

Käytösoireisten lasten hoitoon kehitetty CPS (Collaborative & Proactive Solutions) -interventiomalli

Esittelyvideo lastenpsykiatrasta työtä tekeville työntekijöille sekä
vanhemmille

Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sairaanhoitaja (AMK)

syksy 2023

Emma Ahonen

Sairaanhoitaja (AMK)

Tiivistelmä

Tekijä Emma Ahonen

Vuosi 2023

Työn nimi Käyttösoireisten lasten hoitoon kehitetty CPS (Collaborative & Proactive Solutions) -interventiomalli – Esittelyvideo lastenpsykiatrasta työtä tekeville työntekijöille sekä vanhemmille

Ohjaaja Marika Ahonen

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa video käyttösoireisten lasten hoitoon kehitetyn CPS-interventiomallin käytöstä ja hyödyistä lastenpsykiatriseen hoitotyöhön. Työn tavoitteena oli koostaa tietoa CPS-mallista, jota voidaan hyödyntää ohjausmateriaalina muun perehdytysmateriaalin ja koulutusten lisänä sekä myös vanhemmille suunnatussa CPS-mallin ohjauksessa. Aihe nousi työelämän tarpeesta ja toiveista sekä työn tekijän kiinnostuksesta. Työn tilaajana oli Pirkanmaan hyvinvointialueeseen kuuluvan Tampereen yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian vastuualue, jossa CPS-interventiomalli oli hiljattain otettu käyttöön.

Lasten käyttösoireilu, etenkin vaikeana ja pitkään jatkuneena, on yksi syy hakeutua lastenpsykiatriseen hoitoon. Hoitamatta jääneet käytösongelmat voivat vaikuttaa hyvin negatiivisesti lapsen nuoruuteen sekä myös aikuisuuteen saakka. CPS-interventiomalli on yksi hoitotyön keino, jota käyttösoireilevien lasten kanssa voidaan käyttää. Mallin avulla pyritään ratkaisemaan lapsen mielessä olevia käyttösoireita edeltäviä ongelmia yhteistoiminnallisesti. Tällaisilla ongelmanratkaisuun keskittyvillä hoitomuodoilla on todettu olevan eniten vaikutuksia vihantunteiden hillitsemiseen sekä ajattelun taitojen kehittymiseen.

Opinnäytetyön tietoperusta koostettiin CPS-malliin liittyvän kirjallisuuden sekä aiempien tutkimustulosten lisäksi erilaisia kotimaisia ja kansainvälisiä lähteitä käyttäen. Työn aihetta pohjustettiin käsittelemällä lastenpsykiatrisen hoitotyön kontekstia. Käyttösoireiden taustalla olevia tekijöitä sekä niiden hoitoa käsiteltiin omassa luvussaan.

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus eli videotuotos oli palautteiden perusteella hyvin onnistunut. Yhden videon sijaan päädyttiin videosarjaan, jotta eri aihealueisiin olisi helpompi työn ohessa palata. Työelämätahon palaute työstä oli positiivista, ja siitä arveltiin olevan tulevaisuudessa runsaasti hyötyä lastenpsykiatrian vastuualueella eri yhteyksissä.

CPS-malliin liittyvän lähdetiedon yhteydessä toistui ajatus mallin mukaisen työskentelyn jatkuvuuden tärkeydestä. Erikoissairaanhoidon osastolla työskentelyä ehditään ainoastaan aloittamaan, joten sen vaikuttavuuden kannalta on tärkeää, että työskentely pääsee myös jatkumaan. Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla, kuinka mallin mukainen työskentely saadaan jatkumaan osastohoidon jälkeen myös jatkohoidossa sekä lapsen tavanomaisessa toimintaympäristössä.

Avainsanat CPS, käyttösoireet, lastenpsykiatria, yhteistoiminnallinen ongelmanratkaisu
Sivut 41 sivua ja liitteitä 1 sivu

Degree Programme in nursing

Author Emma Ahonen

Subject CPS (Collaborative & Proactive solutions) Intervention Model Used for Children with Behavioral Symptoms – A presentation video for professionals in child psychiatry and parents

Supervisor Marika Ahonen

Abstract

Year 2023

The purpose of this functional thesis was to produce a video on the use and benefits of the CPS model that is developed for treating behavioral-compulsive children in child psychiatry. The aim of this thesis was to gather information about the CPS model, that can be used as guidance material among other induction materials, trainings, and for parental CPS-guidance. The topic arose straight from the need and wishes of working life but also from the author's interest. The thesis was commissioned by the Children's Psychiatry Division of Tampere University Hospital, which is part of the Tampere Region Welfare Area. The CPS model had recently been introduced in this division.

Behavioral symptoms, especially when severe and prolonged, are one reason to seek child psychiatric care. Untreated behavioral problems can have a very negative effect on a child's adolescence as well as into adulthood. The CPS model is one of the methods that can be used with children with behavioral symptoms. The model is used to solve problems that precede behavioral symptoms in the child's mind collaboratively. Such problem-solving therapies have been found to have the most impact on controlling anger and developing thinking skills.

In addition to the literature related to the CPS model and previous research results, the knowledge base for the thesis was compiled using various domestic and international sources. The topic of the work was prepared by addressing the context of child psychiatric nursing. There was a separate chapter about behavioural symptoms, what are the underlying causes and what kind of treatment is used with them.

The functional part of the thesis, i.e., the video, was very successful based on the feedback. Instead of one video, a video series was chosen to make it easier to return to different subjects alongside working. Feedback from the working life was positive and it was expected to be of great use in the field of child psychiatry in various contexts in the future.

The importance of the continuity of CPS-model-based working was highlighted often within the source information. Working according to CPS-model can only be started at the special health care, so it is important for its effectiveness that work can continue as well. A further research proposal could be how to make the CPS-model-based work continue after a ward care also in follow-up treatment and in the child's normal operating environment.

Keywords Behavioral symptoms, child psychiatry, Collaborative & Proactive Solutions, CPS

Pages 41 pages and appendices 1 page

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	2
3	Lastenpsykiatrisen hoitotyön lähtökohdat	2
3.1	Yleisimmät syyt hakeutua lastenpsykiatriseen hoitoon	3
3.2	Lastenpsykiatrisen hoitotyön erityispiirteet	3
3.2.1	Ikätasoinen kehitys & käytös	4
3.2.2	Perhetyöskentely	7
3.2.3	Osastohoito	7
3.3	Lapsen käytösoireilu	9
3.3.1	Käytösoireiluun vaikuttavat taustatekijät	10
3.3.2	Käytösoireiden hoito	12
4	CPS – Yhteistoiminnallinen ongelmanratkaisumalli sekä tutkimustulokset mallin käytöstä	15
4.1	Polut eli puuttuvat taidot käytösoireiden taustalla	17
4.2	Laukaisijat eli ratkaisemattomat ongelmat käytösoireiden taustalla	19
4.3	ABC – suunnitelmat ongelmanratkaisuun	21
4.4	CPS-mallin käyttö sairaalaympäristössä	24
4.5	Tutkimustulokset CPS-mallin käytöstä sairaalaympäristössä	25
5	Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus	27
5.1	Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi	28
5.2	Kuvaus työhön liittyvästä tiedonhausta	29
5.3	Video ohjausmateriaalina	30
5.4	Videon suunnittelu ja toteutus	31
6	Pohdinta	32
6.1	Opinnäytetyön eettisyys ja kestävyys	34
6.2	Tuotoksen arviointi	36
	Lähteet	37

Taulukot

Taulukko 1 Ikätasoinen käytös ja kehittyvät taidot	5
--	---

Kuvat

Kuva 1. Ajattelun taidot – grafiikka opinnäytetyön videotuotokselta..... 17

Kuva 2. Laukaisijat – kuva opinnäytetyön videotuotokselta 20

Liitteet

Liite 1. Videoiden alkunäkymät

1 Johdanto

Lapsen normaaliin kasvuun ja kehitykseen kuuluu luonnollisesti uhmakkuus, vihastuminen ja turhautuminen. Käyttösoireista voidaan puhua, jos lapsen käyttäytyminen vaikuttaa negatiivisesti lapsen omaan elämään tai lähipiiriin. (Aronen, 2016) Lapsen käyttösoireista puhuttaessa tarkoitetaan poikkeuksellisen uhmakasta, vihamielistä tai jopa aggressiivista käytöstä, joka voi hoitamattomana aiheuttaa ongelmia lapsen sosiaaliseen elämään sekä toimintakykyyn lapsen kasvaessa (Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus, 2018). Pahimmillaan, lasten hoitamattomat käyttösoireet jatkuessaan nuoruuteen lisäävät riskiä sairastua masennukseen, persoonallisuushäiriöihin tai muihin mielenterveyden häiriöihin. Myös myöhemmällä iällä päihdeongelmien, rikollisuuden ja varhaisen kuoleman suurentunut riski liittyy lapsuudessa alkaneisiin käytösongelmiin. (Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus, 2018) Maailmanlaajuista kestävä kehitystä ohjaava YK:n toimintaohjelma Agenda2030 (United Nations, 2015, ss. 7–8) määrittelee, että terveystalouden tulisi sitoutua ehkäisemään ja hoitamaan myös käytöshäiriöitä, sillä sen mukaan ne ovat suurena haasteena kestävälle kehitykselle.

Käytösongelmia hoidetaan hyödyntäen esimerkiksi erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa materiaalia käyttösoireisten lasten hoitoon kehitetyn CPS-interventiomallin käytöstä ja hyödyistä lastenpsykiatriseen hoitotyöhön. CPS-lyhenne tulee englannin kielen sanoista Collaborative & Proactive Solutions, ja nimensä mukaisesti sen tarkoituksena on yhdessä ennakoiden ratkoa käytösongelmia tuottavia pulmia. Opinnäytetyön tavoitteena on koostaa mallista tietoa, jota voidaan hyödyntää lastenpsykiatrisessa hoitotyössä muun ohjausmateriaalin lisänä sekä myös vanhemmille suunnatussa CPS-mallin ohjauksessa. CPS-interventiomallin käytön on huomattu vaikuttavan positiivisesti lasten käytösongelmiin ja sitä kautta myös perheiden hyvinvointiin eri tutkimuksissa maailmalla. (Fredriksson & Kaltiala-Heino, 2018a)

Opinnäytetyön aihe nousi suoraan työelämän tarpeesta. Työn tilaajana on Pirkanmaan hyvinvointialueeseen kuuluva Tampereen yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian vastuualue, missä CPS-interventiomallin käyttö oli otettu hiljattain pilotointiin etenkin käyttösoireisten osastohoidossa. Henkilökunnan kokemuksen mukaan mallin käytöstä on ollut hyötyä myös muunlaisen oireilun, sairauden tai häiriön hoidossa. Opinnäytetyön tekijän kiinnostus aiheita kohtaan heräsi vastuualueella työharjoittelussa ollessa.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa video CPS-mallin käytöstä ja hyödyistä lastenpsykiatriseen hoitotyöhön kirjallisuuden sekä aiempien tutkimuksien mukaan. Työn tavoitteena on koostaa tietoa CPS-mallista, jota voidaan hyödyntää ohjausmateriaalina lastenpsykiatrisessa hoitotyössä muun perehdytysmateriaalin ja koulutusten lisänä sekä myös vanhemmille suunnatussa CPS-mallin ohjauksessa. Tätä kautta lisätään tietämystä mallin, piirteistä, vaikutuksista sekä mallin käytöstä. Näin mallin käyttöönottoaminen hoitotyössä on helpompaa, etenkin kun henkilökunta vaihtuu tai yksikköihin saapuu opiskelijoita työharjoitteluihin. Työn avulla myös edistetään lasten käytösoireiden hoitoa ja sitä voidaan hyödyntää myös väkivaltatilanteiden ehkäisyssä. Tampereen yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian vastuualueella oli otettu hiljattain pilotointikokeiluun CPS-mallin käyttö osastohoidossa ja siihen liittyen oli tarve saada lisää ohjausmateriaalia henkilökunnalle aiheeseen liittyen, johon voi helposti palata hoitotyön lomassa. Työssä esitellään myös mallin käyttöön liittyviä tutkimustuloksia maailmalta.

Työssä vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Minkälaisia vaikutuksia CPS-mallin käytöllä on ollut käytösoireisten lasten hoidossa aiempien tutkimusten mukaan?
- Miten CPS-mallin käyttö on vaikuttanut rajoitustoimenpiteiden määriin?

3 Lastenpsykiatrisen hoitotyön lähtökohdat

Lasten mielenterveyttä edistetään, tuetaan ja hoidetaan perustasolla, kuten neuvolassa, kouluterveydenhuollossa sekä perusterveydenhuollossa, jotka ovat pääasemassa lasten mielenterveyteen liittyvien ongelmien ennaltaehkäisyssä. Lastenpsykiatrian yksiköt tarjoavat myös konsultaatioapua näille perustason palveluille tarvittaessa. Lapsen psykiatrinen hoito on pyritty saamaan lähemmäs lapsen kasvuympäristöä ja tukiverkostoa, jotta sen painopiste siirtyisi yhä enemmän erikoissairaanhoidosta perustasolle. Lastenpsykiatrisen tutkimuksen ja hoidon kohderyhmä on yleensä 0–12-vuotiaat. Yli 13-vuotiaiden hoito toteutuu nuorisopsykiatrian puolella. (Kaukonen & Repokari, 2016) Kun mielenterveyden pulmat pitkittyvät tai vaikeutuvat, täydentyy hoito erikoissairaanhoidon palveluilla, kuten esimerkiksi lastenpsykiatrian avo- tai osastohoidolla. (Huikko ym., 2017)

Lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluihin kuuluvat hyvin monipuoliset avohoidon palvelut sekä erilaiset tutkimuksia ja hoitoa sisältävät osastot. Kokovuorokautisen osastohoidon lisäksi nykyisin on kehitetty erilaisia päivä- tai viikkomuotoisia osastohoitojaksoja sekä perheosastoja hoidon tueksi. Osastohoidon jaksot ovat lyhentyneet sekä vähentyneet 2000-luvulla, ja painotus on nykyisin enemmän avohoidon palveluissa. (Kaukonen & Repokari, 2016; Huikko ym., 2017, s. 4) Tässä työssä keskitytään erikoissairaanhoidon osastohoitoon.

3.1 Yleisimmät syyt hakeutua lastenpsykiatriseen hoitoon

Lapsen psyykkinen oireilu voi pitkittyä ja vaikeutua niin paljon, että perusterveydenhuollon tukitoimet eivät ole riittäviä. Tällöin lapsi perheineen voi saada apua erikoissairaanhoidon avo- tai osastohoidosta. Lapsen psyykkinen oireilu ja perheen vaikeudet, kuten esimerkiksi kriisitilanne tai vuorovaikutuksen ongelmat vaikuttavat vahvasti toinen toisiinsa. Lapsen psykiatrinen osastohoito voi olla tarpeen, jotta negatiivinen edellä mainituista syistä johtuva kierre saadaan katkaistua. Syitä erikoissairaanhoidon hakeutumiselle voivat olla esimerkiksi masennukseen tai ahdistuneisuuteen liittyvät syyt, käytösongelmat tai traumat. Myös syömishäiriöt tai psykoottisten ja neuropsykiatristen häiriöiden oireet voivat olla hoitoon hakeutumisen taustalla. (Koskinen & Sourander, 2016a)

Yleisimpänä tulossyynä lastenpsykiatrian päivystysluontoiseen akuuttiosastohoitoon nykyisin on lapsen itsetuhoisuus ja aggressiivisuus (Friberg ym., 2019). Avohoidossa yleisimpänä tulossyynä on ADHD sekä käytösoireet (Huikko ym., 2017). Lastenpsykiatrista hoitoa vaativat lapset ovat hieman useammin poikia, kuin tyttöjä (Friberg ym., 2019). Lasten toimintakyky on usein etenkin akuuttihoitoon saapuessa huono. Lähes puolella lapsista on osastolle saapuessaan useampi diagnoosi sekä psyykenlääkitys käytössään. (Friberg ym., 2019)

3.2 Lastenpsykiatrisen hoitotyön erityispiirteet

Lastenpsykiatrisessa hoitotyössä on otettava huomioon asioita, jotka poikkeavat aikuisten hoidosta. Lastenpsykiatrisessa hoitotyössä on tärkeää ymmärtää lapsen ikätasoista kehitystä ja käytöstä, jotta poikkeavuudet voidaan tunnistaa. Poikkeavuudet tunnistamalla voidaan ajoissa tarjota apua ja tukea lapsen kasvun ja kehityksen turvaamiseksi.

