

Sonja Vaskela

PSYKKISESTI OIREILEVAN LAPSEN KOHTAAMINEN
LASTENSUOJELULAITOKSEN
VASTAANOTTOYKSIKÖSSÄ

Sosiaalialan koulutusohjelma
Ylempi AMK
2018

PSYKKISESTI OIREILEVAN LAPSEN KOHTAAMINEN LASTENSUOJELULAITOKSEN VASTAANOTTOYKSIKÖSSÄ

Vaskela, Sonja
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma, ylempi AMK
Joulukuu 2018
Ohjaaja: Kumpulainen, Pasi
Sivumäärä: 76
Liitteitä: -

Asiasanat: kohtaaminen, kriisi, lastensuojelu, psyykinen oireilu, trauma

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli selkeyttää vastaanottoyksikön henkilökunnan toimintaa kohdatessa psyykkisesti oireileva lapsi. Tavoitteena oli tehdä näkyvämmäksi olemassa olevat hyvät käytännöt ja nostaa tietoisuuteen toimintamalli, miten psyykkisesti oireileva, traumatisoitunut tai kriisissä oleva lapsi kohdataan ja miten lapsen kanssa toimitaan vastaanottoyksikössä.

Kehittämistyö toteutettiin yhdessä vastaanottoyksikön ohjaajien, sekä yksikön johtajan ja toiminnanjohtajan kanssa. Kehittämistyöhön osallistui myös yhteistyöyksiköstä kriisityön asiantuntija sekä trauma- ja kriisityöhön suuntautunut psykoterapeutti. Kehittämisenäkökulmasta yhteistyö eri yksiköiden välillä lisääntyi ja yksittäisten työntekijöiden erityisosaamista päästiin jakamaan vastaanottoyksikössä tehtävän työn tueksi.

Kehittämistyön tavoitteena oli luoda tiedostettu toimintamalli lapsen kohtaamiseen vastaanottoyksikössä. Tämän myötä kehittämistyön tuloksena syntyi ”Lapsen kohtaaminen vastaanottoyksikössä” –toimintamalli, joka jäi käyttöön kehittämistyössä kyseessä olleelle vastaanottoyksikölle. Toimintamallin toimivuutta arvioidaan kehittämistyön jälkeen ja sitä päivitetään tarpeen mukaan.

Kehittämistyö aloitettiin syyskuussa 2017 ja se valmistui marraskuussa 2018. Kehittäminen tapahtui tiiviissä yhteistyössä yksikön henkilökunnan kanssa ja kehittämiseen liittyviä kokoontumisia, keskusteluja ja koulutuksia oli lukuisia. Kehittäminen tapahtui esimerkiksi koko yksikön kehittäispäivän, sekä ennalta sovittujen yksilö- ja parihaastatteluiden kautta. Organisaation omat koulutukset ja työkehittäminen tukivat kehittämistyötä, vaikka eivät lähtökohtaisesti kuuluneet kehittämisprosessiin.

Kehittämistyön tuloksena todettiin, että vastaanottoyksikössä lapsen kohtaamisessa tulisi aina ottaa huomioon trauma- ja kriisinäkökulma, ja näin ollen lähestyä lasta aina näihin teorioihin nojaavien kohtaamisen tapojen kautta. Sijoituksen edetessä kohtaamisia tapahtuu edelleen päivittäin, mutta tällöin akuuteimman kriisi- ja trauman välitteet väistyvät työstä muiden sosiaalialan työmenetelmien käytössä.

MEETING A CHILD WHO SHOWS PSYCHICAL SYMPTOMS IN CHILD WELFARE RECEPTION UNIT

Vaskela, Sonja

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Master's Degree in Social Services

December 2018

Supervisor: Kumpulainen, Pasi

Number of pages: 76

Appendices: -

Key words: child welfare, meeting a child, crisis, psychical symptoms, trauma

The purpose of this thesis was to clarify the reception unit's employee's work when meeting a child who is showing psychical symptoms. The aim of the thesis was to upfront functional ways of acting and to sensitize the ways how to work with a child who shows psychical symptoms or may be going through crisis or a previous trauma.

The study was arranged together with the employees and managers of the reception unit. There was also collaboration between the organization as the experts who are focused on the crisis theory and crisis and trauma oriented psychotherapy shared their special knowledge of these themes to the reception unit. The collaboration also supported the developmental purpose of this thesis and it was a significant way of sharing one's acknowledgement for the benefit of the reception unit.

The aim of this thesis was to create a known ways of acting when it comes to meeting a child. Based on this study there was created the "Meeting a child in the reception unit" –standard of activity which has been taken into practice right away. The produced standards of activity will be evaluated and revised during time.

The study was started in September 2017 and it was completed in November 2018. The study was arranged co-operatively with all the employees. The study included gatherings, interviews, conversations and organization's internal educations. There was also one organized day off the unit to develop and improve the employees' ways of working. Although organization had its own educations which did not directly contain to this thesis, those contents also supported the results and meaning of this study.

The main conclusion of the study brings out that meeting and working with a child in a reception unit should always be based on the crisis theory and the trauma theory. As the child spends more time in the reception unit the ways of working with a child does no longer happen so significantly trough these theoretical ways. Still there needs to be other social works' methods how to meet a child and how to work with a child.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	LASTENSUOJELULAITOKSEN VASTAANOTTOYKSIKKÖ	9
2.1	Vastaanottoyksikkö osana lastensuojelun sijaishuoltoa	9
2.2	Vastaanottokodin toiminta ja tarkoitus.....	10
2.3	Sijoitustilanteet ja –syyt	11
2.4	Työskentely vastaanottoyksikössä	12
2.4.1	Yhteistyö muiden tahojen kanssa.....	14
3	PSYKKINEN OIREILU	15
3.1	Psyykkinen oireilu vastaanottoyksikössä	16
3.2	Psyykkisen oireilun arviointi.....	17
3.3	Nuoren psyykkinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä	19
3.4	Diagnoosit	21
3.5	Lääkehoito	23
4	TRAUMA- JA KRIISINÄKÖKULMA	24
4.1	Trauma.....	24
4.1.1	Mahdollisia trauman oireita eri ikäkausina	27
4.2	Kriisi.....	30
4.2.1	Traumaattinen kriisi ja psyykkinen stressi	31
4.3	Kriisin vaiheet	33
4.3.1	Shokkivaihe.....	33
4.3.2	Reaktiovaihe.....	34
4.3.3	Korjaamis- tai käsittelyvaihe.....	35
4.3.4	Uudelleen suuntautumisen vaihe.....	36
4.3.5	Defusing ja debriefing	37
4.4	Trauma- ja kriisinäkökulma lastensuojelussa.....	38
4.4.1	Lapsen ja nuoren psyykkinen kehitys ja kriisit	40
4.4.2	Kriisit ja kiintymyssuhde	42
5	KOHTAAMINEN	44
5.1	Kohtaaminen on vuorovaikutusta.....	44
5.1.1	Vuorovaikutus ja luottamus	46
5.2	Lapsen kohtaaminen vastaanottoyksikössä	46
5.3	Trauma- ja kriisinäkökulma lapsen kohtaamisessa	48
6	KEHITTÄMISPROSESSI	49
6.1	Kehittämistyön lähtökohta, tarkoitus ja tavoitteet.....	49
6.2	Kehittämistyön alkuvaiheen haastattelut.....	50
6.2.1	Alkuvaiheen haastatteluiden tulokset.....	51

6.3	Kehittämistyötä tukeneet organisaation toimet	52
6.3.1	Kehityskeskustelut	52
6.3.2	Organisaation sisäiset koulutukset	52
6.3.3	Yksikön kehittämisspäivä	53
6.3.4	Organisaation alueellinen kesäpäivä	54
6.4	Kehittämisprosessin yhteenvetopalaveri	54
7	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	56
7.1	Yksikön osaamisen perusta	56
7.1.1	Koulutus	57
7.1.2	Työkokemus	59
7.1.3	Työntekijöiden yksilöllinen osaaminen ja henkilökohtaiset valmiudet	60
7.2	Lapsen kohtaaminen vastaanottotilanteessa	61
7.3	Vastaanottoyksikön toimintamalli	66
7.4	Muita kehittämishuomioita	66
8	KEHITTÄMISTYÖN TULOSTEN ARVIOINTI	68
8.1	Kehittämistyöhön osallistuneen työyhteisön arvio	70
8.2	Kehittämistyön tulosten uskottavuuden ja luotettavuuden tarkastelu	71
8.3	Kehittämistyön tulosten hyödynnettävyys- ja sovellettavuustarkastelu	71
9	YHTEENVETO JA LOPPUPOHDINTA	72
	LÄHTEET	74

1 JOHDANTO

Vuonna 2017 Suomessa oli 17 956 kodin ulkopuolelle sijoitettua lasta. Näistä lapsista huostaanotettuja oli 10 526 ja kiireellisesti sijoitettuja 4081. Kiireellisten sijoitusten ja lastensuojeluilmoitusten määrä oli kasvanut vuoteen 2016 verrattain. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

Lapsi sijoitetaan laitokseen useimmiten sellaisessa tilanteessa, jossa perhehoidon ei katsota olevan tarpeeksi hyvä ratkaisu lapsen sijoituksen tarpeeseen. Laitossijoitukseen päädytään todennäköisemmin silloin, kun nuorella on päihteiden ongelmakäyttöä, itsetuhoisuutta tai haastavaa käyttäytymistä. Myös lapsen vanhemmat voivat toivoa laitossijoitusta tilanteessa, jos heidän näkemyksensä mukaan laitosmaisissa olosuhteissa on paremmat mahdollisuudet puuttua esimerkiksi lapsen karkailuun tai päihdehakuiseen käyttäytymiseen. (Timonen-Kallio ym 2017, 11.)

Lastensuojelussa laadukkaalla ympärivuorokautisella hoidolla ja kasvatuksella tarkoitetaan turvallista kasvuympäristöä ja hyvää arkea, jossa lapsen yksilölliset tarpeet ja elämäntilanne huomioidaan. Arjen rakentaminen ja yksilöllisten tarpeiden huomiointi on vaativa ammatillinen tehtävä, joka edellyttää vahvaa tietoa ja taitoa. Lastensuojelulaitoksessa tehtävässä työssä tarvitaan sellaista terapeuttista ja kasvatuksellista tietoa ja menetelmällistä osaamista, jonka avulla on mahdollista asettaa pitkäjänteisiä sijaishuollon tavoitteita, arvioida tavoitteiden saavuttamista ja tarvittaessa muuttaa tavoitteita. (Timonen-Kallio ym 2017, 13–14.)

Lastensuojelulaitokseen sijoitetun lapsen taustat ja tarpeet ovat usein hyvin moninaisia ja tavoitteiden asettamisessa tarvitaan monialaista osaamista ja moniammatillista yhteistyötä. Lasten- ja nuorten psykiatrinen ja muu lääketieteellinen tutkimus ja hoito kulkevat yhä useammin lastensuojelutyön rinnakkaisprosessina sekä ennen, jälkeen että lastensuojelun asiakkuuden aikana. Tasapainoilu näiden kahden järjestelmän välimaastossa luo ja vahvistaa lapsille ja nuorille moninkertaisia identiteettejä: psyyk-

kisesti sairas ja oireileva lastenkotilapsi, jota ei voida, haluta tai osata hoitaa psykiatrisessa järjestelmässä. (Timonen-Kallio ym 2017, 13–14.)

Yhteistyö lastensuojelun ja lasten- ja nuorisopsykiatrian välillä koetaan molempien suunnasta usein haasteellisenä, tämän korostuessa erityisesti nuorten kohdalla. Nuorten mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä ja eri tutkimusten mukaan noin 20–25 prosenttia nuorista kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä. Mielenterveyshäiriöt ovat koulu- ja nuorten aikuisten tavallisimpia terveysongelmia. Erilaisia häiriöitä voi olla useampia yhtä aikaa. Lasten- ja nuorisopsykiatrian toimintatavat vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin paljon ja valtakunnallinen tasalaatuisuus on vielä kaukana. (Timonen-Kallio ym 2017, 14; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

Lastensuojelussa työntekijöillä tulisi olla riittävää osaamista ja kykyä havainnoida ja ymmärtää traumatisoituneen lapsen käytöstä, tunnistaa lapsen käytöksen häiriöiden taustalla olevat syyt, sekä ottaa ne huomioon laitoksen arjessa tehtävässä työssä. Laitoksen työntekijöiden pitäisi tunnistaa, mikä lapsen käytöksessä kertoo normaalista reagoinnista omaan elämäntilanteeseen, ja mikä taas johtuu neurologisista ongelmista ja mikä psyykkisistä. Tämän toteutumiseksi työntekijöiden tulisi tuntee lapsuus- ja nuoruusiän normaali kehitys, jotta työntekijät eivät alkaisi ”ylidiagnostisoida” esimerkiksi normaalia murrosikään kuuluvaa irtaantumista ja kuohuntavaihetta. (Timonen-Kallio ym 2017, 27.)

Lastensuojelun ja psykiatrian palveluiden välillä oleva rajapinta on epäselvä ja lastensuojelulaitoksiin sijoitetut lapset kärsivät hyvin samankaltaisista psykiatrisista häiriöistä, kuin psykiatrisissa sairaaloissa hoidettavat lapset. Häiriöiden esiintyvyys on molemmilla palveluissa samalla tasolla. Lastensuojelun laitoshoidossa olevista lapsista eri arvioiden mukaan noin 60–80 % kärsii vaikeista, lastenpsykiatrasta tai nuorisopsykiatrasta hoitoa vaativista mielenterveyshäiriöistä. Nämä lapset ovat arvioiden mukaan alihoidettuja ja tarvitsevat nykyistä enemmän ja paremmin kohdennettua psykiatrasta hoitoa, ja tämän vuoksi lastensuojelulaitosten henkilöstön ja mielenterveystyön ammattilaisten välinen yhteistyö on ratkaisevan tärkeää. Terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiirin on annettava lastensuojelulaitoksille asiantuntija-apua ja järjestettävä tarvittaessa lapsen tutkimus, sekä hoito- ja terapiapalveluita. (Timonen-Kallio ym 2017, 30.)

Kokonaisprosessin ohjaus lastensuojelun ja psykiatrian välillä on tavallaan ”kaksissa käsissä”, joka voi näkyä ristiriitaisina ja poikkeavina käsityksinä lapsen tai nuoren tarpeesta. Merkittävä syy rajapintatyöskentelyn ongelmiin on se, että puolin ja toisin on epärealistisia odotuksia ja käsityksiä toisen ammattiryhmän mahdollisuuksista hoitaa ja auttaa, ja tämä taas pahimmillaan pitkittää lapsen tai nuoreen kohdistuvaa auttamisprosessia. Lastensuojelulaitoksen henkilökunta saattaa kokea, että psykiatrista hoitoa ei tarjota sitä tarvitsevalle asiakkaalle, ja psykiatrian henkilöstö taas saattaa esittää toiveita tietyyppisistä laitossijoituksesta. (Timonen-Kallio ym 2017, 30.)

Jotta sijaishuollon tarkoitus ja lastensuojelulaissa tarkoitettu lapsen erityinen suojelu ja huolenpito voidaan toteuttaa tavoitteellisesti ja asianmukaisesti, on hyvä kiinnittää huomiota lastensuojelussa tapahtuviin kohtaamisiin. Vaikka lastensuojelulaitokset eivät ole psykiatrisia osastoja, lastensuojelussa tehtävässä työssä tarvitaan enenevässä määrin psykiatrian ja mielenterveystyön osaamista; miten lastensuojelun työntekijät pystyvät auttamaan lasta yhä paremmin huomioiden lapsen psyykkisen voinnin ja turvaten lapsen psyykkisen voinnin. Jokaisen lapsen yksilöllisiin tarpeisiin vastaava kohtaaminen on tärkeää ja toiminnassa tulee huomioida myös trauma- ja kriisinäkökulma.

Näiden pohdintojen myötä muodostui aihe ylemmän ammattikorkeakoulun kehittämistyölleni, jossa keskitytään käsittelemään mahdollisesti traumatisoituneen ja kriisiin joutuneen, psyykkisesti oireilevan lapsen ammatillista kohtaamista lastensuojelulaitoksen vastaanottoyksikössä.

2 LASTENSUOJELULAITOKSEN VASTAANOTTOYKSIKKÖ

2.1 Vastaanottoyksikkö osana lastensuojelun sijaishuoltoa

Tämä kehittämistyö toteutettiin lastensuojelun sijaishuollon erityisyksikössä, vastaanottokodissa. Yksikön sijaintia tai nimeä ei mainita asiakkaiden henkilöllisyyden suojaamiseksi.

Vastaanottokoti tarjoaa lyhytaikaisia hoito-, arviointi-, pysäytys- ja kuntoutusjaksoja. Vastaanottokotiin voidaan sijoittaa 0–17-vuotiaita lapsia, mutta pääsääntöisesti asiakkaat ovat noin 13–17-vuotiaita. Kehittämistyössäni kuvaan kaikkia alle 18-vuotiaita asiakkaita sanalla ”lapsi”. Vastaanottokotiin voidaan vastaanottaa lapsia yhden tunnin varoitusajalla mihin vuorokauden aikaan tahansa, joten sijoitustilanteet ovat usein hektisiä, ja lasta ja koko perhettä koskevat kriisit akuutteja.

Vastaanottokotiin voidaan sijoittaa lapsia kiireellisesti, joka onkin yleisin sijoitusmuoto kyseisessä yksikössä. Kiireellinen sijoitus tulee tehdä tilanteessa, jossa lapsi on välittömässä vaarassa. (Lastensuojelulaki 2007, 38 §.) Lapsia voidaan sijoittaa vastaanottokotiin myös avohuollon sijoituksena, tai huostaanotettuina esimerkiksi silloin, kun huostaanotetun lapsen sijaishuoltopaikkaa täytyy jostain syystä muuttaa tilanteen ollessa akuutti.

Vastaanottokodin tilat ovat fyysisesti turvalliset ja toimivat, sillä yksikkö on suunniteltu ja rakennettu varta vasten vastaanottoyksikön toimintaa varten. Henkilökunnan toimistosta on näkyvyys joka puolelle talon yleisiin tiloihin ja tilat ovat esteettömät. Jokaisella lapsella on oma huone. Yksikössä on vastaanottopuoli, jossa sijoitettu lapsi voi asettua ensipäivinä, ja jossa myös valvonta ja seuranta mahdollisesti väkivaltaisesti tai itsetuhoisesti käyttäytyvän lapsen osalta pystytään toteuttamaan paremmin. Vastaanottopuolella pystytään paremmin myös seuraamaan lasta, jolla ilmenee esimerkiksi lääkkeiden tai huumausaineiden vieroitusoireita.

2.2 Vastaanottokodin toiminta ja tarkoitus

Vastaanottokodin toiminta perustuu lapsen haitallisen kehityksen ja hänelle välittömän vaaran aiheuttavan tilanteen pysäyttämiseen, sekä lapsen ja hänen perheensä kokonaistilanteen arviointiin ja jatkohoidon tarpeen selvittämiseen. Sijoituksen aikana lapsen kanssa työskennellään intensiivisesti eri työmenetelmien avulla. Lapsen ikä ja kehitystaso vaikuttavat käytettäviin työmenetelmiin ja työskentelyn etenemiseen.

Vastaanottokodin arki on strukturoitua ja yksikön toimintaohjeet ja -tavat ovat tarkasti määriteltäviä. Tärkein lähtökohta on taata lapselle turvallinen ja vakaa kasvuympäristö. Yksikössä on henkilökuntaa paikalla ympäri vuorokauden. Lastensuojelun käsikirjan mukaan vastaanottoyksikön keskeinen tehtävä turvallisen kasvuympäristön tarjoamisen, sekä hoidon ja kasvatuksen lisäksi on myös tehdä lapsen ja hänen läheistensä kanssa mahdollisesti tarvittavaa kriisityötä. (Lastensuojelun käsikirja 2018.)

Vastaanottokodin kanssa samassa pihapiirissä toimii pitkäaikaisesti sijoitettujen lasten yksikkö. Toisinaan ensin kiireellisesti tai avohuollon sijoituksella vastaanottoon tulleet lapset voivat siirtyä kyseiseen yksikköön, mikäli heidän kohdallaan päädytään pitkäaikaisempaan sijoitukseen tai huostaanottoon. Myös jo aikaisemmin huostaan otettu lapsi voi siirtyä vastaanottokodilta pitkäaikaisesti sijoitettujen lasten yksikköön. Tämän vuoksi vastaanottokotijakson aikana lapsesta ja hänen tilanteestaan saatu tieto on erittäin tärkeää myös hoidon jatkuvuuden kannalta.

Sijoitukset vastaanottokodille tehdään pääasiassa kuntien sosiaalitoimen johdosta ja yksikkö on velvoitettu jakamaan sijoituksen aikana saatua tietoa lapsen asioista vastaavalle sosiaalityöntekijälle. Lapsen tilanteeseen liittyviin haasteisiin tulee päästä intensiivisesti kiinni, jotta sijoitukseen johtaneita syitä saadaan yhdessä käsiteltyä ja asiakastyön tarpeisiin vastattua. Sijoituksen aikana saatujen tietojen ja esille nousseiden asioiden perusteella sosiaalityöntekijä tekee yhdessä muun verkoston kanssa ratkaisun siitä, voiko lapsi palata kotiin vai tuleeko sijoitusta jollain muotoa jatkaa.

2.3 Sijoitustilanteet ja –syyt

Vastaanottokotiin voidaan sijoittaa lapsi yhden tunnin varoitusajalla vuorokaudenajasta riippumatta. Tarpeen mukaan sopien, lapsi voidaan noutaa sovitusta paikasta yksikön henkilökunnan toimesta. Useimmiten lapsi noudetaan joko kotoaan, toisesta lastensuojeluyksiköstä, poliisin huostasta tai sairaalahoidosta. Lapsi voi saapua vastaanottokodille myös vanhempien, sosiaalityöntekijän tai sosiaalipäivystäjän tuomana. Tilanteissa on tarpeen mukaan mukana poliisin virka-apu.

Koska kiireellinen sijoitus toteutetaan tilanteessa, jossa lapsi on välittömässä vaarassa, sijoitustilanne on usein hektinen tai jopa hieman kaoottinen. Lapsen saattaa olla vaikea ymmärtää, miksi hänen tulee lähteä viranomaisten mukaan. Vanhemmat saattavat ajatella, että tilanne ei ole niin huolestuttava, että se vaatisi radikaalia viranomaisten väliintuloa. Ristiriitaiset näkemykset akuutissa tilanteessa saattavat vaikeuttaa asioiden hoitumista rauhallisesti ja asiallisesti, sekä myös aiheuttaa lapselle entistä negatiivisemman kokemuksen sijoitustilanteesta.

Sijoitussyyt voidaan jakaa lapsen omasta toiminnasta johtuviin ja lapsesta riippumattomiin syihin. Lapsi on voinut omalla toiminnallaan vaarantaa kasvunsa ja kehityksensä käyttämällä päihdeaineita, kuten tupakkaa, huumausaineita tai alkoholia, tai käyttämällä väärin lääkkeitä. Sijoitustilanteessa lapsi saattaa olla päihtynyt tai hänen päihteidenkäyttönsä saattaa olla lähiaikoina radikaalisti muuttunut, eivätkä vanhemmat kykene rajaamaan päihteidenkäyttöä. Lapsi saattaa laiminlyödä oman turvallisuutensa myös liikkumalla hänelle haitallisessa seurassa.

Myös lapsen omat mielenterveysongelmat ja niistä aiheutuvat ilmiöt voivat johtaa sijoitukseen. Sijoitettava lapsi voidaan noutaa esimerkiksi psykiatrisesta hoitolaitoksesta, ja tällöin tulee erityisesti huomioida lapsen psyykkinen vointi, sekä sairaalahoidon aiheuttaneet syyt.

Sijoitettava lapsi on voinut tehdä rikoksia, kuten varastelua, kortitta-ajoja, rattijuopumuksia, pahoinpitelyitä tai ampuma-aserikoksen. Myös huumausainerikoksia liittyen huumeiden hallussapitoon, myyntiin tai valmistamiseen on ilmennyt. Sijoitettulla lapsella on voinut olla koulupoissaoloja, kotoa karkailua, itsetuhoisuutta tai per-

heenjäseniin kohdistettua väkivaltaa. Joissain tapauksissa lasta saatetaan epäillä seksuaalisesta hyväksikäytöstä, kohdistuen esimerkiksi omaan perheenjäseneseen. Mikäli sijoitettava lapsi noudetaan poliisin huostasta, tulee usein pohtia myös turvallisuuden liittyviä tekijöitä.

