

Opinnäytetyö (AMK)  
Sosiaalialan koulutusohjelma  
Sosiaalipalvelutyön suuntautumisvaihtoehto  
2012

Elina Reuter

# LASTEN MIELENTERVEYSAMBULANSSI

– toimintamallin kuvaus ja arviointi sosionomin  
näkökulmasta



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjelma | Sosiaalipalvelutyön suuntautumisvaihtoehto

Opinnäytetyön valmistumisajankohta 2012 | Sivumäärä 57

Ohjaaja Marjatta Hahtola

Elina Reuter

## LASTEN MIELENTERVEYSAMBULANSSI- TOIMINTAMALLIN KUVAUS JA ARVIOINTI SOSIONOMIN NÄKÖKULMASTA

Lasten mielenterveysambulanssi on verkostomainen konsultoiva työskentelytapa, jossa erikois-sairaanhoidollista psykiatrasta tietämystä viedään perusterveydenhoidon tasolle asiakkaana olevan lapsen ja hänen perheensä arkiseen lähiverkostoon ja osaksi lapsen kehitysympäristöä (jalkautuminen). Hoitovastuu säilyy perustasolla. Lasten mielenterveysambulanssi oli yksi Remontti-hankkeen pilottihankkeista (8/2009-9/2012). Hankkeessa kehitettiin uusi varhaisinterven-tion menetelmä lastenpsykiatrian akuuttityöhön.

Tutkimusotteeltaan opinnäytetyöni on tutkimuksellinen kehittämistyö. Sen tarkoitus on kuvailla hanketta ja pilotin aikana käytäntöön sovellettua uutta työmenetelmää. Tarkoituksena on myös arvioida saatuja tuloksia ja työmenetelmän siirrettävyyttä toisiin toimintaympäristöihin.

Työssäni on myös vertailuasetelma. Olen valinnut vertailukohteeksi vuosien 2006-2008 JERI-hankkeen, joka käynnistettiin psykoosiriskissä olevien nuorten auttamiseksi (JERI = Jorvi Early Psychosis Recognition and Intervention). Jatkona toteutetuissa JERI-projekteissa (4/2009-10/2011, 1/2012-2013) on kehitetty uutta varhaisen puuttumisen mallia ja työmenetelmää nuori-sopsykiatriaan. Kuten Lasten mielenterveysambulanssissa, myös JERI:ssä työ on moniammatil-lista verkostotyötä yhdessä perheen sekä sen kanssa työskentelevien sosiaalityön ammattilais-ten kanssa.

Hankkeiden tulokset yleistäen ovat samansuuntaisia ja kokeiltujen toimintamallien vakiinnuttamisen puolesta puhuvia. Kokeiluilla interventioilla on mahdollista auttaa lapsia ja nuoria jo varhaisessa vaiheessa nopeasti. Auttaminen tapahtuu lapselle, nuorelle ja perheelle tutussa ympäristössä tutun tai tuttujen ammattilaisten kanssa (hoidon psykologinen jatkuvuus). Mitä aiemmin lapsi, nuori ja perhe saavat asiantuntevaa apua, sitä harvemmin mielenterveysongelmat mutkistuvat ja vakavoituvat. Kustannussäästöä syntyy, kun viranomaiset eivät tee päällekkäistä työtä, ja erikoissairaanhoidon tarve vähenee perustasolle annettavalla psykiatrian konsultoinnilla. Saatujen kokemusten mukaan vaikeassa tilanteessa elävän lapsen ja perheen tukemiseksi tarvitaan sektorirajat ylittäviä palveluita ja oikea-aikaista perheen kanssa työskentelevien ammattilaisten yhteistoimintaa. Paikalliset toimijat hyötyvät ulkopuolisesta tuesta tilanteessa, jossa lapsi oireilee vakavasti. Moniammatillisella verkostotyöskentelyllä voidaan koordinoida ja jäsentää perheiden tarvitsemien palveluiden kokonaisuutta. Toimintamalli ja työmenetelmät ovat levitettävissä ja siirrettävissä toisiin toimintaympäristöihin.