Lasten mielenterveyden ongelmiin liittyy paljon häpeän, syyllisyyden, toivottomuuden ja hämmennyksen tunteita. Lapsen mielenterveyden ongelmat ja edellä mainitut tunteet heijastuvat vahvasti lapsen koko perheeseen. (Koskinen & Sourander, 2016a) Lapsen perhetilanne, oirekuva sekä ongelmille altistavat ja niiltä suojaavat tekijät arvioidaan laajasti, hyödyntäen myös perheen, lähiverkoston, koulun, päiväkodin ja lastensuojelun näkökulmia. Nämä tahot ovatkin usein vahvasti läsnä lapsen hoidon eri vaiheissa. (Kumpulainen & Laukkanen, 2016) Erityisesti lapsen perhe on hyvin vahvasti hoidossa mukana, jotta myös perheen välistä vuorovaikutusta voidaan tukea parhaiten (Huikko ym., 2017, s. 58).

Osastohoitojakso voi toimia avohoidon tukena, jos lapsen tilanne on hankala useammasta syystä, esimerkiksi pitkään jatkuneiden käytösongelmien tai neuropsykiatristen haasteiden vuoksi. Osastohoitoa tarvitaan myös silloin, jos lapsen toimintakyky arjessa on huono eikä perhe tule toimeen enää ilman apua. Jos lapsen saaminen avohoidon vastaanottokäynneille ja sitä kautta myöskään tutkiminen ei onnistu, on tarpeen tällöin myös hyödyntää osastohoitoa. (Huikko ym., 2017, s. 56) THL:n raportin (2017, s. 55) mukaan vastuualueesta riippuen osastojakso voi kestää 24–47 päivää. Hoitoajat ovat kuitenkin lyhentyneet nykyisin ja esimerkiksi Tampereen yliopistollisessa sairaalassa Fribergin ym. (2019) mukaan akuuttiosaston hoitojakso osastolla kesti keskimäärin 13 vuorokautta. Lapsi voi saapua akuuttiosaston jaksolle päivystyksellisesti tai suunnitellusti.

3.2.1 Ikätasoinen kehitys & käytös

Lapsen käytöksen sekä tunne-elämän poikkeavuuksien tunnistamiseksi on tärkeää tunnistaa ja ymmärtää lapsen ikätasoista kehitystä ja käyttäytymistä (Sourander & Aronen, 2021a). Taulukko 1 kuvaa karkeasti lapsen ikätasoon liittyvää ominaista käyttäytymistä ja kehitystä 3–4-vuotiaasta alkaen. Ikä on rajattu työn aiheen mukaan, sillä Tampereen yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrialla hoidetaan ainoastaan alle 13-vuotiaita lapsia. Hoitoon tulevat lapset ovat usein kouluikäisiä. Alle kouluikäisten psyykkisesti oireilevien lasten hoito keskittyy perhe- ja pikkulapsipsykiatrian yksikköön. Taulukkoon tämän ikäisten lasten kehitys on otettu mukaan, sillä nämä piirteet on hyvä tunnistaa, jotta voi arvioida mitä ikätasoa lapsen käytös voisi vastata. Moni kouluikäinen lapsi voi tarvita apua tunteiden hallintaan samalla tavalla, kuten 3–4-vuotias.

Taulukko 1 Ikätasoinen käytös ja kehittyvät taidot (MLL, n.d.; Riihonen & Koskinen, 2020)

Ikä	Tyypillinen käytös
3–4	Uhmakkuus aaltoilee Kykenee jo hieman kompromisseihin, ymmärtää oman ja toisen mielen eron Oman tahdon ilmaiseminen Puhe kehittyy, mahdollisuus keskusteluun Tarvitsee aikuisen tukea vahvoihin tunteisiin, ei kykene itsenäiseen rauhoittumiseen
4–6	Otaa jo muut huomioon Pohtii oikeaa ja väärää Vertailee itseään muihin Omatoiminen, auttavainen ja "ison" oloinen, kaipaa kuitenkin hoivaa: sisäinen ristiriita Itsekriittisyys, pelot Tarvitsee aikuisen tukea suuriin tunteisiin, voi kyetä selviytymään pienemmistä suuttumuksista itse
7–10	Itsenäistymisvaihe, tunteiden ailahtelu Omatunnon kehittyminen Epäonnistumisen pelko Sääntöjen uhmaaminen

	Kykenee pienemmissä suuttumustilanteissa selviytymään itse, mutta hyötyy aikuisen avusta etenkin jälkiselvittelyissä Tunnesäätelyn kehittymisen tueksi aikuiselta avuksi kehuja, rohkaisuja ja myötätuntoa
11–13	Mahdollinen esimurrosikä, jonka vuoksi hämmennystä ja tunteiden ailahtelua Voimakkaat tunteenpurkaukset tavallisia

Lapsen kehitys on aina tietenkin yksilöllistä, mutta tietyt piirteet ilmaantuvat ikätasoisesti lasten käytökseen. Lapsen impulsiivisuus, tarkkaavuus, aggressiivisuuden määrä sekä ajatusten kulku voivat antaa viitteitä siitä, millä ikätasolla lapsen psyykkinen kehitys on. (Sourander & Aronen, 2021b) Kouluiän koittaessa lapsella ilmenee usein kausi, jolloin ilmenee enemmän uhmakkuutta ja levottomuutta. Lapsi on kuitenkin kehittynyt omatoimisemmaksi ja toiset huomioon ottavaksi. Sosiaaliset- ja tunnetaidot sekä mielen joustavuus pulmatilanteissa ovat kehittyneet paremmiksi. Kuitenkin lapsi tarvitsee edelleen aikuisen apua suurempien hankaluuksien selvittämiseen ja tunnetaitojen kehittymisen tueksi. Lähestyttäessä esimurrosikää, tunteet alkavat taas ailahtella hiukan enemmän ja tällöin lapsi on myös alttiimpi tunne-elämän häiriöille, kuten ahdistuneisuudelle tai masennukselle sekä sosiaalisen kanssakäymisen ongelmille. (Korhonen, 2021a)

Lapsen psyykkistä tilaa arvioidaan ikätasoisesti. Kouluikäisen arvioimiseksi voidaan käyttää erilaisia haastattelu- ja kyselylomakkeita, nuorempaa lasta arvioidaan enemmän havainnoimalla toimintaa esimerkiksi leikin avulla. Tärkeää taustatietoa lapsen yksilöllisistä kehityksen piirteistä saadaan vanhemmilta, päiväkodilta sekä koululta. (Sourander & Aronen, 2021a) Lapsen kehityksen vaiheen arvioiminen voi antaa viitteitä myös siitä, onko psyykkinen oireilu, kuten käytösoireilu, vaikuttanut tähän negatiivisesti. Arvioinnin avulla voidaan ennakoida tulevaisuuden pulmat esimerkiksi sosiaalisissa suhteissa tai itsenäistymisessä. (Pahlen & Marttunen, 2013, s. 104)

3.2.2 Perhetyöskentely

Perheen merkitys lapsen hoidossa niin somaattisten kuin psyykkisten oireiden kohdalla on suuri. Perhetyöskentelyn avulla pyritään edistämään ja turvaamaan lapsen kasvu, kehitys sekä hyvinvointi. Sen avulla tuetaan myös vanhemmuutta. (Borg, 2016) Perhetyöskentelyn avulla voidaan huomata perheen sisäiset ongelmat, jotka mahdollisesti voivat ylläpitää lapsen psyykkistä oireilua, jotta myös niitä päästään työstämään jatkossa (Kaltiala-Heino & Lindberg, 2016). Perhetyön avulla pyritään kartoittamaan perheen voimavaroja sekä vahvistamaan arjesta selviytymistä. Sen avulla voidaan ehkäistä perheen syrjäytymistä ja välttyä jopa lastensuojelun tuen tarpeelta. (THL, 2023)

Lastenpsykiatrisessa hoidossa sekä lapsen itsensä, että perheen osallistamista hoitoon pidetään ehdottoman tärkeänä ja sitä tuetaan. Tähän pyritään avoimen kohtaamisen sekä dialogisen keskustelun avulla. (Koskinen & Sourander, 2016b) Koska osastohoidon tavoitteena on, että lapsi pääsisi palaamaan normaaliin elinympäristöönsä, tulee vanhempien olla tietoisia, kuinka hoitaa ja tukea lasta osastojakson jälkeenkin (Kaltiala-Heino & Lindberg, 2016). Vanhemmat usein kokevat osastojakson helpottavana arjen hengähdystaukona. Vaikka vanhemmat arvostavat hoitoa ja sen koetaan olevan hyödyllistä lapselle, he toivovat silti lisää tiedottamista hoidon suunnittelun sekä toteuttamisen osalta, jotta kokisivat voivansa vaikuttaa lapsen hoitoon. (Hahtela, 2007, ss. 53–58) Jotta siis osastolla tehty työ ei menisi hukkaan, tulisi tieto osastolla tehdystä työstä siirtyä aktiivisesti perheelle sekä omahoitajan, että perhetyöntekijän toimesta (Karjalainen, 2023, s. 40). Tätä hoidon jatkuvuuden tärkeyttä myös tässä työssä käsiteltävässä CPS-interventiomallissa korostetaan.

Osastohoidossa perhetyöskentelyä toteuttavat lähes kaikki lapsen hoitoon osallistuvat työntekijät. Omahoitaja on lähes päivittäin yhteydessä vanhempiin lapsen osastoarkeen ja hoitoon liittyvissä asioissa. Perhetyöntekijät ja sosiaalityöntekijät käyvät laajempia keskusteluita perheen kanssa arvioidakseen perheen kokonaisvaltaista tilannetta ja pohtiessaan esimerkiksi mahdollisia tukitarpeita, kuten lastensuojelun tuen tarvetta tilanteeseen kotona.

3.2.3 Osastohoito

Lastenpsykiatrisessa osastohoidossa, hoitotyöhön liittyy vahvasti osaston strukturoitu päiväohjelma. Ohjelma luo raamit päivien kululle, ohjaa arkea osastolla ja sitä kautta luo

lapselle turvan tunnetta, kun tapahtuvat asiat ovat valmiiksi tiedossa ja ennakoitavissa. Strukturoitu päiväohjelma itsessään on jo usein lapselle hoidollista, etenkin jos arki sairaalan ulkopuolella on hyvin vaihtelevaa. (Koskinen & Sourander, 2016c; Huikko ym., 2017, s. 57) Myös vuorovaikutuskokemukset ja arkinen toiminta muiden osaston lasten kanssa ajatellaan hoidollisena piirteenä (Huikko ym., 2017, s. 57). Osastohoidossa oleva lapsi käy usein sairaalakoulua, minkä avulla ylläpidetään lapsen oppimista. Sairaalakoulun työntekijät tekevät tiivistä yhteistyötä osaston henkilökunnan kanssa tukeakseen lapsen hoitotyön tavoitteita mahdollisimman hyvin (Kaukonen & Repokari, 2016).

Keskeinen hoitomuoto lastenpsykiatrisessa osastohoidossa on hoitosuhdetyöskentely. Lapselle on osoitettu usein 1–2 omahoitajaa osastojakson ajalle, jotka hoitoa pääsääntöisesti jakson aikana toteuttavat. Osastohoidolle asetetaan yksilöllisesti tavoitteita, joiden puitteissa omahoitajatyöskentely tapahtuu. (Koskinen & Sourander, 2016c) Hoitosuhdetyöskentelyssä lapsi voi jakaa omia kokemuksiaan, ajatuksiaan ja tunteitaan, mihin omahoitajan tehtävä on rohkaistakin. Traumainformoidun lähestymistavan periaatteella (SAMHSA, 2014, s. 11), työskentelyssä pyritään tunnistamaan yksilön vahvuudet ja kokemukset, jotta heidän resilienssinsä vahvistuu ja heitä voidaan kannustaa päätöksentekoon. Periaatteena on myös turvallisuuden kokemusten luominen sekä luotettavuus ja läpinäkyvyys toiminnoissa ja päätöksissä erityisesti ammattilaisen ja asiakkaan tai potilaan välillä. Myös Hales ym. (2018) tukevat tätä ajatusta, että kaiken vuorovaikutuksen auttajan ja potilaan välillä tulisi perustua näihin periaatteisiin.

Karjalaisen (2023, ss. 29–34) mukaan omahoitajuuden kehittäminen on aina tarpeen. Haasteita omahoitajuudelle on sekä rakenteissa, kuten autonominen työvuorosuunnittelu ja osastojaksojen lyhentyminen sekä osastojaksojen sisällöissä. Osastojaksojen tavoitteet tulisi suhteuttaa olemassa olevaan aikaan. Lyhyet osastojaksot sekä liian suuret tavoitteet aiheuttava painetta omahoitajatyöhön, jolloin lääkärin vaatimat lomakkeet tulee täytettyä, mutta aika hoidolliselle yhdessäololle jää vähäisemmäksi. Aikaa luottamuksen rakentamiseen ei ole tarpeeksi ja vaikeista asioista puhumiseen joudutaan siirtymään heti hoitojakson alussa. Kun työvuorot ovat vaihtelevia pitkien yövuoro- tai vapaajaksojen vuoksi, voi omahoitajuus katketa tahtomatta, jolloin lapsi voi kokea jopa tulleen hylätyksi. Tähän apuna on kokeiltu erilaisia omahoitajapari tai -tiimi vaihtoehtoja, jotta hoito olisi toimivampaa.

Lastenpsykiatrisessa hoitotyössä käytetään ensisijaisesti menetelmiä, joiden hyödyt perustuvat tutkittuun tietoon. Tällaisia ovat esimerkiksi erilaiset psykoterapian muodot,

toimintaterapia, fysioterapia ja sosiaalisten taitojen tai aggression hallinnan ryhmät. (Kaukonen & Repokari, 2016) Hoitoa ohjaavat muun muassa kansalliset näyttöön perustuvat hoitosuositukses esimerkiksi Käytöshäiriöiden Käypä hoito -suositus, josta lisää tarkemmin käytösoireiden hoidon yhteydessä luvussa 3.3.2. Hoitoa toteutetaan vaihdellen ja yhdistellen joko yksilö- tai ryhmämuotoisesti ja siihen voidaan yhdistää myös tarvittaessa lääkehoito. Lääkehoito ei ole koskaan ainoa hoitomuoto lastenpsykiatriassa hoidossa. (Kumpulainen & Laukkanen, 2016)

Lastenpsykiatriassa hoitotyössä korostuu erityisesti moniammatillinen yhteistyö. Osastolla työskentelee usean eri ammattikunnan edustajia, kuten lääkäreitä, hoitajia, psykologeja sekä sosiaalityöntekijöitä. Myös osastonhoitaja, sihteerit, erilaiset terapeutit sekä sairaalakoulun henkilökunta ovat osa työryhmää. Jotta moniammatillinen yhteistyö on sujuvaa ja tehokasta, tulee siinä näkyä ammattilaisten keskinäinen arvostus, hyvä koordinointi sekä yhteisten tavoitteiden sisäistäminen. Potilaiden ja perheiden avuntarpeisiin vastaamiseksi tarvitaan usein laaja-alaista tietämystä sekä terveys- että sosiaalialalta. Siksi ammattilaisten tulisi pitää yllä omaa osaamistaan, mutta myös hyödyntää ja arvostaa toisten ammattitaitoa yhteisiin päämääriin pääsemiseksi. (Karhumaa, 2017, ss. 8–9).