Lapsesta riippumattomia sijoitusyhteyksiä on ollut esimerkiksi lapseen kohdistunut seksuaalinen hyväksikäyttö, lapseen tai muuhun perheenjäseneseen kohdistunut perheväkivalta tai muu laiminlyönti lapsen kasvun ja kehityksen kannalta. Vanhempien päihitteiden käyttö on voinut johtaa sijoitukseen, kuten myös vanhemman mielenterveysongelmat tilanteessa, jolloin vanhempi ei ole kykenevä huolehtimaan lapsesta oman mielenterveytensä järkkyyessä. Vanhempien puutteet rajojen asettajana voi johtaa siihen, että sijoitus on tarpeellinen. Rajattomuus voi ilmetä esimerkiksi siten, että vanhemmat eivät aseta lapselle rajoja kotiintuloaikojen tai käyttäytymisen suhteen ja lapsi toimii rajattomana oman mielensä mukaan, jopa vaarantaen itsensä. Vanhemmat saattavat olla paljon poissa kotoa, jättäen lapsen joko ilman hoitajaa tai laiminlyöden lapsen kanssa yhdessä vietetyn ajan. Perhesuhteet saattavat olla tulehtuneet, ja tämä voi vaikeuttaa lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutussuhteen kehittymistä tai jatkumista hyvänä.

Sijoitustilanteet voivat olla moninaisia ja vastaanottoyksikön työntekijöiden tulee olla valmistautunut vastaanottamaan lapsi minkälaisessa tilanteessa tahansa. Sijoitustilanteisiin saadaan tarvittaessa apua poliisilta tai vartijapalvelulta.

2.4 Työskentely vastaanottoyksikössä

Vastaanottokodissa työskentelee sosionomeja ja sairaanhoitajia, sekä lähihoitajia. Vakituinen henkilökunta on koulutettu muun muassa lasten ja nuorten mielenterveys- ja psyykkiseen hoitotyöhön, sekä ratkaisukeskeisiksi neuropsykiatrisiksi valmentajiksi. Henkilökunnalla on myös omaan erityisosaamiseensa ja mielenkiinnon kohteisiinsa perustuvaa koulutusta, kuten Voimauttava valokuva® –koulutus tai eläinavusteinen valmennus –koulutus.

Lapsen tullessa vastaanottokotiin, hänelle asetetaan kaksi omaohjaajaa, joilla on päävastuu lapsen asioiden hoitamisesta ja lapsen kanssa työskentelystä. Omaohjaajat rakentavat lapsen luottamussuhdetta ja yhdessä muun työryhmän kanssa pyrkivät saamaan mahdollisimman kattavan kuvan kokonaistilanteesta ja näin myös lapsen ja koko perheen tarvitsemasta tuesta ja avusta. Kun omaohjaajat eivät ole työvuorossa, vastaanottokodilla toteutetaan vastuuhjaajajärjestelmää. Vastuuhjaajan tehtävänä on työvuoronsa aikana vastata lapsen asioiden hoitamisesta ja työskentelystä lapsen kanssa, ja välittää saamaansa tietoa edelleen omaohjaajille ja muulle työryhmälle.

Lyhyiden sijoitusten päätarkoituksena on tehdä arvioita lapsesta ja hänen tilanteestaan, ja tällöin intensiivinen työskentely lapsen kanssa on tärkeää. Sijoituksen aluksi kartoitetaan lapsen taustaan liittyen muun muassa aikaisemmat sijoitukset tai hoitokontaktit, perussairaudet, lääkitykset, elämäntavat ja päihteidenkäyttö, kuten myös kotiolot, perhesuhteet ja muu verkosto. Opiskeluiden tilanne ja mahdolliset oppimisvaikeudet tulee myös kartoittaa. Tavoitteena on saada mahdollisimman kattava kokonaiskuva lapsen tilanteesta ja sen myötä ohjata lasta ja koko perhettä heitä parhaiten auttavien palveluiden pariin.

Vastaanottokoti tekee tiivistä yhteistyötä organisaation kahden muun yksikön kanssa; samassa pihapiirissä toimivan, pitkäaikaisempiin sijoituksiin tarkoitetun lastensuojelulaitoksen, sekä muutaman kilometrin päässä toimivan perhekuntoutusyksikön kanssa. Näissä yksiköissä on omaa erityisosaamistaan, jota vastaanottokoti voi tarvittaessa hyödyntää asiakastilanteen ja tarpeen mukaan.

Vastaanottokodilla ja yhteistyöyksiköissä käytettäviä työmenetelmiä ovat muun muassa

- Voimauttava valokuva®
- Kuvataidetyöskentely
- Ratkaisukeskeinen neuropsykiatrinen valmennus
- Toiminnallisuus
- Aggression Replacement Training® (ART) –Vihanhallintatyöskentely
- Eläinavusteinen valmennus
- Päihdetyö
- Perhe- ja yksilöterapia

Näiden työmenetelmien lisäksi vastaanottokodissa käytetään lukuisia sosiaalialan menetelmiä, kuten tiettyjä haastattelulomakkeita, sekä kortteja ja pelejä. Esimerkiksi Umbrella-kansio, Mun stoori –kortit ja Valovoima-peli ovat käytössä niin lapsen kuin koko perheen kanssa tehtävässä työskentelyssä.

2.4.1 Yhteistyö muiden tahojen kanssa

Vastaanottokoti tekee lapsen sijoituksen aikana yhteistyötä sijoitetun lapsen verkoston, kuten sosiaalityöntekijän ja koulun henkilökunnan kanssa. Verkoston kanssa sovitusti, yhteistyötä voidaan tehdä myös esimerkiksi aikaisempien hoitokontaktien ja sijoituspaikkojen kanssa.

Sijoituksen alussa lapsen verkoston kanssa pidetään asiakassuunnitelmapalaveri (Lastensuojelulaki 30 §), jossa asetetaan yhdessä tavoitteet sijoitukselle. Vastaanottokodilla lapselle tehdään sijoituksen ajalle yhdessä koko työryhmän ja lapsen kanssa hoito- ja kasvatussuunnitelma, joka tukee tavoitteiden saavuttamista.

Vastaanottokodissa arvioidaan lapsen tarvitsemaa hoitoa ja taataan sen saanti ja jatkuvuus. Sijoituksen alussa lapselle varataan lääkärin terveystarkastusaika vastaanottokodin omalääkäriltä. Käynnillä suoritetaan nykytilannetta vastaava terveystarkastus ja lapsen tilanteesta riippuen lääkäri voi tehdä lähetteen esimerkiksi lasten- tai nuorisopsykiatrian poliklinikalle tai päihdeklinalle. (Lastensuojelulaki 2007, 51 §.)

Sijoituksen edetessä tehdään kartoitusta ja arviota lapsen hoidon ja tuen tarpeesta. Tällöin selvitetään muun muassa oireileeko lapsi psyykkisesti, miten lapsi oireilee ja miten vakavaa oireilu lapsen hyvinvoinnin kannalta on. Lapsen käyttäytymisestä ja mahdollisesta oireilusta keskustellaan yhdessä lapsen ja hänen vanhempiansa kanssa, sekä konsultoidaan tarvittaessa myös terveydenhuollon hoitohenkilökuntaa ja käytetään mahdollisuuksien mukaan aikaisempia sairauskertomuksia ja lausuntoja nykytilanteen arvioimiseksi. Yhteistyö vastaanottokodin ulkopuolisen verkoston, kuten psykiatrian kanssa on oleellista lapsen kokonaisvaltaisen hoidon toteutumiseksi.

Sijoituksen aikana lapselle turvataan vastaanottokodin ulkopuoliset palvelut, joita ovat

- Lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikka
- Psykiatrian toiminnallisen avohoidon palvelut
- Vastaanottokodin yksityinen omalääkäri
- A-klinikka ja muut päihdepalvelut
- Terveyskeskuspalvelut
- Organisaation ulkopuoliset terapiapalvelut, esimerkiksi musiikkiterapia ja muut yksilö- ja ryhmäterapian muodot
- Tukihenkilötapaamiset
- Harrastukset
- Muut tilanteen mukaiset palvelut

Pääsääntöisesti jokaisella sijoitetulla lapsella on vähintään viikoittain jokin vastaanottokodin ulkopuolinen kontakti tai meno. Lapsia tuetaan mielekkäisiin ja arkea tukeviin harrastuksiin ja jo ennestään olemassa olevien kontaktien säilymiseen. Erityisen tärkeää on jatkuvuus jo olemassa olevien hoitokontaktien suhteen sijoituksesta huolimatta. Kaikilla lapsilla ei vielä sijoitustilanteessa ole esimerkiksi psykiatrian hoitokontaktia, ja tällöin hoitosuhde voi käynnistyä myös sijoituksen aikana.

3 PSYKKINEN OIREILU

Lapsen akuutti psyykinen oireilu voi liittyä lapsen omaan psyykkiseen häiriöön tai ulkoisten tekijöiden, kuten elämänmuutoksen tai väkivaltakokemuksen, eli kriisin aiheuttamaan reaktioon. Psyykkistä oireilua on voinut esiintyä lievempänä jo aikaisemminkin, tai se on voinut alkaa yhtäkkiesti lapsen sietokyvyn ylittäneessä tilanteessa. Yleisimmät akuutit psyykkiset oireet ovat raivokohtaus, ahdistuneisuusoireet ja itsetuhoisuus. Myös levottomuus ja impulsiivinen käytös, tai muiden pitkäaikaisten oireiden vaikeutuminen voivat vaatia arviointia ja jatkohoitoa. (Laukkanen & Puustjärvi 2018.)

Lapsen psyykinen hätä voi tulla esille psyykkisenä oireiluna, kuten itsemurhalla uhkaamisella tai muulla itseen kohdistuvana tai epäsuorana vahingoittamisena, kuten

viiltelyn tai holtittoman päihteidenkäytön kautta. Psyykkinen hätä voi ilmetä myös toimintakyvyn menettämisenä, sekä mielettömänä tai väkivaltaisena käytöksenä. Edelleen psyykkinen hätä voi tulla yllättäen esille somaattisessa tutkimuksessa, esimerkiksi henkeä uhkaavana laihuutena tai jatkuvan kivun tunteen kokemisenä. (Laukkanen & Puustjärvi 2018.)

3.1 Psyykkinen oireilu vastaanottoyksikössä

Vastaanottoyksikössä lasten psyykkinen oireilu on ilmennyt esimerkiksi itsetuhoisuutena, kuten viiltelyn, palovammojen tekemisen tai muun itsensä suoran vahingoittamisen kautta. Muutamia kertoja vastaanottokodin historiassa lapsi on myös vakavasti yrittänyt vahingoittaa itseään itsemurhayrityksen kautta. Lapset voivat oireilla syömishäiriöiden kautta esimerkiksi säännöstellen ruokailujaan tavalla, joka vaarantaa normaalin kasvun ja kehityksen, tai oksentamalla ruokailun jälkeen. Lapsella voi ilmetä myös kastelua tai tuhrimista. Lapsella saattaa ilmetä aggressiivista käyttäytymistä joko henkilökuntaa tai vierailulla olevia perheenjäseniään kohtaan. Sijoituksen aikana sovitusti otettavien huumeaseulojen perusteella voidaan myös toisinaan todeta, että lapsi on käyttänyt itselleen haitallisia päihdeaineita.

Rajaton ja itseä vahingoittava käytös on psyykkistä oireilua ja tällöin on ensisijaisen tärkeää auttaa lasta rajaamaan omaa käytöstään ja olemaan vahingoittamatta itseään. Ääritilanteissa lapsesta voidaan joutua ottamaan fyysisesti kiinni lapsen oman tai muiden turvallisuuden vuoksi. Vastaanottokodin henkilökunnalla on tällaisia tilanteita varten MAPA® (Management of Actual or Potential Aggression) -koulutus. Henkilökunnalla on myös ajantasainen ensiapukoulutus. Esimerkiksi lapsen itsemurhayrityksen tai muun itsensä vahingoittamisen äärellä lapsen etu ja turvallisuus huomioiden on tärkeää, että henkilökunta pystyy toimimaan lasta suojelevasti ja estämään lasta vahingoittamasta itseään. (Soisalo 2012, 277–279.)

Lapsen psyykkinen oireilu voi ilmetä vastaanottoyksikössä seuraavasti:

- Aggressiivinen käytös
- Päihteiden käyttö
- Karkailu
- Syömishäiriöt

- Nukahtamis- ja univaikeudet
- Keskittymis- ja tarkkaavuuden ongelmat
- Koulupoissaolot ja oppimisvaikeudet
- Puutteet hygieniasta huolehtimisessa
- Oman toiminnanohjauksen vaikeudet
- Apaattisuus
- Ahdistuneisuus
- Masentuneisuus
- Mielialan äkilliset ja radikaalit vaihtelut
- Itsetuhokäyttäytyminen, kuten viiltely, itsemurha-ajatukset ja -yritykset
- Epäsuora itsetuhoisuus eli käytös, jossa otetaan liian suuria riskejä

Kehittämistyötä varten tehdyn seurannan perusteella vastaanottokotiin sijoitetuista lapsista noin 79 %:lla oli havaittavissa yhtä tai useampaa edellä mainittua psyykkistä oireilua.

3.2 Psyykkisen oireilun arviointi

Vastaanottoyksikössä lapsen kokonaistilanne tulee arvioida mahdollisimman kattavasti. Lapsen oireilun ja sen syyn ja vakavuuden arviointi edellyttää aina somaattista tutkimista ja tilanteen kartoittamista sekä lapsen kuvaamana että vanhempien tai muiden mukana olevien kertomana. Joskus myös lapsen kavereiden antamat tiedot siitä, mitä on tapahtunut ja onko lapsi jotenkin muuttunut, voivat olla ratkaisevan tärkeitä. Tilannetta arvioidessa tulee myös ottaa huomioon mahdolliset ajankohtaiset stressitekijät (perheen sisäiset asiat, kuten esimerkiksi vanhempien avioero, menetykset, kaverisuhteet ja niin edelleen), perheessä käytetyt kasvatukselliset keinot sekä perheen muun jäsenten jaksaminen ja vointi. Arvioinnissa tulee ottaa huomioon myös lapsen ja perheen muiden jäsenten päihteiden käyttö, sekä väkivaltakokemukset. (Laukkanen & Puustjärvi 2018.)

Lastensuojelussa tulee muistaa terveydenhuollon ammattilaisten konsultointi. Terveydenhuollon tekemä, huolellinen somaattinen tutkimus voi tuoda esiin seikkoja, joita lapsi ei kerro. Käsien karheus, sylkirauhasten tulehdus ja hampaiden kiillevauriot voivat viitata syömishäiriöön, ihon viiltojäljet ja alipainoisuus voivat kertoa vakavan psyykkisen ongelman olemassa olost. Myös mahdollisiin somaattisen sairauksen tai väkivallan merkkeihin on kiinnitettävä huomiota. Lastensuojelutyöntekijän

tulee muistaa ilmoitusvelvollisuus, mikäli epäilyksiä esimerkiksi väkivallasta tai seksuaalisesta hyväksikäytöstä herää. Tällaisissa tilanteissa lapselle tulee taata oikeanlainen hoito ja asian tiedottaminen tarpeellisille viranomaisille, kuten poliisille. (Laukkanen & Puustjärvi 2018.)

Lapsen tilannetta arvioitaessa tarvitaan tietoa sekä lapselta itseltään että aikuisilta. Lapsen ollessa jo nuoruusiässä, lapsi itse on useimmiten paras kertoja omista psyykkisistä oireistaan ja toimintakyvystään. Lapsen kanssa keskusteleminen ja asioiden selviäminen edellyttää luottamusta. Arvioinnissa lapselta tulee kysyä suoraan vaikeistakin asioista, muistaen kuitenkin hienotunteisuus ja lapsen ikätason mukainen toiminta. Keskustelun tulee olla vastavuoroinen ja lapselle tilaa tekevä. Mikäli tilanteessa on mukana esimerkiksi kiukkuisia tai ärtyneitä vanhempia, heitä ei tule päästää purkamaan negatiivista tunnetilaansa lapsen kuullen, vaan vanhempia tulee kuulla erikseen. Jos vuorovaikutus lapsen ja vanhempien välillä on hyvin negatiivista, voi se osaltaan lisätä lapsen psyykkistä oireilua ja vaatia puuttumista. (Laukkanen & Puustjärvi 2018.)

Mikäli lapsen psyykkinen oireilu on akuuttia ja esimerkiksi selkeästi vakavasti lasta itseään vahingoittavaa, kiinnitetään huomiota keskeisiin kysymyksiin, joilla arvioidaan hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä:

- Onko lapsi välittömässä vaarassa tehdä jotakin itsetuhoista tai onko hän niin impulsiivinen tai aggressiivinen, että voi tapahtua jotakin tuhoisaa ja arvaamatonta?
- Voidaanko taata lapsen ja ympäristön turvallisuus?
- Tarvitaanko psykiatrasta osastohoitoa?
- Pettääkö lapsen todellisuuden taju siten, että tarvitaan välitöntä hoitoa, joka tapahtuu tarpeen vaatiessa vastentahtoisesti?

Tehdyn arvion perusteella lapsi ohjataan tarvittaessa psykiatriseen arvioon ja hoitoon tai muun avun piiriin. Jos lapsi on joutunut hyväksikäytön kohteeksi, on tehtävä myös rikosilmoitus. (Laukkanen & Puustjärvi 2018.)

Joskus lapsella on saattanut olla pitkään ongelmia, mutta lapsi ei tarvitse välitöntä psykiatrasta hoitoa. Näissä tapauksissa lapsen huolellinen kuuntelu, sekä annettu tuki ja apu voivat auttaa lapsen oireiluun ja vointiin. Tärkeää on, että mitään ei jätetä kesken tai liian vähälle selvittelylle. (Laukkanen & Puustjärvi 2018.)

Lapsen oireilua havainnoidessa erityisen tärkeää on ottaa huomioon kokonaistilanne ja esimerkiksi sijoitustilanteen vaikutus lapsen käyttäytymiseen ja toimintaan. Tulee myös muistaa, että oireilu ei yksiselitteisesti tai suoranaisesti tarkoita, että lapsella on jokin mielenterveyshäiriö. Lapsi voi oireilla esimerkiksi aikaisemman trauman, tai sijoitustilanteen äkkinäisyyden ja uuden ympäristön vuoksi. Lapsen oireilu ja erityisesti itseä vahingoittava käytös tulee kuitenkin aina ottaa vakavasti ja arvioida oireiden vakavuus, sekä tarvittaessa konsultoida lääkäriä, psykiatrista hoitolaitosta tai hätäkeskusta tilanteesta.

3.3 Nuoren psyykkinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä

Käsittelen kehittämistyössäni yleisesti kaikkia alle 18-vuotiaita ja käytän heistä käsitettä ”lapsi”, mutta koska suurin osa vastaanottokodille sijoitettavista asiakkaista on nuoruusiässä, tarkastelen tässä osiossa nimenomaan nuoruusiän psyykkistä oireilua. Jo johdannossa toin esiin, että erityisesti nuorten mielenterveyshäiriöt jäävät helposti huomiotta, vaikka oireiluun ja tilanteeseen pitäisikin reagoida – tämän vuoksi kehittämistyössä on osio pelkästään nuorten psyykkisestä oireilusta.

Nuoruus on monien mielenterveyshäiriöiden tyypillinen alkamisikä ja joka viides nuori kärsiikin jostain mielenterveyshäiriöstä. Yleisimpiä nuorten mielenterveysongelmia ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, käytös- ja päihdehäiriöt. Nuoren tilannetta tulee arvioida kokonaisvaltaisesti, sillä häiriintyneen ja iänmukaisen kehityksen välinen ero saattaa olla vähäinen. Nuorta tutkittaessa on siksi tunnettava nuoruusiän normaalin kehityksen pääpiirteet. Oleellista on kartoittaa sekä nuoren kuvailema oireisto että ajankohtainen kehitysvaihe, ja myös arvioida oireilun vaikutusta nuoren iänmukaisen kehityksen etenemiseen. Nuoruusiän kehityksen pysähtymisen, kuten myös mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen on tärkeää, jotta nuori saa mahdollisuuden hänelle sopiviin valintoihin niin opiskelun, ammatin kuin ihmissuhteidenkin alueilla. (Aalto-Setälä & Marttunen 2007, 207–208.)

Häiriintyneen ja iänmukaisen kehityksen välistä eroa on joskus vaikea havaita, sillä kasvu ja kehitys on muutenkin nuoruudessa nopeaa. Häiriöt ilmaantuvat nuoruudessa

yleensä ensi kertaa ja ne voivat olla oirekuvaltaan epätyypillisiä. Oireilevan nuoren hoidollista arviointia saattaa lisäksi hämärtää esimerkiksi käsitys siitä, että nuoruuskehitys olisi yleisesti ottaen aina myrskyisää. Todellisuudessa suurin osa nuorista käy kehitysvaiheen läpi ilman suurempia ongelmia. Onkin mahdollista, että ”kuohuvan nuoruuden” sijaan nuori saattaa potea hoitoa tarvitsevaa mielenterveyden häiriötä, joka voi hoidotta estää normaalia kehitystä tapahtumasta. Lisäksi nuoruusiän psyykinen oireilu ei useinkaan häviä iän myötä, vaan saattaa jatkua aikuisuuteen ja pitkittyä ilman asianmukaista tilanteeseen puuttumista. (Aalto-Setälä & Marttunen 2007, 211–212.)

Nuoruusiän alussa mielialat saattavat vaihdella nopeasti. Hyvin voimakkaat ja toistuvat mielialan vaihtelut vaativat selvittelyä. Samoin vakava epäsosiaalinen käytös, kuten näpistely, päämäärätön kuljeskelu ja väkivaltaisuus ovat toimintaa, jonka syy tulee selvittää. Mikäli varhaisnuoren kapinointi ja uhma johtavat normien ja ihmissuhteiden vakavaan rikkomiseen tai toimintakyvyn selkeään huononemiseen, asiaan tulee puuttua. Varsinaisessa nuoruusiässä hoitoa saattavat vaatia myös passiivisuus, ajattelun salpautuminen, vakavat keskittymisvaikeudet tai toistuva koulupinnaus. Eri-laiset suuruuskuvitelmat, seksuaalinen holtittomuus ja päihteiden runsas käyttö ovat nuoruudelle tyypillisiä, tarkempaa tutkimusta edellyttäviä oireita. Myöhemmässä nuoruudessa oireilu muistuttaa usein aikuisten oireilua. (Aalto-Setälä & Marttunen 2007, 211–212.)

Hyvä mielenterveys ei ole vain mielenterveyden häiriöihin puuttumista. Mielenterveys ilmenee kykynä ihmissuhteisiin, toisista välittämiseen ja rakkauteen, kykynä ja haluna vuorovaikutukseen, työntekoon, sosiaaliseen osallistumiseen ja asianmukaiseen oman edun valvontaan. Puutteelliset taidot millä tahansa osa-alueella voivat hankaloittaa iänmukaista kehitystehtävistä selviytymistä. Suuntaa-antavana sääntönä voidaan pitää, että lapsi tai nuori tarvitsee apua silloin, kun hän ei tule toimeen itsensä tai ympäristönsä kanssa. (Aalto-Setälä & Marttunen 2007, 211–212.)

3.4 Diagnoosit

Vastaanottoyksikköön sijoitetulla lapsella saattaa olla jo aikaisemmin lääkärin tekemä diagnoosi, tai diagnoosi voidaan lääkärin toimesta tehdä myös sijoitusaikana. Diagnooseista puhuttaessa on äärimmäisen tärkeää muistaa, että diagnoosi ei saa määritellä lasta eikä sen taakse voi myöskään mennä ”piiloon” – tämän tarkoittaessa sitä, että mikäli lapsi käyttäytyy esimerkiksi toistuvasti aggressiivisesti, hän ei voi perustella ja saada myönnytystä käytökselleen diagnoosin vuoksi. Lääkärin antama diagnoosi ei voi myöskään kategorisoida lasta eikä vaikuttaa hänen saamaansa hoitoon ja huolenpitoon negatiivisesti. Määritetty diagnoosi voi helpottaa lapsen ja vanhempien suhtautumista lapsen käytökseen ja oireiluun, sekä helpottaa lapsen pääsyä asianmukaiseen hoitoon.

Kehittämistyön vuoksi kartoitettiin diagnooseja, joita vastaanottoyksikköön sijoitetuilla lapsilla on ollut noin kuluneen kahden vuoden aikana. Diagnoosien myötä pyrimme kehittämistyössä tuomaan esille vastaanottoyksikköön sijoitettujen lasten psyykkistä vointia ja psyykkisen tilan huomioinnin tärkeyttä sijoituksen suhteen; diagnoosi antaa suuntaa sekä vastaanottoyksikköön sijoitettujen lasten tilanteesta että tuo lähemmäs tilanteen siitä, miten työntekijöiden tulee lastensuojeluyksikössä huomioida psykiatrisen työn näkökulma.

Diagnoosit jaetaan Suomessa ICD-10-tautiluokituksen mukaisesti pääluokkiin ja niitä seuraaviin alaryhmiin. (Tautiluokitus ICD-10 2018.) Selkeyttääkseni lapselle annetun diagnoosin luonnetta, jaottelen diagnoosit mahdollisuuksien mukaan pääluokan alle kuuluvaan alaryhmään. Korostetut osat kuvaavat lapselle annettua, tarkkaa diagnoosia, mikäli sellainen on ollut saatavilla.

Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt F00-F99

- F20–F29 Skitsofrenia, skitsotyyppinenhäiriö ja harhaluuloisuus
 - F23 Akuutit ja ohimenevät psykoottiset häiriöt
 - **F23.0 Akuutti monimuotoinen psykoottinen häiriö ilman skitsofreniaoireita**
- F30–F39 Mielialahäiriöt (affektiiviset häiriöt)
 - F31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö
 - F32 Masennustila

- **F32.1 Keskipitkään masennustila**
- F40–F48 Neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt
 - F41 Muut ahdistuneisuushäiriöt
 - **F41.1 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö**
 - **F41.2. Sekamuotoinen ahdistus- ja masennustila**
 - **F41.8 Muu ahdistuneisuushäiriö**
 - **F41.9 Määrittämätön ahdistuneisuushäiriö**
 - F43 Reaktiot vaikeaan stressiin ja sopeutumishäiriöt
 - **F43.1 Traumaperäinen stressihäiriö**
 - **F43.8 Muu reaktio vaikeaan stressiin**
 - F44 Dissosiaatiohäiriöt (konversiohäiriöt)
 - **F44.0 Dissosiativinen muistinmenetys**
 - **F44.82 Tilapäinen lapsuus- ja nuoruusiän dissosiaatio- (konversio-) oireisto**
- F60–F69 Aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt
 - F60–F62 Persoonallisuushäiriöt ja persoonallisuuden muutokset
 - F60 Persoonallisuushäiriöt
 - **F60.2 Epäsosiaalinen persoonallisuus; asosiaalinen persoonallisuushäiriö**
- F80–F89 Psyykkisen kehityksen häiriöt
 - F81 Oppimiskyvyn häiriöt
 - **F81.0 Lukemiskyvyn häiriö**
 - **F81.3 Monimuotoinen oppimiskyvyn häiriö**
 - **F81.8 Muu oppimiskyvyn häiriö**
- F84 Laaja-alaiset kehityshäiriöt
 - **F84.5 Aspergerin oireyhtymä**
- F90–F98 Tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt
 - F90 Hyperkineettiset häiriöt
 - **F90.0 Aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö**
 - F91 Käytöshäiriöt
 - **F91.0 Perheensisäinen käytöshäiriö**
 - **F91.3 Uhmakkuushäiriö**
 - **F91.9 Määrittämätön käytöshäiriö**
 - F92 Samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt
 - **F92.8 Samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö; piirteitä dissosiativisesta / traumaperäisestä häiriöstä**
 - **F92.8 Muu samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö; traumaperäisen stressihäiriön oireita**
 - **F98.9 Tarkemmin määrittämättömät tavallisesti lapsuudessa ja nuoruudessa alkavat toiminto- ja tunnehäiriöt**

Tekijöitä, jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveystalvelujen tuottajiin Z00-ZZB

- Z55-Z65 Sosioekonomisiin ja psykososiaalisiin olosuhteisiin liittyvät terveysvaarat
 - Z61 Lapsuuden kielteisiin elämäkokemuksiin liittyvät ongelmat
 - **Z61.8 Muu kielteinen lapsuudenaikainen elämäntapahtuma**
 - **Z61.8. Kielteiset lapsuudenaikaiset elämäntapahtumat**

Vammat, myrkytykset ja erät muut ulkoisten syiden seuraukset S00-T98

- T74 Pahoinpitelyoireyhtymät
 - **T74.1 Fyysinen pahoinpitely**
 - **T74.2 Seksuaalinen hyväksikäyttö**

Kehittämistyötä varten tehdyn kartoituksen perusteella vastaanottoyksikköön sijoitettua lapsista noin 9 %:lla oli yllämainittu lääkärin tekemä diagnoosi tai diagnooseja. Diagnoosien vähäinen määrä kertoo siitä, että alaikäisille lapsille ei kovinkaan helposti määritellä diagnoosia tai se ei ole yksiselitteisesti todettavissa. Toisaalta varsinkin traumatisoituneet, sijaishuollon piirissä olevat lapset oireilevat niin monialaisesti käytöksessään ja tunteiden ilmaisussaan, että yksiselitteistä diagnoosia on vaikea määritellä. (Zelechowski 2013.) Seuraavassa osiossa käsittelen vastaanottokotiin sijoitettujen lasten lääkehoitoa ja huomionarvoista on, miten monelle alaikäiselle lapselle kuitenkin määrätään lääkitys, ilman selkeää diagnoosia.

3.5 Lääkehoito

Vastaanottoyksikkö toimii lääkitysten suhteen lapsen hoitokontakteilta saatujen ohjeiden mukaan. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että vastaanottokodin henkilökunnan toimenkuvaan kuuluu jakaa ja antaa lapselle lääkärin toimesta määrättyt lääkkeet, sekä seurata lääkevastetta. Sijoituksen aikana lapsen lääkitykseen saattaa tulla lääkärin tekemänä muutoksia, jolloin lääkevasteen arviointi on merkittävässä roolissa lapsen hyvinvointia ja kokonaistilannetta, sekä jatkohoittoa arvioitaessa. Vastaanottoyksikön henkilökunta ei tee muutoksia lapsen lääkityksiin, vaan tarvittaessa konsultoi lapsen hoitavaa lääkärä ja toimii saamiensa ohjeiden mukaan. Lääkehoidon vaiku-

tuksesta ja mahdollisista muutoksista keskustellaan hoitotahon lisäksi lapsen itsensä ja hänen vanhempiensa kanssa.

Kehittämistyötä varten tehdyn kartoituksen perusteella vastaanottokotiin sijoitetuista lapsista noin 32 %:lla oli lääkärin määräämänä jokin säännöllinen lääkitys tai lääkityksiä. Seurannassa ei huomioitu esimerkiksi allergialääkkeitä tai ilman reseptiä saatavia kipulääkkeitä, vaan seuranta keskittyi esimerkiksi mielialaa tasaaviin, antipsykootteihin ja tarkkaavuudenhäiriöihin määrättyihin lääkkeisiin, nukahtamista tukeviin lääkkeisiin ja muihin vastaaviin reseptilääkkeisiin.

4 TRAUMA- JA KRIISINÄKÖKULMA

Useat lastensuojelun piirissä olevat lapset ovat kokeneet kaltoinkohtelua, laiminlyöntiä tai altistuneet perheväkivallalle ja vanhempien päihteidenkäytöstä aiheutuville tekijöille. Lapset ovat voineet kasvaa väkivaltaisessa ympäristössä, jossa myös lasten kasvua ja kehitystä tukeneet resurssit ovat olleet vähäisiä. Lapsi on voinut joko olla itse väkivallan kohteena tai todistaa toiseen ihmiseen kohdistunutta väkivaltaa, tai olla kokenut näitä molempia. Lastensuojelun toimenpiteetkin voivat aiheuttaa lapselle pelkoa ja jännitystä ja olla myös emotionaalisesti raastavia. Lapsi saattaa myös kokea useita peräkkäisiä sijoituksia, jolloin lapsen kasvuympäristö, koulu, sekä aikuis- ja kaverisuhteet vaihtuvat. Kaikki nämä kokemukset voivat joko yksinään tai yhdessä aiheuttaa lapselle trauman. (Cross & Moss 2014, 8; Timonen-Kallio ym 2017, 11.)

4.1 Trauma

Trauma tarkoittaa jonkin väkivallan muodon aiheuttamaa vammaa. Väkivalta on voinut olla fyysistä tai psyykkistä, tai näistä molempia. Trauma määritellään henkiseksi tai ruumiilliseksi vaurioksi tai haavaksi, jonka aiheuttaa traumatisoiva tapahtuma, joka saa aikaan traumaattista stressiä. Myös lapsen hoivan ja huolenpidon lai-

minlyönti voi aiheuttaa lapselle trauman. Psykkinen trauma tarkoittaa sitä, että jokin tapahtuma tai elinolosuhteiden muutos on niin merkittävä ja järkyttävä, että ihminen häiriintyy siitä psyykkisesti. (Hammarlund 2010, 96; Pohjolan-Pirhonen ym. 2007, 13–14.)

Lasten ja nuorten oireilu psyykkisen trauman myötä on erilaista. Pienet lapset saattavat oireilla ollen itkuisia ja/tai takertuvia. Heillä voi olla syömisen ongelmia, unihäiriöitä, tai somaattisia oireita, kuten kipuja. Myös aikaisemmin osatuissa taidoissa saattaa ilmetä taantumista. Kouluikäisellä lapsella saattaa edellä mainittujen lisäksi esiintyä painajaisia, vetäytymistä, alakuloisuutta ja erilaisia pelkoja, sekä ahdistuneisuutta. Lapsi saattaa reagoida myös aggressiivisella tai tuhoavalla käytöksellä. Nuorilla esiintyy harvoin taantumista, mutta sen sijaan nuorelle tyypillistä oireilua ovat levottomuus, epälooginen käyttäytyminen ja kouluvaikeudet. Näitä oireita voi olla vaikea tunnistaa traumatisoituneisuuteen liittyviksi. Tyttöillä esiintyy herkemmin masennus- ja ahdistusoireilua, kun taas pojilla esiintyy ulospäin suuntautuvia käytösoireita. Kun taustalla on pitkäaikainen traumatisoituminen, nuorelle tyypillisiä oireita ovat dissosiativiset piirteet, kuten persoonan hajoamisen tuntemukset, sekä erilainen holtiton käytös, itsetuhoisuus ja päihdehakuisuus, syömis- ja käytöshäiriöt, sekä aggressio. (Haravuori ym. 2016, 96–97; Zelechowski 2013.)

Dissosiaatiolla tarkoitetaan ilmiötä, kun ihminen irrottaa tai lokeroi tapahtumaa koskevat tunteet tai kehon reaktiot itse kokemuksesta, tai unohtaa tapahtuman. Toisaalta trauman kokenut voi muistaa tapahtuneen osittain. Trauman kokenut ihminen voi katsella asioita ikään kuin itsensä ulkopuolelta tai puhua tapahtuneesta täysin rauhallisesti ja ilman mitään tunnereaktioita. Dissosiaatiossa mieli voi ohjata tietoa tietoisuuden ohi, jolloin traumakokemus jää ihmisen tietoisuuden ulkopuolelle, eikä integroidu osaksi elämää. Dissosiaatio tapahtuu trauman shokkivaiheessa ja perustuu siihen, että traumakokemus saattaa olla ihmiselle niin vaikea ja uhkaava, että ihminen pyrkii suojautumaan tapahtuman todellisuudelta ottamalla siihen etäisyyttä. Dissosiaatio on monimutkainen psykkinen ilmiö. Traumaattiseen kriisiin joutuneen kanssa tekemisissä olevan työntekijän on hyvä tiedostaa dissosiativinen reaktio ja tietää, että dissosiaatio on tilanteessa normaalia. (Pohjolan-Pirhonen ym. 2007, 18; Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 39.)

Fyysisen väkivallan kokemukset ovat tavallisesti traumaattisia kokemuksia, joihin liittyy omaan terveyteen ja jopa henkeen liittyvää uhkaa ja voimakkaita pelon, kauhun ja avuttomuuden tunteita. Traumaattisen väkivallan seurauksena lapsi voi psyykkisesti traumatisoitua esimerkiksi niin, että hän toistaa omassa käyttäytymisessään traumaan liittyviä ajatuksia, tunteita ja toimintaa. Väkivaltaa kokenut tai nähnyt lapsi ei luota muihin ihmisiin, vaan lapsi alkaa tarkkailla ympäristöään vaaran merkien varalta ylivalppaasti ja tulkitsee helposti toisten ihmisten käyttäytymisen uhkaavaksi ja hyökkääväksi. Tällöin seurauksena voi olla voimakasta vihaa tai aggressiivisuutta. Lapsi voi myös pyrkiä välttelemään traumaan liittyviä ihmisiä, tilanteita, ajatuksia ja tunteita, ja tällöin seurauksena voi olla vetäytymistä, tunteiden turtumista ja myöhemmin muunlaista ahdistavien tunteiden ja ajatusten välttämistä esimerkiksi päihteitä käyttämällä. (Haapasalo 2006, 145.)

Monet väkivaltaa kokeneet lapset ovat ilottomia ja itkuttomia, ikään kuin he suojautuisivat ympäristöltä välttämällä tunneilmaisuja. Väkivalta voi aiheuttaa myös ylireysoireita, jolloin lapsi voi reagoida ylivalppaasti traumasta muistuttaviin ärsykkeisiin ja kärsiä uni- ja keskittymisvaikeuksista. Väkivalta vääristää myös lapsen käsitystä itsestään, jolloin lapsi voi tuntea itsensä inhottavaksi, arvottomaksi ja huonoa kohtelua ansaitsevaksi. Väkivaltaa paljon nähneillä lapsilla myös avuttomuuden ja kyvyttömyyden tunteet voivat lisääntyä. Lapsuuden väkivaltakokemusten seurauksena lapsi voi traumatisoitua ja jatkaa väkivallan kierrettä. (Haapasalo 2006, 145.)

Traumaattiset kokemukset tuottavat traumaperäisen stressin oireita, jotka hoitamattomina voivat muuttua kroonisiksi. Väkivaltaa kokeneelle ja nähneelle lapselle voi kehittyä traumaperäisiä stressioireita, joilla on myös vaikutuksia keskushermoston välittäjäaineisiin, stressihormonitasoihin ja aivojen rakenteiden kehitykseen. Seurauksena voi olla neurobiologisia muutoksia ja aivojen kehityshäiriö. (Haapasalo 2006, 145.)

4.1.1 Mahdollisia trauman oireita eri ikäkausina

Soisalo (2012, 163–167) on jäsentänyt lasten tyypillisiä traumareaktioita eri ikäkausina seuraavanlaisesti:

0–12 kuukautta

- äskettäin opittujen taitojen taantuminen
- liiallinen kiihkeys, ylivalppaus ja hyperaktiivisuus
- jännittyneisyys, ärtyneisyys, reaktiivisuus ja rauhattomuus
- uni- ja syömishäiriöt
- heikentynyt stressinsietokyky
- heikentynyt immuunijärjestelmä
- pelkoreaktio kohdatessa traumasta muistuttavia asioita
- mielialan ja persoonallisuuden muutokset
- kyky sopeutua huoltajaan on kadonnut tai heikentynyt
- tunnetilojen hallinta ja kyky rauhoittaa itsensä on kadonnut tai heikentynyt
- turvaton, huolestunut tai ristiriitainen kiintymyskäyttäytyminen
- kyky tuntea on heikentynyt – lapsi voi vaikuttaa turtuneelta ja tunteettomalta
- kognitiivisten taitojen kehityksen viivästyminen ja muistivaikeudet
- voimistunut säpsähdysreaktio
- katsekontaktin puuttuminen
- selän jäykistyminen kaarelle
- ei-luonteenomainen aggressio
- lapsi välttää koskettamasta uusia pintoja, esimerkiksi ruohoa ja hiekkaa
- lapsi välttää muita kosketukseen liittyviä kokemuksia
- lapsi välttää tai pelästyy traumasta muistuttavista asioista
- taistelee/pakene/jähmety-reaktiot
- ei-luonteenomaista, lohdutonta tai raivokasta itkua ja tarvitsevuutta
- lisääntynyttä hermostunutta liikehdintää, eropelkoa ja takertuvuutta
- vetäytyminen, tavanomaisen reagoinnin ja vastakaiun puute
- lapsi on velto eikä osoita minkäänlaista mielenkiintoa
- epätavallisen suuri ahdistus, kun lapsi joutuu eroon pääasiallisista hoitajistaan
- korostuneen umpimähkäinen kiintymyskäyttäytyminen
- sukuelimissä kipua, merkkejä tulehduksesta, mustelmia, verenvuotoa tai diagnosoitu sukupuolitauti

1–3 vuotta

Edellä mainittujen lisäksi

- entistä suurempi herkkyys ruoan suhteen
- lisääntynyt vanhempien ohjeiden vastustaminen
- traumamuisto voi ilmetä käytöksessä, puheissa tai leikissä
- itseluottamuksen menetys
- asiaankuulumaton seksuaalinen käyttäytyminen
- seksuaaliset leikit leluilla

3 – 5 vuotta

Edellä mainittujen lisäksi

- keskittymiskyky, tarkkaavaisuus ja jaksaminen heikentyneet
- lapsi valittaa fyysistä kipua ja särkyjä, selittämättömät kivut tai sairaudet
- pädätyskyvyttömyys, vuoteenkastelu, tuhriminen
- unihäiriöt, painajaiset, yölliset kauhukohtaukset, unissakävely
- lapsi pelkää nukkumaanmenoa ja yksinoloa yöllä
- kyvyttömyys hakea lohtua tai tulla lohdutetuksi
- mielialan ja persoonallisuuden muutokset
- ilmeinen ahdistuneisuus ja pelokkuus
- erityiset traumaan liittyvät pelot, yleinen pelokkuus
- usein esiintyvä intensiivinen ja toistuva leikki
- leikkitovereiden ottaminen mukaan traumaan liittyvään leikkiin
- vanhempiin ja muihin liittyvä eroahdistus
- itsearvostuksen menetys
- toistuvat kertomukset traumaattisesta tilanteesta tai tapahtumasta
- mielenkiinnon menetys erilaisiin toimintoihin
- äkillisesti ilmenevä intensiivinen masturbointi
- lapsi osoittaa aikuisen tietämystä seksuaalisuudesta sopimattoman seksuaalisen käyttäytymisen kautta
- lapsi kuvailee verbaalisesti seksuaalista hyväksikäyttöä, osoittaa tiettyjä kehön osia ja kertoo leikitystä ”leikistä”
- seksuaaliset piirrokset
- karkeamotoristen ja visuaalis-havainnoillisten taitojen kehittymisen viivästyminen
- puheen, kognitiivisten taitojen ja kuullun prosessoinnin viivästyminen
- pelko trauman uusiutumisesta
- lisääntynyt kontrollin tarve
- eron pelko
- traumaan liittyvä hämmennys ilmenee leikeissä esimerkiksi maagisten selitysten ja ikävien tapahtumien syiden puutteellisella ymmärryksellä
- alttius vuosipäivän aiheuttamille reaktioille; vuodenajat, juhlapäivät ja muut seikat voivat muistuttaa tapauksesta ja laukaista reaktioita
- traumaattisesta tapahtumasta muistuttavat, häiritsevät visuaaliset muistikuvat saattavat ilmetä sanoissa ja leikeissä
- tämän ikäkauden loppupuolella lapsilla on todennäköisemmin pysyviä ja tarkkoja verbaalisia ja visuaalisia muistoja trauman keskeisimmistä tapahtumista

5–7 vuotta

Edellä mainittujen lisäksi

- poissaoleva, hajamielinen ja hyperaktiivinen käytös
- erilaiset kivut ja säryt ilman näkyvää syytä
- onnettomuusalttius
- karkailu tai pinnaaminen koulusta
- tulella leikkiminen, eläinten vahingoittaminen
- omien tunteiden voimakkuuden pelästyminen
- pyrkimys etäännyä häpeän, syyllisyyden ja nöyryytyksen tunteista

- masentunut tunnetila
- stressin aiheuttama hämmennys tai keskittymiskyvyn menetys koulussa, mikä ilmenee entistä huonompana suoriutumisena
- sopimaton, aggressiivinen, hyväksi käytävä, seksuaalinen vuorovaikutus, jossa on osallisena muita lapsia tai aikuisia
- ylenmääräinen, pakkomielteinen kiinnostus sukuelimiin ja aikuisen seksuaaliseen käyttäytymiseen
- vihjaukset seksuaalisista kokemuksista
- karkaaminen kotoa
- traumasta johtuva kiukuttelu ja riskialtis käyttäytyminen
- muistin menetys
- pakeneminen pakonomaisiin toimintoihin
- pelko trauman uusiutumisesta
- mielialan tai persoonallisuuden muutokset
- lisääntynyt itsekeskeisyys ja vetäytyminen
- huoli, että on itse vastuussa traumasta
- halu kostaa
- lapsi voi kokea akuuttia ahdistusta kohdatessaan mitä tahansa traumasta muistuttavaa
- ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden lisääntyminen
- läheisyyteen ja rakkauteen kohdistuva pelokkuus
- lapsella on todennäköisesti yksityiskohtaisia, pitkään jatkuvia ja sensorisia muistikuvia traumatapahtumasta; joskus muistot ovat sirpaleisia ja tukahdutettuja
- tosiasialliset, täsmälliset muistot saattavat olla pelon tai toiveiden värittämiä; näkemys tapahtuman kestosta voi olla vääristynyt
- ei-toivotut visuaaliset kuvat ja traumaattiset reaktiot häiritsevät keskittymistä ja aiheuttavat ahdistuneisuutta, mikä tapahtuu usein vanhempien tietämättä
- jälkeensä esiintyvät traumaattisen tapahtuman uudelleenlavastukset, jotka voivat tapahtua salassa ja joihin voivat osallistua sisarukset tai leikkiverit
- mielenkiinnon menetys toimintoihin, joista lapsi on aikaisemmin ollut kiinnostunut

7–12 vuotta

Edellä mainittujen lisäksi

- seksuaaliset kirjoitukset

12–18 vuotta

Edellä mainittujen lisäksi

- päihteiden käyttö
- haastava, aggressiivinen tai väkivaltainen käytös
- alttius pessimistiseen maailmankuvaan
- ahdistus- ja stressihäiriöt
- itsemurha-ajatukset
- itseä vahingoittava toiminta, esimerkiksi viiltely, polttaminen
- akuutti psykologinen ahdistus
- ilmeiset persoonallisuuden muutokset ja muutokset tärkeiden ihmissuhteiden laadussa

- toimintaan perustuvat, orientoituvat reaktiot traumaan
- akuutti tietoisuus vanhempien reaktioista; halu suojella vanhempia omalta ahdistukselta
- seksuaalisesti hyväksi käyttävää tai aggressiivista vuorovaikutusta nuorempien kanssa
- irrallisia seksuaalisia suhteita tai seksuaalisuhteiden totaalista välttelyä
- lapsi tai nuori näkee pakenemisen aikuisuuteen mahdollisuutena välttää trauman vaikutusta ja traumamuistoja (varhainen avioliitto, raskaus, koulun keskeyttäminen, vertaisryhmän hylkääminen ja siirtyminen vanhempien ystävien pariin)
- aikuistumisen pelko ja tarve pysytellä perheen vaikutuspiirissä

Soisalon jäsenyyksen kautta voidaan todeta, että ne lapsen toiminnan tavat, joista lastensuojelussa puhutaan yleisesti psyykkisenä oireiluna, ovat hyvin pitkälti yhdistettävissä lapsen tyypillisiin traumareaktioihin. Käsitteiden suhteen tulee kuitenkin olla tarkka, sillä lapsen toiminnasta ei voida suoralla kädellä todeta lapsen olevan traumatisoitunut. Tulee myös muistaa, että ihmiset reagoivat traumaattisiin tilanteisiin yksilöllisesti – mutta mitä varhaisemmassa kehitysvaiheessa traumatilanne on koettu, sitä vakavammat ovat niiden todennäköiset jälkiseuraukset. Traumakokemuksista toipumiseen vaikuttavat myös aikaisemmin elämän varhaisvuosina koetut traumat, mielenterveydelliset ongelmat ja yleinen elämäntilanne. Traumaattisen tilanteen vaikutusta yksilöön ja yksilön traumatisoitumiseen ei voi ennakoida kuin todennäköisyyden tasolla. (Reijonen & Strandén-Mahlamäki 2008, 35–36.)

4.2 Kriisi

Kriisit ovat kuuluneet ihmiselämään niin kauan kuin ihmisiä on ollut olemassa. Hyvin monenlaisista elämänvaiheista ja tapahtumista voi olla seurauksena kriisi; kriisin voi aiheuttaa äkillinen muutos tai järkyttävä tapahtuma, mutta kriisi voi olla myös seurausta useista samanaikaisista kuormittavista asioista. Kriisin kolme osatekijää ovat elämää uhkaava vaarallinen tapahtuma, haavoittuvuuteen liittyvä uhka, sekä kyvyttömyys käyttää sopeutumista auttavia selviytymiskeinoja. Kriisi on väliaikainen järkytyksen ja hajaannuksen tila, jolle on ominaista yksilön kyvyttömyys selviytyä tavanomaisia ongelmanratkaisumenetelmiä käyttämällä ja jossa radikaalisti myönteinen tai kielteinen lopputulos on mahdollinen. Toisaalta myös luonnollinen ja ennakoitavissa oleva elämäntapahtuma voi aiheuttaa kriisin. (Pohjolan-Pirhonen ym. 2007, 13; Poijula 2016, 27–28; Suomen mielenterveysseura 2018.)