### ASIASANAT:

perhe, lapset, nuoret, mielenterveys, varhainen puuttuminen, moniammatillisuus, dialogisuus, dialoginen verkostotyö, sosiaali- ja terveystyö

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme Social Services | Specialisation Social Services

Completion year of the thesis 2012 | Total number of pages 57

Instructor Marjatta Hahtola

**Elina Reuter**

## **THE CHILDREN'S MENTAL HEALTH CARE AMBULANCE – A DESCRIPTION AND AN EVALUATION OF A NEW INTERVENING MODEL FROM THE POINT OF VIEW OF A BACHELOR OF SOCIAL SERVICES**

Lasten mielenterveysambulanssi (The Children's Mental Health Care Ambulance), a project at Turku University Central Hospital (TUCH), Turku region, Finland, has developed a model with an early intervention team for children at risk of acute and severe mental disorders. This project was a part of a larger community re-structuring project (Remontti), during Aug 2008 and Sept 2012. The intervention team meets children in their common surroundings, e.g. at school or home, together with family members and community co-workers. The intervention is based on the idea of multiprofessional, need-adapted, family- and network-oriented, low-threshold, supportive care.

This Thesis is descriptive and evaluative, the evaluation method being realistic evaluation. Its aim is to describe and evaluate the new method developed in the project in question. A chosen comparison project was JERI project (Jorvi Early Recognition and Intervention) at Helsinki University Central Hospital (HUCH), Helsinki region, Finland. JERI is a similarly built-up intervention team working model aimed for adolescents at ages 12-22 facing risk of developing first-time psychosis or other severe mental disorders. JERI seems to have improved the level of overall functioning abilities and supported mental health of the treated adolescents during its period Jan 2007- Oct 2011.

Both projects have so far adequately and sufficiently proven to offer effective early intervention models in support of families with children or adolescents suffering from behavioral difficulties. These new models are time-saving, cost-reducing and providing coordination of resources for families. The models are distributable and transferable to different environments of psychiatric care as well as to other environments in social work. [Click here to enter text.](#)

### **KEYWORDS:**

family, children, adolescents, mental health, early intervention, multiprofessional, dialog, dialogic network, social and health services

# SISÄLTÖ

<b>KÄYTETYT LYHENTEET (TAI SANASTO)</b>	<b>6</b>
<b>1 JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2 TAUSTAA</b>	<b>9</b>
2.1 Laaja toimintaympäristö	9
2.2 Suppea toimintaympäristö	10
2.3 Perusteet tuen viemiseksi lapsen arkiympäristöön	11
2.3.1 Lapsen psyykinen kehitys	11
2.3.2 Ekologisen kasvun teoria	12
<b>3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS</b>	<b>16</b>
3.1 Keroputaan malli	16
3.2 Dialogisuuden ydinkysymyksiä	18
3.3 Avoin dialogisuus hoidon toimintamallina	20
<b>4 TYÖN LUONNE, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TUTKIMUSMENETELMÄN VALINTA</b>	<b>22</b>
<b>5 LASTEN MIELENTERVEYSAMBULANSSI-TOIMINTA</b>	<b>25</b>
5.1 Menetelmän kuvaus	25
5.2 Oma kokemus	27
5.3 Tulokset toukokuulle 2012 mennessä	28
5.4 Lasten mielenterveysambulanssin tulevaisuus	30
<b>6 LASTEN MIELENTERVEYSAMBULANSSI HYVÄNÄ KÄYTÄNTÖNÄ</b>	<b>33</b>
6.1 Hyvän käytännön tunnuspiirteet	33
6.2 Lasten mielenterveysambulanssin kuvaus	34
<b>7 VERTAILU NUORISOPSYKIATRIAN JERI-HANKKEESEEN</b>	<b>36</b>
7.1 Menetelmän kuvaus	36
7.2 Tulokset 2007–2008	37
7.3 Jatkohanke ja JERIn tulevaisuus	38
<b>8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</b>	<b>42</b>
8.1 Aineiston valinta	42
8.2 Tutkimusmenetelmän ja tutkimusotteen valinta	42