3.3 Lapsen käytösoireilu

Aiemmin työssä käytiin läpi lapsen ikätasoista kehitystä ja käyttäytymistä. Lapsi käy läpi kasvaessaan muutaman luonnollisesti uhmakkaamman kehitysvaiheen, jolloin hän etsii sekä ilmaisee kovasti omaa tahtoaan ja tunteet poukkoilevat. Näin käy myös usein kouluiän koittaessa. Tällöin lapsen vielä puutteelliset taidot liittyen turhautumisensietokykyyn, tunteidensäätelyyn, toiminnanohjaukseen ja keskittymiskykyyn voivat näyttäytyä lapsen turhautumisena ja suuttumuksena. Tällaiset tuntemukset voivat ilmetä erilaisina käytösoireina, puremisena, lyömisenä, huutamisenä tai tavaroiden paiskomisena. (Korhonen, 2021a) Käytösoireet ja voimakkaatkin reaktiot siis läheisesti liittyvät lapsen kehitysvaiheisiin eikä useinkaan viesti esimerkiksi käyttäytymisen häiriöstä. Kuitenkin, jos lapsen käytökseen liittyy esimerkiksi aggressiivisuutta, jatkuvaa uhmakkuutta, sääntöjen rikkomista tai sosiaalisten suhteiden ja psyykkisen voinnin ongelmia eikä hän opi tätä säätelemään vanhempien ja ympäristön avustuksella, voidaan käytös katsoa ikätasosta poikkeavaksi. (Aronen, 2016)

Johnson ym. (2012) toteavat, että lapsen käytösoireilu on hyvin yleistä, mutta sen syitä on hankala tunnistaa tai ymmärtää ja sitä myös hoidetaan usein väärin. Tutkimuksessa kuvataan, että käytösoireilun syynä on usein kognitiivisen ajattelun ongelmat ja niitä voi olla vaikea huomata. Kuitenkin kognitiivisen ajattelun taitoja tarvitaan paljon jokapäiväisessä elämässä, kuten siirtymätilanteissa sekä turhautumistilanteiden sietämisessä. Tämän vuoksi lapsen käytösoireilua voi näiden taitojen puuttuessa näkyä hyvin usein.

Käytösoireilevilla lapsilla on usein vaikeuksia sosiaalisessa elämässä sekä koulumaailmassa, ja he joutuvat helposti sen vuoksi silmätikuksi sekä negatiivisen vuorovaikutuksen kierteeseen (Pahlen & Marttunen, 2013, s. 101). Lapsi voidaan kokea hankalana ja vastenmielisenä, eikä oikein tiedetä, kuinka hänen kanssaan tulisi toimia, etenkin jos lapsen käytösoireiluun liittyy väkivaltaisuutta (Riihonen & Koskinen, 2020, s. 26). Aggressiiviset käytösoireet, luovat myös pelkoa, jolloin lapsen kanssa vuorovaikutuksessa olevilta aikuisilta vaaditaan tämän tunteen eriyttämistä omasta ajattelusta, jotta voisi olla paremmin avuksi lapselle (Riihonen & Koskinen, 2020, s. 240). Lapsen ympäristö ei aina ole tarpeeksi osaava kohtaamaan käytösongelmia eikä osaa osoittaa riittävää myötätuntoa lapsen käytösoireista johtuviin perheen haasteisiin, jolloin negatiivinen ilmapiiri säilyy (Riihonen & Koskinen, 2020, s. 239).

Lapsen käytösoireiden jatkuessa pidempään voimakkaina ja muiden diagnostisten kriteerien täytyessä, lapselle voidaan asettaa ICD-10-luokituksen mukainen käytöshäiriöiden diagnoosi. (Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus, 2018) Käytöshäiriöiden yleisyys vaihtelee 5 ja 10 prosentin välillä ja ne ovat hieman yleisempiä pojilla, kuin tytöillä (Pahlen & Marttunen, 2013, s. 97). Greenen ym. (2004) mukaan etenkin, jos lapsella on uhmakkaan käytöksen kanssa samanaikaisia mielialanhäiriöitä, kuten masennusta, on käytöshäiriön syntyyn vielä suurempi riski.

3.3.1 Käytösoireiluun vaikuttavat taustatekijät

Arjessa lapsen rajoittaminen tai tilanteet, joissa lapsi joutuu pettymään, voivat aiheuttaa lapselle tunteenpurkauksen ja sitä kautta hetkellisen aggression tai raivonpuuskan (Puustjärvi & Repokari, 2017, s. 1364). Näissä erilaisissa arjen tilanteissa lapsi toimii yksilöllisesti kehittyvän itsesäätelykykynsä mukaan; toisten on helpompi hillitä tunteitaan, kun taas toiset tulistuvat pienimmistäkin epäkohdista (Riihonen & Koskinen, 2020, s. 116). Aiemmin mainituilla lapsen ikätasoisella kehityksellä sekä vielä puutteellisilla ajattelun

taidoilla on vaikutusta tähän yksilölliseen itsesäätelykykyyn (Aronen, 2016). Lapsen tunteen voimakkuus sekä itse tilanne vaikuttaa, kuinka voimakkaina käytösoireet ilmenevät, jos ilmenevät ollenkaan. Välillä hermot voi mennä nopeammin ja joskus taas sietää enemmän, ennen kuin raivostuu. (Riihonen & Koskinen, 2020, ss. 34–35) Aikuisen usein automaattinen negatiivinen tunnereaktio käytösoireisiin aiheuttaa lapselle sen, että hän ei koe aikuisen pystyvän auttamaan tällöin myöskään lapsen omissa tunnepurkauksissa (Riihonen & Koskinen, 2020, s. 249). Tällainen negatiivinen vuorovaikutus voi ylläpitää lapsen käytösoireilua (Aronen, 2016).

Myös sosiaalinen ympäristö voi vaikuttaa siihen, millä tavalla lapsi käyttäytyy. Omassa kodissa voi olla helpompi antaa tunteen ohjata käyttäytymistä, kun taas koulussa tai juhliissa lapsi voi sanoittamattomien odotusten vuoksi hillitä paremmin tunteitaan ja sitä kautta myös käytöstään. (Riihonen & Koskinen, 2020, ss. 34–35) Myös ympäristöt ja tilanteet, joissa lapsi kokee olonsa turvattomaksi tai kuormittuneeksi, voivat saada aikaan lapsen käytösoireilun (Puustjärvi & Repokari, 2017, s. 1364).

Aggression ja käytösoireiden taustalla voi olla myös traumaattisia kokemuksia (Puustjärvi & Repokari, 2017, s. 1364; Huikko ym., 2017, s. 72). Trauma terminä käsittää sellaiset tapahtumat, joita yksilö ei pysty mielessään sietämään tai käsittelemään. Tällaisia voivat olla esimerkiksi henkinen tai fyysinen kaltoinkohtelu. Traumaa voi aiheuttaa myös rasismi, opettajan huono käytös oppilasta kohtaan tai emotionaalinen vaille jääminen sekä henkisen turvattomuuden kokemukset. Näitä asioita käytösoireilevat lapset voivat usein myös joutua kohtaamaan. (Sarvela ja Auvinen, 2020, s. 20) Lapsen vireystila voimistuu traumaattisten kokemusten myötä ja siksi he voivat kokea useammat tilanteet uhkaaviksi ja reagoivat näihin myös voimakkaasti esimerkiksi puolustautumalla hyökkäävällä käytöksellä (Riihonen & Koskinen, 2020, s. 17).

Neuropsykiatrisesti oireilevilla lapsilla, kuten ADHD:n tai autismikirjon häiriön piirteitä omaavilla, on usein hankaluuksia tunteiden säätelyssä sekä sosiaalisissa taidoissa, joka voi näkyä vaikeutena selviytyä hankalista vuorovaikutustilanteista ja pettymyksistä ilman jonkin asteisia käytösoireita. (Riihonen & Koskinen, 2020, ss. 118–120) Neuropsykiatrisesti oireileville tyypillisiä piirteitä ovat myös impulsiivisuus eli vahvojen toimintayllykkeiden mukaan toimiminen sekä jumiutuminen erityisesti negatiivisiin seikkoihin. Näiden piirteiden johdattamana lapsi voi ajautua raivostumiseen. (Riihonen & Koskinen, 2020, ss. 126–129)

Puustjärvi ja Repokari (2017, s. 1364) vahvistavat myös, että neuropsykiatrisesti oireilevat voivat olla alttiimpia käytösoireilulle.

Lapsen geeniperimä sekä myös mahdolliset somaattiset sairaudet voivat vaikuttaa käytökseen. Myös vanhemmuuden ongelmilla tai perheen sisäisillä stressitekijöillä voi olla vaikutusta lapsen käyttäytymiseen. Usein näitä taustatekijöitä on kerralla useampia. (Aronen, 2016; (Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus, 2018)

Syällisiä käytösoireisiin liittyen on kuitenkin turha miettiä, sillä niiden toteaminen ei ratkaise lapsen käytösongelmia tai auta niiden lieventämisessä. Päinvastoin liiallinen syytely esimerkiksi vanhempia kohtaan tai negatiivisiin asioihin tarttuminen voivat kiristää tunnelmaa lapsen kanssa vuorovaikutuksessa olevien henkilöiden parissa ja sitä kautta lisätä lapsen aggressiota. (Riihonen & Koskinen, 2020, ss. 50–52) Sen sijaan tulisi miettiä, mitä tapahtuu ja milloin sekä minkälaisissa tilanteissa ennen käytösoireita. Tämä antaa vihjettä siitä, mitä ajattelun taitoja lapselta puuttuu ja mitä ovat hänen ratkaisemattomat ongelmansa, jotka käytösoireita laukaisee. (Greene, 2021)

3.3.2 Käytösoireiden hoito

Kotona, päiväkodissa tai koulussa voi herätä huoli lapsen käytösoireilusta. Jos perheen omat voimavarat ja keinot eivät riitä auttamaan lasta riittävästi, on matalalla kynnyksellä haettava apua. Ensisijainen apu löytyy yleensä neuvolasta tai perheneuvolasta. Usein voidaan moniammatillisen verkoston avulla kartoittaa lapsen samanaikaisia oppimisen, kehityksen tai tunne-elämän ongelmia sekä kodin olosuhteiden tilannetta, sillä, kuten aiemmin todettiin kaikki nämä voivat käytösoireiluun vaikuttaa. (Korhonen, 2021b; Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus, 2018) Jos lapsen käytösoireet näkyvät väkivaltaisuuksina ja jos aggressiivisuus on vaikeaa, apu haetaan erikoissairaanhoidosta (Korhonen, 2021d). Käytösoireiden hoitoon voi olla riittävää jo sairaalan avohoidon tuki, mutta etenkin jos oireilu haittaa toimintakykyä tai luo liikaa kuormitusta perhe- tai kouluelämään niin myös osastohoito on tällöin tarpeen (Huikko ym., 2017, s. 56).

Käytösoireiden hoitoa ohjaa muun muassa Käytöshäiriöiden Käypä hoito -suositus. Sen mukaan psykososiaaliset hoidot eli erilaiset lääkkeettömät interventiomuodot liittyvät vahvasti käytösoireiden hoitoon. Hoitoja on olemassa hyvin paljon erilaisia, ja niiden taustalla on erilaisia teorioita, esimerkiksi kiintymyssuhde-, kognitiivisbehavioraalinen- sekä sosiaalisen

oppimisen teorit. Näitä voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmämuotoisesti. Käyttösoireita vähentävä vaikutus on ollut vuorovaikutus-, tunne- ja ongelmanratkaisutaitoihin keskittyvillä interventiomuodoilla. (Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus, 2018) Tässä työssä käsiteltävä CPS-malli on yksi interventiomuoto, joka käyttösoireiden hoitoon on kehitetty.

Merkittävänä osana käyttösoireilevan lapsen hoidossa on perhetyöskentely erilaisissa muodoissa, esimerkiksi juuri psykoedukaation keinoin (Huikko ym., 2017, s. 66). Myös erilaiset vanhemmuuden taitoihin liittyvät ohjausryhmät ovat apuna käyttösoireiluun (Korhonen, 2021c). Vanhemmuustaitoihin liittyvässä ohjauksessa tuetaan lapsen ja vanhemman myönteistä suhdetta ja opetetaan vanhemmille keinoja, joilla vahvistaa lapsen positiivista käytöstä ja kuinka hallita käyttösoireiden ilmaantumista (Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus, 2018). Vertaistuen merkitys voi olla myös suuri käyttösoireilevan lapsen perheelle. On helpottavaa kuulla samanlaisia kokemuksia omaavilta vinkkejä sekä empatiaa. Nämä luovat toivoa omastakin selviytymisestä. Vertaistukiryhmiä tarjoavat esimerkiksi erilaiset yhdistykset. (Riihonen & Koskinen. 2020, s. 245)

Käyttösoireiden hoitamisen tärkeänä periaatteena on sujuva yhteistyö perheen, koulun ja tarvittaessa myös lastensuojelun kanssa. Perheen tukeminen hoitoon sitoutumiseen sekä varhaiskasvatuksen ja koulun roolin huomioiminen hoidon jatkuvuudessa on myös keskeistä (Pahlen & Marttunen, 2013, s.106). Hoidolle tarkasti mietityt, kaikkien osapuolten kanssa yhdessä sovitut selkeät tavoitteet tukevat hoidon onnistumista. Ammattilaisten sitoutuminen ja hoidon hyvä koordinointi ovat myös avainasemassa. (Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus, 2018) Myös erityisen huolellisesti valittu lääkehoito voi olla apuna muiden hoitomuotojen lisänä, mutta ei koskaan ainoana keinona (Korhonen, 2021c).

Hoitotyössä käytetään myös äärimmäisissä tilanteissa tarvittaessa rajoitustoimenpiteitä, kuten kiinnipitoa tai eristämistä. Tällaisia äärimmäisiä tilanteita voivat olla esimerkiksi aggressiivisuus, sanallinen uhkaus tai suora väkivalta toisia potilaita tai henkilökuntaa kohtaan (Kauppila, 2019, s. 50). Kiinnipito on mielenterveyslain (1116/1990) mukainen menetelmä, jossa vähintään kaksi hoitajaa rajoittaa lapsen toimintaa omalla kehollaan. Eristämisellä tarkoitetaan toimenpidettä, jossa potilas viedään erilliseen huoneeseen, kun se on välttämätöntä esimerkiksi lapsen itsensä tai muiden terveyden tai turvallisuuden varmistamiseksi (Mielenterveyslaki 1116/1990). Rajoitustoimenpide on aina viimeinen vaihtoehto, jos lapsi käyttäytyy aggressiivisesti itseä tai muita kohtaan tai turvallisuus on

muuten uhattuna (Riihonen & Koskinen, 2020, s. 224). Tällaisten toimenpiteiden vähäinen määrä on yksi hyvän ja laadukkaan sairaalahoidon mittareista (Kuosmanen & Laukkanen, 2019; Martin ym., 2008).

Hoitotyössä pyritään ennakoimaan ja hallitsemaan tällaisia tilanteita eri toimintamallien, kuten AVEKKI- tai MAPA-toimintatapamallin avulla, jotta rajoitustoimenpiteisiin ei tarvitsisi turvautua. (Koskinen & Sourander, 2016c) AVEKKI- ja MAPA-malleissa pyritään hallitsemaan aggressiota muun muassa ennakkoinnin avulla. Jokaisella hyvinvointialueella on käytössä jokin vastaavanlainen aggressionhallintamenetelmä, jonka tavoitteena on vähentää pakkotoimien käyttöä. (Kuosmanen & Laukkanen, 2019) Näin kaikilla on yhteneväiset tavat toimia ja ehkäistä väkivaltatilanteita.