Kriisiä läpikäyvä ihminen saattaa kokea monenlaisia oireita ja tuntemuksia, kuten ahdistusta, masentuneisuutta, unettomuutta, ärtyneisyyttä ja fyysisiä kipuja. Kriisissä oleva voi kokea avuttomuuden tunnetta ja hätää, perusturvallisuuden tunne saattaa olla heikentynyt, ja ote elämästä tuntuu katoavan. Kriisit voivat myös tuoda mieleen aikaisemmin koettuja, vaikeita elämäntilanteita, ja tällöin kriisitilanne voi tuntua erityisen raskaalta. Toisaalta kriisi voi mahdollistaa asioiden uudelleenarvioimisen ja henkisen vahvistumisen. Ihmisten kyky sietää vaikeita elämäntilanteita on hyvin erilainen ja toinen kriisiä kokeva ihminen voi selvitä hyvinkin vähällä oireilulla, kun taas toinen tarvitsee enemmän apua ja aikaa toipuakseen. (Suomen mielenterveysseura 2018.)

Kriisin moninaisuutta voidaan hahmottaa jaotteleamalla kriisit kehitys- ja elämäntilannekriiseihin, sekä traumaattisiin kriiseihin. Kehitys- ja elämäntilannekriisit liittyvät normaaliin elämänkulkuun ihmisen siirtyessä elämänvaiheesta toiseen. Tämä tekee kriisin käsitteestä arkipäiväisemmän ja ymmärrettävämmän; myös positiivinen elämäntapahtuma, kuten lapsen syntymä, saattaa aiheuttaa kriisin. Traumaattisen kriisin taas aiheuttaa usein epätavallisen voimakas ja epänormaali tapahtuma, johon liittyy suuri tunnejärkytys, ja jota ihmisen omat voimat eivät riitä kohtaamaan. (Pohjolan-Pirhonen ym. 2007, 13; Poijula 2016, 27–28; Soisalo 2012, 160–161; Suomen mielenterveysseura 2018.)

4.2.1 Traumaattinen kriisi ja psyykkinen stressi

Traumaattinen kriisi on reaktio tapahtumaan, jossa elintärkeitä asiat ovat uhattuna. Kriisi voi olla traumaattinen monesta syystä. Esimerkiksi väkivallan kohteeksi joutuminen voi aiheuttaa traumaattisen kriisin, kuten myös jokin tapahtuma, joka aiheuttaa hämmennystä tai häpeää ympäröivissä ihmisissä tai yhteisössä. Traumaattinen kriisi voi aiheutua myös pelkästä tunteesta, että oma terveys ja henki on uhattuna, eli esimerkiksi pelko väkivallan kohteeksi joutumisesta voi aiheuttaa ihmisessä kriisin. Traumaattisen kriisin läpikäyminen ja käsittely on usein tuskallista ja työlästä. Jokaisella ihmisellä on kuitenkin kykyjä, joiden avulla kriisistä voi selviytyä. (Suomen mielenterveysseura 2018.)

Traumaattiselle kriisille on ominaista tietyt oireet ja tietynlainen kulku. Poikkeuksellisen traumaattinen elämäntapahtuma saattaa aiheuttaa akuutin stressireaktion. Merkittävä elämäntilanteen muutos, johon liittyy huomattava elinehtojen heikentyminen, saattaa aiheuttaa sopeutumishäiriön. Lievempikin psykososiaalinen kuormitus tai vähemmän vakava stressi voi aiheuttaa psyykkisen trauman yhteydessä stressireaktion tai sopeutumishäiriön kehittymisen tai edistää sitä. Häiriön täytyy kuitenkin olla välitöntä seurausta äkillisestä vakavasta traumasta tai pitkäaikaisesta kuormituksesta. Traumaattinen tapahtuma tai pitkäaikainen kuormitus on traumaperäisen kriisin ensisijainen ja vallitseva aiheuttaja, eikä häiriötä synny ilman jompaakumpaa. (Hammarlund 2010, 93–94.)

Psyykkinen stressi on ihmisellä ilmenevä reaktio. Psyykkinen stressi voi aiheuttaa immunisoitumista, herkkyyden ja ärsykkeiden vastaanottavaisuuden vähentymistä, joka johtuu traumasta, tai herkastymistä psyykkisen stressin aiheuttaneeseen tapahtumaan liittyville kuville, äänille tai ajatuksille. (Hammarlund 2010, 92.)

Psyykkinen stressi saattaa ilmetä eri tavoin ja johtua erilaisista kriiseistä. Vastanotoyksikössä tulisi huomioida esimerkiksi uhkakriisi tai loukkauskriisi lapsen mahdollisen oireilun takana. Uhkakriisi voi aiheutua esimerkiksi ihmisen väärästä toiminnasta tai törkeästä huolimattomuudesta. Uhka voi olla tahallistakin, kuten rikollisuudessa ja väkivallassa, ja tällöin uhka kohdistuu ihmisen fyysiseen olemukseen. Toisaalta uhka voi olla myös psykososiaalista ja kohdistua ihmisen itsetuntoon tai minäkuvaan. Uhkakriisin aiheuttama tunne on ahdistus. Ahdistusreaktio voi näkyä ympäristölle selkeästi, mutta se voi myös olla shokin vuoksi piilevää. Uhka aiheuttaa ihmisessä valmiustilan ja ”taisteile tai pakene” –reaktion aktivoitumisen. Näin ollen uhka on sekä fysiologinen että psykologinen tila. (Hammarlund 2010, 94.)

Loukkauskriisiin ja sen taustalla olevaan traumaattiseen tapahtumaan voi kuulua loukkaavaa kohtelua, kuten pakkoa, väkivaltaa, hävettävä tapahtuma tai avuttomuudentunne. Niiden aiheuttama tunne on häpeä. Tätä traumaattista kriisiä sanotaan narsistiseksi sen vuoksi, että se liittyy tabuiksi nähtyihin aiheisiin ja siinä ihmisen minän ei-hyväksytty osa aktivoituu ja ihmisen omakuva muuttuu. Näin voi tapahtua esimerkiksi seksuaalisen hyväksikäytön tai perheväkivallan myötä – traumaattinen tapah-

tuma tai tapahtumasarja voi muuttaa uhrin myönteiset tunteet ja odotukset inhoksi, häpeäksi ja nöyryytykseksi. (Hammarlund 2010, 95.)

4.3 Kriisin vaiheet

Kriisireaktiot jaetaan usein kaavamaisesti ja yksinkertaisesti eri vaiheisiin. Kriisin työstäminen ei kuitenkaan aina noudata sääntöjä ja tämän vuoksi teoriaa kriisin vaiheista tulee osata soveltaa tilannekohtaisesti. Kriisin vaiheisiin perustuva teoria keskittyy auttamaan kriisissä olevaa ihmistä tunnistamaan ja korjaamaan traumaattisen tapahtuman aiheuttamaa tilapäistä ajattelun, tunne-elämän ja käyttäytymisen vääristymää. Nykyisin käytetyin näkökulma on integroitu kriisin teoria, jossa yhdistetään erilaisia kriisissä olevan tarpeisiin soveltuvia lähestymistapoja ja menetelmiä. (Hammarlund 2010, 99; Poijula 2007, 27.)

Traumaattisella kriisillä nähdään olevan neljä eri vaihetta; 1) shokkivaihe, 2) reaktiovaihe, 3) korjaamisvaihe tai käsittelyvaihe sekä 4) uudelleen suuntautumisen vaihe. Traumaattinen kriisi tapahtuu kuitenkin yleensä ajallisesti hyvin lyhyessä ajassa ja on usein rajumpi tai brutaalimpi kuin muu kriisin muoto ja tämän vuoksi traumaattisessa kriisissä kriisin vaiheet saattavat olla ajallisesti ja sisällöltään poikkeavia. (Hammarlund 2010; 99–103; Suomen mielenterveysseura 2018.)

4.3.1 Shokkivaihe

Shokkivaihe alkaa heti kriisin laukaisseeseen tilanteen jälkeen ja kestää lyhyestä hetkestä joihinkin vuorokausiin. Useimmiten shokkivaiheen on määritelty kestävän muutamista tunteista muutamaan päivään. Shokkivaiheen aikana ihminen ei kykene vielä käsittämään kriisin aiheuttanutta tapahtumaa ja saattaa kieltää tapahtuman. Jotkut shokkivaihetta elävistä ihmisistä lamaantuvat täydellisesti ja tämän vuoksi ulkopuolisen näkökulmasta ihminen saattaa tällöin näyttää vain tyyneltä. Shokkivaiheessa olevasta ihmisestä saattaa tuntua siltä, että hän on kadottanut tunteensa kokonaan. Toiset ihmiset saattavat reagoida shokkivaiheessa voimakkaalla kiihtymystilalla. Tämä saattaa ilmetä esimerkiksi siten, että ihminen voi huutaa suoraa huutoa tai itkeä raivokkaasti. Lamaantuminen ja levottomuus saattavat myös vaihdella vuorotellen vaiheen

aikana. Shokkivaiheessa tulee huomioida myös mahdollisuus aikaisemmin mainittuun dissosiaatioon. (Pohjolan-Pirhonen ym. 2007, 18; Suomen mielenterveysseura 2018.)

Shokkivaiheessa esiintyvä kriisin aiheuttaneen tapahtuman torjunta ja kieltäminen ovat ihmisen selviytymiskeinoja, kunhan ne eivät jatku liian kauan ja ihminen pääsee etenemään kriisissään ja sen käsittelyssä. Shokkivaiheessa ihmisellä on suuri tarve turvallisuuden tunteen saavuttamiseksi. Shokkivaiheessa oleva tarvitsee yleensä konkreettista suojaa ja turvaa ja kokemuksen siitä, että läsnä olevat ihmiset hallitsevat tilanteen. Shokkivaiheen aikana tapahtumasta kerrotut asiat ja selviytymisohjeet eivät välttämättä jää kriisissä olevan ihmisen mieleen ja koska kriisissä olevan ihmisen voi olla vaikea sisäistää saamaansa informaatiota, voi tietoa olla hyvä antaa myös kirjallisessa muodossa keskustelun lisäksi. Tiedotuksen tapahtuneesta on hyvä olla rauhallista, yksinkertaista ja selkeää. Shokkivaiheessa ihmisen reaktiot ja toiminta saattaa olla arvaamatonta ja normaalista poikkeavaa, ja tämän vuoksi on äärettömän tärkeää turvata, ettei ihminen satuta itseään tai muita. (Suomen mielenterveysseura 2018.)

4.3.2 Reaktiovaihe

Reaktiovaihe alkaa useimmiten muutaman päivän kuluessa traumaattisesta tapahtumasta, ja sen on määritelty kestävän yleensä muutamasta viikosta muutamaan kuukauteen. Reaktiovaiheessa ihminen alkaa kohdata muuttuneen todellisuuden ja yrittää muodostaa käsitystä siitä, mitä on tapahtunut. Tämä tapahtuu usein hitaasti ja vaiheittain. Reaktiovaiheen alussa ihmisen mieli vielä haluaa yrittää kieltää tapahtuneen. Reaktiovaiheessa voi esiintyä outoja ja yllättäviä tuntemuksia, kuten että menetetty ihminen olisi jossain lähellä tai että hänen äänensä kuuluisi jostakin. Nämä tuntemukset ovat samanlaisia mielen käyttämiä puolustuskeinoja kuin tapahtuneen kieltäminenkin. Reaktiovaiheen aikana tapahtuman merkitys kuitenkin lopulta tiedostetaan. (Tukinet 2018; Suomen mielenterveysseura 2018.)

Reaktiovaiheeseen liittyy usein vahvat tunnereaktiot, kuten viha, ahdistuneisuus ja syyllisyys, sekä pettymys ja apatia. Nämä tunteet voivat kohdistua läheisiin ihmisiin

ja esimerkiksi työntekijään, joka on mukana kriisin käsittelyssä. Työntekijän tulee huomioida, että tunteet ovat yksi puolustuskeino kriisissä olevalle ihmiselle. Vahvojen tunteiden vastakohtana voi olla myös ihminen, joka tukahduttaa tunteensa ja tämä osaltaan hidastaa ja haittaa kriisin aiheuttaneen tapahtuman käsittelyä. Tukahdutetut tunteet voivat ilmetä somaattisina oireina, kuten erilaisina kipuiluina, joille ei ole mitään fysiologista selitystä. Myös unettomuutta ja ruokahaluttomuutta saattaa esiintyä. (Tukinet 2018; Suomen mielenterveysseura 2018.)

Reaktiovaiheessa kriisin aiheuttanut tapahtuma toistuu usein muistikuvina hereillä ollessa sekä nukkuessa painajaistenkin muodossa. Tapahtuma saattaa palautua yhtäkkiä elävästi mieleen jonkun aistihavainnon kautta, esimerkiksi tuoksun tai äänen myötä. Reaktiovaiheessa mieli alkaa käynnistyä käsittelemään tapahtumaa. Tässä kriisin vaiheessa ihminen on haasteellisessa tilanteessa, kun ihminen yrittää suojautua sietämättömältä tuntuvalta kokemukselta kieltämisen ja sen käsittelemisen välillä. (Tukinet 2018; Suomen mielenterveysseura 2018.)

Kriisin reaktiovaiheessa ihminen tarvitsee mahdollisuutta tulla kuulluksi ja hänellä saattaa olla tarve puhua tapahtumasta yhä uudelleen. Puhumisella onkin usein tärkeä merkitys toipumisen kannalta. Reaktiovaiheessa voi myös esiintyä toisten kohtuutonta syyllistämistä tapahtuneesta, mikä saattaa hämmentää kriisin kokeneen läheisiä. Reaktiovaiheessa oleva tarvitsee tietoa tilanteesta ja konkreettisia ohjeita ja tukea arjesta selviämiseen. (Tukinet 2018; Suomen mielenterveysseura 2018.)

Traumaattisen kriisin suhteen tulee huomioida, että reaktiovaihe saattaa kestää vain joitain päiviä. Usein traumaattisessa kriisissä reaktiot ovat niin voimakkaita, ettei ihmisen mieli kestäisi reaktioita useita kuukausia, vaan tämä vaikuttaisi merkittävästi ihmisen mielenterveyteen. (Suomen mielenterveysseura 2018.)

4.3.3 Korjaamis- tai käsittelyvaihe

Kriisiteoriassa kolmas vaihe voidaan määritellä korjaamisvaiheeksi. Kuitenkin useimmiten traumaattisen kriisin äärellä puhutaan työstämis- ja käsittelyvaiheesta.

Nämä nimitykset kuvaavat paremmin vaiheen keskeisiä tehtäviä, eli trauman työstämistä ja uuteen tilanteeseen sopeutumista. (Suomen mielenterveysseura 2018.)

Kriisin vaiheissa ja traumatisoivan tapahtuman käsittelyssä on huomioitava, että ihmisen mieli alkaa sulkeutua kolmen ensimmäisen vuorokauden kuluessa traumaattisesta tapahtumasta. Kokemuksen käsittely sinällään ei lopu, mutta ihminen kääntyy sisäänpäin ja lähes lamaantuu. Tämän myötä traumaattisen kokemuksen jälkeen ihmisellä on välillä niin sanotusti hyviä päiviä ja huonoja päiviä, kun hän ikään kuin kamppailee kokemuksen ja sen käsittelyn suhteen. Ihmisellä saattaa ilmetä muisti- ja keskittymisvaikeuksia, koska osa hänen tarkkaavaisuudestaan ja kapasiteetistaan on suunnattu trauman käsittelyyn. (Saari 2008, 60; Suomen mielenterveysseura 2018.)

Kriisin käsittelyvaihe eli läpityöskentelyn ja korjaamisen vaihe kestää muutamista kuukaudesta noin vuoteen. Tämän aikana kriisin aiheuttanut tapahtuma aletaan hyväksyä eikä surua tai muita tunteita enää kielletä tai torjuta. Mieli ei enää kiellä tapahtunutta, vaan alkaa ymmärtää sen olevan muutoksineen ja menetyksineen totta. Tässä vaiheessa ihminen on valmis tekemään varsinaista surutyötä, sekä alkaa olla valmis kohtaamaan sekä oman muuttuneen identiteettinsä että tapahtuman kokonaisuutena. Käsittelyvaiheeseen liittyy usein oman identiteetin pohtimisen lisäksi myös omien vakaumusten ja uskomusten kyseenalaistaminen ja uudelleenmuokkaaminen. Vastaanottoyksikön toiminnan kannalta on tärkeä muistaa, että tämä kriisin vaihe ei välttämättä ole ajankohtainen vielä sijoitusaikana, ja koska kriisin aiheuttaneen asian työstäminen jatkuu asiakkaalla vielä tulevaisuudessakin, hänet on tärkeää ohjata oikeiden palveluiden pariin sijoituksen päättyessä. (Tukinet 2018; Suomen mielenterveysseura 2018.)

4.3.4 Uudelleen suuntautumisen vaihe

Traumaattisen kriisin äärellä ihmiseltä saattaa hävitä näkemys ja luottamus tulevaisuuteen ja tämän vuoksi uudelleen suuntautumisen vaiheen saavuttaminen saattaa olla haastavaa. Uudelleen suuntautumisen vaiheessa kriisi alkaa kuitenkin hiljalleen muuttua osaksi omaa elämänkaarta ja kokemusta omasta identiteetistä, ja usko tulevaisuuteen palaa. Ihminen ymmärtää ja hyväksyy sen, että kriisin aiheuttanut tapah-

tuma ei unohdu koskaan, mutta sen kanssa pystyy elämään. Tapahtuneeseen liittyvät tunteet ovat sallittuja ja tapahtunutta voidaan muistella näyttäen sen aiheuttamia tunteita avoimesti. (Tukinet 2018; Suomen mielenterveysseura 2018.)

Uudelleen suuntautumisen vaihe voi alkaa vasta, kun trauman aiheuttanut tapahtuma on käsitelty. Vasta kun tapahtunut hyväksytään, sopeutuminen uuteen tilanteeseen pääsee alkamaan. Uudelleen suuntautumisen vaiheeseen kuuluu tiedostaminen siitä, että tapahtuma tulee merkittäväksi osaksi omaa elämäntarinaa, mutta tapahtuma ei enää hallitse tunne- ja ajatusmaailmaa. Uudelleen suuntautumisen vaihe kestää tavallaan koko loppuelämän. Kriisi on parhaimmillaan antanut yksilölle lisää voimavaroja, eikä se kuluta omaa mielenterveyttä. On kuitenkin tärkeää huomata, ettei toipuminen ole mitenkään suoraviivaista, ja toisinaan ihmiselle saattaa esimerkiksi muistikuvien myötä palautua mieleen tapahtuman raskaat tuntemukset. (Saari 2008, 67–68; Suomen mielenterveysseura 2018.)

4.3.5 Defusing ja debriefing

Kriisissä olevan ihmisen psykososiaalinen tukeminen voidaan jakaa ajallisesti eri osiin. Shokkivaiheessa tuki on välitöntä ja akuuttia, sillä esimerkiksi onnettomuuden jälkeen tarvitaan usein sekä psyykkistä että fyysistä ensiapua. Kriisin jälkeen purkukeskustelu ja tapahtuman jälkipuinti ovat merkittävässä roolissa ihmisen toipumisen ja eheytyksen kannalta. Liitän kehittämistyöhön osion defusing- ja debriefing-keskusteluista siksi, että ne liittyvät niin oleellisesti kriisiteoriaan ja kriisin vaiheisiin. Mielestäni tulee kuitenkin huomioida esimerkiksi debriefing-keskustelun mahdollinen negatiivinen vaikutus pienen lapsen vointiin ja arkeen; keskustelun ajankohtaa ja tarvetta tulee tarkkaan harkita ammattilaisten toimesta ennen sen toteuttamista. Kriisityössä on myös yleisesti pohdittu, onko jälkipuinnista enemmän haittaa vai hyötyä. Vaikka debriefing-keskustelu onkin saanut kritiikkiä osakseen, on todettu, että oikein kohdennettuna ja ammattilaisten toteuttamana menetelmä ei aiheuta vahinkoa ja myönteiset seuraukset menetelmästä ovat kiistattomia. (Hammarlund 2010, 143–147; Pohjolan-Pirhonen ym. 2007, 143; Väisänen ym. 2009, 99–100.)

Defusing tarkoittaa psykologista purkukeskustelua, joka tapahtuu muutaman tunnin sisällä, mutta viimeistään kahdeksan tunnin kuluessa kriittisestä tilanteesta. Defusing- eli purkukeskustelun kautta asiaa käsitellään ammatti-ihmisten kanssa. Purkukeskustelulla on aina tehtävään koulutuksen saanut ammatillinen vetäjä. Purkukeskustelu kestää tavallisimmin kolmesta vartista tuntiin. Keskustelussa on johdanto-, läpikäyntivaihe ja informaatiovaihe. Purkukeskustelun tavoitteena on tilanteen normalisointi, kokemusten jakaminen välittömästi kriisin äärellä ja sosiaalisen verkoston vahvistaminen niin, ettei kukaan vetäytyisi itsekseen ja eristäytyisi. Purkukeskustelussa pystytään myös tekemään arvio jälkipuinnin tarpeesta. (Saari 2008, 149–153; Väisänen ym. 2009; 98.)

Kriisin jälkeen voidaan järjestää debriefing-istunto tai -istuntoja. Debriefing eli psykologinen jälkipuinti on ryhmässä toteutettava keskustelu, joka tapahtuu järkyttävän tapahtuman jälkeen. Jälkipuinti voidaan järjestää aikaisintaan 24 tunnin kuluttua tapahtuneesta, useimmiten se järjestetään 3-5 vuorokauden kuluessa tapahtumasta. Jälkipuinti on tarkoitettu kaikille, jotka ovat kriittisen tilanteen vaikutuspiirissä. Kuten defusing-purkukeskustelussa, myös debriefing-jälkipuinnilla täytyy aina olla vetäjinä koulutuksen saaneet henkilöt. Jälkipuinti on suunniteltu ja johdonmukainen keskustelu, jossa on aloitus-, fakta-, reaktiovaihe, sekä normalisointivaihe ja lopetusvaihe. Jälkipuinnin tavoitteena on edistää normaalia toipumista, lievittää mahdollisia jälke seurauksia sekä tuoda näkyväksi ryhmän tuki. Jälkipuinti on osaltaan aktiivista työskentelyä, jossa osanottajia autetaan kohtaamaan ja käsittelemään kriisiin liittyviä tunteita ja ajatuksia. Tavallisimmin jälkipuinti kestää muutaman tunnin ajan. Tulee huomioida, että vielä debriefinginkin jälkeen kriisin kokeneella ihmisellä saattaa olla tarvetta terapioille, joiden pituus ja käytettävät menetelmät riippuvat kriisin kohdanneesta ihmisestä. Useimmiten vasta noin kuukauden kuluttua jälkipuinnista on mahdollista todeta, ketkä kriisin kohdanneet tarvitsevat lisäapua tilanteessa. (Saari 2008, 154–156, 163–165, 169–170.)

4.4 Trauma- ja kriisinäkökulma lastensuojelussa

Traumaattisen kriisin yleisimmin käytetyssä mallissa erotetaan shokin, reaktion, korjaamisen tai käsittelyn ja uudelleen suuntautumisen vaiheet. Lapsille hyödyllisempi

kriisiä kuvaava tieto on, että kriisillä on alku, keskikohta ja loppu. Shokki ja reagointi muodostavat yhdessä kriisin alun, joka on yleensä tunnistettavissa. Muut vaiheet sen sijaan eivät ole selvästi erillisiä, vaan usein päällekkäisiä. Shokissa mieli suojautuu automaattisesti liian uhkaavaa todellisuutta vastaan dissosiaatio-puolustusmekanismilla. Dissosiaatio suojaa ”minää”, mutta traumaattisen kokemuksen käsittelyä se puolestaan vaikeuttaa. Shokkivaiheessa todellisuutta pidetään etäällä niin hyvin kuin kyetään, koska sitä ei ole vielä mahdollista omaksua tai muokata. Trauman kokenut voi ulospäin vaikuttaa rauhalliselta, vaikka mieli onkin kaaoksessa. Shokissa olevat lapset voivat lamaantua, reagoida voimakkaasti tai jatkaa aikaisempaa toimintaansa niin kuin mitään ei olisi tapahtunutkaan. Kuten aikuisella, myös lapsella shokki menee yleensä ohi muutamassa tunnissa tai vuorokaudessa. (Poiijula 2016, 29–30; Saari 2008, 51).

