnalle sekä kohdentaa varhaista puuttumista lapsien ja perheiden arkeen.

Erikoissairaanhoidon liikkuvien työmuotojen kehittäminen on tämän päivän trendi. Tavoitteena on kehittää jo nyt arjessa toimivaa yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa, sillä preventiivinen mielenterveystyö tehdään kodeissa, päivähoidoissa, alakouluissa ja eri harrastuspiireissä. Uuden terveydenhuoltolain mukaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, jossa esh:n asiantuntemusta ja tukea kunnille annetaan järjestämällä koulutusta, kokoamalla hyvinvointi- ja terveysseurantatietoja sekä levittämällä kuntien käyttöön sairauksien hoitoon ja ongelmien ehkäisyn näyttöön perustuvia toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä. Järjestöjen työtä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden täydentäjinä ei tule myöskään unohtaa.

Perhohankkeen tavoitteena oli myös vanhempien vertaistukiryhmätöiminnan käynnistäminen yhdessä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Vertaistukiryhmä kannusti ja tuki vanhempien osallisuutta ja loi sosiaalisia rakenteita heidän voimaantumiselle. Liitteenä oleva BIKVA-arviointi avartaa asiaa. Yhteistyö Mannerheimin Lastensuojeluliiton Pohjois-Karjalan piirin ja Kotikartanoyhdistyksen kanssa oli rakentavaa ja luovaa. Tulevaisuudessa erikoissairaanhoidon osuus voisi olla asiantuntijuutta vertaistukiryhmässä ja/ tai esim. moniammatillisten ensitietopäivien järjestämistä.

Hankkeen aikana kävimme Lasten ja nuorten sairauksien klinikkaryhmän eri klinikoiden kanssa opintokäynneillä ja järjestimme yhteisen kehittämisiltapäivän. Päivän antia on jatkossa luettavissa Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun opiskelija Reetta Hirvosen kevät/2011 valmistuvassa opinnäytetyössä. Klinikkkaryhmässä olemme tutustuneet toinen toisiimme. Edessämme on uusia haasteita ja muutoksia klinikkakohtaisesti, esim. kotisairaalakäsitteen määrittämistyö sekä hoitoprosessin kirjaaminen jäivät kesken. Lisäksi Pkssk:ssa on tulossa uudelleen organisoitumista, painopistealueiden

muutoksia, psykiatriatalon toiminnan käynnistäminen, ISER valmistelut sekä uuden terveydenhuoltolain tuomat muutokset.

Vaikka Perhohankkeen tavoitteet saatiin hyvin täsmennettyä, olivat ne haastavia mm. vauvojen yöhoidon käytännön järjestämisen suhteen. Toiminta, jonka järjestämiseen tarvittiin useamman klinikan yhteistyötä ja lisäksi monien oheistoimintojen yhteensovittamista oli vaativaa ja yllätyksellistä. Materiaalihankintoihin saatiin tukea mm. PKO:n lahjoittaessa joulukortteihin varatut rahat Perhohankkeelle vuonna 2007–2008. Kaste 2 jatkohanke ei mennyt suunnitelmien mukaan, mutta Itä-Suomen yliopiston erityispsykologian laitoksen mukaan tulo vauvojen yöhoidon vaikuttavuuden tutkimuksen kautta lienee yksi parhaista ellei paras ”jatkoista”. Vauvaperhetyön varhainen puuttuminen tulee tulevaisuudessa nousemaan esille tutkimustyön tuloksien kautta sillä kliinistä moni ammatillista työtä on tehty jo yli 10 vuotta LPS:n Pkl:n vauvaperhetyöntekijöiden turvin yhteistyössä perusterveydenhuollon neuvolaväen kanssa.

Perhohankkeen tavoitteet integroitiin Kasteohjelman laajempiin tavoitteisiin

(www.stm.fi) On ollut antoisaa työskennellä osahankkeena Jyväskylän kaupungin hallinnoimassa Itä – ja Keski-Suomen Lapset ja perheet Kaste-hankkeessa.