Rajoitustoimenpiteet eivät ole myöskään rankaisukeinoja, vaan välttämättömiä toimenpiteitä aggressiivisen lapsen tai hänen ympäristönsä turvaamiseksi. Ne eivät myöskään ole hoitomuotoja vaan pakollisia toimenpiteitä äärimmäisissä tilanteissa (Kauppila, 2019, s.48). Fyysinen rajaaminen voi tuntua lapsesta pelottavalta ja vastenmieliseltä, joten siitä tulee tehdä lapselle mahdollisimman rauhallinen ja siedettävä tilanne. Rajaaminen lopetetaan heti, kun se turvallisuusseikkojen vuoksi on mahdollista. (Riihonen & Koskinen, 2020, s. 224)

On tutkittu, että vaikka osa lapsista voi kokea rajoitustoimenpiteet hyvänä apukeinona rauhoittumiseen voi useimmat lapset ja nuoret kokea ne erittäin traumaattisina tai vähintään kärsiä niiden myötä negatiivisista kehollisista vaikutuksista (Hales ym., 2018; Kauppila, 2019, s. 100). Joskus ammattilaiset voivat tahattomasti ylläpitää traumatisoitumisen vaikutuksia, kun tietoa niistä ja oman toiminnan vaikutuksista niihin ei ole (Hales ym., 2018). Tämän vuoksi traumakokemusten vaikutuksia olisi hyvä ymmärtää, jotta voidaan luoda mahdollisimman eheyttävä ilmapiiri traumaattisia kokemuksia kokeneille (Sarvela & Auvinen, 2020, s. 23). Tällainen traumainformoitu ympäristö vähentää uudelleen traumatisoitumisen riskiä sekä auttaa ihmisen resilienssin eli psyykkisen selviytymiskyvyn kehittämisessä (Sarvela & Auvinen, 2020, s. 25). Tutkimukset osoittavat, että tällaisen traumainformoidun lähestymistavan vaikutukset näkyvät myös rajoitus- ja eristystoimenpiteiden käytön vähenemisenä psykiatrisilla osastoilla. Tämä vähentää myös näistä toimenpiteistä aiheutuvaa uudelleen traumatisoitumisen riskiä. (Hales ym., 2018)

4 CPS – Yhteistoiminnallinen ongelmanratkaisumalli sekä tutkimustulokset mallin käytöstä

CPS-malli on yksi menetelmä, jota voidaan käyttää käytösoireisten hoidossa. Käytösoireilun lisäksi, sitä voidaan käyttää myös vetäytyvien ja lamaantuvien lasten parissa työskentelyssä. Mallin on kehittänyt amerikkalainen filosofian tohtori Ross W. Greene. Hän on toiminut psykologian professorina Harvardin lääketieteellisessä yliopistossa sekä työskennellyt lasten sekä perheiden parissa jo vuosikymmeniä. CPS-mallin parissa Greene on tehnyt paljon muun muassa Yhdysvaltain opetusministeriön sekä eri kansainvälisten instituuttien rahoittamaa tutkimustyötä sekä julkaissut malliin liittyen useampia artikkeleita sekä kirjoja. Greene luennoi mallista maailmanlaajuisesti sekä auttaa kouluja ja hoitolaitoksia ottamaan mallia käyttöön. (Greene, 2008/2009, s. 298) Hän myös ylläpitää yhdessä kollegoidensa kanssa malliin liittyvää voittoa tavoittelematonta verkkosivustoa nimeltä Lives in the Balance. (Greene, n.d.)

CPS on lyhenne englannin kielen sanoista Collaborative & Proactive Solutions ja suomennettuna tarkoittaa yhteistoiminnallista ongelmanratkaisua. Se on eräänlainen menetelmä, jonka avulla voidaan käsitellä lasten haitallista käyttäytymistä, kartoittaa sekä opetella lapsen kanssa puuttuvia ajattelun taitoja ja ratkoa käytösoireilua aiheuttavia ratkaisemattomia ongelmia. (Greene, 1998/2006, s.15) Tällaiset periaatteet myös THL (2013, s. 106) mainitsee tärkeiksi käytösoireisten yksilöllisessä hoidossa.

CPS-malli on käytössä lastenpsykiatrien yksiköiden lisäksi kouluissa, erilaisissa nuorisokodeissa sekä suoraan perheissä. Hoitotyön interventiomallina, CPS-mallin käytöstä ja hyödyistä on tehty useita tutkimuksia. Suomessa ei tutkimusta vielä aiheeseen liittyen ole tehty, mutta ympäri maailmaa, lähimpänä Ruotsissa, on näitä tehty useampia. Tutkimustuloksista lisää luvussa 4.5.

CPS-mallin pohjalla on ajatus siitä, että lapset toimisivat oikein, jos osaisivat. Sen mukaan lapselta puuttuu tarvittavia taitoja, joiden avulla voisi käsitellä turhautumista tai ongelmatilanteita rakentavasti. Esimerkiksi turhautumisensietokyvyn tai tunnesäätelytaitojen jäädessä puutteellisiksi, voivat ongelmatilanteet laukaista lapsen haitallista käytösoireilua. Ongelmatilanteita syntyy, kun vanhemman tai ympäristön odotukset ylittävät lapsen kyvyn reagoida tilanteessa sopeutuvasti. Nämä puutteelliset taidot sekä kohtaamattomat odotukset

tunnistamalla yhdessä lapsen ja perheen kanssa, voidaan yhdessä lapsen kanssa pohtia niihin ratkaisuja. (Lives in the Balance, 2021)

CPS-malli ei keskity niinkään itse lapsen ongelmalliseen käyttäytymiseen vaan syihin sen taustalla. Kuten esimerkiksi kuumeelle somaattisena oireena on aina jokin syy, joka pyritään selvittämään, näin on myös käytökseen liittyville oireille ja niitä mallin avulla pyritään tunnistamaan ja ratkaisemaan. Mallin parissa puhutaan uudenlaisista ”linseistä”, joiden kautta lapsi pyritään näkemään. (Greene, 2021)

Usein huonosti käyttäytyvät lapset nähdään manipuloivina, huomion hakuksina tai rajoja testaavina. Tämä johtaa siihen, että lasten käyttäytymistä yritetään muokata erilaisilla perinteisillä palkitsemis- tai rankaisemiskeinoilla. Sama käytös kuitenkin jatkuu vuodesta toiseen. (Greene, 2021) Etenkin rankaisemiskeinoja käytettäessä, vuorovaikutus aikuisen ja lapsen välillä saa negatiivisen sävyn ja tämä voi pitää yllä lapsen käytösoireilua (Aronen, 2016). Perinteiset palkitsemis- ja rankaisumenetelmät eivät opeta lapselle puuttuvia ajattelun taitoja, joiden avulla he voisivat säädellä käytöstään esimerkiksi turhautumistilanteissa (Greene, 2021). Myös Riihonen ja Koskinen (2020, s. 192) toteavat, että perinteisten rankaisumenetelmien käyttämisessä pulmana on se, että niiden avulla ei opi mitään. Niihin voi liittyä sekä fyysistä, että henkistä kipua, nöyryytystä ja häpeää. Käytöshäiriöiden Käypä hoito -suositus (2018) suosittaakin, että lapsen toimintaympäristö tulisi muuttaa lapsen käytösoireillessa lapsen taitojen kehitystä tukevaksi ja siinä tulisi keskittyä enemmän hyvään ja ratkaista negatiiviset seikat rakentavammin.

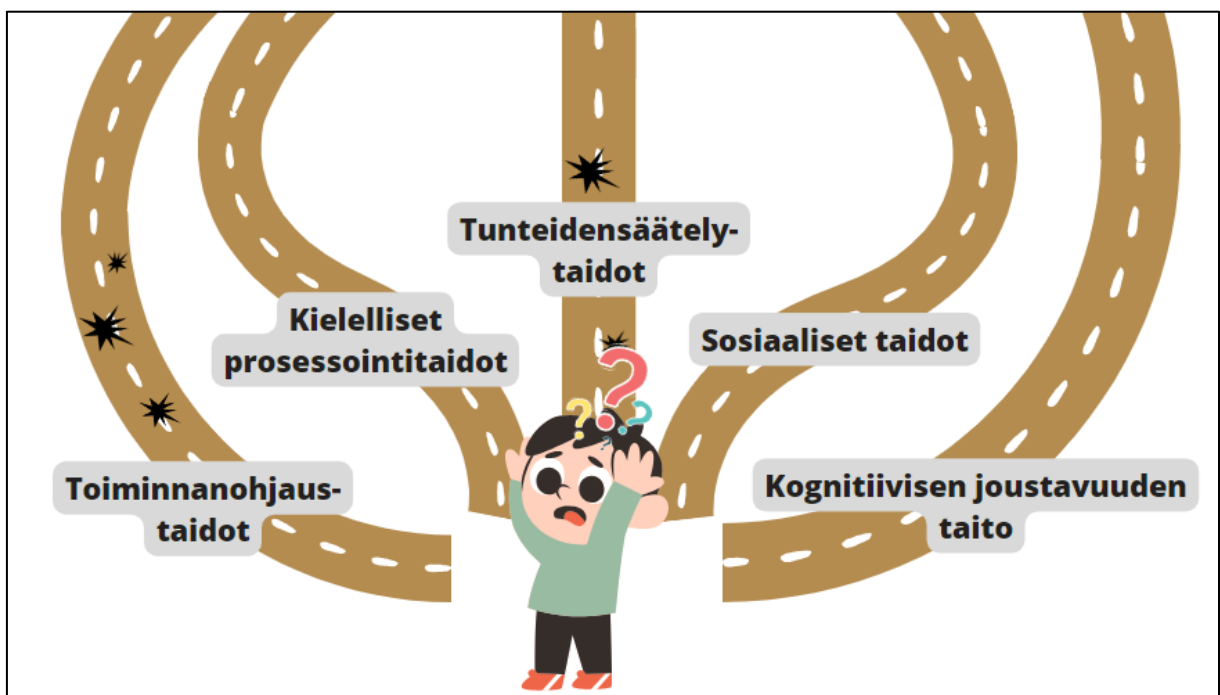
CPS-mallissa ”linssit” vaihtuvat ja niiden kautta lasten huonoa käyttäytymistä katsotaan sen kautta, että lapselta puuttuu taitoja käyttäytyä mukautuvammin ongelma- tai turhautumistilanteissa. Lapsi siis tietää jo mitä häneltä odotetaan ja kuinka hänen tulisi käyttäytyä, mutta puutteellisten ajattelun taitojen vuoksi hän ei osaa toimia oikein. Eli lapsella on vaikeuksia kohdata häneen kohdistuvia odotuksia. Jotkut lapset reagoivat tällaisessa tilanteessa itkemällä ja toiset käytösoireilla, kuten huutamisella tai lyömisellä. Tausta näissä reaktioissa on sama, lapsen puutteelliset ajattelun taidot. Kuitenkin ainoastaan itku saa aikaan vastapuolella empaattisen vastareaktion, kiukustuminen ei. Empatia on kuitenkin se, mitä kiukustuvatkin lapset tarvitsevat. Todennäköisesti lapsi on kuullut jo useita kertoja käyttöksensä olevan väärin ja on jo monesti koitettu puida itse käyttäytymistä. (Greene, 2021) Kukaan ei ole välttämättä kysynyt lapsen huolenaihetta, tai lapsi ei sitä ole osannut sanoittaa. Siksi CPS-mallissa itse käytöksen puimiseen ei pysähdytä liian pitkäksi aikaa,

vaan pyritään antamaan lapsen tunteille ja ajatuksille tilaa, jotta löydetään siihen johtaneet syyt. (Greene, 2008/2009, s. 90)

4.1 Polut eli puuttuvat taidot käytösoireiden taustalla

Tohtori Ross Greene (1998/2006, s. 33) kuvaa CPS-mallia käsittelevässä kirjassaan, että tietyt toimintaa ohjaavat puuttuvat ajattelun taidot ovat ikään kuin polkuja, joita pitkin lapsi kulkeutuu kohti huonoa käytöstä. Näitä niin kutsuttuja polkuja eli puutteellisia taitoja on viisi; toiminnanohjaustaidot, kielelliset prosessointitaidot, tunteiden säätelytaidot, kognitiiviseen joustavuuteen liittyvät taidot sekä sosiaaliset taidot. Jotta lapsi pystyisi vastaamaan ympäristön odotuksiin sopeutuvasti, tulisi hänellä olla riittävästi näitä ajattelun taitoja. Nämä puutteelliset taidot tunnistamalla, voidaan CPS-työskentelyn avulla lähteä näitä myös kehittämään. (Greene, 2021)

Kuva 1. Ajattelun taidot – grafiikka opinnäytetyön videotuotokselta



Toiminnanohjaustaitojen avulla ihminen pystyy muokkaamaan ajattelutapojaan tilanteiden ja odotusten muuttuessa, toimimaan johdonmukaisesti ja erkaantumaan omasta tunnetilasta, jonkin ongelman ratkaisemiseksi. Greene kuvaa kirjassaan (1998/2006 ss. 34–35)

esimerkkinä, että jos nämä taidot ovat puutteellisia, voi lapsella olla esimerkiksi vaikeuksia välitunnin jälkeen rauhoittua oppitunnille. Tai jos vanhempi pyytää lopettamaan pelaamisen ja siirtymään syömään, niin lasta alkaa suututtamaan tämä muuttuva tilanne. Näiden puutteellisten taitojen aiheuttama turhautuminen ja käytös korostuu etenkin, jos muuttuvat tilanteet tai vaatimukset painostavat lasta kohtaamaan siirtymätilanteet nopeaan tahtiin ilman riittävää ennakointia.

Kielelliset prosessointitaidot auttavat ihmistä pukemaan ajatuksensa, omat tarpeensa sekä tunteensa sanoiksi. Jopa aikuisilla on usein vaikeuksia sanoittaa omia ajatuksiaan tai tuntemuksiaan toisille, joten lapselta ei voi myöskään odottaa kovin rakentavaa ilmaisua omistaan. Ihmisen ongelmanratkaisukeinot perustuvat myös paljon aiemmin koettuun, joka on tallentunut mieleen kielellisessä muodossa. Ongelmatilanteen kohdatessa, voi vain miettiä, miten ongelman on itse tai jonkun muun toimesta ratkaissut aiemmin ja toimia samoin. Lasten kielelliset taitojen ollessa vajavaiset, on heidän vaikeampi hyödyntää aiempia ratkaisuja, jotka mielessä ovat kielellisessä muodossa. (Greene, 1998/2006, ss. 39–41)

Tunteiden säätelytaidot puolestaan auttavat säätelemään omien tunteiden pohjalta aiheutuvaa käyttäytymistä, jotta voidaan välttää esimerkiksi vihan aiheuttama toisia satuttava käyttäytyminen. Kun lapsi on usein ärsyyntynyt, ahdistunut, kiukkuinen tai väsynyt, heikkenevät turhautumisen sietokyky sekä joustavuus entisestään. Kun lapsi on tällaisten tunteiden vallassa, hän ei kykene ajattelemaan järkevästi. Toiset lapset reagoivat näihin tunteisiin itkulla ja toiset taas tunteiden kuohunnalla. Usein lapsiin, jotka reagoivat itkulla, suhtaudutaan empaattisemmin, kuin lapsiin, jotka tulistuvat, vaikka aiheuttaja tilanteissa on sama. (Greene, 1998/2006, ss. 43–44)

Kognitiiviseen joustavuuteen liittyvät taidot auttavat hyväksymään ja ymmärtämään poikkeuksia sääntöihin tai kehittämään vaihtoehtoisia tulkintoja tapahtumista tai vuorovaikutuksesta. Etenkin lapset ajattelevat usein melko mustavalkoisesti ja että asiat menevät aina saman kaavan mukaisesti. Kun tietty jokapäiväinen toiminto ei tapahdukaan samaan aikaan tai jotkin asiat tehdään eri järjestyksessä kuin aikaisemmin, voi lapsi helposti turhautua ja tulistua, jos nämä kognitiiviseen joustavuuteen liittyvät taidot ovat kovin puutteelliset. Kun nämä taidot kehittyvät, pystyy lapsi helpommin mukautumaan uusiin ja ennakoimattomiin tilanteisiin. (Greene, 1998/2006, ss. 47–48)

Sosiaalisia taitoja tarvitaan luonnollisesti kaikessa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa.