Reaktiot tapahtuneeseen heräävät shokin väistyttyä asteittain. Mieli alkaa tehdä traumatyötä niin, että tapahtunut tunkeutuu toistuvasti mieleen muistoina ja mielikuvina. Nämä pakottavat lapsen kohtaamaan todellisuuden ja sen herättämät tunteet ja reaktiot. Reaktiot ovat osa normaalia toipumista, ja ne usein lievittyvät ja harvenevat ensimmäisten viikkojen kuluessa. Jotta todellisuuteen voidaan sopeutua mahdollisimman hyvin, joudutaan psyykkisesti suuntautumaan aivan uudella tavalla ja tämän myötä yksilössä käynnistyvät puolustusmekanismit, jotka ovat tiedostamattomia prosesseja, mutta joilla lapsi suojelee psyykkistä eheyttään liian tuskallisilta kokemuksilta. Puolustusmekanismit, kuten kieltäminen tai dissosiaatio, vaikuttavat niin käyttäytymiseen, ajatteluun kuin tunteisiinkin. (Poiijula 2016, 30.)

Traumatisoitunut lapsi pyrkii välttelemään tapahtumasta muistuttavia tekijöitä, esimerkiksi puhumista ja ajattelua, säädelläkseen asian mieleen tunkeutuvuutta. Joillakin lapsilla äärimmäisen ahdistavaan traumaattisen kokemukseen voi liittyä muistamattomuutta välttelyn keinona. Lapsilla reagointiin kuuluu usein myös kehon yliviireystila. Reaktioiden rinnalla alkaa tapahtuman käsittelyvaihe, jonka alkaminen vaihtelee lapsilla viikosta kuukauteen tai muutamista kuukausista jopa yhteen vuoteen. Tämä auttaa suuntautumaan tulevaisuuteen sen sijaan, että keskittyisi traumaan ja menneisyyteen. Jos trauman kokenut lapsi ei pysty kohtuullisen ajan kuluessa sopeutumaan muutokseen, työntekijän tulee arvioida toipumisen etenemistä ja mahdollista ammattiavun tarvetta. Lapsille viikko ja kuukausikin on kehityksellisistä syistä pitkä

aika, mikä tulisi muistaa lapsen selviytymisen seuraamisessa ja avuntarpeen tunnistamisessa. (Poiijula 2016, 30–31.)

Traumaattisessa kriisissä selviytyminen johtaa vähitellen uudelleen suuntautumisen vaiheeseen. Se on jatkuvaa, ja sen myötä lapsi kokee menneisyyden tapahtumat pysyvänä arpena, joka ei kuitenkaan estä läheistä suhdetta elämään. Horjunut itsetunto on tasapainottunut ja pettymyksistä on selvitty. Traumaattiseen kriisiin sisältyy kärsimyksen rinnalla myös myönteisen kasvun ja kehityksen mahdollisuus ja parhaimmillaan kriisin jälkeen lapsen selviytymisvoimavarat ja -kyvyt ovatkin kehittyneet ja vahvistuneet aikaisempaa paremmiksi. Jos trauman kokenut ei ole kyennyt työstämään läpi ja integroimaan kokemustaan osaksi omaa elämänhistoriaansa, trauman kielteiset vaikutukset, kuten traumaperäiset oireet, alkavat rajoittaa elämää ja seurauksena voi olla jopa psyykkisen häiriön kehittyminen. (Poiijula 2016, 31.)

Kriittisen tapahtuman jälkeen voi olla odotettavissa erilaisia asioita. Yrittäessään sopeutua uuteen tilanteeseen, lapset käyttäytyvät eri tavalla kuin tavallisesti, koska kokemuksen sulattelu vaatii psyykkistä työtä. Kriisi sisältää sekä tunneprosessin että muutoksen ja kokemus pakottaa lapsen mukautumaan maailmaa koskevaan uuteen uhkaavaan tietoon. Kriisi saa lapsen tajuamaan myös oman haavoittuvuutensa. Kun lapsi yrittää sulattaa uutta tietoa, tapahtumaan liittyvät ajatukset ja tunteet alkavat nousta pintaan. Lapsi voi kokea uudelleen vihan, pelon tai avuttomuuden tunteita. Kun lapsi alkaa kokea uusia muutoksia elämässään, käsittelemättömän kriisin seurauksena voi ilmetä ahdistuneisuutta, pelkoa, häpeää, syyllisyyttä ja masennusta. Tunnereaktiot voivat itsessään olla pelottavia, aiheuttaa stressiä tai ilmaista hallinnan puuttumisen kokemuksia. Jokainen reagoi kriisissä omalla tavallaan, mutta reaktioissa on myös yhteisiä piirteitä. Lasten reaktiot eivät voi olla samanlaisia kuin aikuisilla, koska lasten kehitysvaihe ja elämäkokemukset rajoittavat niitä. (Poiijula 2016, 32.)

4.4.1 Lapsen ja nuoren psyykkinen kehitys ja kriisit

Traumatisoitumiseen ja kriiseihin vaikuttaa merkitsevästi lapsen ja nuoren psyykkinen kehitys. Nämä kehitysvaiheet on eroavaisuutensa vuoksi jaettu psykiatriassa eril-

leen lapsuus- ja nuoruusiän psyykkisen kehityksen mukaan. Lapsen psyykkiseen kehitykseen liittyvät aivojen kypsyminen, fyysinen kehitys, perintötekijät ja vuorovaikutus ympäristön kanssa. Psyykkisen kehityksen osa-alueita ovat muun muassa tunteiden ja käyttäytymisen säätely, sekä sosiaalisten ja kommunikaatiotaitojen ja kognitiivisten kykyjen kehittyminen. Kehityksen aikana ensin kehittyvät perustaidot ja sen jälkeen monimutkaisemmat toiminnot, jotka pohjautuvat aikaisemmin kehittyneisiin toimintoihin. Lasten kehitysvauhti on yksilöllistä ja kehitys kulkee ajoittain hyppäyksittäin eteenpäin ja toisinaan myös taaksepäin. Psyykkisen kehityksen tueksi lapsi tarvitsee huolta pitävän aikuisen emotionaalista ymmärrystä, tukea ja ohjausta. (Mäntymaa ym. 2016, 23.)

Nuoruus on oma kehitysvaiheensa. Sen aikana tapahtuu fyysinen ja psyykinen kypsyminen, jotka ovat tiukasti kytkeytyneet toisiinsa. Nuoruusiän päämääränä on oman identiteetin ja itsenäisyyden saavuttaminen. Tämä vaatii irtautumisen lapsuudesta ja lapsenomaisista siteistä vanhempiin. Nuoruusiässä persoonallisuusrakenteet muovautuvat uudelleen ja vakiintuvat vasta aikuisuuteen kehittyessä. Keskiössä on aikaisemman lapsenomaisen kokemusmaailman muuttaminen ja irtautuminen siitä. Mikäli nuori ei ole kypsynyt, hänellä on puutteita hallita sisäistä levottomuuttaan ja impulssejaan. Tämä ilmenee erilaisina psyykkisinä ja fyysisinä oireina. (Aalberg 2016, 35.)

Traumaattinen kokemus aiheuttaa monille somaattisia oireita, kuten sydämentykytystä, huimausta, käsien ja kehon vapinaa, sekä levottomuutta, ahdistuneisuutta, uniongelmia, pelkoa, avuttomuutta ja vihaa. Nämä ovat niin kutsuttuja ylivireysoireita, jotka kuitenkin suurimmalla osalla helpottavat itsestään ja häviävät kriisin jälkeen jopa tunteissa tai päivissä. Ylivireyden lisäksi saattaa esiintyä myös tunkeutuvia mielikuvia, sekä välttelyn ja psyykkisen turtumisen oireita. Usein nämäkin lievittyvät itsestään ja häviävät noin kolmessa kuukaudessa. (Haravuori ym. 2016, 95.)

Somaattisten oireiden lisäksi tunnistetaan kaksi erityistä traumaperäistä häiriötä; lyhytkestoinen, enintään kuukauden jatkuva akuutti stressihäiriö (ASD, acute stress disorder), sekä pidempikestoinen traumaperäinen stressihäiriö (PTSD, posttraumatic stress disorder). Molempien diagnoosien edellytys on poikkeuksellisen järkyttävän tapahtuman kokeminen. (Haravuori ym. 2016, 95–96.)

Lasten ja nuorten psyykkinen kehitys, kognitiivinen kehitys ja mielen säätelykeinot ovat keskeneräisiä. Reagointi traumaattisiin kokemuksiin tapahtuu kehitystason mukaisesti. Myös uusi ikä- tai kehitysvaihe saattaa aktivoida aikaisemman trauman uudelleen käsittelyn sen hetkisestä ja ikätason mukaisesta näkökulmasta. Trauma vaikuttaa kehittyvän hermoston rakenteisiin, sekä kognitiiviseen ja emotionaaliseen kehitykseen ja käyttäytymiseen läpi elämän. (Haravuori ym. 2016, 93–94.)

Psyykkisen trauman seurauksena ilmenevien erilaisten psykiatristen häiriöiden kehityskulut ovat epäselviä lapsilla ja nuorilla. Häiriöiden kehittymiseen ja vakavuuteen vaikuttaa merkittävästi se, minkälainen trauma on kyseessä ja mikä on lapsen tai nuoren sen hetkinen kehitysvaihe. Vaikka nuorilla on enemmän kognitiivisia keinoja käytettävissään kuin pienellä lapsella, nuorilla kehitysmuutokset vaikeuttavat trauman tunnistamista ja käsittelyä. Nuoruuden alkuvaiheilla minäkuva on kehittymätön ja keinottomuuskin tällöin suurta; trauman työstäminen voi olla mahdotonta, jolloin esimerkiksi tapahtuman ulkoistaminen tarjoutuu keinoksi selviytyä tilanteesta. Keskinuoruutta hallitsee pyrkimys kehittyä eteenpäin ja se vaikuttaa myös traumojen käsittelyyn. Takaumat ja traumaattiset muistot halutaan jättää syrjään ja traumakokemukset jäävät huomaamatta muutoshälän taakse. (Haravuori ym. 2016, 94.)

Suurimmalle osalle kriisi tai traumaattinen kokemus ei aiheuta pitkäaikaisia seurauksia mielenterveydelle tai toimintakyvyille. Seuraukset ovat kuitenkin riippuvaisia kokemuksen vakavuudesta ja kestosta, sekä mahdollisesti aikaisemmista mielenterveyden häiriöistä. Myös resilienssi, eli yksilön keino selviytyä tilanteesta ja kestää sen aiheuttama stressi ja muut reaktiot, vaikuttavat kriisin seurauksiin. Trauma saattaa myös vaikeuttaa jo olemassa olevaa mielenterveyden häiriötä. (Haravuori ym. 2016, 94–96.)

4.4.2 Kriisit ja kiintymyssuhde

Vanhemman ja lapsen välistä varhaista vuorovaikutusta voidaan tarkastella kiintymyssuhdeteorian kautta. Lapsen kiintymyssuhdemallit voidaan jaotella turvalliseen, turvattomaan ja organisoitumattomaan. Lapsen turvallisuuden tunne perustuu hoivaajan käyttäytymisen ennakoitavuuteen. Jos lapsi luottaa hoivaajan saatavilla oloon,

hänen ei tarvitse kantaa huolta omasta turvallisuudestaan. Lastensuojelulaitoksessa hoitavasta ammattilaisesta tulee lapselle kiintymyskohde, johon heijastuvat kokemukset aikaisemmista kiintymyssuhteista. Kiintymyssuhdemalleilla on pysyvyystaipumus lapsuudesta aikuisuuteen, ja ne myös siirtyvät sukupolvelta toiselle. Turvallinen kiintymyssuhde syntyy, kun lapsi elää ennakoitavassa maailmassa ja hän voi tuoda vuorovaikutukseen kaikenlaiset tunteet, tarvitsematta pelätä tulevansa hylätyksi. Mitä turvattomampi ja arvaamattomampi ympäristö on, sitä enemmän lapsen voimavaroja kuluu oman turvallisuuden varmistamiseen ja vaarojen välttämiseen. Turvallisella kiintymyssuhteella on havaittu olevan yhteys sekä suotuisaan sosiaaliseen että tiedolliseen kehitykseen. (Sinkkonen & Kalland 2016, 75–81.)

Kaikki lapset ja nuoret kokevat elämässään psyykkisesti kuormittavia tapahtumia ja arjen kriisitilanteita. Stressireaktiot ja oireilu ovat useimmiten lyhytkestoisia eikä normaali kehitys tai mielenterveys yleensä vaarannu. On kuitenkin huomioitavaa, että uhkaavassa tilanteessa, kriisissä, varhainen kiintymyssuhde virittyy. Erityisesti turvattomilla ja kaltoinkohdelluilla lapsilla on suuri riski häiriökehitykselle, turvallisen kiintymyssuhteen puuttuessa. Kokemus ennakoimattomasta tapahtumasta, johon liittyy kuolema, vakava uhka tai fyysisen koskemattomuuden rikkoutuminen, voi ylittää normaaliset psyykkisen tasapainon säätelykeinot, aiheuttaen psyykkisen trauman. (Haravuori ym. 2016, 91.)

Lapset ja nuoret käsittelevät traumaattisen kokemuksen oman kehitystasonsa mukaisesti. Valtaosa lapsista ja nuorista selviytyy vaikeasta kokemuksesta omien keinojen ja läheisten turvan avulla. Lapsen ja nuoren tukemisen lisäksi vanhempia ja koko perhettä pitää tukea. Selviytymiseen vaikuttaa merkittävästi läheisiin muodostuneet kiintymyssuhteet ja niiden myötä syntynyt turvallisuuden tunne. (Cross & Moss 2014, 23; Haravuori ym. 2016, 91–92.)

Kokemukseen kriisin vakavuudesta ja sen myötä aiheutuneeseen traumatisoitumiseen vaikuttavat myös aikaisempien traumojen käsittelyssä tukena olleet kiintymyssuhteet. Mikäli lapsella on aikaisemmin elämässään ollut trauma, jonka käsittelyssä hänellä on ollut tukena turvallinen ja vakaa kiintymyssuhde läheisiinsä, uusi trauma ei välttämättä ole niin vaikuttava lapsen psyykkisen hyvinvoinnin horjumiseen eikä traumatisoituminen välttämättä aiheuta niin suurta häiriökehitystä lapselle. Hoitama-

ton lapsuuden ja nuoruuden vakava psyykkinen traumatisoituminen vaikuttaa myöhemmissä kehitysvaiheissa mielenterveyteen ja toimintakykyyn negatiivisesti sekä herkistää myöhemmille traumaattisille kokemuksille ja niiden vakavuudelle. (Cross & Moss 2014, 23; Haravuori ym. 2016, 92.)

5 KOHTAAMINEN

5.1 Kohtaaminen on vuorovaikutusta

Asiakkaan kohtaaminen on inhimillistä vuorovaikutusta, johon kuuluu samanlaisia vuorovaikutuksen ilmiöitä, kuin ihmisten kohtaamiseen yleensäkin. Jokaisella ihmisellä, kuten myös työntekijällä asiakastyössä, on oma tapansa olla vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutukseen ja kohtaamiseen eivät vaikuta niinkään yksittäiset sanomiset tai tekemiset, vaan asenne, jolla ihminen kohtaa toisen ihmisen. (Mönkkönen 2018, 17.)

Vuorovaikutus on lakea käsite, joka sisältää yksilöiden, yhteisöjen, organisaatioiden ja kulttuurien välisen kommunikaation ja suhteet. Kohtaamiseen liittyy paljon hienovaraisia sävyjä, jotka eivät ole yksittäisiä tekoja, temppuja tai vuorovaikutusoppeja, vaan ne ilmenevät siinä, miten olemme suhteissamme läsnä, miten näemme toisemme ja annamme toisillemme tilaa. Vuorovaikutuksesta asiakastyössä voidaan puhua myös kohtaavana läsnäolona – yksittäisellä menetelmällä ei ole niin suuri merkitys, kuin sillä, minkälainen suhde asiakkaaseen syntyy. (Mönkkönen 2018, 17–19.)

Vuorovaikutuksen monimuotoisuutta on yritetty ratkaista lukemattomilla erilaisilla terapiamenetelmillä ja hoito- ja kasvatusohjeilla. Niiden avulla on löydetty hyviä toimintamalleja, jotka antavat ammattilaiselle työkaluja asiakkaan kohtaamiseen. Kaikkiin ihmisiin ja asiakkaisiin ei kuitenkaan voi soveltaa samoja menetelmiä, koska jokainen vuorovaikutustilanne on erilainen ja niin vahvasti riippuvainen tilanteen osapuolista. Ihmisten välisiin suhteisiin liittyviä asioita ei voi selittää pelkästään yksilön ominaisuuksilla tai joidenkin työmenetelmien suorilla vaikutuksilla. (Mönkkönen 2018, 19.)

Vuorovaikutuksen ja kohtaamisen suhteen määritellään helposti rajoja esimerkiksi sen suhteen, miten emotionaalisesti työntekijä voi reagoida asiakkaan tilanteeseen tai asiakkaan kertomukseen omasta elämästään. Asiakastyö voi koskettaa ammattilaista hyvin emotionaalisesti, eikä tällaisiin tilanteisiin voi antaa yleispäteviä ohjeita – aito, emotionaalinenkin reagointi saattaa olla asiakkaalle merkki siitä, että hänet on todella kohdattu. Ammatilaisen on tärkeää luottaa omaan intuitioonsa siitä, mikä on missäkin asiakastilanteessa sopivaa ja luontevaa, eikä inhimillistä kosketusta toiseen ihmiseen tule kokonaan pyrkiä hallitsemaan. Ammatillisuus onkin uskallusta asettua avoimesti asiakassuhteeseen, samalla tiedostaen ammattirooliin liittyvän vastuun. (Mönkkönen 2018, 21.)

Jokainen ammattilainen kehittää työssään oman kokemuksensa ja intuitionsa toisen ihmisen kohtaamisen dynamiikkaan. Kohtaamisissa hyödynnetään sekä kokemuksen että ammattikäytäntöjen kautta syntynyttä tietoa siitä, miten toinen ihminen kannattaa kohdata eri tilanteissa – tätä tuntumaa ei ole aina helppo sanallisesti määrittää. Ihmisillä on vuorovaikutuksen suhteen tarkka havainnointikyky, sillä ihminen kykenee tekemään toisesta paljon päätelmiä sanattoman viestinnän ja pelkän olemuksen kautta, ja tämän vuoksi työntekijän tulisi olla vuorovaikutustilanteessa ennen kaikkea oma itsensä. (Mönkkönen 2018, 21.)

Jokaisella ihmisellä, eli kuten myös työntekijällä asiakassuhteessa, on yksilöllinen tapansa kohdata toinen ihminen. Toisilla on siihen enemmän valmiuksia kuin toisilla, ja toisten puolestaan pitää harjoitella kohtaamista enemmän. Jokaisella ihmisellä on mahdollisuus kehittyä vuorovaikutustaidoissaan, mutta koskaan siinä ei voi tulla valmiiksi. (Mönkkönen 2018, 22.)

Jotta kaksi ihmistä tuntisivat kohtaavansa toisensa, kummankin on voitava tuntea, että hänet huomataan ja häntä kuullaan, vahvistetaan ja kunnioitetaan ja että hän on osallinen. Jotta kohtaamista tapahtuisi, tarvitaan sekä sitoutumista että aikaa. Asiakkaan hoitamisessa tulee muistaa kontaktin ja luottamuksen, sekä kunnioittavan keskustelun merkitys. Onnistuneen kohtaamisen seurauksena asiakkaan elämässä voi tapahtua isoja muutoksia. (Hammarlund 2010, 19, 21–22.)

5.1.1 Vuorovaikutus ja luottamus

Ihmisen tarve ja kyky vuorovaikutukseen on yksilöllistä. Kaikki ihmiset eivät koe tai toivo samanlaista kohtaamista ja vuorovaikutusta työntekijän kanssa. Vuorovaikutukseen liittyy sanallisen viestinnän lisäksi läsnäolon muunlainen viestiminen, kuten ilmeet, eleet ja katse, sekä koskettaminen, ruumiin liikkeet ja keskusteluetäisyys. Tällöin puhutaan sanattomasta viestinnästä. Sanaton viestintä välittyy sekunnin kymmenesosina ihmisestä toiseen ja puheen osuus viestinnässä on vähäisempää, kuin ajatellaankaan. Sanaton viestintä vaikuttaa asiakkaan kanssa syntyvään suhteeseen ja luottamukseen. (Raatikainen 2015, 107; Väisänen ym 2009, 28.)

Luottamus on tärkeä osa ihmisten auttamista. Auttaminen, hoitaminen ja kasvattaminen perustuvat ihmisten väliseen luottamussuhteeseen. Asiakas luottaa työntekijään, kun hän kokee aidosti tulleen kuulluksi ja kohdatuksi omana itsenään – niin hyvässä kuin pahassa. Asiakkaan kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen voi olla asiakkaalle usein merkityksellisempää kuin puhuminen, ja aidolla läsnäololla on suuri voima. Luotettavalle ihmiselle, kuten myös työntekijälle, on ominaista johdonmukaisuus ja ennustettava toiminta. (Raatikainen 2015, 51, 56.)

Työntekijän ja asiakkaan ensikohtaaminen on tärkeä hetki, sillä asiakassuhde alkaa rakentua ensikohtaamisen perusteella. Ensikohtaamisessa voi nousta esille myös eri osapuolten tiedostamattomat tekijät, kuten ennako-oletukset, asenteet, ristiriitaiset odotukset sekä asenteet ja motiivit. Ensikohtaaminen ja siitä syntynyt ensivaikutelma ohjaa suhteen muodostumista. Asiakassuhteen sisältäessä useita tapaamiskertoja eli kohtauksia, suhde on prosessi, joka muodostuu eri vaiheista. (Raatikainen 2015, 69.)

5.2 Lapsen kohtaaminen vastaanottoyksikössä

Kehittämistyössäni ”kohtaaminen” tarkoittaa aivan ensimmäiseksi sitä hetkeä, kun lapsi otetaan vastaan yksikköön sijoitustilanteessa, joka saattaa olla samanaikaisesti myös akuutti kriisitilanne lapselle. Tällöin huomio kiinnittyy siihen, miten työntekijä toimii ottaen huomioon sijoitukseen johtaneet syyt, lapsen mahdollisen traumataus-

tan, lapsen reagoinnin sijoitustilanteeseen ja mahdollisen kriisiavun tarpeen – nämä saattavat ilmetä lapsessa näkyvänä psyykkisenä oireiluna. Tilanteessa korostuu se, miten työntekijä käyttää osaamistaan lapsen kohtaamisessa ja miten lapsen vointi ja tilanne huomioidaan heti ensikohtaamisessa.

Sijoitustilanteessa ja sijoituksen edetessäkin tulee muistaa, että lapsella saattaa olla vaikeuksia luottaa aikuisiin jo ennestään, ja akuutissa sijoitustilanteessa lapselle saattaa olla haastavaa asettua uuteen paikkaan uusien ihmisten keskelle. On tärkeää huomioida, että itse sijoituskin voi olla negatiivinen tai traumatisoiva kokemus lapselle, sen lisäksi, että sijoitus tapahtuu useimmiten keskellä koko perhettä koskevaa kriisitilannetta. Tällöin on ensisijaisen tärkeää alkaa rakentaa luottamussuhdetta lapseen, lapsen ehdoilla. Kohtaaminen toteutuu myös siinä jokapäiväisessä tavassa, miten työntekijä kohtaa lapsen hänen kanssaan työskennellessään, eli myös akuutin sijoitustilanteen jälkeen sijoituksen jatkuessa.

Se, miten lapsi kohdataan, vaikuttaa työntekijän ja lapsen välisen luottamussuhteen rakentamiseen. Näin ollen kohtaaminen vaikuttaa myös koko sijoituksen etenemiseen, ja luottamussuhteeseen perustuvan työskentelyn kautta esille nousseiden asioiden myötä aina arviointeihin siitä, mikä on lapsen hoidon tarve jatkossa. Kohtaaminen vaikuttaa lapsen turvallisuuden tunteeseen hänen ollessa sijoitettuna kodin ulkopuolelle lastensuojelulaitokseen.

Mikäli lasta ei akuutissa kriisitilanteessa kohdata oikealla tavalla hänen tarpeitaan ja taustaansa huomioon ottaen, lapsi saattaa sijoituksen aikana kokea turvattomuuden tunnetta. Epäonnistunut kohtaaminen saattaa aiheuttaa esimerkiksi sulkeutumista, joka taas on kytköksissä asiakkaan psyykkiseen vointiin. Ilman onnistunutta kohtaimista ja luottamussuhteen rakentumista lapsen saattaa olla vaikea jakaa ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Tulee myös muistaa, että jokainen ihmissuhde vaikuttaa lapsen kokemuksiin esimerkiksi siitä, kokeeko hän olevansa hyväksytty ja arvostettu, mikä taas osaltaan vaikuttaa lapsen itsetuntoon ja hyvinvointiin. Näin ollen yksittäiselläkin kohtaamisella saattaa olla suuri merkitys ja vaikutus sijoitetun lapsen hyvinvoinnille ja koko elämälle.