Työ on antanut meille mahdollisuuden avartaa omaa ammatillista näkemystämme yli-maakunnallisiin ja monitoimijaisiin verkostoihin. Se on antanut meille myös ikkunan nähdä, miten monimuotoisia ja erilaisia palveluja tällä hetkellä on saatavilla tai kehitteillä lasten ja perheiden hyvinvoinnin turvaamiseksi koko valtakunnassa. Emme ole yksin tämän asian kanssa.

LÄHTEET:

Bettelheim B. Satujen luomous, merkitys ja arvo. WSOY, Juva, 1985

Friis. L. Teoksessa Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Friis, Eirola & Mannonen. WSOY, Helsinki 2004

Furman B. Muksuoppi. Haettu Internetistä
2.1.2011: www.kidsskills.org/bam/suomi/index.htm

Gröhn R ja Töyrylä T. Suakkunat-artikkeli 11/2010

Hietala-Paalamaa O. Vertaisohjaajakoulutus, 2004

Isoaho K ja Gröhn R, Bikva-arviointi psyykkisesti oireilevien lasten vertaistukiryhmästä, 2010

Johansson M. Varhaisen perheohjauksen malli Kotiosoite 3-projektin loppuraportti 2003-2006. Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys ry. Lahti: Esa Print 2007

Kempainen J; Johdanto loppuraporttiin 2010

Kempainen J: Lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittämishanke Itä- ja Keski-Suomessa
Lapset ja perheet Kaste – hanke. Jyväskylä 2010

Kontio M. Moniammatillinen yhteistyö. TUKEVA – hanke 2010

Kurki L. Sosiokulttuurinen innostaminen, Osuuskunta Vastapaino 2000

Lahdenperä Paula, Moilanen Risto toim. Vimmaus, pammaus, hinnaus, hallaus: käyttäytymishäiriöisten lasten lastenpsykiatrisen hoidon kehittämissuunnitelman loppuraportti Pkssk:n julkaisu 1996:14

Lautamo T. Ryhmätilanteissa tapahtuva leikin arviointi, versio 3.38, kevät 2007

Mannerheimin lastensuojeluliitto, Vanhempainnetti, Lapsi pelkää. Haettu Internetistä
2.1.2011: www.mll.fi

Melamies N; Pärnä K; Heino L; Miller H. Lapsi kuntoutujana- haaste aikuiselle. Julkaisussa Karjalainen V; Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus kanssamme: Ihmisen toimijuuden tukeminen.
Stakes, Saarijärvi, 2004

Mäki S ja Arvola P. (toim) Satu kantaa lasta. Ws Bookwell Oy, Porvoo, 2009

Perhehoitokokeilu Auroran sairaalan lastenpsykiatrisella päivöastolla v. 86–89
Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja sarja B

Pesonen T. Mielenterveyskuntoutus, Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän MINERVA Mielenterveyspalvelujen verkostomainen kehittäminen, loppuraportti 28.11.2005 Yhdessä eteenpäin, Kolmannen sektorin panos mielenterveystyöhön PKSSK:n alueella, Asiakastyöryhmä sivu 4

Salonen 1977

Sandberg S. Lasten ja nuorten stressi, Duodecim 2000;116(20):2282–2287

Valkonen J. Kuntoutuminen tarinana. 2002

Viinikainen M. Yöhoitajaksolla Perhokaksiossa 2010

Vuorinen M. Meidän ryhmä – hyvä juttu. Kokemuksia ja tuloksia oma-aputoiminnasta. Mielenterveyden Keskusliitto. Vantaa Pritway Oy 2002

Vuorinen M; Vertaistuen mahdollisuudet mielenterveystyössä, Hoitotyön vuosikerta. Mielenterveystyö. Tammer-Paino Oy 1998.

Vuorinen M Vertaistoiminta on yhdistyksen ydin ja vahva käyttövoima. Sosiaali- ja terveysviesti 6. 2004