Niiden avulla ihminen pystyy joustavuuteen, nopeaankin reagointiin sekä monisyisempään ajatteluun vuorovaikutustilanteissa. Sosiaaliset taidot auttavat huomioimaan toisen ihmisen pienimmätkin sanallisen ilmaisun vivahteet, eleet ja reaktiot sekä tulkitsemaan niitä. Ne auttavat pohtimaan myös omien reaktioiden, sanallisen ilmaisun ja eleiden vaikutuksia toiseen ja punnitsemaan sopivia vaihtoehtoja tilanteessa vuorovaikuttamiseen. Useimmilla ihmisillä nämä taidot ovat lähes automaattisia, eikä niitä juuri tarvitse ajatella. Näiden taitojen ollessa puutteelliset, lapsella voi olla vaikeuksia tulkita toisten sanoja tai eleitä oikein. Hänellä voi olla myös tällöin rajallisempi määrä erilaisia omia reagoititapoja ja tästä syystä reagointi voi olla samanlaista, esimerkiksi naurahtelua, hyvinkin erilaisissa vuorovaikutustilanteissa ja siten joissakin tilanteissa myös epäsovivaa. (Greene, 1998/2006, ss. 49–50)

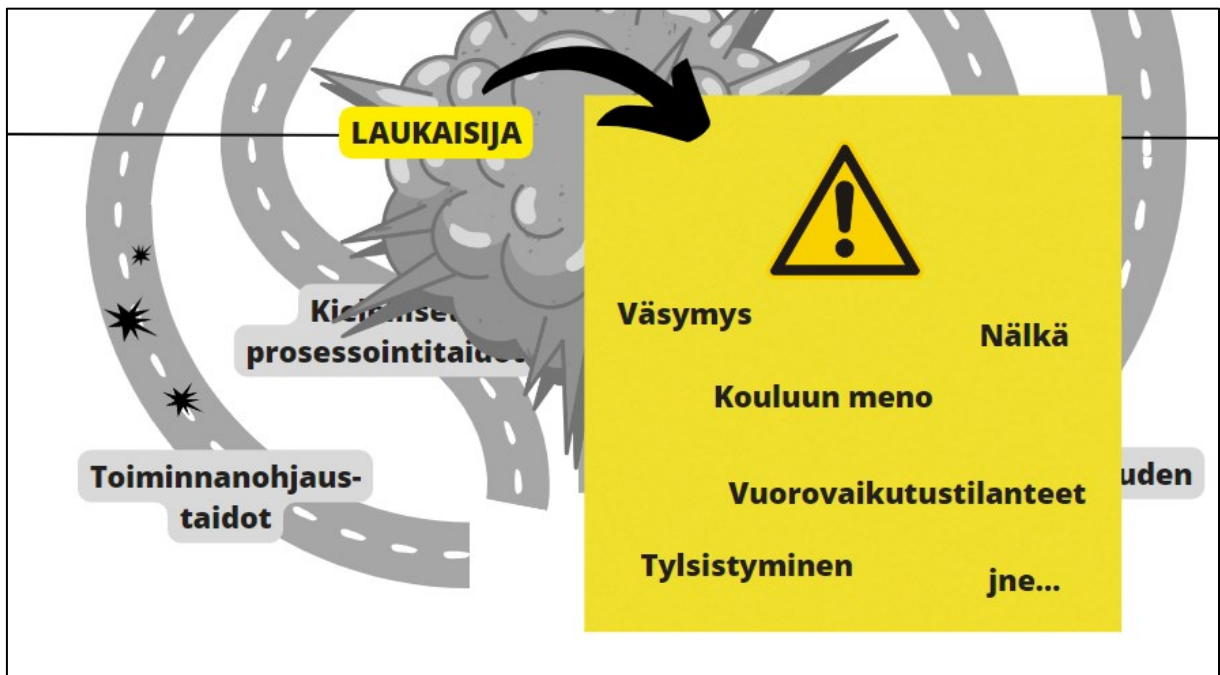
Näiden viiden taidon lisäksi, CPS-työskentely opettaa myös seuraavia hyvin tärkeitä taitoja, joita perinteiset palkitsemis- ja rankaisumenetelmät eivät opeta.

- Empatia ja toisen näkökulman ymmärtäminen
- Ymmärrys siitä, kuinka oma tai muiden käyttäytyminen muihin ihmisiin vaikuttaa
- Kiistojen ratkaisu, ilman konflikteja
- Rehellisyys (Greene, 2021)

4.2 Laukaisijat eli ratkaisemattomat ongelmat käytösoireiden taustalla

Edellisessä alaluvussa luetellut polut eli puutteelliset taidot ikään kuin kuljettavat lasta siis huonon käyttäytymisen polulle. Laukaisijat taas puolestaan ovat itse raivostumiseen tai haitalliseen käyttäytymiseen johtaneita syitä eli ratkaisemattomia ongelmia. Laukaisijoita on varmasti yhtä paljon, kuin on lapsiakin maailmassa. Se voi olla jokin yksittäinen asia tai tilanne, jonka vuoksi lapsen tunteet pääsevät kärjistymään. Yleisimpiä ovat esimerkiksi väsymys, tylsistyminen, nälkä, kiusoittelu tai vuorovaikutustilanteet. (Greene, 1998/2006, s. 52) Riihonen ja Korhonen (2020, ss. 16–17) kuvaavat, että usein laukaiseva tekijä käytösoireilulle on pettymys. Pettymystä voi aiheuttaa pieninkin asia, joka ei välttämättä ole kenenkään teoista riippuvainen. Myös Puustjärvi ja Repokari (2017, s. 1365) ovat koostaneet artikkelissaan yleisimpiä käytösoireiden syitä kuvaavan kaavion, jossa mainitaan aiheuttajiksi muun muassa sietämättömät tunteet, kuten hämmennys tai pelko, uudet tilanteet, hyväksynnän hakeminen tai muiden yllytys.

Kuva 2. Laukaisijat – kuva opinnäytetyön videotuotokselta



Aikuiselle voi olla hankalaa yhdistää syy-seuraussuhde jonkin tilanteet ja käytösoireilun välillä. Lapsi itsekään ei välttämättä ymmärrä yhdistää jonkin pettymystilanteen tai muun laukaisijan vaikutusta huonoon käytökseensä. (Riihonen & Korhonen, 2020, s. 17) Lapsen tulistuvaa käytöstä edeltäviä tapahtumia pohtimalla, lapsen kanssa vuorovaikutuksessa olevien ihmisten sekä lapsen itsensä kanssa keskustelemalla, nämä yksilölliset laukaisijat kuitenkin voi saada selville. Laukaisijat tunnistamalla, pystytään ennakoimaan lapsen tulistuvaa reaktiota. Laukaisevia tekijöitä voi olla monia, mutta joskus jo yhden ratkaisemattoman ongelman ratkaisu voi saada aikaan ketjureaktion, jonka avulla muutkin lapsen mieltä painavat pulmat ratkeavat, niitä suoraan käsittelemättä.

Kun lapsen yksilöllisten polkujen eli puuttuvien taitojen lisäksi tunnistetaan nämä ongelmalliseen käyttäytymiseen johtavat laukaisijat, on lapsen käytöstä helpompi ennakoida. Kun puuttuvia taitoja harjoitellaan, näihin laukaisijoihin reagointi neutralisoituu ja niistä ylipääseminen helpottuu. (Greene, 1998/2006, s. 52) Ratkaisemattomia ongelmia on usein useampia ja niitä on hyvä hieman priorisoida ja työskennellä enintään kolmen pulman parissa kerrallaan. Ensimmäisenä kannattaa lähteä työskentelemään sellaisten ratkaisemattomien ongelmien parissa, jotka aiheuttavat itse lapselle tai muille

turvallisuusriskejä, jotka ilmenevät useimmin tai joilla on eniten negatiivisia vaikutuksia itse lapselle tai muille. (Greene, 2021)

4.3 ABC – suunnitelmat ongelmanratkaisuun

Työskentelyä aloittaessa, selvitetään siis ensin lapsen tuntevien kanssa keskustelemalla, millaisia ajattelun taitoja lapselta puuttuu, millaisissa tilanteissa käytösoireita ilmaantuu, mitä tilanteessa tapahtuu ja milloin (Greene, 2021). Puutteellisten taitojen tunnistaminen auttaa ennakoimaan ja kehittämään tukikeinoja jo ennen käytösongelmien ilmaantumista (Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus, 2018). Vanhemmat saattavat usein sanoa, että käytösoireet ilmaantuvat kuin tyhjästä, mutta niitä tilanteita kertaamalla voidaan hyvinkin huomata, että jokin tietty kaava, tilanne tai kohtaamaton odotus toistuu aina ennen oireiden ilmaantumista. Pyrkimyksenä on tunnistaa ne lapsen ratkaisemattomat ongelmat, jotka käytösoireita aiheuttavat. Näitä ratkaistessa, käytösoireetkin hiljalleen vähenevät. (Greene, 2021)

On olemassa kolme eri toimintatapaa, joiden mukaan tällaiset lapsen ratkaisemattomat ongelmat tai aikuisen ja lapsen kohtaamattomat odotukset pyritään ratkaisemaan. CPS-mallissa nämä on nimetty A-, B- ja C-suunnitelmiksi. (Greene, 2021) A-suunnitelmassa ongelmatilanteen syntyessä lapsi joutuu myöntymään usein aikuisen tahtoon - hyvällä tai pahalla. Erilaiset suostuttelut, nalkuttaminen tai huutaminen ovat kaikki A-suunnitelmaa, kun aikuinen päättää ja käskää, kuinka toimitaan. Tällainen aikuisen dominointi on hyvin tyypillistä, mutta haitallista, sillä siinä lapsi ei saa omaa tunnekokemustaan kuuluviin (Riihonen ja Korhonen, 2020, s. 68). Vaikka tämä toimintamalli on hyvin yleinen, se usein ruokkii huonoa käytöstä ja samat pulmat toistuvat yhä uudelleen. Lapsen käytösoireilua edeltäviä tapahtumia läpi käydessä, voi usein huomata, että sitä edelsi aikuisen toimiminen A-suunnitelman mukaan. Lapsen ja aikuisen odotukset eivät kohdanneet, lapsi joutui myöntymään aikuisen tahtoon ja tästä syntyi kiukustuminen. A-suunnitelmassa ei siis päästä lapsen käytöksen juurisyyn äärelle eikä lapsi sen avulla opi kaikkia niitä taitoja, joita sopeutuva käyttäytyminen pulmatilanteissa vaatii. (Greene, 2008/2009, s. 62)

C-suunnitelmassa ongelma tai aikuisen odotukset sivuutetaan hetkellisesti, jotta pystytään priorisoimaan tai rauhoittamaan tilanteet. Koska kaikkia ongelmia ja tilanteita ei aina pysty hoitamaan rakentavasti ja hyvin kerralla, voidaan joskus luopua odotuksista tai sivuuttaa

lapsen ongelma hetkellisesti, jotta tilanteessa päästään eteenpäin. (Greene, 2021) Jos käytösoireita aiheuttavia pulmia on useampia tai lapsen tunteet ovat hyvin ailahtelevia, voi olla myös tarpeen välillä luopua tai vähintään madaltaa odotuksia, jotta lapsi todennäköisemmin oppii keskustelemaan turhautumisestaan. C-suunnitelma voidaan helposti yhdistää periksi antamiseen, mutta sitä se ei ole. Periksi antaminen tarkoittaisi, että aikuinen ensin A-suunnitelman mukaan pyrkisi oman odotuksensa toteutumiseen ja kun tämä ei tuottaisi tulosta, siirtyisi hän C-suunnitelmaan eli lapsen tahtoon myöntymiseen. C-suunnitelmassa on kuitenkin kyse siitä, että aikuinen ymmärtää odotuksensa olevan liian suuri tilanteessa tai ymmärtää, ettei odotukset toteudu tällä hetkellä esimerkiksi lapsen tunnetilan vuoksi ja ennakoiden päättää luopua omasta odotuksestaan ennen sen esittämistä lapselle. (Greene, 1998/2006, ss. 82–83)

A ja C-suunnitelmien lisäksi on olemassa toimintamalli, johon CPS perustuu eli suunnitelma B. Tämän ydin on siis yhteistoiminnallinen ongelmanratkaisu. Siinä aikuinen yhdessä lapsen kanssa keskustellen, pyrkii löytämään kaikille osapuolille sopivan ratkaisu pulmiin, jotka käytösoireita ovat tuottaneet. B-suunnitelmaa neuvotaan hyödyntämään ennakoivasti, mutta on myös olemassa B-suunnitelma äkillisten tilanteiden varalle. Ennakoivassa keskustelussa saadaan usein paremmin tuloksia. Kun lapsi on hyvällä tuulella, eikä suuren tunteen tai turhautumisen vallassa, on hän yhteistyökykyisempi.

B-suunnitelmassa on kolme vaihetta: Empatiavaihe, Ongelman määrittely sekä Kutsu neuvotteluun. Ensimmäisessä eli empatiavaiheessa kerätään mahdollisimman paljon tietoa lapselta ja aikuinen jättää omat huolenaiheensa tässä vaiheessa vielä sivuun eikä puhuta vielä minkäänlaisista ratkaisuista. Aikuinen kyselee lapselta hänen omaa näkemystään, mikä on vaikeaa tai mikä aiheuttaa huolta. Tiedon kerääminen aloitetaan hyvin neutraalisti, ilman olettamuksia. Aikuiset usein luulevat tietävänsä lapsen huolenaiheet ja siksi empatiavaihe on hyvin helppo sivuuttaa tai käydä se läpi turhan nopeasti. Kuitenkin aikuiset ovat usein täysin väärässä lapsen huolenaiheista ja siksi niistä keskustelemiseen lapsen kanssa tulisi käyttää riittävästi aikaa. (Greene, 1998/2006, ss. 87–89)

Lapselle tulisi pyrkiä luomaan jo empatiavaiheessa tunne, että hän tulee kuulluksi ja että häntä aidosti halutaan auttaa. Vaiheen nimenkin mukaisesti pyrkiä empaattiseen keskusteluun, empatian osoittaminen rauhoittaa myös lasta. Empatiaa voi osoittaa yksinkertaisesti toistamalla lapsen sanoman juuri kuten lapsi itse sen on tuottanut. (Greene, 1998/2006, ss. 88–89) Etenkin pidempään käytösoireilleet lapset voivat vaatia paljon

vakuuttelua empatiavaiheessa, sillä voi olla ensimmäinen kerta, kun heidän huolenaiheitaan aidosti kuunnellaan. Siksi olisi hyvä antaa oikeutusta lapsen tunteille sanoin. (Greene, 2008/2009, s.90) Myös Riihonen ja Korhonen (2020, s. 68) myötäilevät tätä ajatusta, että lapsen tunteita ja kokemuksia kannattaa aina validoida eli osoittaa ne oikeiksi, vaikka ei olisikaan niistä samaa mieltä. Se antaa lapselle kuulluksi tulemisen kokemuksen ja hän todennäköisesti on vastaanottavaisempi avulle.

Seuraavassa vaiheessa eli ongelman määrittelyssä, aikuinen kertoo oman näkökulmansa tilanteeseen ja kertoo mikä lapsen käyttäytymisessä huolettaa. Aikuinen voi jo valmiiksi miettiä ja muotoilla omaa näkökulmaansa. Usein aikuisella on mielessä lista asioista, joita lapsen tulisi tehdä ja mitä ei, kuitenkin hän ei aidosti ole miettinyt miksi lapsen tulisi käyttäytyä juuri tietyllä tavalla tai tehdä joku asia juuri kuten aikuinen vaatii. (Greene, 2008/2009, s. 90)

Kun sekä lapsen, että aikuisen huolenaihe on esitetty vaiheissa yksi ja kaksi, neuvotellaan ratkaisusta. Usein aikuisilla on tapana innostua ratkaisemaan pulmat itse, mutta lapsi voi yhtä hyvin keksiä toimivan ratkaisun, kun saa siihen mahdollisuuden. Siksi lapselta tulisi tässä vaiheessa kysyä ratkaisuehdotuksia ja auttaa ehdottamaan sellaisia, jos lapsi itse ei keksi. Tarkoituksena olisi löytää realistinen, toteutettavissa oleva ja molempia osapuolia tyydyttävä ratkaisu ongelmaan. Lapsi voi usein ehdottaa ratkaisuksi sitä, mitä alun perinkin oli vailla, mutta tällöin tulee muistuttaa, että tarkoituksena on, että ratkaisu sopii kaikille osapuolille eikä vain lapselle itselleen. Jos ratkaisuehdotuksen tyrmää heti, lapsen motivaatio ajatella ongelmaa ja ehdottaa ratkaisuja heikkenee. (Greene, 1998/2006, ss. 95–97)

Jotta lapsi kykenisi B-suunnitelman mukaiseen keskusteluun, tulisi hänellä olla tiettyjä taitoja. Lapsen tulisi osata tunnistaa ja ilmaista huolenaihe. Lapsi ei usein kysyttäessä osaa sanoittaa omaa huolenaihettaan. Voi olla, että lapsi ei todellakaan tiedä, mikä huolettaa tai ei osaa kielellisten taitojen puutteen vuoksi sanoittaa huoltansa. Tämä ei merkitse sitä, että B-suunnitelmaa ei voisi toteuttaa. Se merkitsee sitä, että aikuisen tulee toimia lapsen taitojen puuttuvana palasena ja esimerkiksi lapsen huolenaihetta yhdessä määritellessä pyrkiä arvailemalla ja kuuntelemalla löytämään lapsen huolenaihe. Näin toimimalla ja yhdessä keskustelemalla, lapsi oppii tätä huolen tunnistamisen ja sanoittamisen taitoa, kun aikuinen näyttää mallia, kuinka pohtia ja tuoda esiin omia ajatuksiaan. (Greene, 1998/2006, ss.153–154)