8.3 Aineiston käsittely ja analysointi sekä tulokset	45
8.3.1 Tutkimustehtävä 1.	45
8.3.2 Tutkimustehtävä 2.	46
8.3.3 Tutkimustehtävä 3.	47
8.3.4 Tutkimustehtävä 4.	49
8.4 Tutkimuksen luotettavuus	51
<b>9 POHDINTAA</b>	<b>53</b>
<b>10 LÄHTEET</b>	<b>55</b>

## KUVAT JA KUVIOT

Kuvio 1. Remontti-hankkeen peruslähtökohdat. ( <a href="http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=17447">http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=17447</a> [tulostettu 5.11.2012].)	9
Kuvio 2. Ekologisen sosiaalistumisteorian (Bronfenbrenner 1979) kuvaamat yksilön elinpiirit ja esimerkkejä niiden sisällöistä (Saarinen, Ruoppila & Korkiakangas 1994).(Härkönen, U. 2008.)	15
Kuvio 3. Kaavakuva akuuttihoitomallista. (Raportti 2012, 4 [tulostettu 4.9.2012].)	26
Kuvio 4. Hyvän käytännön prosessi. <a href="http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/prosessi/">http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/prosessi/</a> (www.sosiaaliportti.fi>hyvä käytäntö >prosessi ([viitattu 25.2.2010]).	33
Kuvio 5. Hyvän käytännön prosessi eli kehittämisen neljä vaihetta. ( <a href="https://www.innokyla.fi/tietoa-innokylasta">https://www.innokyla.fi/tietoa-innokylasta</a> [viitattu 2.12.2012].)	34
Kuvio 6. Kaavakuva JERI-hankkeen sijoittumisesta nuorten palveluissa. (Opi ja kasva 2011_Lasten ja nuorten psyykkinen hyvinvointi_Heikkinen.pdf, [tulostettu 6.3.2012, viitattu 23.10.2012].)	39
Kuvio 7. JERIn prosessikuvaus. ( <a href="http://www.lapsenaani.fi/KONSULTATIIVINEN/JERI2/Jeri_index.html">http://www.lapsenaani.fi/KONSULTATIIVINEN/JERI2/Jeri_index.html</a> [viitattu 5.12.2012].)	40
Kuvio 8. Tutkijan oman position valinta tutkimusparadigman eri ulottuvuuksilla (Anttila 2007, 36.).	43
Kuvio 9. Toimintatutkimuksen kulku kaaviona Anttilan mukaan (Anttila 2007, 137, Suojasta 1999 ja Linturia 2003 mukaillen).	44
Kuvio 10. Perheen ekologinen viitekehys Tonttilan (2006) mukaan Härkösen esittämänä (Härkönen, U. 2008). Vammaisen/autistinen pitäisi olla psyykkisesti oireileva lapsi/nuori.	50

## KÄYTETYT LYHENTEET (TAI SANASTO)

Lasten mielenterveysambulanssi

jalkautuva verkostomainen lasten mielenterveysambulanssi-  
nimellä toteutettu VSSHP:n pilottihanke

JERI-hanke

nuorten psykoosiriskissä olevien nuorten ennaltaehkäisevä  
hanke (Jorvi Early Psychosis Recognition and Intervention)  
sekä sen jatkohankkeet