Kohtaaminen ei kuitenkaan aina ole helppoa. Vaikka asiakkaan kohtaamisessa on kyse vuorovaikutuksesta, työntekijän vuorovaikutustaidoista ei välttämättä ole hänelle tukea tilanteessa, kun asiakas on psyykkisesti huonokuntoinen, päihteiden vaikutuksen alainen tai muulla tavoin vailla realiteettien tajua. Uhkaava tilanne on ensisijaisesti kohdattava ja toimittava siten, ettei kukaan vahingoitu. (TESSO 2018.)

5.3 Trauma- ja kriisinäkökulma lapsen kohtaamisessa

Kriisiavulla tarkoitetaan kriisissä olevan lähimmäisen inhimillistä kohtaamista. Kriisiavun tavoite on palauttaa kokemuksen eheyden tunne ja poistaa kokemuksen kognitiivisen ja emotionaalisen sisällön jakautuminen. Tärkeä periaate kriisiavussa on rohkaista kriisiin joutunutta aktivoimaan omat voimavaransa. Työntekijän tulee tarkkaan harkita, miten hän keskustelee kriisiin joutuneen kanssa ja miten hän tätä puhuttelee. Työntekijän kysymysten tulee olla mahdollisimman avoimia, ettei asiakkaan levottomuus ja epävarmuus lisäännä. Yleinen kriisiapu vaikean tapahtuman aiheuttaman trauman yhteydessä tai pian tapahtuman jälkeen tarkoittaa tiedon antamista, huolenpidon osoittamista, ajan antamista kuuntelemiselle ja rauhoittelulle, jolloin saadaan epätodellinen tuntumaan ymmärrettävältä ja todelliselta. (Hammarlund 2010, 60, 62, 92, 96–97.)

Auttajan roolissa kuunteleminen on tärkeämpää, kuin itse puhuminen. Psykososiaalinen tuki, eli kriisissä olevan ihmisen huolenpito ja ensihoito tulee toteutua, ja asioita tulee käsitellä ihmisen omien voimavarojen ja valmiuksien mukaisesti. Trauman hoidossa auttajan suoruus ja rehellisyys ovat tärkeitä, kuitenkin kriisissä olevan ikätaso ja selviytymiskeinot huomioiden. Turvallisen ja huolehtivan toipumisilmapiirin luominen on merkittävää ja kriisissä olevan ihmisen kaikenlaisten reaktioiden salliminen ja ymmärtäminen keskeistä. (Tukinet 2018; Yhteistyöyksikön työntekijät 2018.)

Lapsi ei kuitenkaan välttämättä ilmaise surua ja järkytystään aikuisen tavoin. Tämän vuoksi aikuisen voi olla vaikea tietää, miten lapsi kokee traumaattisen tapahtuman. Lapsella on kuitenkin järkyttävän tapahtuman jälkeen ja sen aiheuttaman kriisin vuoksi samantapaisia tyhjyyden, hämmennyksen, surun, raivon ja epäuskon tunteita kuin aikuisillakin. Tämän tiedostaminen on tärkeää, kuten myös tulee huomioida,

että ennen kaikkea lapsi tarvitsee aikuisen läsnäoloa ja tukea tilanteessaan. Kriisin kokenut lapsi tai nuori tarvitsee varsinkin turvallisuutta ja rutiineja arkeensa. Tämän vuoksi on tärkeää pitää kiinni entisistä rutiineista, eli toteuttaa aikaisempiakin aika-
tauluja ja päivittäisiä tapoja. Lapsi tarvitsee erityisen paljon myös yhdessäoloa muiden ihmisten kanssa. (Tukinet 2018; Yhteistyöyksikön työntekijät 2018.)

Kriisissä olevan lapsen kysymyksiin tilanteesta tulee vastata lapsen ikätason mukaisesti. Lasta ei voi jättää epätietoisuuteen eikä kysymyksiä kierrellä perusteettomasti. On kuitenkin muistettava, että lapsen sietokyvyn arvioiminen annettavan informaation suhteen on aikuisen vastuulla eikä lasta saa kuormittaa liikaa. Lapsen kanssa keskustellaan kriisin aiheuttaneesta tapahtumasta ja varmistetaan todenperäinen ymmärrys asioissa. Mahdolliset väärinkäsitykset tulee oikaista. Asioista tulee puhua lapsen ikätason mukaisesti niiden oikeilla nimillä, eikä käyttää harhaanjohtavia kiertoilmauksia. Erityisen tärkeää on käsitellä lapsessa aiheutuneita tunnereaktioita ja myös sanoittaa lapselle aikuisten näyttämiä tunteita. Kaikenlaisten tunteiden salliminen ja käsitteleminen on ehdotonta. (Tukinet 2018; Yhteistyöyksikön työntekijät 2018.)

Kriisin alkuvaiheiden jälkeen tulee muistaa, että lapselle voi tulla erilaisia tunnereaktioita vielä pitkänkin ajan jälkeen kriisistä. Nämä reaktiot tulee olla hyväksyttyjä ja uudelleen esille nousevat tuntemukset tulee käsitellä tilanteen mukaisesti uudelleen. Lapsilla merkittävät ja vaikeat asiat nousevat usein esiin leikin avulla. Työntekijä voi myös käyttää leikkiä yhtenä välineenä käsitellä asioita lapsen kanssa, sekä kriisin akuutissa vaiheessa että myöhemminkin. (Tukinet 2018; Yhteistyöyksikön työntekijät 2018.)

6 KEHITTÄMISPROSESSI

6.1 Kehittämistyön lähtökohta, tarkoitus ja tavoitteet

Työskenneltyäni noin neljä vuotta vastaanottoyksikössä, olin saanut kattavan kuvan siitä, miten sijoitettujen lasten psyykkinen oireilu ilmenee. Oli myös mahdollista todeta, että suurin osa sijoitetuista lapsista oireilee. Vuosien varrella ja henkilökunnan

vaihtuessa yksikössä käytiin toistuvia keskusteluja siitä, miten yksikössä voidaan kohdata tai kohdataan psyykkisesti oireileva lapsi ja mitä kohtaaminen itsessään tarkoittaa. Kehittämistyön tavoitteet ja tarkoitus muodostuivat näiden tietojen ja pohdintojen perusteella, sekä henkilökunnan kanssa näihin teemoihin liittyen todetun kehittämistarpeen myötä.

Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää vastaanottoyksikön henkilökunnan valmiuksia kohdata psyykkisesti oireileva lapsi. Henkilökunta koki, että yksikössä tarvittiin yhteenvetävää tietoa siitä, miten trauma- ja kriisinäkökulma voisivat näkyä arjen työssä paremmin ja tämän myötä kehittämistyön ensisijaiseksi tavoitteeksi muodostui lisätä yksikön henkilökunnan tietoisuutta trauma- ja kriisityön suhteen. Näiden osalta varmuutta ja teoriapohjaa oman, käytännössä jo tehtävän työn suhteen kaivattiin. Voisi melkein todeta, että kehittämistyön tärkeimmäksi tavoitteeksi muodostui luoda kirjallinen ”tietopankki” perustaksi jo vuosia toteutetulle työlle. Kehittämistyön myötä yksikössä koettiin tarvetta nostaa esiin ja konkretisoida se osaaminen, mikä yksikön työntekijöillä jo on olemassa lapsen kohtaamiseen ja psyykkisen oireilun tunnistamiseen ja sen mukaiseen toimintaan.

6.2 Kehittämistyön alkuvaiheen haastattelut

Ennen varsinaisen kehittämistyön aloittamista, yksikön henkilökunta oli jo aikaisemmin todennut, että osaamista kriisi- ja traumatyöhön liittyen tulisi lisätä. Yksikössä käytiin myös toistuvia keskusteluita siitä, miten psyykkisesti vakavastikin oireileva lapsi tulisi kohdata ja mitä asioita oireilevan lapsen kohtaamisessa tulisi ottaa huomioon – sekä työntekijän omassa toiminnassa että esimerkiksi yleisten turvallisuusseikkojen suhteen.

Kehittämistyön alkuvaiheessa, syyskuussa 2017, järjestettiin yksikön henkilökunnan kanssa alkuhaastattelut, joiden tarkoituksena oli kartoittaa jokaisen työntekijän osaamista, henkilökohtaisia valmiuksia, taitoja ja keinoja kohdata psyykkisesti oireileva lapsi ja työskennellä lapsen kanssa. Haastatteluissa kartoitettiin myös työyhteisön toiveita kehittämisprosessin suhteen ja yleisesti yksikön toiminnan kehittämisen suhteen.

6.2.1 Alkuvaiheen haastatteluiden tulokset

Haastatteluiden pohjalta kehittämistyön lähtökohdaksi nousi teoreettisen viitekehysten tarkentaminen erityisesti trauma- ja kriisityöhön liittyen. Työyhteisössä nousi kysymyksiä siitä, mitä teoreettisia lähtökohtia kriisissä olevien lasten, sekä heidän perheidensä kanssa tehtävässä työskentelyssä tulisi osata käyttää, soveltaa ja tiedottaa. Myös teoreettinen viitekehys traumatisoituneen asiakkaan kohtaamiseen, traumatisoitumiseen ja psyykkiseen oireiluun korostuivat. Työyhteisön kanssa tehtyjen haastatteluiden pohjalta nousi erittäin tärkeäksi huomioida nimenomaan yksittäisten työntekijöiden valmiuksia ja tapoja kohdata lapsi, jolla saattaa olla vaikeatakin psyykkistä oireilua.

Yksikköön toivottiin lisää koulutusta kohdentuen päihde- ja mielenterveystyöhön, psykiatriseen osaamiseen, traumatisoituneen asiakkaan kohtaamiseen ja työskentelyyn traumatisoituneen asiakkaan kanssa. Toiveena oli myös koulutus äärimmäisten kriisitilanteiden, kuten esimerkiksi sijoitetun lapsen perheenjäsenen menehtymisen, kohtaamiseen – koulutusta toivottiin sekä asiakkaan kanssa tehtävän työn että työntekijän oman toiminnan ja tilanteessa mahdollisesti kohdattavan neuvottomuuden suhteen. Myös kertaavaa MAPA®-koulutusta toivottiin.

Koulutustoiveiden lisäksi haastatteluissa tuotiin esille toivetta yksikölle suunnatusta, koko työyhteisön yhteisestä kehittämispäivästä, jossa päästäisiin laajemmin ja niin sanotusti juurta jaksuen käymään läpi yksikön toimintaa ja käytäntöjä.

Vastaanottoyksikön toiminnan ja tarkoituksen vuoksi vaihtuvuus lapsissa on suurta, kuten valitettavasti myös henkilöstön vaihtuvuus. Tämän vuoksi työyhteisössä koettiin tärkeänä rakentaa yhdessä vakaampi pohja sille, miten vastaanottokodin henkilökunta kohtaa psyykkisesti oireilevan lapsen.

Haastatteluiden jälkeen kehittämistyön eteneminen tapahtui omalta osaltani teoreettisten viitekehysten jäsentämisessä ja työyhteisön osalta yhteisen kehittämisen eli käytännön työn kautta tapahtuvan osaamisen jakamisen, uusien työntekijöiden perehdyttämisen ja koulutuksiin osallistumisen muodossa.

6.3 Kehittämistyötä tukeneet organisaation toimet

Kehittämistyön rinnalla toteutuneet, organisaation sisäiset koulutukset ja muut toimet kuuluvat vaitiolovelvollisuuden piiriin, joten niiden sisältöä ei avata kehittämistyössä kovinkaan tarkasti.

6.3.1 Kehityskeskustelut

Marras-joulukuussa 2017 yksikössä pidettiin kehityskeskustelut. Kehityskeskustelut pidetään yksikössä vuosittain ja ne käydään esimiehen ja yksittäisen työntekijän välillä. Kehityskeskustelut ovat luottamuksellisia ja esimiehen ja yksittäisen työntekijän välisiä. Tämän vuoksi keskustelin esimieheni kanssa vain yleisellä tasolla siitä, nousiko kehityskeskusteluissa esiin jotain aiheita, jotka liittyvät käynnissä olevaan kehittämistyöhöni. Esimieheltäni saamieni tietojen mukaan kehityskeskusteluiden pohjalta oli noussut esiin samoja kehittämistarpeita, kuin jo kehittämistyöhön liittyvien, alkuvaiheen haastatteluiden pohjalta. Kehityskeskusteluissa ja haastatteluissa esiin nousseet asiat vaikuttivat siihen, minkälaista sisäistä koulutusta organisaatiolta toivottiin.

6.3.2 Organisaation sisäiset koulutukset

Syksyn 2017 ja syksyn 2018 välisenä aikana järjestettiin koko organisaation laajuisesti sisäiset koulutukset, joiden aiheena oli

- Traumahäiriöt ja vakauttaminen
- Lääkehoidon osaamisen koulutus LOVE
- Alaikäisten päihdeongelmat – päihdeosaaminen
- Tietosuojakoulutus
- Rajoitustoimenpiteet lastensuojelun sijaishuollossa
- Empaattinen kohtaaminen
- Kiintymyssuhdehäiriöisen lapsen hoito ja kasvatus

Näiden lisäksi vastaanottoyksikön henkilökunnalle järjestettiin huumeepoliisin pitämä koulutus alaikäisten huumausaineiden käyttöön ja huumausainelakiin liittyen. Koulutuksessa tarkasteltiin huumeidenkäyttövälineistöä ja saatiin tietoa siitä, minkälaiset asiat lapsen käyttäytymisessä ja voinnissa saattavat viitata huumausaineiden käyttöön tai sekaantumiseen huumausainerikollisuuteen.

Työyhteisössä koulutukset koettiin myönteisesti ja niiden todettiin kytkeytyvän erinomaisesti myös yksikössä käynnissä olevaan kehittämistyöhön ja siinä esiin nousseisiin lisäkoulutus-toiveisiin. Osa koulutuksista on edelleen käynnissä tämän kehittämistyön valmistuessa, mutta jo olleista koulutuksista on otettu työvälineitä käyttöön vastaanottoyksikön arjen työhön.

6.3.3 Yksikön kehittämispäivä

Kehittämistyön alkuvaiheen haastatteluissa nousi esiin toive yksikön kehittämispäivästä. Toiveena oli järjestää päivä, jolloin koko yksikön henkilökunnan kanssa käydään sekä kertaamis- että koulutusmielessä läpi kattavasti yksikön toimintatapoja liittyen esimerkiksi rajoitustoimenpiteiden perusteisiin ja käytännön toteuttamiseen. Osa työntekijöistä koki tarpeellisenä päivän, jossa lähdettäisiin liikkeelle siitä hetkestä, kun lapsi saapuu yksikköön; miten vastaanottotilanne etenee, mitä toiminnassa tulee huomioida, ja miten koko sijoitus näin ollen lähtee käyntiin.

Yksikön kehittämispäivä pidettiin toukokuussa 2018. Osallistuin kehittämispäivän sisällön suunnitteluun ja kehittämispäivän toteuttamiseen yhdessä yksikön johtajan kanssa. Kehittämispäivässä käytiin työyhteisön yhteisen keskustelun kautta läpi yksikön perustehtävää, toimintatapoja ja -ohjeistuksia, sekä pohdittiin avoimen keskustelun kautta mahdollisia haastavia tilanteita ja haastavissa tilanteissa toimimista.

Osana kehittämispäivää oli myös ennalta suunniteltu workshop-työskentely. Työskentelyssä jokainen työntekijä pohti aiheena olevia, yksikön perusarjessa ilmeneviä haastavia tilanteita ensin itsekseen, jonka jälkeen pohdinnat käytiin yhdessä työryhmänä läpi. Valitun työskentelymuodon myötä tuli konkreettisesti näkyväksi se, että jokainen työntekijä tietää, miten haastavissa tilanteissa kuuluu toimia, mutta kuitenkin yhdessä keskustellen ja kokemuksia jakaen osaamista ja näkökulmia päästään rakentavasti jakamaan ja laajentamaan. Workshop-työskentelyssä korostui osallisuus, luovuus ja oman ajattelun kehittäminen, yhdessä työyhteisön kanssa ja esimiehen tukemana.

6.3.4 Organisaation alueellinen kesäpäivä

Kesäkuussa 2018 järjestettiin organisaation sisäisesti Satakunnan alueen yksiköiden kesäpäivä, johon osallistui henkilökuntaa kuudesta eri yksiköstä, sekä näiden lisäksi organisaation työnkehittäjä ja palvelujohtaja. Päivän aikana eri yksiköiden työntekijät tutustuivat toisiinsa ja jokainen yksikkö esitteli oman yksikkönsä erityisosaamista muille. Päivän tarkoituksena oli jakaa kokemusta ja osaamista yksiköiden välillä ja näin laajentaa työntekijöiden osaamista, mutta myös lisätä eri yksiköiden välistä yhteistyötä ja arvostusta toisten yksiköiden tekemää työtä kohtaan. Päivän aikana kerrettiin yksiköiden profiloitumista ja arjen haasteisiin vastaamista yksiköiden tarkoituksen ja toimintatapojen mukaisesti. Koko organisaation historiassa tämä oli ensimmäinen kerta, kun jonkun alueen yksiköiden väki kokoontuu yhteen jakamaan erityisosaamistaan.

Kesäpäivän aikana kuuden eri yksikön henkilökunta jakoi osaamistaan seuraavien työmenetelmien saralla

- Ratkaisukeskeinen neuropsykiatrinen valmennus
- Perhekuntoutusyksikön päiväohjelman toteuttaminen asiakasperheille
- Osallistava kirjaaminen
- Seikkailukasvatus ja ympäröivän luonnon hyödyntäminen arjessa ja työskentelyssä
- Voimakuva-työskentely
- Mentorointijärjestelmä sijoitettujen nuorten kesken

Kesäpäivän tuloksena eri yksiköissä käytettävää osaamista saatiin jaettua helposti ja laajasti myös muiden yksiköiden käyttöön. Kehittämistyön kohteena olevassa vastaanottoyksikössä osaa työmenetelmistä on otettu aktiivisesti käyttöön lasten kanssa työskennellessä ja eri työmenetelmien käyttöönotto jatkuu ajan edetessä ja työmenetelmien juurtuessa taas muun tehtävän työn pariin.

6.4 Kehittämisprosessin yhteenvetopalaveri

Syyskuussa 2018 pidettiin yksikön kuukausipalaveri, jossa käytiin läpi yleisiä vastaanottoyksikön toimintatapoja ja -ohjeita. Palaverissa keskusteltiin erityisesti

psykykkisesti oireilevien lasten kohtaamisesta, sekä siihen liittyen yksikön henkilökunnan toiminnasta ja yleisistä turvallisuusasioista.

Työyhteisö nosti tärkeiksi asioiksi

- Lapsen laitoksen ulkopuolisen hoitokontaktin säilyminen ja tukeminen sijoituksen aikana
- Lapsen lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi ja tarvittaessa konsultointi hoitavalta taholta
- Psykykkisesti vakavasti oireilevan lapsen hoito ja tilanteessa toiminta; esimerkiksi jatkuva läsnäolo ja itsensä vahingoittamiseen soveltuvien aineiden ja esineiden poisottaminen lapselta
- Uhkaavissa tilanteissa toimiminen
- Kiinnipitotilanteisiin liittyvät ohjeistukset
- Lisäävun hälyttäminen
- Toimiminen ensiaputilanteissa
- Omaohjaajatyön ja vastuuohjaajatyön toteutuminen ja merkitys
- Työskentelyvastuun ottaminen ja jakaminen
- Käytettävissä olevat, erilaiset työmenetelmät, varsinkin työntekijöiden yksilöllisiin erityisosaamisiin liittyen
- Jokaisen tekemän työn arvostaminen

Vastaanottoyksikön arjen ollessa hektistä, työyhteisö kaipaa kerta toisensa jälkeen selkeitä toimintatapoja ja toiminnan juurtumista ja rutinoitumista. Psykykkisesti oireilevan lapsen kohtaaminen ja työntekijän varautuminen kaikenlaisiin tilanteisiin koettiin tärkeäksi – lapsen hätään tulee pystyä vastaamaan ja työntekijällä tulee olla tieto siitä, miten missäkin tilanteissa toimitaan. Haasteena tämän suhteen koettiin kuitenkin henkilökunnan vaihtuvuus ja tilanteiden äkillinen syntyminen. Palaverissa kerrattiin toimintaohjeita vakavasti psykykkisesti oireilevan lapsen kohtaamisessa.

Tämänkin myötä, psykykkisesti oireilevan lapsen kohtaamisessa ja hektisen yksikön toiminnassa tärkeäksi taidoksi nousi yksittäisen työntekijän kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä. Vastuunotto ja paineensietokyky nousivat palaverissa toistuviksi puheenaiheiksi. Työyhteisössä todettiin myös, että työ voi olla henkisesti kuormittavaa ja jokaisen työntekijän tulee muistaa tarkkailla myös omaa vointiaan ja jaksamistaan.

Palaverissa haluttiin nostaa esiin jokaisen työntekijän tekemän työn arvostus, sekä toisaalta myös vastuu omien työtehtävien hoidosta. Todettiin, että työtehtävien tasapuoliseen jakamiseen ja jokaisen työntekijän erityisosaamiseen tulee kiinnittää jatkossakin huomiota, ja työssä tärkeintä on muistaa lapsen etu ja lapsilähtöisyys.

Todettiin, että vaikka kulunut vuosi on sisältänyt paljon organisaation sisäisiä koulutuksia ja toimia, jatkossakin osaamista tulee kehittää. Yksikön henkilökunta osallistuu tulevaisuudessakin säännöllisesti organisaation lisäkoulutuksiin ja muihin vaadittaviin, kuten ensiapukoulutukseen.

7 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää vastaanottoyksikön henkilökunnan valmiuksia kohdata psyykkisesti oireileva lapsi. Kehittämistyön myötä nousi esiin yksikön henkilökunnan kokemus siitä, että osaamista lapsen kohtaamiseen ja oireilun huomiointiin on olemassa paljon, ja tavoitteeksi muodostuikin saada tämä osaaminen näkyväksi ja luoda yksikköön kirjallinen toimintamalli vastaanottoyksikköön sijoitettavan lapsen kohtaamisesta. Kehittämistyön myötä yksikön henkilökunta vaikutti lähinnä muistuttavan itseään siitä, miten paljon osaamista jo on olemassa – osaaminen täytyi vain kaivaa esiin ja konkretisoida se vastaanottokodin toimintamalliksi.

7.1 Yksikön osaamisen perusta

Kehittämistyö aloitettiin syyskuussa 2017 kartoittamalla yksikön henkilökunnalla jo olevaa osaamista psyykkisesti oireilevan lapsen kohtaamiseen. Henkilökunta mainitsi pääosin kolme eri teemaa, johon osaaminen perustui; koulutus, työkokemus, sekä yksilöllinen osaaminen henkilökohtaiset ja valmiudet. Näiden lisäksi osaamista koettiin tulleen myös esimerkiksi harrastustoiminnasta ja muutoin omasta elämänhistoriasta.

7.1.1 Koulutus

Kartoitettaessa vastaanottokodin henkilökunnan osaamista ja valmiuksia kohdata psyykkisesti oireileva lapsi, suurin osa työntekijöistä mainitsi ensimmäiseksi saaneensa valmiudet ja osaamisen erilaisten koulutusten ja opintojen pohjalta. Kehittämistyöhön osallistui sekä sairaanhoitajia, sosionomeja, että lähihoitajia. Opintojen kautta saavutettu osaaminen mainittiin jokaisessa vastauksessa.

Työntekijät kertoivat suuntautuneensa opinnoissa lapsiin ja nuoriin tai mielenterveys- ja päihdetyöhön. Myös varhaiskasvatukseen ja esimerkiksi kiintymyssuhdeteoriaan liittyviä opintoja mainittiin. Vastaanottokodin vakituinen henkilökunta on koulutettu lasten- ja nuorten mielenterveys- ja psyykkiseen hoitotyöhön, ja myös tämä mainittiin vastauksissa. Nämä koulutukset ovat sisältäneet traumatisoituneen asiakkaan kohtaamista ja traumatisoituneen tai psyykkisesti oireilevan asiakkaan kanssa huomioitavia asioita, ja koulutusten sisältöä pidettiin suurella arvolla juuri vastaanottoyksikössä työskentelemisen kannalta.

Yksikön vakituinen henkilökunta on koulutettu myös ratkaisukeskeisiksi neuropsykiatrisiksi valmentajiksi. Neuropsykiatrinen työote näkyi vastauksissa esimerkiksi strukturoidun arjen korostamisen suhteen, sekä siinä, että neuropsykiatrinen valmennus antaa valmiuksia työstää asioita lapsen kanssa eri keinoin. Neuropsykiatrisen valmentajan koulutuksen myötä oli saatu valmiuksia kohdata ja ottaa huomioon neuropsykiatrisia ongelmia, kuten puheentuottamisen vaikeudet, ADHD, ADD, autismin kirjo ja asperger. Työntekijät kokivat, että neuropsykiatrinen osaaminen tulee näkyä arjessa vahvana; lapsen elämässä on voinut olla paljon vaihtelevuutta tilanteissa, ympäristöissä ja ihmissuhteissa, ja tämän vuoksi arki tulee olla strukturoitua selkeiden päivä- ja viikko-ohjelmien myötä. Strukturoituun arkeen liittyen haluttiin korostaa, että lapselle tulee kertoa, mitä, miksi ja milloin tapahtuu, ja yllätyksiä tulee välttää.