Lapsen tulisi myös pystyä myös pohtimaan erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. B-suunnitelman kolmannessa eli neuvotteluvaiheessa olisi tarkoitus yhdessä pohtia ratkaisuja ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa määriteltymiin pulmiin. Voi olla, että lapsen ongelmanratkaisutaidot ovat vielä vähäiset tai voi myös olla, ettei hän ole koskaan saanut mahdollisuutta aikuiselta hyödyntää niitä, vaan aikuinen on aina kertonut ratkaisun eri tilanteisiin. (Greene, 1998/2006, ss.158–161) Ongelmanratkaisutaitoja harjaannutetaan arkisissa tilanteissa aikuisen ohjauksella. Lapsi ei voi oppia näitä itsekseen vaan voi helposti turvautua tuttuun käytösoireiluun vaikean tilanteen kohdatessaan, jos aikuinen ei ole tilanteessa avustamassa toisenlaisen ratkaisukeinon keksimisessä. (Riihonen & Koskinen, 2020, s. 208)

Jos ongelmanratkaisutaidot vaativat harjoitusta, voi aloittaa jakamalla ongelmanratkaisuvaihtoehdot kolmeen eri luokkaan. Avun pyytämiseen, puolitiehen vastaan tulemiseen ja asian tekemiseen eri tavalla. Kun lapsi siis sanoo neuvotteluvaiheessa, ettei tiedä ratkaisuehdotusta tilanteeseen, voisi kysyä pystyisikö vaikealla hetkellä pyytämään apua jollakin tavalla, pystyisikö jollakin tavalla joku tilanteen osapuoli tulla puolitiehen vastaan tai pystyisikö itse tekemään tilanteessa jotain eri tavalla. Erilaisia ratkaisuja pohtiessa, voi myös muistuttaa lasta, että on tärkeää, että ratkaisu on molemmille sopiva eikä vain lapselle itselleen. Voi myös käydä ajatusleikkiä, minkälaisia tuloksia lapsen esittämällä ratkaisuvaihtoehdoilla olisi, jos niihin päädyttäisiin. (Greene, 1998/2006, ss. 158–161)

4.4 CPS-mallin käyttö sairaalaympäristössä

Usein lapsen päätyessä sairaalahoitoon, on lapsen käytösoireilu jatkunut jo pidempään ja ongelmia on puitu vanhempien lisäksi mahdollisesti kouluhenkilökunnan, terveydenhuollon tai muiden tahojen kautta. Tällöin on luonnollista, että kehittyneitä ratkaisemattomia ongelmia voi olla useampia. CPS-mallin mukaan kaikkia näitä ongelmia ja kaikkia puuttuvia taitoja ei voi harjaannuttaa samanaikaisesti vaan kerralla tulee keskittyä enintään kolmen ratkaisemattoman ongelman selvittämiseen. (Greene, 2021)

Tärkeintä hoitohenkilön roolissa on muistaa, että vanhempi näkee lapsensa usein myös hoitajan silmin. Siksi on tärkeää, että hoitohenkilökunta näkee lapsen käytöksen CPS-mallin mukaisten linssien läpi, puutteellisina taitoina ja aikuisten liian suurina odotuksina. (Greene,

2021) Hoitohenkilökunnan on myös hyvä muistaa, että syyllisiä käytösongelmiin on turha etsiä, sillä se ei auta käytösoireiden hoitamisessa nykyhetkessä ja voi aiheuttaa vain kitkaa esimerkiksi vanhempien ja hoitohenkilökunnan välillä. Tämä taas osaltaan vaikuttaa myös lapseen ja voi jopa lisätä lapsen käytösoireita. Kaikkien lasten kanssa vuorovaikutuksessa olevien aikuisten on syytä toimia yhteistyössä, jotta lapsi saa parhaimman avun ja voi oppia puuttuvia ajattelun taitoja aikuisten opastamana. (Riihonen & Koskinen, 2020, ss. 51–52)

Kuten käytösoireiden hoidossa yleensäkin, on myös CPS-menetelmän käytön yhteydessä huolehdittava hoidon jatkuvuudesta, jotta hyviä hoitotuloksia voidaan saavuttaa. Tilanne- ja yksilökohtaisesti tulee aina harkita, olisiko tarkoituksenmukaista, että esimerkiksi perheneuvola, koulu tai sosiaalityöntekijä olisi myös mukana hoidon kulussa tai ainakin tietoinen siitä. Sujuva yhteistyö luo hoitoon lisää vaikuttavuutta. (Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus, 2018) Kaikkien lapsen kanssa vuorovaikutuksessa olevien tulisi myös toimia johdonmukaisesti samalla tavalla, jotta hoito olisi tehokasta ja heillä olisi yhteneväinen käsitys lapsen vaikeuksista ja toimintasuunnitelmasta (Greene, 1998/2006, s.210; THL, 2013, s. 106).

Nopeaa ratkaisua pitkään jatkuneisiin käytösoireisiin ei ole. Lapsen käytösoireiden taustalla on usein puutteelliset ajattelun taidot, ja niiden oppiminen vie aikaa, aivan kuten minkä tahansa muunkin taidon oppiminen (Greene, 1998/2006, s. 210; Riihonen & Korhonen, 2020, s. 248) B-suunnitelman käyttöönotto on usein uutta sekä aikuiselle että lapselle ja myös sen opettelu vie aikaa (Greene, 2008/2009, s. 118). Tulistuvien lasten kanssa työskentelyssä on aina hyvin paljon haasteita, mutta yhteistoiminnallisen ongelmanratkaisun avulla työskentely tuottaa myös tulosta. Lapsi oppii puuttuvia taitoja, käytösoireilu vähenee ja ennen kaikkea lapsi saa mahdollisesti ensi kertaa kokemuksen, että häntä yritetään ymmärtää ja että häntä kuunnellaan. (Greene, 2008/2009, ss. 85–86)

4.5 Tutkimustulokset CPS-mallin käytöstä sairaalaympäristössä

Hoitotyön interventiomallina, CPS-mallin käytöstä ja hyödyistä on tehty useita tutkimuksia. Suomessa ei tutkimusta vielä aiheeseen liittyen ole tehty, mutta ympäri maailmaa, lähimpänä Ruotsissa, on näitä tehty useampia. Ruotsissa tutkittiin vuosina 2008–2009 (Johnson ym., 2012) CPS-mallin mukaan toteutetun hoitotyön vaikutusta lasten ADHD- ja uhmakkuushäiriön oireisiin. Näiden oireiden todettiin laantuvan 1–2 kk ja 6 kk kuluessa

hoidon alusta. Tutkimuksessa todettiin myös lasten tunneoireiden sekä räjähtelevän käytöksen vähentyneen CPS-interventiokäyntien myötä. Perheen kokeman käytösoireista aiheutuneen rasituksen koettiin myös lieventyneen hoitojakson jälkeen.

Aihetta on verrattu tutkimuksissa myös muihin erilaisiin hoitotyön muotoihin. Esimerkiksi Amerikassa julkaistussa tutkimuksessa (Greene ym., 2004), verrattiin CPS-interventiomallin käytön vaikutuksia Parental Training-ohjelmaan, joka keskittyy enemmän vanhemmuuteen, kuten vaihtoehtoihin tapoihin pitää lapselle kuria sekä opastaa positiivisempaan lähestymistapaan lapsen kasvatuksessa. Kuten Ruotsin tutkimuksessa, tässäkin uhmakkuushäiriön oireet vähenivät ja ainoastaan CPS-ryhmässä oireet jatkoivat vähenemistä vielä hoitojakson jälkeenkin. Tutkimuksessa myös lapsen ja vanhemman väliseen kommunikaatioon sekä lapsen mukautuvaisuuteen liittyvät pisteet eri asteikoilla paranivat.

Lisäksi useammassa tutkimuksessa on tarkasteltu CPS-mallin käytön vaikutuksia erilaisiin rajoitustoimenpiteisiin, niiden määrään sekä kestoon lastenpsykiatrisilla sairaalaosastoilla. Martin ym. (2008) sekä Black ym. (2020) kuvaavat useamman vuoden kestäneissä tutkimuksissaan rajoitustoimenpiteiden määrän kouluikäisten lasten psykiatrisella osastolla vähentyneen sekä niiden keston lyhentyneen.

Uudessa-Seelannissa lasten- ja nuorten sairaalaosastolla oli otettu käyttöön CPS-menetelmä The Zero Seclusion 2020 -projektin innostamana. The Zero Seclusion 2020 -projektin tarkoituksena oli kuuden eri strategian avulla pyrkiä vähentämään rajoitustoimenpiteitä ja CPS-käyttö sopi projektin strategiaan 4: Rajoitus- ja eristystoimenpiteiden vähentämiseen tarkoitettujen työkalujen käyttö. CPS-menetelmän vaikutuksia rajoitus- ja eristystoimenpiteiden määrään sekä kestoon tutkittiin vuosina 2016–2018 ja sillä todettiin olevan näitä vähentävä vaikutus. Tutkimuksessa kartoitettiin kyselyn avulla myös henkilökunnan näkemyksiä CPS-menetelmän käytöstä. Henkilökunta koki CPS:n olevan varteenotettava menetelmä hoitotyössä. Sen avulla henkilökunta koki saaneensa hyvän käsityksen lapsen puuttuvista taidoista ja käytösoireiden laukaisijoista. CPS-menetelmän käyttöönotto ja vakiinnuttaminen työkaluksi oli kuitenkin tutkimuksessa toteutetun kyselyn mukaan hieman haastavaa muun muassa useasti vaihtuvan henkilökunnan vuoksi. (Black ym., 2020)

Lapsen ja aikuisen yhteinen ongelmanratkaisu, voi toimia lasten uhmakkaan ja aggressiivisen käyttäytymisen apuna, mutta tutkimusnäyttöä asiasta vielä tarvitaan lisää käytöstä (Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus, 2018). Fredrikssonin ja Kaltiala-Heinon (2018b) näytönastekatsauksessa oli käyty läpi erilaisten kognitiivisbehavioraalisten hoitojen vaikutuksia käytösoireiluun. Siinä todettiin, että sellaisilla hoitomuodoilla, jotka keskittyvät ongelmanratkaisuun, oli eniten vaikutuksia vihantunteiden hillitsemiseen sekä taitojen kehittymiseen. Vaikka suoraan CPS-mallia ei katsauksessa ollut mainittuna, niin tähän ongelmanratkaisuun kuitenkin myös CPS-mallissa keskitytään.

5 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on kehittää käytännön toimintaa työelämässä.

Toiminnallinen opinnäytetyö jakautuu teoreettiseen sekä toiminnalliseen osuuteen.

Teoreettisessa osuudessa perustellaan työn tarve, jäsennellään työn tutkimusongelma tai -kysymys sekä kerätään näyttöön perustuvaa teoretietoa aiheeseen liittyen.

Toiminnallisessa osuudessa tuotetaan jokin konkreettinen asia, kuten opas, tapahtuma tai kehittämissuunnitelma. Palaute työstä sekä työn tulokset ja pohdinta raportoidaan.

Toiminnallisen, työelämään pohjautuvan opinnäytetyön työstäminen kehittää opiskelijan ammatillista osaamista ja sen avulla saa kokemuksia tutkivasta ja kehittävästä

työskentelytavasta. Opinnäytetyön tekeminen opettaa hankkimaan ja soveltamaan tietoa sekä arvioimaan sitä kriittisesti. (HAMK, 2023)

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön liittyy vahvasti toiminnallisen osuuden työstämiseen valittujen menetelmien käytön perustelu lähdeaineiston tai aiempien tutkimusten avulla (Vilka, 2021, s. 32). Tässä opinnäytetyössä perusteltiin aiheen valintaa ja siihen liittyviä käsitteitä sekä toiminnallista osuutta, kuten videon tuottamista lähdeaineiston sekä tutkimustiedon avulla.

Kaikille opinnäytetyötyypeille yhteisiä piirteitä ovat konteksti, tutkimusteoria, kriittinen asenne, ymmärtäminen, kumppanuus ja empatia. Työhön liittyy siis aina jokin **konteksti** eli asiayhteys, joka tässä tapauksessa on lastenpsykiatrinen hoitotyö. Konteksti ja sen avaaminen opinnäytetyössä auttavat lukijaa ymmärtämään ja suhteuttamaan lukemaansa. Opinnäytetyö pohjautuu aina **tutkimusteoriaan**, jonka avulla käydään tarkemmin läpi kehitettävää aihetta ammattikäsittein. Tutkimusteorian avulla avataan kontekstiin liittyviä

käsitteitä ja työn tietoperustaa. (Vilkkä, 2021, ss. 41–44) Tämän opinnäytetyön teoriapohjan luomisessa on hyödynnetty paljon aiempaa tutkimustietoa aihepiiriin liittyen.

Opinnäytetyöhön liittyvä **kriittinen asenne** pitää sisällään jatkuvaa prosessin ja tuotoksen arviointia ja suhteuttamista. Kriittistä asennetta vaaditaan aina, kun kehitetään tai luodaan uutta. Se auttaa muun muassa hyvien ja huonojen lähteiden tunnistamisessa, niiden luotettavuuden arvioinnissa sekä rakentavassa itsearvioinnissa. (Vilkkä, 2021, ss. 46–47) Tämän opinnäytetyön tekemisessä kriittinen asenne on ilmennyt muun muassa useamman lähteen varmistaman tiedon käyttämisessä.

Teoriapohjan ja käsitteiden avaaminen opinnäytetyössä luovat pohjaa asian **ymmärtämiselle**, mutta vasta niiden yhdistäminen käytäntöön luovat varsinaista ymmärrystä asian suhteen (Vilkkä, 2021, ss. 49–50). Tässä opinnäytetyössä teoriatiedon ja ohjausvideon työstäminen yhdessä vasta saivat aikaan laajempaa ymmärrystä aiheeseen.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä **kumppanuus** ja **empathia** ovat myös isossa roolissa, etenkin jos työtä tehdään tiiviissä yhteistyössä toisen tekijän tai yhteistyötahon kanssa (Vilkkä, 2021, s. 51). Jo opinnäytetyön aiheesta keskustelu suunnitteluvaiheessa on vaatinut kumppanuutta ja empatiakykyä ja nämä piirteet ovat pysyneet läsnä koko prosessin ajan työelämäpalaverien ja yhteyshenkilöiden kanssa kommunikoinnin kautta. Etenkin itse tuotosta eli tässä tapauksessa ohjausvideota työstäessä on oltu tiiviissä yhteistyössä tilaajaan, jotta video vastaisi tarpeeseen ja se toisi parhaiten esiin yhdessä luodun näkökulman.

5.1 Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi

Tämä opinnäytetyöprosessi on alkanut maaliskuussa 2023 aihe-ehdotuksen jättämisellä Wihiin sekä aiheen varaamisella Tampereen yliopistollisen sairaalan opinnäytetyöpankista. Opinnäytetyön aihetta tosin on pohdittu jo helmikuussa tekijän suorittaessa työharjoittelua tilaajaosastolla. Tilaajaosastolla oli tällöin otettu CPS-malli hiljattain käyttöön ja malliin pääsi tutustumaan infotilaisuudessa sekä konkreettisesti työn parissa.

Opinnäytetyön suunnitelmavaiheen työelämäpalaverissa työn tekijän, tilaajan sekä ohjaavan opettajan kesken käsiteltiin laadittua opinnäytetyösuunnitelmaa ja tehtiin tarkennuksia tutkimuskysymyksiin sekä työn tavoitteisiin. Suunnitteluvaihe jatkui tutkimusluvan

hakemisella sekä työn tietoperustan koostamisella raporttiin. Videoiden suunnittelu käynnistyi myös tällöin kirjoittamalla käsikirjoitusta videoihin lähdemateriaalin pohjalta. Opinnäytetyön suunnitelma esiteltiin opiskelijakollegoille sekä ohjaajalle opinnäytetyöpiirissä suunnitelmaseminaarissa.

Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena toteutettiin ohjausvideo CPS-mallista ja sen käytöstä lastenpsykiatrian parissa työtä tekeville henkilöille. Toteutusvaiheessa alettiin työstämään tätä tuotosta eli tässä tapauksessa videomateriaalia. Myös raportin teksti hioutui toteutusvaiheessa ahkerasti. Toteutusvaiheessa videoiden luonnoksista sekä kirjallisesta raportista saatiin useasti palautetta työn ohjaajilta. Lähes valmis työ esiteltiin julkisessa väliseminaarissa, jossa vastaanotettiin palautetta myös opiskelijakollegoilta. Näiden rakentavien palautteiden pohjalta työhön saatiin tehtyä vielä tarvittavia muutoksia ja raportin parempaa jäsenystä.

Valmis videomateriaali katsottiin tilaajatahon kehittämispäivässä etukäteen ennen loppuseminaria. Työelämäohjaaja keräsi sanallista palautetta katsojilta, joka oli ainoastaan positiivista. Kehittämispäivässä videoiden ajateltiin olevan erityisesti hyvä lisä mallin vanhempainohjaukseen, sillä niiden avulla kynnys ohjausten pitämiseen olisi matalampi, kun videot antavat ensin kevyemmin tietoa aiheesta ja niiden pohjalta voidaan aihetta syventää vielä keskustellen. Opinnäytetyön toteuttaminen sekä tiivistelmä videoista esiteltiin vielä kokonaisuudessaan tilaajan luona loppuseminaarissa. Kiitosta sai videoiden toteutuksen lisäksi vielä hyvä CPS-perehtyneisyys ja aiheeseen liittyvät käytännön vinkit.

5.2 Kuvaus työhön liittyvästä tiedonhausta

Opinnäytetyöhön on kerätty teoretietoa kirjallisuuskatsauksen avulla. Tietoa on kerätty eri tietokannoista, kuten Pubmed, Cochrane, Sage Journals ja Medic. CPS-malliin liittyvää tietoa on löytynyt lähinnä englanninkielisillä hakusanoilla CPS, Collaborative & Proactive Solutions ja child psychiatry. CPS-hakusanalla tosin on voinut löytyä myös amerikkalaiseen lastensuojelulaitokseen (Child Protective Services) liittyviä artikkeleita, jotka on saatu rajattua pois liittämällä hakusanoihin myös yllä mainittuja muita hakusanoja, sekä silmäilemällä abstrakteja. CPS-malliin liittyen on melko rajallinen määrä tietoa ja tutkimustuloksia, joten vuosirajauksia hakuihin ei laitettu, jotta saatiin useampi lähde ja tutkimus mukaan.

CPS-malliin liittyviltä virallisilta internetsivuilta on löytynyt luettelo aiheeseen liittyvästä tutkimustiedosta, jota on työssä hyödynnetty. Muutakin manuaalista hakua on toteutettu hyödyntämällä aiemmin mainittujen avainsanojen kautta löytyneiden tutkimusten tai lähteiden lähdeluetteloista löytyneitä lähteitä. Myös aiheeseen liittyvää painettua kirjallisuutta sekä videomateriaalia on käytetty aiheen avaamiseksi. Erityisesti itse CPS-mallin kehittäjän tohtori Greenen kirjallisuuden ja opetusvideoiden avulla avataan mallin käyttöä tämän työn toiminallisessa osuudessa.

Aiheeseen liittyvää kontekstia on avattu Duodecimin ja THL:n lähteiden avulla. Myös muita suomenkielisiä lähteitä ja kirjallisuutta on etsitty hakusanoilla lastenpsykiatria, lastenpsykiatria, lastenpsykiatrinen osasto, käytösoireet, käytöshäiriöt ja lapsen kehitys. Myös manuaalista hakua näiden lähteiden lähdeluetteloiden perusteella on tehty, sillä mielenkiintoisia lähteitä tuli vastaan hyvin paljon myös näin ilman varsinaista hakua. Kontekstiin liittyviä lähteitä etsiessä valikoitui vertailussa mukaan mahdollisimman tuoreet lähteet.

5.3 Video ohjausmateriaalina

Videota käytetään opetusmateriaalina laajalti erilaisissa oppimisympäristöissä ja työpaikoilla esimerkiksi perehdytyksessä muiden menetelmien, kuten kirjallisuuden ja henkilökohtaisen opastuksen lisänä. Video voi herättää mielenkiintoa aiheeseen eri tavalla kuin luettu tieto. (Kuokkanen, 2019)

Kognitiivisen kuormitusteorian mukaan eri aistien kautta kerätty tieto tallentuu ensin rajallisen määrän tietoa vastaanottavaan väliaikaiseen työmuistiin, josta aivot hiljalleen siirtävät tiedon pitkäaikaiseen muistiin, johon tallentuvan tiedon määrä voi olla rajaton. Sen mukaan tiedonkeruu muistiin tapahtuu joko visuaalisen tai auditiivisen kanavan kautta ja tiedonkeruu näiden kahden kanavan kautta yhtäaikaaisesti auttaa helpottamaan tiedon sisäistämistä. Yhtäaikaaisesti molempien kanavien kautta tietoa keräämällä, työmuistin kapasiteetti kasvaa ja oppiminen tehostuu. (Brame, 2017)

5.4 Videon suunnittelu ja toteutus

Videomateriaalin tuottamisen ensimmäisenä vaiheena oli suunnittelu. Ensimmäisessä vaiheessa on hyvä pohtia, kenelle video tuotetaan, mistä syystä ja miten. (Helsingin yliopisto, 2017; Kuokkanen, 2019) Tässä tapauksessa video oli vielä valmistumisvaiheessa tarkoitus tuottaa ainoastaan lastenpsykiatrasta hoitotyötä tekeville henkilöille, joilla on jo hieman pohjatietoa aiheesta. Tällöin ei ollut tarvetta käydä videolla tarkemmin läpi aiheen kontekstia vaan siinä keskityttiin lähinnä syventämään jo olemassa olevaa tietoa ja auttamaan sen tuomisessa käytännön hoitotyöhön. Video tuotettiin juuri edellä mainitusta syystä; jotta CPS-mallin tuominen käytäntöön voisi olla helpompaa. Työelämätahon ajatuksesta kuitenkin videoiden valmistuttua niiden ajateltiin olevan sopivia hyödynnettäväksi myös vanhempien ohjauksessa aiheeseen liittyen. Vaikka vanhemmilla ei pohjatietoa välttämättä aiheesta ole, videoiden ajateltiin kuitenkin tuovan esiin mallin piirteet helposti ymmärrettävässä muodossa ja ne antaisivat hyvän pohjatiedon, jota työntekijät voivat vanhempien kanssa sitten keskustelumuodossa tarkentaa ja syventää.

Videon suunnittelu alkoi käsikirjoituksen kirjoittamisella lähdekirjallisuutta ja videomateriaalia hyödyntäen. Pian suunnitteluvaiheessa rakentui ajatus aiheen laajuuden vuoksi yhden videon sijaan kolmesta lyhyemmästä videosta eli videosarjasta, johon olisi helpompaa palata hoitotyön lomassa. Opetusvideon keston olisi hyvä pysyä muutamissa minuuteissa, jotta mielenkiinto säilyy ja oppiminen olisi mielekkäämpää. Useampaan osaan jaettuna, olisi myös helpompi myöhemmin palata tiettyyn osioon. (Helsingin yliopisto, 2017) Kuokkasen (2017) mukaan video todennäköisemmin katsotaan loppuun saakka, jos sen kesto on alle kuusi minuuttia. Sen ylittävälle pituudelle tulisi olla erityisen hyvä syy. Tämän työn videoiden kestoksi tuli 5:32, 5:18 ja 12:56. Viimeisestä videosta tuli hieman pidempi, sillä sen sanoma olisi ollut hyvin vaikea pilkkoa osiin ja kaikki sen sisältämä informaatio tuntui olevan tarpeen.

Käsikirjoitusten valmistuttua puhuttiin tekstit nauhalle ja ääninauhat editoitiin selkeämmäksi Audacity-ohjelman avulla, poistamalla muun muassa taustakohinaa. Ääninauhan päälle alettiin luoda grafiikoita hyödyntämällä Pirkanmaan hyvinvointialueen virallista Power Point - pohjaa sekä ilmaista verkossa toimivaa Canva-videotyökalua. Grafiikoiden suunnittelu eteni käsikirjoituksen pohjalta ja videoissa toistui useat samat grafiikat, jotta videoiden ilme olisi yhteneväinen. Grafiikoiden tarkoituksena oli tukea ääninauhan antamaa tietoa, luomalla niistä myös visuaalista muistijälkeä. Grafiikoiden lisäksi videoilla oli tekstinä muutamain sanoin pääkohdat, joita puhenauhan avulla täydennettiin.

Käytössä oli paljon videotyökalun omia piirroskuvia. Esimerkiksi vihaisen lapsen kuva ilmensi lapsen käyttäytymistä, hölmistyneen näköinen lapsi kuvasi lapsen keinottomuutta pulmatilanteessa ja palapelin palaset kuvasivat ongelmanratkaisua. Viimeisellä videolla, jossa kerrotaan tarkemmin työskentelystä interventiomallin mukaan, oli käytetty keskustelevien lapsen ja aikuisen kuvia, sekä puhekuuplia, joissa oli tekstinä esimerkkejä mallin mukaisen keskustelun kulusta. Kuva 1 ja Kuva 2 antavat esimerkkiä videoiden grafiikoista. Ensimmäisessä kuvassa lapsen puuttuvat ajattelun taidot on kuvattu polkuina, sillä tällä sanalla näistä CPS-malliin liittyvässä lähdemateriaalissa puhutaan. Toisessa kuvassa huonon käytöksen laukaisevat tekijät on kuvattu räjähdyspilvenä sekä tekstimuodossa laatikossa. Videolla tässä kohdassa hätäntyneen näköinen lapsi kulkee rikkiäistä ajattelutaitojen polkua kohti laukaisevaa tekijää ja tämän laukaisijaviivan kohdalla syntyy räjähdys, mikä kuvaa lapsen tunteen purkausta. Grafiikoiden avulla tärkeä tieto saadaan myös nousemaan videolla paremmin esiin, jolloin katsojan huomio kiinnittyy siihen paremmin. (Brame, 2017) Liitteessä 1 on nähtävillä vielä videosarjan alkunäkymät.

Videoiden saavutettavuutta parannettiin lisäämällä niihin tekstitykset. Saavutettavuudella tarkoitetaan, että mahdollisimman moni pystyisi aineistoa hyödyntämään, esimerkiksi kuulotai näkövammaisuudesta tai muusta toimintarajoitteesta huolimatta. Video itsessään on jo saavutettavampi keino oppia verrattuna tekstiin, sillä toiset oppivat paremmin lukemalla, toiset kuuntelemalla ja kolmannet visuaalisen esityksen kautta ja videon kautta voi hyödyntää samanaikaisesti näitä kaikkia oppimistapoja. (Aluehallintovirasto, n.d.) Tekstitys mahdollistaa myös sen, että videoiden katseleminen ilman ääniä olisi mahdollista, esimerkiksi jaetussa työtilassa. Tekstitykset luotiin litteroimalla puhenauha ensin Wordin avulla aikaleimoiksi ja tekstiksi. Sen jälkeen kirjoitusvirheet ja ajoitukset editoitiin ilmaista Subtitle Edit -tietokoneohjelmaa käyttäen. Fontti sekä tekstityksen kohdistus saatiin muokattua vielä ilmaisella DaVinci Resolve -tietokoneohjelmalla.

6 Pohdinta

Kuten alussa todettiin, ovat aggressiivisuus ja käyttäytymiset yleisimpiä syitä hakeutua lastenpsykiatriseen hoitoon (Friberg ym., 2019; Huikko ym., 2017). Mitä varhaisemmassa vaiheessa niihin päästään pureutumaan, säästetään suuremmilta ongelmilta tulevaisuudessa. CPS-mallissa ajatuksena onkin nimenomaan käyttäytymisten ennakointi ja ennaltaehkäisy yhteistoiminnallisen työskentelyn avulla. Kun ajatellaan, kuinka

kauaskantoisia vaikutuksia hoitamattomilla käytösoireilla voi olla, vahvistuu ajatus siitä, kuinka tärkeä aihe opinnäytetyöllä on. Parhaimmillaan CPS-mallin mukainen työskentely voi opettaa lapselle tärkeitä ajattelun taitoja, empatiakykyä sekä ongelmanratkaisutaitoja, joiden avulla hän oppii sietämään paremmin elämän väistämättömiä vastoinkäymisiä ilman käytösoireilua (Greene, 2021).

Kuten työssä todettiin luvussa 4.5 vastauksina tutkimuskysymyksiin, on CPS-mallin käytöllä osastohoidossa koettu olevan vaikutusta lapsen käytös- ja tunneoireiden vähenemiseen sekä sitä kautta myös käytösoireista johtuvaan perheen elämän kuormituskokemukseen. Osastohoidossa tarvittaessa käytettävät rajoitus- ja eristystoimenpiteet oli saatu vähenemään CPS-työskentelyn myötä, mikä osaltaan parantaa hoidon laatua. Kun näitä toimenpiteitä on vähemmän, myös riski lapsen näistä aiheutuviin mahdollisiin traumaattisiin kokemuksiin pienenee. Näiden tutkimustulosten perusteella CPS-menetelmän käyttö hoitotyössä on hyvin perusteltua ja kokeilemisen arvoista.

Lapsen ympäristö ei aina ole tarpeeksi osaava kohtaamaan käytösongelmia eikä osaa osoittaa riittävää myötätuntoa lapsen käytösoireista johtuviin perheen haasteisiin, jolloin myös negatiivinen ilmapiiri säilyy (Riihonen ja Koskinen, 2020, s. 239). Tämän työn tavoitteena oli koostaa tietoa CPS-työskentelystä, minkä tärkeänä seikkana on nimenomaan se, että negatiivisuuden kierre katkaistaan ja annetaan käytösoireilevalle lapselle mahdollisesti ensi kertaa kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen kokemuksia (Greene, 2008/2009, ss. 85–86). Kun käytösoireiden taustalla olevia tekijöitä, kuten ajattelun taitojen vajavaisuutta sekä ennakoitavissa olevia ratkaisemattomia ongelmia niiden taustalla ymmärretään, muuttuu käsitys käytösoireilevista lapsista empaattisemmaksi ja myötätuntoisemmaksi. Näin CPS-mallin mukainen työskentelykin on helpompi aloittaa. (Greene, 2008/2009, s. 227) Tämä työn tavoite eli CPS-tiedon koostaminen onnistui hyvin kansainvälisen lähdetiedon sekä CPS-mallin kehittäjän luentoja avulla. Myös tekijän kiinnostus sekä hyvä perehtyneisyys aiheeseen auttoi sen koostamisessa ytimekkääseen muotoon.

Aiheeseen syventyessä toistui ajatus siitä, että CPS-työskentelyn opettelu ja sen mukainen työskentely, kuten käytösoireiden hoitokin on aikaa vievää. Black ym. (2020) olivat saaneet selville tutkimuksessaan, että muun muassa henkilökunnan tiheä vaihtuvuus ja henkilökunnan asenteet olivat olleet haasteena CPS-mallin sujuvalle käyttöönotolle. Karjalainen (2023, s. 28–31) mainitsi lastenpsykiatrisen osaston omahoitajatyöhön

negatiivisesti vaikuttavana tekijänä omahoitajien tahattoman vaihtumisen kesken jakson, jolloin työskentely lapsen kanssa voi jäädä hajanaiseksi. Myös lyhentyneet osastojaksot sekä suuret tavoitteet jaksolle aiheuttavat painetta, jolloin työskentelyä ehditään tehdä hyvin vähän. CPS-työskentelyäkin ehditään mahdollisesti osastohoidossa aloittaa, mutta kuten Karhumaa (2017, s. 8–9) kirjoitti moniammatillisen tiimin toimivasta yhteistyöstä ja yhteisten tavoitteiden sisäistämisestä, tulisi CPS-työskentelyä aloittaessakin pyrkiä turvaamaan työskentelyn jatkuvuus sekä osastohoidon aikana, että sen jälkeen perheen, lapsen toimintaympäristön sekä jatkohoitopaikan saralla. Muuten osastolla aloitettu työ menee hukkaan ja lapsi joutuu taas turhautumaan, kun työskentely jää katkonaiseksi. Tämä on varmasti haasteellista, kun uutta työskentelymallia vielä opetellaan, mutta tästä opinnäytetyöstä on toivottavasti apua näihin haasteisiin, kun videosarjaa hyödynnetään työntekijöiden perehdyttämisen lisäksi myös vanhempainohjauksessa. Jatkotutkimusehdotuksena voisikin olla, kuinka työskentelyn jatkuvuus jatkohoidossa sekä lapsen tavanomaisessa elinympäristössä saadaan turvattua. Voisi olla tarpeen kehittää uusia työkaluja, joiden avulla työskentely saadaan jatkumaan myös osastohoidon jälkeen.