Henkilökunta kertoi saaneensa lisäkoulutuksia lääkehoitoon ja traumaterapiaan liittyen, sekä osaamista työskentelyyn SPR:n ”trauman hetkellä” -kurssin myötä. Koulutusta oli myös traumatisoituneen lapsen ja vanhemman kohtaamiseen arjessa, sekä kriisitilanteiden kohtaamiseen. Kriisityön osaamiseen liittyen haluttiin korostaa, että vaikka vastaanottoyksikköön sijoitettavalla lapsella ei olisikaan aikaisempaa psyyk-

kistä oireilua, sijoitus itsessään saattaa olla lapselle traumatisoiva kokemus ja kriisi, tämä tulee ottaa huomioon vastaanottoyksikössä toimiessa.

Työntekijät kertoivat oppineensa koulutuksen myötä kohtaamaan ihmisiä ja työskentelemään ihmisten parissa. Mainittiin esimerkiksi, että koulussa olleiden harjoitteluiden kautta sai oppia erilaisista tilanteista ja käytännöistä, sekä kokemusta työskentelestä eri ikäisten ja ikätasoisten lasten kanssa.

Koulutuksesta puhuttaessa eräs työntekijä kertoi saaneensa osaamisensa ja kohtaamisen keinot lähihoitaja-koulutuksesta. Kuitenkin tarkennusta kysyttäessä työntekijä totesi, että oikeastaan koulutus ei antanut mitään siihen, miten kohdata ihminen. Työntekijä kertoi, että hän ei ole saanut koulutuksen pohjalta mitään konkreettista ohjeistusta tai esimerkkitilanteita, joiden kautta olisi osannut valmistautua kohtaamaan esimerkiksi asiatonta käyttäytymistä tai väkivallan uhkaa. Samainen työntekijä mainitsi koulutuksesta ainoana teoriapohjana pitkän harkinnan ja pohtimisen jälkeen kiintymyssuhdeteorian olevan perusta, joka opinnoissa on mainittu, ja joka on antanut hänelle valmiuksia ja osaamista käytännön työhön.

Ammattikorkeakoulu-opinnoista koettiin saadun koulutuspohjaa siitä, mitä erityispiirteitä lastensuojelun piiriin kuuluvista lapsista ja esimerkiksi erityistä tukevia tarvitsevista lapsista tulee tiedostaa. Tähän liittyen kerrottiin koulutuksesta saadun tiedon siitä, miten lapsen erityistarpeet tulee huomioida. Ammattikorkeakoulusta koettiin myös opitun lastensuojelulakiin ja muihin työhön vaikuttaviin lakeihin liittyen kokonaisuuksia. Lakiosaamiseen liittyen mainittiin tieto esimerkiksi siitä, että mikäli sijoitettavan lapsen kohdalla on kesken poliisitutkinta jonkun asian suhteen, tutkintaan liittyviä asioita ei saa lähteä kyselemään lapselta, mutta lapsen tuottamat asiat tulee kuulla ja kirjata tarkasti ylös.

Yksikön psykiatrinen sairaanhoitaja nosti esille terveydenhuoltotyön osaamisen yksikössä. Työntekijä näki tärkeänä lapsen psyykkisen voinnin ja oireilun havainnoinnin ja huomioon otamisen esimerkiksi sen suhteen, onko lapsi psykoottinen ja tarvitseeko lapsi välitöntä psykiatrian apua. Työntekijä koki, että tätä osaamista tulisi olla entistä laajemmin muillakin, kuin psykiatrisella sairaanhoitajalla.

Koulutukseen liittyvään osaamiseen liittyen mainittiin opintojen kautta tullut tieto lasten kehityspsykologiasta, jonka perusteella työntekijä koki saaneensa valmiudet huomata puutteet lapsen kasvun vaiheissa ja mitä nämä puutteet aiheuttavat toimintakyvyn ja arjen sujumisen kannalta. Esimerkkinä työntekijä mainitsi, että mikäli pieni vauva on jätetty kasvuympäristössään huomiotta, hän saattaa oireilla vastaanottoyksikössä hakemalla ylenpalttista hoivaa ja huomiota aikuisilta.

7.1.2 Työkokemus

Lapsen kohtaamiseen ja yleisesti työskentelyyn vastaanottoyksikössä vaikutti tukevana tekijänä työntekijöiden mukaan aikaisempi työkokemus. Nousi esiin, että työkokemus lastensuojelussa, joko kehittämistyön kohteena olevassa vastaanottoyksikössä tai jossain muussa (vastaanotto)yksikössä koettiin eduksi, kuten myös mikä tahansa muukin kuin juuri lastensuojelun työkokemus. Esimerkiksi todella haastavastiinkin käyttäytyvien, kehitysvammaisten parissa tehty työ oli antanut työntekijälle valmiuksia toimia erilaisissa tilanteissa ja erilaisten ihmisten kanssa.

Osa työntekijöistä koki, että käytännön työtä tekemällä on oppinut kohtaamaan erilaisia ihmisiä ja tämän vuoksi kuvailtiin, että työkokemuksen kautta on oppinut ”lukemaan” erilaisia ihmisiä ja arvioimaan esimerkiksi tulevia tilanteita ja lapsen käyttäytymistä. Esimerkkinä ennakoitaviin tilanteisiin ja käyttäytymiseen mainittiin joidenkin lasten kohdalla nähtävissä oleva ”räjähdysvaara”, jolla tarkoitettiin sitä, että lapsesta voi ”nähdä”, milloin lapsi alkaa esimerkiksi hermostua, ”kierrokset alkavat nousta” ja tilanne saattaa eskaloitua esimerkiksi aggressiiviseen tai itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Vaikka tällaista, osittain intuitioon perustuvaa osaamista on vaikea todeta teoreettisesti tai pukea sanoiksi, todettiin, että vastaanottokodissa työntekijän kyky ennakoida tilanteita tällaisella ihmisten ”lukemisella” on äärimmäisen tärkeää.

Työkokemuksen kautta tulleeeseen osaamiseen liittyen mainittiin yksikön ohjeistukset ja säännöt, joiden kuvailtiin työkokemuksen kautta olevan ”päässä valmiina”. Tietoon yksikön toimintatavoista liittyen mainittiin tärkeäksi, että työntekijän tulee siirtää informaatiota näissä asioissa lapselle; koettiin, että toimintatapojen ja arjen struktuurin ollessa työntekijän hallussa, tämä rauhoittaa myös lasta. Mainittiin, että lapsel-

le on tärkeää pystyä luottamaan arjen aikatauluihin ja rutiineihin, ja aikuisten huolehtimiseen niistä. Koettiin tärkeäksi, että työntekijä pystyy kertomaan lapselle yksikön tarkoituksesta ja lapsen sijoitusyydestä ja sijoituksen pituudesta. Todettiin, että ”tieto ja varmuus rauhoittavat traumatisoitunutta lasta” ja näin auttavat lasta asettumaan yksikköön. Tähän liittyen vastauksissa nostettiin esille myös käytännön työkokemuksen kautta sisäistetty lastensuojelulaki ja muut työssä läsnä olevat lait.

Vaikka kaikki työntekijän mainitsivat vastauksissaan työkokemuksen osaamista ja valmiuksia antavana tekijänä, oli työkokemuksen antamaa sisältöä vaikea määritellä – työkokemukseenkin liittyen vastaukset ajautuivat intuitioon ja ihmisten lukemiseen ja siihen, miten työntekijä ”vain jotenkin osaa toimia” tilanteissa oikealla tavalla.

7.1.3 Työntekijöiden yksilöllinen osaaminen ja henkilökohtaiset valmiudet

Kun puhutaan ihmisen kohtaamisesta, ei ole olemassa selkeää kaavaa tai teoriaa, jolla määriteltäisiin persoonan vaikutus vuorovaikutustilanteeseen, tai sitä, miten jotkin henkilökohtaiset ominaisuudet voivat tilanteeseen vaikuttaa. Esimerkiksi käsitteet ”kemioiden kohtaaminen” tai ”tilannetaju” ovat asioita, jotka saattavat olla määriteltävissä hyvin tilannesidonnaisesti ja perustuen yksittäisen ihmisen kokemukseen. Tämän vuoksi sosiaalialan työn menetelmien toimivuutta ja esimerkiksi luottamussuhteen tai ”keskusteluyhteyden” saavuttamista saattaa olla joskus vaikea määritellä mistään teoreettisesta viitekehyksestä käsin. Yksikön henkilökunta nosti kohtaamisen ja työskentelyn suhteen esiin juuri tällaisia ominaisuuksia ja osaamista, jota on vaikea määritellä minkään tieteen tai teorian alle.

Henkilökohtaisina valmiuksina ja ominaisuuksina nousi toistuvasti esiin työntekijän ”minä”, persoonana ja muutoinkin persoonaan liittyviä ominaisuuksia mainittiin useita. Työntekijät luettelivat esimerkiksi seuraavat ominaisuudet omana vahvuutenaan lapsen kohtaamiseen liittyen: rauhallisuus, kuunteleminen, empatia, läsnäolo, omana itsenä oleminen, ”persoonalla tehtävä työ”, sekä ”henkilökohtainen olemus osaamisena”. Pyydettyäessä jälkimmäistä määriteltiin tarkemmin siten, että työntekijä koki olevansa vahva kohtaamaan erilaisia ihmisiä ja tilanteita ja kykenee esimerkiksi vaikeissa puheluissa tai kasvokkain käytävässä keskustelussa kohtaamaan aggressii-

visetkin asiakkaat itse hermostumatta. Useaan kertaan vastauksissa todettiin lauseita, kuten ”tulee olla ihminen ihmiselle” ja ”ihmisen taito kohdata toinen ihminen”. Näitä kohtaamisen taitoja perusteltiin sillä, että ne ”tulevat omasta luonteesta tai toisilla siitä, miten elämä on kasvattanut ja opettanut”. Yhtälailla mainittiin, että kohtaamiseen vaikuttaa toisilla työntekijöillä ammatin ja iän tuoma kokemus ja taito, toisilla kohtaamistaito tulee ”luonteesta, geneista”.

Edelleen henkilökohtaisina ominaisuuksina mainittiin mukautuvaisuus, jolla tarkennettiin tarkoitettavan asiakkaan tarpeiden mukaan toimimista ja käyttäytymistä. Tähän yhdistettiin varsinkin näkemys siitä, miten psyykkisesti oireilevan lapsen kanssa käyttäytyään ja miten esimerkiksi työntekijän oma olemus, eleet ja ilmeet, sekä yleisesti kehotietoisuus vaikuttavat tilanteeseen.

Henkilökohtaisiin ominaisuuksiin liittyen mainittiin myös oman elämänhistorian kautta tullut kokemus traumatisoituneen lapsen kohtaamiseen; työntekijä koki, että omien kokemusten kautta hänellä on paremmat valmiudet kohdata ja huomioida traumatisoitunut ja sitä kautta psyykkisesti oireileva lapsi. Työntekijä jatkoi, että sosionomi-koulutuksen osana hän on oppinut itsereflektointia ja käynyt omat trauman- sa läpi, ja näin saanut valmiuksia työskentelyyn traumataustan omaavien lasten kanssa.

Kehittämistyön myötä työyhteisössä pohdittiin paljon sitä, miten suuresti työntekijän ”henkilökohtaiset ominaisuudet” voivat tai saavat vaikuttaa asiakastyöhön. Keskustelun myötä todettiin, että myös haastavissa tilanteissa toimimisen ja yleisestikin toisen ihmisen kohtaamisen voi oppia, vaikka kohtaamista tai kohtaamistapoja saattaakin olla teoreettisesti vaikea sen tarkemmin määritellä.

7.2 Lapsen kohtaaminen vastaanottotilanteessa

Kehittämistyön haastatteluissa ja myöhemmissä yhteisissä keskusteluissa käytiin paljon läpi teemaa lapsen kohtaamisesta vastaanottotilanteessa ja työntekijän ammatillista toimimista kyseisessä tilanteessa. Yksikön työntekijät nostivat tärkeäksi asiaksi lapsen aidon ja todellisen kohtaamisen heti ensihetkestä eli sijoitustilanteesta lähtien.

Yksikön toiminnan kannalta nähtiin tärkeänä huomioida työntekijän toiminta heti ensikohtaamisessa ja lapsen vastaanottamishetkellä.

Todettiin, että vastaanottohetkellä työntekijän tulee olla aidosti läsnä lapsen kanssa, eikä tuoda lapselle heti täytettäväksi haastattelulomakkeita tai esimerkiksi luettavaksi yksikön toimintatapoja. Tulee olla ”ihminen ihmiselle”, ja työntekijän tulee koko ajan lukea tilannetta ja lasta ja tehdä arviota siitä, miten tilanteessa tulisi toimia niin, että se palvelisi lasta ja lapsen hyvinvointia.

Työntekijän tulee huomioida oma käyttäytyminen ja oleminen, ja tällöin tärkeäksi nousi työntekijän eleiden, ilmeiden ja olemuksen myötä kehotietoisuus, sekä puheta-
pa. Työntekijän tulee olla ”rauhallinen ja turvallinen”, sillä koettiin, että se siirtyy myös lapseen. Mikäli työntekijä on levoton tai käyttäytyy jotenkin arvaamattomasti, tämä vaikuttaa suoranaisesti lapsen käyttäytymiseen ja kokemukseen turvallisuuden tunteesta. Tärkeimpänä nähtiin kohdata lapsi omana itsenään – sekä työntekijän ollessa oma itsensä että antaessa lapsen olla oma itsensä. Todettiin, että työntekijä ei saa muodostaa lapsesta ennakkokäsitystä esitietojen perusteella.

Työyhteisössä mielipiteitä jakoi se, tulisiko lapsen esitietoihin perehtyä vai ei. Osa työntekijöistä korosti esitietojen merkitystä ja koki, että esitietojen myötä lapsen kanssa pystytään siirtymään suoraan käsittelemään tilannetta, ja koki työn toteutuvan tehokkaammin, kun aikaa ei ”kulu” sellaisen asian kertaamiseen, joka on jo tiedossa esitietojen lukemisen ansiosta. Eräs työntekijä totesi, että lapsen esitiedot ovat korvaamattoman tärkeitä ja kertoi tavakseen tutustua kaikkiin mahdollisiin papereihin ja taustatietoihin.

Osa työntekijöistä taas kertoi, että ei halua tutustua lapsen papereihin ja taustatietoihin, vaan haluaa kohdata lapsen ilman ennakkokäsityksiä ja antaa lapsen itsensä kertoa itsestään. Osa työntekijöistä oli ehdottomasti sitä mieltä, että paperit tulisi jättää lukematta ja kohdata lapsi kirjaimellisesti siten, kuin tutustuisi kehenkä tahansa uuteen ihmiseen. Osa toi esille esitietojen ”unohtamisen” tilanteessa; ”taustojen huomiointi kyllä, mutta asiakkaan kohtaaminen kuitenkin ihmisenä itsenään”.

Näistä asioista käytiin monia keskusteluita työyhteisön kanssa ja pohdinnaksi nousi se, miten lapsi kokee tilanteen. Esitietoihin tutustumisen myötä lapsi voi kokea tulensa leimatuksi ja hän voi kokea negatiivisesti sen, ettei hän itse ”pääse” vaikuttamaan kuvaan, joka hänestä luodaan. Toisaalta pohdittiin paljon sitä, että jotkin asiat ovat sellaisia, jotka on joka tapauksessa hyvä olla ennalta tiedossa; esimerkiksi mahdolliset tarvittaessa annettavat lääkitykset, sekä mahdollinen väkivaltaisuus ja itsetuhoisuus.

Ennakkotietoihin liittyen työyhteisössä nousi keskustelun aiheeksi myös se, miten mahdollisuuksien mukaan toimitaan esimerkiksi tilanteessa, jossa sijoitettu lapsi on nuori tyttö, joka on kokenut seksuaalista väkivaltaa. Tällöin saattaa olla parempi ratkaisu, että naistyöntekijä vastaanottaa lapsen. Toisaalta esimerkkitalanteihin liittyen nousi pohdittavaksi se, jos yksikköön saapuu aggressiivinen nuori mies, niin onko hennon naistyöntekijän sijaan parempi ottaa tilanteeseen raamikas miestyöntekijä – varaudutaanko mahdolliseen kiinnipitoon vai provosoiko valikoitunut työntekijä nuorta jotenkin. Nämä toimintamallit ja työntekijän ”valikoituminen” tilanteeseen herättivät paljon keskustelua. Kuitenkaan mitään selkeää vastausta esimerkkitalanteisiin ei saatu. Työyhteisössä todettiin, että tilanteet ovat niin vaihtelevia ja asiakkaan tarpeet niin erilaisia, että jokainen tilanne tulee arvioida yksilöllisesti ja päätökset toiminnan suhteen tehtävä sen hetkessä työryhmässä. Haluttiin kuitenkin korostaa, että missään tilanteessa lasta ei saa provosoida.

Esitietoihin tutustumista tai ei, joka tapauksessa vastaanottotilanteessa tärkeänä koettiin ”pureutuminen” suoraan problematiikkaan mahdollisimman nopeasti: keskustelemalla lapsen kanssa tilanteesta ja huolenaiheista, on ”ongelma” ja sijoitusssyy mikä tahansa. Todettiin, että tällöin tulee kuitenkin kiinnittää erityistä huomiota lapsen vointiin ja toimia sen mukaisesti, ottaen huomioon lapsen etu. Erityisen tärkeänä nähtiin välitön keskusteluyhteyden rakentaminen lapseen ja tilanteen selvittely yhdessä. Työntekijät korostivat paneutumista alkutilanteeseen ja tavoitetta saada lapsesta ”kiinni”, jotta tiedetään, mitä lapsen kanssa aletaan työstää. Tärkeänä nähtiin myös selvittää lapsen mielenkiinnon kohteet, jotta niitä pystyy hyödyntämään työskentelyn suhteen; toiminnallisten menetelmien kautta työskentely ja asioiden puheeksi saattaminen arkisten asioiden parissa (esimerkkinä ruoanlaitto, liikunta, muu yhdessä tekeminen), nähtiin yhtenä kohtaamisen keinona. Todettiin, että työntekijän ja lapsen

mielenkiinnon kohteiden yhdistyessä ja niitä hyväksi käyttämällä voi syntyä aito kohtaaminen asiakkaan kanssa, koska työntekijä pystyy näin sekä innostamaan että osallistamaan lasta luonnollisesti ja luomaan lapselle aidon ja turvallisen vuorovaikutustilanteen.

Todettiin, että lapsi tulee kohdata rauhallisesti ja asioista tulee puhua suoraan, lapsen ikätaso huomioiden. Tähän liittyen koettiin, että työntekijän ei tule lähteä surkuttelemaan tilannetta eikä selitellä tarpeettomasti, mutta työntekijän tulee tietenkin olla lapselle ystävällinen. On tärkeää puhua lapsen kanssa kahden kesken ja antaa lapselle kahdenkeskistä aikaa ja jakamatonta huomiota.

Yksi työntekijä nosti esiin, että vastaanottotilanteeseen ja lapsen kohtaamiseen vaikuttaa se, tunnetaanko lapsi jo entuudestaan. Tämä on mahdollista tilanteessa, jossa lapsi on ollut jo aikaisemmin sijoitettuna yksikköön. Mikäli lapsi tunnetaan entuudestaan, tulee pohtia, jatketaanko työskentelyä siitä, mihin viimeksi on jääty, vai aloitetaanko niin sanotusti puhtaalta pöydältä. Todettiin myös, että työntekijä ei voi tuudittautua siihen käsitykseen, että ovesta astelee sisään samalla lailla käyttäytyvä lapsi, joka viimeksi lähti ulos ovesta. Haluttiin nostaa esille, että lapselle on voinut edellisen sijoituksen jälkeen tapahtua asioita, joista yksikössä ei ole tietoa, eikä lapsi muutenkaan käyttäydy välttämättä samalla lailla, kuin aikaisemmin. Edelliseen liittyen ja yleisesti muutenkin todettiin, että lapsi tulee kohdata avoimin mielin, sellaisena, kuin lapsi on.

Kohtaamisen nähtiin perustuvan kuntouttavaan työotteeseen ja näkemykseen siitä, että lapsella on paras käsitys omasta elämästään ja tilanteestaan. Nähtiin, että työskentely vastaanottoyksikössä lähtee käyntiin ensikohtaamisesta ja lapsen kuuntelemisesta. Mainittiin, että lapsen tulee saada tuottaa asiat oman näkemyksensä mukaan. Kuntouttavassa työotteessa nähtiin tärkeänä, että lapsi hyväksyy ja ikään kuin ”valitsee” työntekijän, ja on siten vastaanottavaisempi avulle.

Ensikohtaamisen ja siinä hetkessä alkavan työskentelyn suhteen tärkeänä nähtiin, että lapsen kanssa ei oteta heti niitä raskaimpia asioita esille, koska tällöin pystytään enakoimaan lapsen toimintaa ja asettumista sijoitustilanteessa. Koettiin tärkeänä, että työntekijä samastuisi tietyllä tasolla lapseen ja tämä nähtiin mahdollisena sanoittaa

lapselle siten, että työntekijä ”ei voi tietää miltä tuntuu, mutta voidaan ymmärtää paha oloa”.

Kohtaamisen taitoihin liitettiin myös kokemukset omasta elämästä. Mainittiin, että oma kasvatusta ja se, ”miten minut on kohdattu”, vaikuttaa omaan työskentelytapaan. Todettiin, että kasvatuksen lisäksi muutkin ihmissuhteet pohjaavat tapoja siihen, ”miten minut on kohdattu” ja sitä myötä antaa valmiudet asiakkaan kohtaamiseen ensi hetkistä lähtien.

Mainittiin, että uuden lapsen vastaanottotilanteessa työntekijän tulee rohkeasti ottaa kontakti lapseen ja ellei tietoa jostain asiasta ole, työntekijän tulee kysyä siitä lapselta, eikä vain pohtia asiaa itsekseen tai työryhmässä. Koettiin, että monet asiat selviävät parhaiten tiedustelemalla niitä samoin tein lapselta, eikä asioita voi jättää olettamisen varaan. Haluttiin kuitenkin huomauttaa, että työntekijän tulee aina tilanteessa arvioida, minkälaisia asioita lapselta voi tiedustella.

Erityisesti vastaanottotilanteessa nähtiin tärkeänä työntekijän empaattinen toiminta ja lapsen kohtaaminen lapsen tarpeet huomioiden. Jälleen vastauksissa näkyi ihmisten ”lukeminen” ja ihmistuntemus sen suhteen, mikä kohtaamisen tapa toimii kenenkin kanssa. Tärkeänä nähtiin tapa, jolla lasta lähestytään ja lähestymistapaan nähtiin liittyväksi havainnot lapsesta ja työntekijälle tulleet tuntemukset lapsen käytöksestä ja olotilasta. Lasta kohdatessa tulee huomioida, onko lapsella ollut juuri jotain akuutteja tapahtumia taustalla vai onko tilanne tasainen. Tällöin puheenaiheeksi nousi jälleen se, että sijoitustilanne itsessään on lapselle aina kriisi.

Työyhteisö totesi vastaanottotilannetta pohtiessa, että kyseiseen tilanteeseen liittyvä toiminta perustuu ehkä tiedostamattakin trauma- ja kriisityön teoreettisiin lähtökohtiin. Kun työyhteisön kanssa piti seuraavaksi pohtia, miten kohdata traumatisoitunut tai kriisissä oleva lapsi, havaittiin, että toiminta vastaa hyvin pitkälti jo vastaanottotilanteeseen määriteltyjä toimintatapoja. Havaittiin, että lapsen vastaanottotilanteessa toimimisesta pystytään rakentamaan toimintaohjeet mihin tahansa tilanteeseen tai kohtaamiseen lapsen kanssa, kriisi- ja traumanäkökulma huomioiden.

7.3 Vastaanottoyksikön toimintamalli

Kehittämistyön alkaessa vastaanottokodin yksikön johtaja esitti toiveen, että kehittämistyön myötä vastaanottokodille tehtäisiin kirjallinen mallinnus siitä, miten vastaanottoyksikössä kohdataan psyykkisesti oireileva lapsi. Kehittämistyön käynnistytessä tämä toive tuli myös työyhteisöltä, sillä koettiin tärkeänä, että kehittämistyössä käsiteltyihin teemoihin liittyen yksikköön saadaan kirjallinen toimintamalli työskentelystä vastaanottoyksikössä.