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja kestävyys

Opinnäytetyön aiheen eettisyyttä on pohdittu valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunta ETENEn vuoden 2009 Mielenterveysetiikkaan liittyvän julkaisun pohjalta. Sen mukaan ”sujuva, tarkoituksenmukainen ja turvallinen mielenterveystyö on ihmisen kokonaishoitoa” (ETENE, 2009, s. 5). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on helpottaa CPS-interventiomallin käyttöönottoa hoitotyössä, jotta työ olisi sujuvampaa. ETENEn (2009, s. 20) mukaan terveydenhuollon palvelujen käyttäjille tulisi myös mahdollistaa parempia mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa. Tätä ajatusta CPS-mallin periaatteet lapsen osallistamisesta vaikeuksien ratkomiseen jo itsessään tukevat.

Opinnäytetyön eettisyyttä on pohdittu ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisten ohjeiden (Arene, 2020, s. 14) pohjalta. Ohjeissa neuvotaan arvioimaan opinnäytetyöntekijän mahdollista esteellisyyttä toteuttaa työ sekä riittävää perehtyneisyyttä työn aiheeseen. Opinnäytetyöntekijän on arvioitu olevan esteetön tekemään opinnäytetyötä eettisten ohjeiden perusteella eli hän on puolueeton työtä toteuttamaan. Opinnäytetyön tekijä on profiloitunut opiskeluissaan aiheeseen liittyvään koulutusalaan, suorittanut alalla työharjoitteluita sekä on

käynyt opinnoissaan läpi opinnäytetyöhön valmistavat opinnot, joten aiheeseen on perehdytty laajalti. (Arene, 2020, ss. 16–17)

Opinnäytetyön resursseja eli tässä tapauksessa lähinnä aikatauluja on pohdittu realistisesti ja opinnäytetyöntekijä on perehtynyt tutkimuseettisiin periaatteisiin ja ymmärtää olevansa itse vastuussa työn eettisyydestä (Arene, 2020, s. 17). Nämä piirteet näkyvät Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatiman hyvän tieteellisen käytännön (TENK, 2023) omaksumisessa työn toteuttamisen eri vaiheissa sekä tilaajaorganisaation vaatiman tutkimusluvan hakemisella ja opinnäytetyösopimuksen laatimisella (Arene, 2020, ss. 19–21).

Arene:n (2020, ss. 18–22) eettisissä ohjeissa neuvotaan pohtimaan, kerätäänkö työssä henkilötietoja, tarvitaanko tutkimuslupa ja mitä opinnäytetyösopimuksessa tilaajatahon kanssa sovitaan muun muassa tekijänoikeuksista. Tässä työssä ei kerätä varsinaista aineistoa tai henkilötietoja, ainoastaan tilaajan sekä opiskelijakollegoiden ja ohjaajien nimitöntä palautetta toteutusvaiheessa sekä työn valmistuttua. Pirkanmaan hyvinvointialueen kanssa yhteistyössä toteutettavat opinnäytetyöt vaativat aina tutkimusluvan, joten se on haettu asianmukaisesti heti työn suunnitteluvaiheessa. Tilaajatahon kanssa on allekirjoitettu myös opinnäytetyösopimus, jossa on sovittu työn aihe, aikataulu sekä ohjaaja.

Arene:n (2020, s. 23) eettisten ohjeissa mainittu työhön liittyvä aineistohallintasuunnitelma on tehty. Tieteelliseen kirjoittamiseen ja erityisesti viittauskäytänteisiin on perehdytty koulun ohjeiden sekä aiheeseen liittyvän kirjallisuuden avulla. Työssä ei hyväksytä plagiointia ja se lähetetään ennen julkaisua plagioinnintarkastusjärjestelmä Urkundiin. Tällä ehkäistään tekijänoikeusrikkomukset, jotka luvattomalla lainaamisella ilman asianmukaisia lähdeviitteitä voisi aiheutua. (Arene, 2020, s. 23)

Maailmanlaajuista kestävästä kehitystä ohjaava YK:n toimintaohjelma Agenda2030 (United Nations, 2015, ss. 7–8) määrittelee, että terveyspalveluiden tulisi sitoutua ehkäisemään ja hoitamaan myös käytöshäiriöitä, sillä sen mukaan ne ovat suurena haasteena kestäväälle kehitykselle. Käytösoireiden hoitamatta jättäminen voi vaikuttaa lapsen aikuisiän toimintakykyyn sekä psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen negatiivisesti. Myös lapsen päätyminen aikuisiällä rikollisuuden ja päihdeongelmien pariin on todennäköisempää. (Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus, 2018)

Opinnäytetyön aihe tukee sosiaalisen kestävyysperiaatteita. Sosiaalisella kestävyydellä tarkoitetaan, että oikeudenmukaisuus ja osallisuus toteutuisivat yhteiskunnassa. Sosiaalisen kestävyysajatuksen mukaan, tulisi panostaa hyvinvoinnin mahdollistamiseen sekä turvallisuuteen. (Kuntaliitto, n.d.) CPS-malli luo ymmärtäväisemmän näkökulman lapsen käytösoireille ja kannustaa empatian avulla kohtaamaan käytösoireilevan lapsen eri tavalla, kuin aiemmin on ollut tapana. Siinä pyritään luomaan lapselle kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen kokemus, joka vaikuttaa myös lapsen turvallisuuden kokemukseen. CPS-mallin käytön tutkimustulokset osoittavat, että käytösoireet vähenevät sen käytön myötä ja lapsen ja perheen välinen kommunikaatio paranee. (Greene ym., 2004; Johnson ym., 2012;) Tätä kautta sosiaalisen kestävyysajatuksen näkemys hyvinvoinnin paranemisestakin toteutuu.

6.2 Tuotoksen arviointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa videomateriaalia CPS-mallista. Työelämätahon, koulun ohjaajan sekä opiskelijakollegoiden palautteen mukaan tässä onnistuttiin hienosti. Videotuotokseen saatiin palautteen mukaan vangittua tärkeitä mallin piirteitä niin, että ne on helppo ymmärtää ja aiheeseen voi lähteä perehtymään lisää. Erityistä kiitosta sai syvä perehtyneisyys CPS-malliin ja sitä kautta hyvät konkreettiset esimerkit videoissa. Hyvää palautetta annettiin myös äänen ja grafiikoiden onnistuneesta yhdistämisestä, joka tuki toinen toistaan.

Mallista oli olemassa tietoa suomen kielellä hyvin vähän, joten videomateriaali tuo varmasti apua mallin periaatteiden opettelemiseen. Tilaajatahon palautteen mukaan työstä on varmasti hyötyä monissa eri tarkoituksissa, kun CPS-mallia juurrutetaan osaksi hoitotyötä. Se tulee käyttöön perehtymismateriaaliksi työntekijöille sekä ohjausmateriaaliksi vanhemmille, joten työn tavoite on näillä näkymin onnistunut.

Lähteet

- Aluehallintovirasto. (n.d.) *Videoiden ja äänilähetysten saavutettavuus*.
<https://tinyurl.com/529fdjzu>
- Arene. (2020). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*.
<https://tinyurl.com/mpuvkcyd>
- Aronen, E. (2016). Lasten häiriökäyttäytyminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 132(10), 961–966. <https://tinyurl.com/yxtmxv6a>
- Black, V., Bobier, C., Thomas, B., Prest, F., Ansley, C., Loomes, B., Eggleston, G. & Mountford, H. (2020). Reducing seclusion and restraint in a child and adolescent inpatient area: implementation of a collaborative problem-solving approach. *Australasian Psychiatry*, 28(5) [tutkimusaineisto]. <https://doi.org/k39p>
- Borg, A. (2016). Perheiden voimavarojen tukeminen. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Kustannus Oy Duodecim.
<https://www.oppiporssi.fi/op/ljn02906/do>
- Brame, C. J. (2017). Effective Educational Videos: Principles and Guidelines for Maximizing Student Learning from Video Content. *CBE-Life Sciences Education*, 15(4).
<https://doi.org/gf5nz8>
- Greene, Ross W. (n.d.) *About Dr. Ross Greene*. <https://tinyurl.com/4eja42fr>
- Greene, R. W. (2006). *Tulistuva lapsi*. (E. Tervonen, käänt.). Finn Lectura. (Alkuperäisteos julkaistu 1998)
- Greene, R. W. (2009). *Koulun hukkaamat lapset*. (M. Muurinen, käänt.). WS Bookwell Oy. (Alkuperäisteos julkaistu 2008)
- Greene, R. (2020). *Overview of Collaborative & Proactive Solutions with Dr. Ross Greene* [video]. Lives in the Balance. Vimeo. <https://vimeo.com/491608931>
- Greene, R. (2021). *Intro to CPS for Pediatricians and Family Physicians* [video]. Lives in the Balance. Vimeo. <https://vimeo.com/554797228?signup=true>
- Greene, R., Ablon, J., Goring, J., Raezer-Blakely, L., Markey, J., Monuteaux, M., Henin, A., Edwards, G. & Rabbit, S. (2004). Effectiveness of Collaborative Problem Solving in Affectively Dysregulated Children with Oppositional-Defiant Disorder: Initial Findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1157–1164. [tutkimusaineisto]
<https://doi.org/bd7fvd>

- ETENE. (2009). *Mielenterveysetiikka – sinulla ja minulla on moraalinen vastuu*. ETENE-julkaisu 25. <https://tinyurl.com/594hv9zx>
- Fredriksson, J. & Kaltiala-Heino, R. (2018a). *Lasten ja vanhempien yhteinen ongelmanratkaisu lasten aggression hoidossa*. Käypä hoito -suositus, näytönastekatsaus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak09063>
- Fredriksson, J. & Kaltiala-Heino, R. (2018b) *Kognitiivis-behavioraalinen terapia käytöshäiriöissä*. Käypä hoito -suositus, näytönastekatsaus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/nak09060>
- Friberg, V., Kakko, K., Salmelin, R., & Borg, A-M. (2019). Lastenpsykiatrinen akuuttiosastohoito TAYS:ssa 2017–18. *Lääkärilehti*, 74(50–52), 2943–2947. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:tuni-202001231500>
- Hahtela, N. (2007). *Lastenpsykiatrinen osastohoito perheiden kokemana*. [pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto] <https://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-16942>
- Hales, T. W., Green, S., Bissonette, S., Warden, A., Diebold, J., Koury, S. & Nochajski, T. (2018). Trauma-Informed Care Outcome Study. *Research on Social Work Practice*, 29(5). [tutkimusaineisto] <https://doi.org/gg4c98>
- HAMK. (2023). *Opinnäytetyö*. <https://tinyurl.com/yc4ve7c2>
- Helsingin yliopisto. (2017). *Suunnittelu ja valmisteleminen*. Opetusvideot. <https://tinyurl.com/dn9eyfv9>
- Johnson, M., Östlund, S., Fransson, G., Landgren, M., Nasic, S., Kadesjö, B., Gillberg, C. & Fernell, E. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder in Swedish children – an open study of collaborative problem solving. *Acta Paediatrica*, 101(6), 624–630. [tutkimusaineisto] <https://doi.org/f2zpjg>
- Kaltiala-Heino, R. & Lindberg, N. (2016). Perhetyö osana nuorisopsykiatrista osastohoitoa. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Kustannus Oy Duodecim. <https://tinyurl.com/3mkd3jpk>
- Karhumaa, L. (2017). *Sosiaalityöntekijöiden asiantuntijuus lastenpsykiatrian moniammatillisessa yhteistyössä*. [pro gradu -tutkielma, Lapin yliopisto]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019100130681>
- Karjalainen, E. (2023). *Omahoitajamallin kehittäminen lastenpsykiatrian osastolla*. [Opinnäytetyö, Tampereen ammattikorkeakoulu]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202303234049>

- Kaukonen, P. & Repokari, L. (2016). Lastenpsykiatrian palvelujärjestelmä. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Kustannus Oy Duodecim. <https://tinyurl.com/5n6ktjw6>
- Kauppila, K. (2019). *Pakkotoimet lastenpsykiatrisessa osastohoidossa* (Dissertations in Health Sciences 530) [väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. UEF eRepo. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3188-7>
- Korhonen, L. (2021a). Kasvu ja kehitys eri ikäkausina. *Pulassa lapsen kanssa*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/pla00018>
- Korhonen, L. (2021b). Käytöksen ongelmat. *Pulassa lapsen kanssa*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/pla00025/kaytoksen-ongelmat>
- Korhonen, L. (2021c). Hoito- ja tukimuotoja. *Pulassa lapsen kanssa*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/pla00037/hoito-ja-tukimuotoja>
- Korhonen, L. (2021d). Lapsen aggressiivisuus ja väkivaltaisuus. *Pulassa lapsen kanssa*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/pla00026>
- Koskinen, M. & Sourander, A. (2016a). Osastohoidon indikaatiot. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Kustannus Oy Duodecim. <https://tinyurl.com/5n6ktjw6>
- Koskinen, M. & Sourander, A. (2016b). Lastenpsykiatrisen osastohoidon teoreettisista malleista. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/ljn05201/do>
- Koskinen, M. & Sourander, A. (2016c). Osastohoidon hoitomuodot. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Kustannus Oy Duodecim. <https://tinyurl.com/5n6ktjw6>
- Kumpulainen, K. & Laukkanen, E. (2016). Johdatus psykososiaalisiin hoitomuotoihin. Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.), *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. Kustannus Oy Duodecim. <https://tinyurl.com/5n6ktjw6>
- Kuntaliitto. (n.d.) *Sosiaalinen kestävyys*. <https://tinyurl.com/3ekzzkhi>
- Kuokkanen, A. (2019). *Vaikuttava opetusvideo: tee se näin*. Mediamasteri. <https://tinyurl.com/fmm445hc>

- Kuosmanen, M. & Laukkanen, E. (2019). Pakon käytön vähentäminen psykiatrisessa sairaalahoidossa. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 135(10), 925–31. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14927>
- Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret): Käypä hoito -suositus. (12.12.2018). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50118>
- Lives in the Balance. (2021). *Collaborative & Proactive Solutions – F.A.Q.* <https://tinyurl.com/25693b7d>
- Martin, A., Krieg, H., Esposito, F., Stubbe, D. & Cardona, L. (2008). Reduction of Restraint and Seclusion Through Collaborative Problem Solving: A Five-Year Prospective Inpatient Study. *Psychiatric Services*, 59(12). [tutkimusaineisto] <https://doi.org/k39m>
- Mielenterveyslaki 1116/1990. <https://tinyurl.com/ycx7uvrt>
- MLL. (n.d.). *Lapsen kasvu ja kehitys*. Vanhempainnetti. <https://tinyurl.com/56kkwpy4>
- Pahlen, B. & Marttunen, M. (2013). Käytöshäiriöt. Teoksessa R., Viialainen (toim.), *Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille*. (ss. 97–107) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-647-2>
- Puustjärvi, A. & Repokari, L. (2017). Lasten käytöshäiriöihin tulee puuttua ajoissa. *Suomen lääkirlehti*, 72(21), 1364–1367. <http://hdl.handle.net/10138/297876>
- Riihonen, R. & Koskinen, M. (2020). *Kuinka kiukku kesytetään*. PS-kustannus.
- Sarvela, K. & Auvinen, E. (2020). *Yhteinen kieli*. Basam Books Oy.
- SAMHSA. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. <https://tinyurl.com/489th9tz>
- Sourander, A. & Aronen, E. (2021a). Mitä lastenpsykiatria on? Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.), *Psykiatria*. Kustannus Oy Duodecim.
- Sourander, A. & Aronen, E. (2021b). Lastenpsykiatrinen tutkimus. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.), *Psykiatria*. Kustannus Oy Duodecim.
- TENK. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitleminen Suomessa*. <https://tinyurl.com/43jsujy7>
- Huikko, E., Kovanen, L., Torniainen-Holm, M., Vuori, M., Lämsä, R., Tuulio-Henriksson, A. & Santalahti, P. (2017). *Selvitys 5–12-vuotiaiden lasten mielenterveydenhäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-987-3>
- THL. (2023). *Perhetyö*. <https://tinyurl.com/2p8a58zm>

United Nations. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

Vilkka, H. (2021). *Näin onnistut opinnäytetyössä*. PS-kustannus.

Liite 1. Videoiden alkunäkymät

CPS - Collaborative & Proactive Solutions



Pirkanmaan
hyvinvointialue

CPS - Collaborative & Proactive Solutions

Polut ja laukaisijat



Pirkanmaan
hyvinvointialue

CPS - Collaborative & Proactive Solutions

Suunnitelma A, B & C



Pirkanmaan
hyvinvointialue