Kehittämistyön myötä työyhteisön toiveeksi tarkentui saada teoreettista tietoa kriisi- ja traumanäkökulmasta vastaanottoyksikössä tapahtuviin kohtaamisiin. Kehittämistyön edetessä ja sen viimeisenä osana valmistui ”Lapsen kohtaaminen vastaanottoyksikössä” –toimintamalli. Toimintamallin sisältöön vaikutti kriisityön asiantuntijan ja kriisi- ja traumatyöhön suuntautuneen psykoterapeutin kanssa käydyt keskustelut siitä, mitä toimintamallin tulisi sisältää.

Vastaanottoyksikköön tehty toimintamalli rakentui pitkälti omalla vastuullani. Koska asiantuntijoiden kanssa käytyjen keskusteluiden pohjalta todettiin, että toimintamallin tulisi olla mahdollisimman lyhyt ja ytimekäs, todettiin, että toimintamallin rinnalle tulee liittää tämä kehittämistyö, josta on saatavilla laajempaa teoriapohjaa teemaan liittyen. Toimintamalli otettiin käyttöön yksikössä välittömästi sen valmistuttua. Toimintamallin toimivuutta arvioidaan yhdessä koko työyhteisön kanssa ajan edetessä.

Toimintamallia ei liitetä kehittämistyön julkiseen osioon, koska se sisältää salassapidettäviä tietoja, kuten yksikön omia toimintaohjeita ja viranomaisnumeroita. Toimintamallin julkaiseminen voisi myös vaarantaa asiakkaiden yksityisyyden.

7.4 Muita kehittämishuomioita

Kehittämistyön myötä työntekijät pohtivat myös yleisesti huomioitaan yksikön toiminnassa ja keskustelu ajautui luonnollisesti yksikön yleisiin kehittämistarpeisiin. Työntekijät nostivat pohdinnan aiheiksi esimerkiksi vastaanottoyksikössä toteutetta-

van terveystkasvatuksen ja siihen liittyen kehittämistarpeena sijoitettujen lasten liikunnallisuuden lisäämisen. Tärkeänä nähtiin myös sijoitettujen lasten aktivoiminen tekemään arkisia töitä ja tukea sitä kautta lasten ja nuorten kykyä tehdä ”normaaleja”, arjen sujumiseen vaikuttavia askareita. Nähtiin, että arkiset puuhaut tukevat rutiinien kautta lapsen vointia ja tällainen toiminta saattaa auttaa nuorta myös psyykkisessä oireilussaan. Arkisten puuhien ja ”töiden” tekeminen nähtiin elämänhallinnallisenä ja varsinkin itsenäistyvää nuorta tukevana toimintana, jota haluttiin lisätä.

Huomioksi nousi sekä yksikön sisäinen että ulkoinen tiedonsiirto, johon liittyy yhteistyö esimerkiksi sosiaalitoimen kanssa. Toisinaan lapsen taustoista ja sijoitussyistä kaivattiin yksikön ulkopuolisilta tahoilta saatavaa tarkempaa tietoa, mutta yhtä lailla huomiota haluttiin kiinnittää myös yksikön sisäiseen suulliseen ja kirjalliseen raportointiin. Erityisesti tähän liittyen tuotiin esille psyykkisesti oireilevan lapsen voinnin ja käyttäytymisen raportointia; on tärkeää tietää, onko lapsi käyttäytynyt esimerkiksi itsetuhoisesti ja tuleeko häntä siksi seurata tavanomaista tiiviimmin vaikkapa yövuoron aikana.

Kehittämistyö herätti keskustelua yksikössä koettavista uhka- tai väkivaltatilanteista. Koettiin, että tällaisiin tilanteisiin yksinkertaisesti täytyy mennä mukaan ja tarvittaessa hälyttää lisäapua – tilannetta ei voi olla huomaamatta ja ”jotenkin vain lutviutua”. Todettiin, että jos tilanne on uhkaava, etenemässä kiinnipitoon tai kiinnipito on jo käynnissä, työntekijän tulee mennä rohkeasti tilanteeseen mukaan. Koettiin, että näihin tilanteisiin tarvitaan lisää valmiuksia ja koulutusta, mutta erityisesti työntekijöiden henkilökohtaisiin ominaisuuksiin lukeutuvaa rohkeutta.

Kehittämistyöhön ja yksikköön toivottujen koulutusten suhteen haluttiin nostaa esiin työntekijän oma-aloitteisuus ja vastuu itsensä kehittämisessä. Keskusteltiin siitä, että mikäli työntekijä kokee tarvitsevänsä lisätietoa jostain aiheesta, tietoa pystyy myös itse hankkimaan. Todettiin, että organisaatio järjestää sisäisiä koulutuksia, mutta tämä ei poista jokaisen kykyä hakea tietoa kiinnostuksen kohteistaan myös itse.

8 KEHITTÄMISTYÖN TULOSTEN ARVIOINTI

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli selkeyttää vastaanottoyksikön henkilökunnan toimintaa kohdatessa psyykkisesti oireileva lapsi. Tämän myötä tavoitteeksi muodostui lisätä yksikön henkilökunnan tietoisuutta kriisi- ja traumanäkökulmista vastaanottoyksikön kontekstissa. Kehittämistyön tavoitteena oli tehdä näkyvämmäksi olemassa olevat toimintatavat ja nostaa tietoisuuteen toimintamalli, miten psyykkisesti oireileva lapsi kohdataan ja miten psyykkisesti oireilevan lapsen kanssa toimitaan vastaanottoyksikössä. Tämän myötä kehittämistyön tuloksena syntyi ”Lapsen kohtaaminen vastaanottoyksikössä” –toimintamalli, joka jäi käyttöön kehittämistyössä kyseessä olleelle vastaanottoyksikölle. Toimintamallin toimivuutta arvioidaan kehittämistyön jälkeen ja sitä päivitetään tarpeen mukaan.

Kehittämistyö toteutettiin yhdessä vastaanottoyksikön ohjaajien, sekä yksikön johtajan ja toiminnanjohtajan kanssa. Kehittämistyöhön osallistui myös yhteistyöyksiköstä kriisityön asiantuntija sekä kriisi- ja traumatyöhön suuntautunut psykoterapeutti. Kehittämistyön myötä yhteistyö eri yksiköiden välillä lisääntyi ja yksittäisten työntekijöiden erityisosaamista päästiin jakamaan vastaanottoyksikön henkilökunnan työn tueksi.

Kehittämistyö aloitettiin syyskuussa 2017 ja se valmistui marraskuussa 2018. Kehittäminen tapahtui tiiviissä yhteistyössä yksikön henkilökunnan kanssa ja kehittämiseen liittyviä kokoontumisia, keskusteluja ja koulutuksia oli lukuisia. Kehittäminen tapahtui esimerkiksi koko yksikön kehittäispäivän, sekä ennalta sovittujen yksilö- ja parihaastatteluiden kautta. Organisaation omat koulutukset ja työkehittäminen tukivat kehittämistyötä, vaikka eivät suoranaisesti olleetkaan kehittämistyön osasia. Kehittämisprosessi eteni sujuvasti, koska kehittämistyöhön osallistuneet työntekijät osoittivat aitoa halukkuutta kehittämiseen ja organisaation omat toimet osaltaan tuki-

vat kehittämistyössä käsittelyssä olevia teemoja ja näin ollen kehittämistyön aikana esillä olleet asiat muodostivat eheän kokonaisuuden.

Henkilökunnan kanssa käytiin keskusteluja siitä, miten kohdata psyykkisesti oireileva lapsi; mihin kiinnitetään huomiota ja miten toimitaan. Kehittämistyön tuloksia tarkastellessa todettiin, että lapsen kohtaaminen olisi parasta tapahtua aina sillä oletuksella, että lapsi saattaa olla kriisissä tai traumatisoitunut, ja lapsi saattaa tämän vuoksi oireilla psyykkisesti. Todettiin, että näin toimimalla kohtaamisessa tulee huomioitua joka tapauksessa sekä lapsen fyysisen että psyykkinen turvallisuus, ja lapsen kokonaisvoinnin arvioiminen on tarkempaa. Näin ollen kehittämistyön myötä lopputuloksena oli, että samat havainnot joita tehtiin lapsen vastaanottotilanteeseen ja siinä tapahtuvaan kohtaamiseen liittyen, koskevat myös yleisesti psyykkisesti oireilevan lapsen kohtaamista. Tämän tueksi kehittämistyössä on jo aikaisemmissa, teoreettisia lähtökohtia käsittelevissä kohdissa tuotu esiin esimerkiksi ne arvioitavat ja havaittavat seikat lapsen käyttäytymisessä ja voinnissa, jotka tulee tiedostaa lapsen kohtaamisessa vastaanottoyksikössä.

Kehittämistyössä esiin nousseet tavat lapsen kohtaamiseen olivat moninaisia. Tulokista voitiin todeta, että vaikka kohtaamisen määrittely teoreettisesti saattoi aluksi olla haastavaa, yksikön henkilökunta on niin sanotusti oikeilla jäljillä lapsen kohtaamisen keinoissa. Trauma- ja kriisinäkökulma konkretisoituivat yhteisten pohdintojen kautta ja käytännön työlle ja toiminnalle saatiin tukea teoreettisista lähtökohdista.

Teoreettisten viitekehysten löytäminen ja tarkentaminen erityisesti lapsinäkökulmasta oli hieman haastavaa, koska lapsen kriisin vaiheisiin liittyvää tietoa oli haasteellista löytää. Traumanäkökulma viittaa usein lapsen kokemaan fyysiseen tai seksuaaliseen väkivaltaan, ja vain muutamasta lähteestä löytyi tarkkaa tietoa siitä, että pelkästään sijoitus lastensuojelulaitokseen saattaa olla lapselle traumaattinen kokemus ja omanlaisensa kriisi.

Lopputuloksena kehittämistyö osoittautui olevan työyhteisön tietynlaisen varmuuden lisäämistä ja selitystä sille, miksi yksikössä toimitaan, kuten toimitaan. Kehittämistyön kautta koulutuksen, työkokemuksen ja henkilökohtaisten valmiuksien käyttö lapsen kohtaamisessa saivat perusteet ja niistä tultiin paremmin tietoisiksi.

8.1 Kehittämistyöhön osallistuneen työyhteisön arvio

Työntekijät kokivat kehittämistyön tarkoituksen ja tavoitteen kokonaisuudessaan positiiviseksi ja tarpeelliseksi. Kukaan ei ajatellut, että kehittämistyön aihe olisi jotenkin turha tai tarpeeton. Työyhteisössä oli työntekijöitä, jotka kokivat erityisen tärkeäksi aiheen juuri sen pohdinnan ja konkreettiseksi tekemisen kannalta, millä tavoin lapsi kohdataan, ”koska kohtaaminen on kaiken lähtökohta”. Yleisesti työyhteisössä todettiin, että kohtaamisia tapahtuu tai pitäisi tapahtua joka päivä, ja siksi aihe koettiin tarpeellisenä. Kehittämistyön edetessä työyhteisömme totesi, miten paljon osaamista yksikössämme on lapsen psyykkisen oireilun tunnistamiseen ja arviointiin, sekä monien eri työmenetelmien käyttöön liittyen.

Teoreettisten viitekehysten suhteen kehittämistyö eteni niin, että jäi omaksi työkseni kehittäjänä löytää työyhteisölle pätevät tiedonlähteet kriisi- ja traumanäkökulmaan liittyen. Kriisityön asiantuntijan ja psykoterapeutin kanssa käytyjen keskusteluiden jälkeen kehittämistyöni rakenne sai vankemman pohjan sille, mitä teoreettisia lähtökohtia kriisi- ja traumatyöstä todella tulee ja voi huomioida lastensuojelussa tehtävässä työssä; yhteistyön myötä vahvistui se, että lastenkin kohdalla voidaan käyttää ja soveltaa yleistä kriisiteoriaa, sekä traumanäkökulmaa, vaikka määriteltyä diagnoosia traumatisoitumisesta ei lapsella olisikaan. Tärkeäksi nousi tiedostaa näkökulma siitä, että jokin tilanne tai tapahtuma voi olla lapselle traumaattinen kokemus tai kriisi, vaikka lapsi ei välttämättä siitä traumatisoituisi ja vaikka kriisin vaiheet eivät olisi niin selkeästi havaittavissa.

Kehittämistyön myötä työyhteisön keskinäinen työtehtävien ja osaamisen jakaminen lisääntyi. Kun työyhteisö oli yhdessä kartoittanut yksilölliset osaamiset ja mielenkiinnon kohteet, rohkeus kysyä apua ja tukea kollegoilta lisääntyi. Kehittämistyö koettiin positiiviseksi myös sen vuoksi, että erilaisten näkökulmien esiin saaminen toi uutta näkökulmaa sekä omaan että muiden tekemään työhön, ja arvostus kollegoita kohtaan kasvoi. Kun omia ja muiden työntekijöiden lähtökohtia ja erilaisiin teorioihin nojaavia näkökulmia käytiin läpi, opittiin toisilta erilaisia tapoja lapsen kohtaamiseen ja käytännön työn tekemiseen.

8.2 Kehittämistyön tulosten uskottavuuden ja luotettavuuden tarkastelu

Kehittämistyöhön osallistui laaja joukko lastensuojelun ammattilaisia. Käytännön työssä saatu osaaminen, sekä tiedot ja taidot vastaanottoyksikössä toimimisessa tulivat esiin läpi kehittämisprosessin. Kehittämistyöhön osallistunut työyhteisö halusi aidosti kehittää omaa toimintaansa ja kiinnostus kriisi- ja traumatyön teoreettisiin lähtökohtiin oli aitoa. Kehittämistyön tuloksia voidaan pitää uskottavana ja luotettavana juuri näiden seikkojen vuoksi.

Kehittämistyön teoreettisissa näkökulmissa on jäsennetty kriisi- ja traumatyössä jo vuosikymmeniä käytettyjä lähestymistapoja ja käytännön auttamistyön kautta saatuja kokemuksia ja havaintoja. Myös kohtaamista ja laajemmin vuorovaikutusta käsittelevät lähteet perustuivat käytäntöön ja yleisesti ihmisen kohtaamisen taitoihin, sekä laajemmassa kulmassa vuorovaikutuksen tapoihin ja erilaisten vuorovaikutustyylien merkitykseen. Kehittämistyössä käytetyt lähteet ovat oman alansa ammattilaisten kirjoittamia tuotoksia, ja näin ollen niiden uskottavuutta ja luotettavuutta voidaan pitää korkealla tasolla.

8.3 Kehittämistyön tulosten hyödynnettävyys- ja sovellettavuustarkastelu

Kehittämistyön välitöntä vaikutusta asiakkaisiin on haastava arvioida vastaanottoyksikköön tehtävien sijoitusten lyhyen ajan vuoksi, mutta myös siksi, että toimintamalli on ollut käytössä vain hetken. Kehittämistyön suhteen merkittäväksi huomioksi nousee mielestäni se, että useat yksikön työntekijät ovat kehittämistyön myötä pohtineet avarakatseisemmin sekä omaa että kollegan osaamista. Myös tämä on osaltaan kehittämistyön tulos, jota voidaan hyödyntää vastaanottoyksikössä tehtävässä työssä.

Kehittämistyössä saadut tulokset osoittavat, mitä taitoja käytännön työssä jo hyödynnetään ja sovelletaan. Kuitenkin kehittämistyön myötä ilmenevät, vahvat teoreettiset lähtökohdat niin kriisi- ja traumatyöhön kuin ihmisen kohtaamiseenkin tulevat varmasti vaikuttamaan kehittävässä mielessä vastaanottoyksikössä tehtävään työhön.

Kohtaamiseen, sekä kriisi- ja traumatyöhön liittyviä näkökulmia on kehittämistyössä ilmenneiden lähteidenkin mukaan sovellettu lasten kanssa työskennellessä tähänkin saakka. Näin ollen myös lastensuojelukontekstissa näiden teoreettisten lähtökohtien hyödyntämistä ja soveltamista voidaan, ja mielestäni tuleekin tietoisesti lisätä.

9 YHTEENVETO JA LOPPUPOHDINTA

Kehittämistyön aihe kumpusi vahvasti omasta mielenkiinnostani kriisi- ja traumanäkökulmasta tapahtuvaan lapsen kohtaamiseen. Vastaanottoyksikössä saamani työkokemuksen myötä olin tehnyt havaintoja siitä, miten useimmissa sijoitustilanteissa lapsesta on huomattavissa monimuotoista psyykkistä oireilua ja tämän myötä kiinnostus traumoihin ja kriiseihin ja niiden ilmenemiseen oli syntynyt. Ajatus siitä, miten kiireellinen sijoitus – äkillinen kasvu ympäristön muutos ja tilanteeseen mahdollisesti johtaneet traumaattiset tapahtumat – vaikuttaa lapseen, ohjasi kiinnostukseksi kriisi- ja traumatyön pariin. Olin jo ennen kehittämisprosessia pohtinut, miten kiireellisesti sijoitettava lapsi tulisi kohdata ammatillisesti niin, että sijoitus ei olisi niin traumaattinen tapahtuma, tai jotta lapsen kriisitila pystyttäisiin huomioimaan ja lapsen mahdollisesti kokemaan psyykkistä stressiä purkamaan ammatillisin keinoin.

Kehittämistyössä käsiteltävä aihe oli siis ollut ajatuksissani ja mielenkiinnon kohteena jo ennen tätä kehittämistyötä. Aloittaessani opinnot ylemmässä ammattikorkeakoulussa syksyllä 2017, sain mahdollisuuden toteuttaa kehittämistyön tällä teemalla. Kehittämistyön alkuvaiheessa kävin työyhteisöni kanssa keskusteluja havaitsemastani kehittämistarpeesta ja mielenkiinnon kohteistani siihen liittyen. Työyhteisön positiivinen vastaus kehittämistyön teemasta vahvisti ajatukseni kehittämistyön toteuttamisesta.

Kehittämistyön kiistämätön haaste oli työn moniulotteisuus; kriisi- ja traumatyön yhdistyminen lastensuojelulaitokseen sijoitetun lapsen kohtaamiseen. Määriteltäviä käsitteitä oli monia, ja esimerkiksi teoriat kriisi- ja traumatyöstä, sekä niiden käsitteistöt

kulkivat osin limittäin. Tämän vuoksi raportointiin ja asioiden jäsentämiseen kului suuresti aikaa ja tuli tarkkaan pohtia, missä järjestyksessä asioita käsitellään.

Haasteena oli myös itsessään käsite kohtaamisesta – kun käsitellään menetelmää, joka on hyvin vahvasti riippuvainen ihmisistä ja heidän henkilökohtaisista ominaisuuksistaan, on mahdotonta todeta yksiselitteisesti, mikä tapa kohtaamisessa toimii ja mikä ei.

Kehittämistyön yksi tavoite oli saada yksikköön luotua toimintamalli, joka toimii osaltaan myös perehdytysmateriaalina uusia työntekijöitä varten. Tämä tavoite muotoutui siitä, että vastaanottoyksikössä työskentelyn tulee olla tehokasta ja laadukasta, ja uusien työntekijöiden tulee päästä nopealla tahdilla kiinni yksikön luonteeseen ja toimintatapoihin. Tämä lähtökohta näyttäytyi konkreettisesti myös kehittämistyön toteuttamisen aikana; suurin osa kehittämisprosessin alkuun osallistuneista työntekijöistä siirtyi yksiköstä kohti uusia tuulia. Näin ollen kehittämistyön haasteeksi muodostui se, että sama työyhteisö ei ollut enää viemässä kehittämistyötä loppuun. Kehittämistyön ja toimintamallin tärkeys vastaanottoyksikössä korostuivat vaihtuneen tilanteen myötä.

Kehittämistyön myötä luodun toimintamallin ja tähän kehittämistyöhön kootun teoreettisen tiedon vaikutusta yksikön toimintaan arvioidaan jatkossa. Toimintamallia päivitetään tarvittaessa ja tulevaisuuden tavoitteena on myös tarttua muihin tässä kehittämistyössä mainittuihin kehittämiskohteisiin, jotka ovat nousseet esiin työyhteisön toimesta.

LÄHTEET

Aalberg, V. Nuoruusiän psyykkinen kehitys. Sivuilla 35–41 teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim.

Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. 2007. Nuorisolääketiede. Nuoren psyykkinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? Duodecim.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96233.pdf>

Cross, R. & Moss, L. 2014. Trauma & Attachment informed practice for children in residential and foster care. Community Care Live.
<https://www.slideshare.net/fiveriverschildrensservices/trauma-and-attachment-informed-practice-for-children-in-residential-and-foster-care>.

Hammarlund, C-O. 2010. Kriisikeskustelu: kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Helsinki: Tietosanoma.

Haravuori, H., Marttunen, M. & Viheriälä, L. Traumaattiset kokemukset. Sivuilla 91–96 teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim.

Lastensuojelulaki. 2007. L 13.4.2007/417 muutoksineen. Viitattu 8.11.2018.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Lastensuojelun käsikirjan www-sivut. Viitattu 8.10.2018.
<https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/sijaishuolto/sijaishuollon-muodot/lastensuojelulaitokset/vastaanottokoti>

Laukkanen, E. & Puustjärvi, A. Akuutisti psyykkisesti oireilevan lapsen/nuoren arviointi – mihin kiinnitetään huomiota? Viitattu 20.9.2018.
<http://www.laakaripaivat.fi/2013/media/tiedotteet/ennakkoinfon-tiedotteet/akuutisti-psyykkisesti-oireilevan-lapsen-nuoren-arviointi-mihin-kiinnitetaan-huomiota/>

Mieli – Suomen mielenterveysseuran www-sivut. Viitattu 28.10.2018.
<https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/kriisit/traumaattinen-kriisi>

Mielenterveystalon www-sivut. Viitattu 29.10.2018.
https://www.mielenterveystalo.fi/lapset/ammattilaisille/hairiot/muut_hairiot_ja_ongelmat/Pages/traumaperaiset_hairiot.aspx

Mäntymaa, M., Puura, K., Aronen, E. & Carlson, S. Lapsuusiän psyykkinen kehitys. Sivuilla 23–34 teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. 2016. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim.

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä: asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus.

Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten kanssa työskenteleville aikuisille Viitattu 25.9.2018.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110484/THL_OPA025_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja. Honkatukia, P. & Kivivuori, J. 2006. NUORISORIKOLLISUUS Määrä, syyt ja kontrolli: Kasvuympäristön varhaiset riskitekijät rikollisen käyttäytymisen kehityksessä. Haapasalo, J. 2006. Helsinki. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152459/221_Honkatukia_Kivivuori_2006.pdf?sequence=1

Pohjolan-Pirhonen, C., Poutiainen, K., & Samulin, H. 2007. Kriisityön käsikirja. Käytännön opastusta traumaattisen kriisin kohdatessa. Helsinki: Kirjapaja.

Poiijula, S. 2016. Lapsi ja kriisi. Selviytymisen tukena. Helsinki: Kirjapaja.

Raatikainen, E. 2015. Lujita luottamusta: asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS-kustannus.

Reijonen, M. & Strandén-Mahlamäki, T. 2008. Oivaltava kohtaaminen – menetelmiä ihmissuhdetyöhön. Helsinki: WSOYpro.

Saari, S. 2008 (viides painos). Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Soisalo, R. 2012. Särkyvä mieli – lasten ja nuorten psyykkinen oireilu. Helsinki: Suomen psykologinen instituuttiyhdistys.

Tautiluokitus ICD-10. Viitattu 1.9.2018. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. Viitattu 2.9.2018. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/lasten-nuorten-ja-perheiden-sosiaalipalvelut/lastensuojelu>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. Viitattu 10.9.2018. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/lasten-ja-nuorten-mielenterveys/nuorten-mielenterveys>

Terveyskirjaston www-sivut. Nuoren psyykkinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? Viitattu 11.9.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96233.pdf>

TESSO – Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti. Viitattu 3.8.2018. <https://tesso.fi/artikkeli/aggressiivisen-asiakkaan-kohtaaminen>

Timonen-Kallio, E., Yliruka, L. & Närhi, P. 2017. Lastensuojelun terapeuttisen laitostuskasvatuksen mallinnus. Viitattu 7.8.2018. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132319/Tyo%CC%88paperi_2017_23_netiti%20%282%29.pdf?sequence=1

Tukinetin www-sivut. Viitattu 9.11.2018.

https://www.tukinet.net/aineisto/aineisto_tiedot.tmpl?id=621; 624.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä: vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

Yhteistyöyksikön työntekijät. Henkilökohtaiset haastattelut. 2018.

Yksikön perehdytyskansio ja toimintaohjeet. 2017–2018.

Yksikön sisäiset koulutukset. 2017–2018.

Yksikön työntekijät. Henkilökohtaiset haastattelut. 2017–2018.

Zelechowski, A., Sharma, R., Beserra, K., Miguel, J., DeMarco, M. & Spinazzola, J. Springer. 2013. Traumatized Youth in Residential Treatment Settings: Prevalence, Clinical Presentation, Treatment, and Policy Implications. Science+Business Media New York.

http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/Youth%20Trauma_Residential%20Treatment_Prevalence_Policy_Zelechoski_Spinazzola.pdf.