VSSHP

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

TYKS

Turun yliopistollinen keskussairaala

# 1 JOHDANTO

Kesäkuussa 2010 osallistuin Pekka Holmin koulutuspäiviin dialogisuudesta. Koulutus oli innostavaa ja siellä ymmärsin, että dialogisuus ja moniammatillinen verkostotyöskentely eri muodoissaan eivät ole mikään uusi asia. Eri nimillä tätä on tehty ja tehdään sosiaalityön eri tehtävissä muun muassa perhetyössä ja lastensuojelussa. Yksi tällaisista työmenetelmistä on läheisneuvonpito. Mielestäni dialogisuus koskee – tai sen pitäisi koskea - myös aikuissosiaalityötä, joka on osa suuntautumisvaihtoehtoani. Perhetyötä ja lastensuojelutyötä tekevät sosionomit sosiaaliohjaajan nimikkeellä sosiaalityöntekijän työparina ja joissakin perheneuvoloissa on kokeiltu sosionomin käyttöä terveydenhoitajan työparina. Niinpä jäin pohtimaan, miten saisin lähtökohtaisesti psykiatrian ja psykiatrisen hoidon aiheesta kirjoitettua opinnäytetyön sosionomin näkökulmasta.

Lasten mielenterveysambulanssi-hanke (myöhemmin Lasten mielenterveysambulanssi) on ollut yksi Remontti-hankkeen pilottihankkeista. Sen toteuttajana on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri ja tarkemmin TYKS lastenpsykiatrian akuuttiryhmä. Lasten mielenterveysambulanssissa on kyse siitä, että akuuttitilanteissa lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon työpari jalkautuu osaksi lapsen kehitysympäristöä. Jalkaudutaan siis esimerkiksi terveyskeskukseen, päiväkotiin, kouluun, sosiaalivirastoon tai perheen kotiin. Näin perhe saa apua luonnollisessa ympäristössään. Päävastuu lapsen / perheen hoidosta säilytetään ns. perustasolla ja työnjako psykiatrian kanssa sovitaan tätä ajatellen. Työntekijöiden perustehtävä on akuutin kriisitilanteen pysäyttäminen ja siihen johtaneiden syiden jäsentäminen. Perheiden oikea-aikainen, varhainen avunsaanti kriisitilanteissa kuten perheen vanhemman äkillisessä mielenterveyskriisissä pyritään näin turvaamaan. Työ on ennaltaehkäisevää ja yli sektorirajojen tapahtuvaa moniammatillista yhteistyötä.

Tuen ja avun vieminen lapsen ja perheen lähiympäristöön, kehitysympäristöön pohjautuu myös Bronfenbrennerin esittämään ekologiseen malliin. Aihe sisältyy sosionomin koulutukseen ammattikorkeakoulussa.

Sosionomin työssä on tarpeen tietää aika paljonkin mielenterveydestä ja sen häiriöistä, koska monessa asiakkaaksi tulevassa perheessä on mielenterveysongelmia joko lapsilla tai vanhemmilla. Palveluohjausta tekevien sosionomien on tiedettävä perusasiat ko. kunnan psykiatristen potilaiden hoitoketjuista ja psykiatrian erilaisista työmuodoista, jotta he voivat ohjata asiakkaansa oikeanlaisen palvelun piiriin. Opinnäytetyö kuvaa yhdeltä osalta näitä hoitoketjuja.

Tutkimusotteeltaan opinnäytetyöni on tutkimuksellinen kehittämistyö, joka on luonteeltaan kuvaileva. Sen tarkoitus on kuvailla pilottihankkeessa kehitettyä ja projektin ajan käytäntöön sovellettua uutta työmenetelmää. Millainen tämä uusi työparityöskentelymenetelmä on ja millaisia kokemuksia siitä on saatu käytännössä?

Työssäni on myös vertailuasetelma. Olen valinnut vertailukohteeksi vuosien 2006-2008 JERI-hankkeen, joka käynnistettiin psykoosiriskissä olevien nuorten auttamiseksi. Jatkona toteutetussa JERI-projektissa 4/2009-10/2011 on kehitetty uudenlaista varhaisen puuttumisen mallia ja työmenetelmää nuorten vakavien mielenterveyshäiriöiden ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Minua kiinnosti selvittää, onko lasten mielenterveysambulanssi-menetelmässä ja JERI-mallin mukaisessa menetelmässä eroja? Millaiset tulokset on tähän mennessä saatu kummastakin?

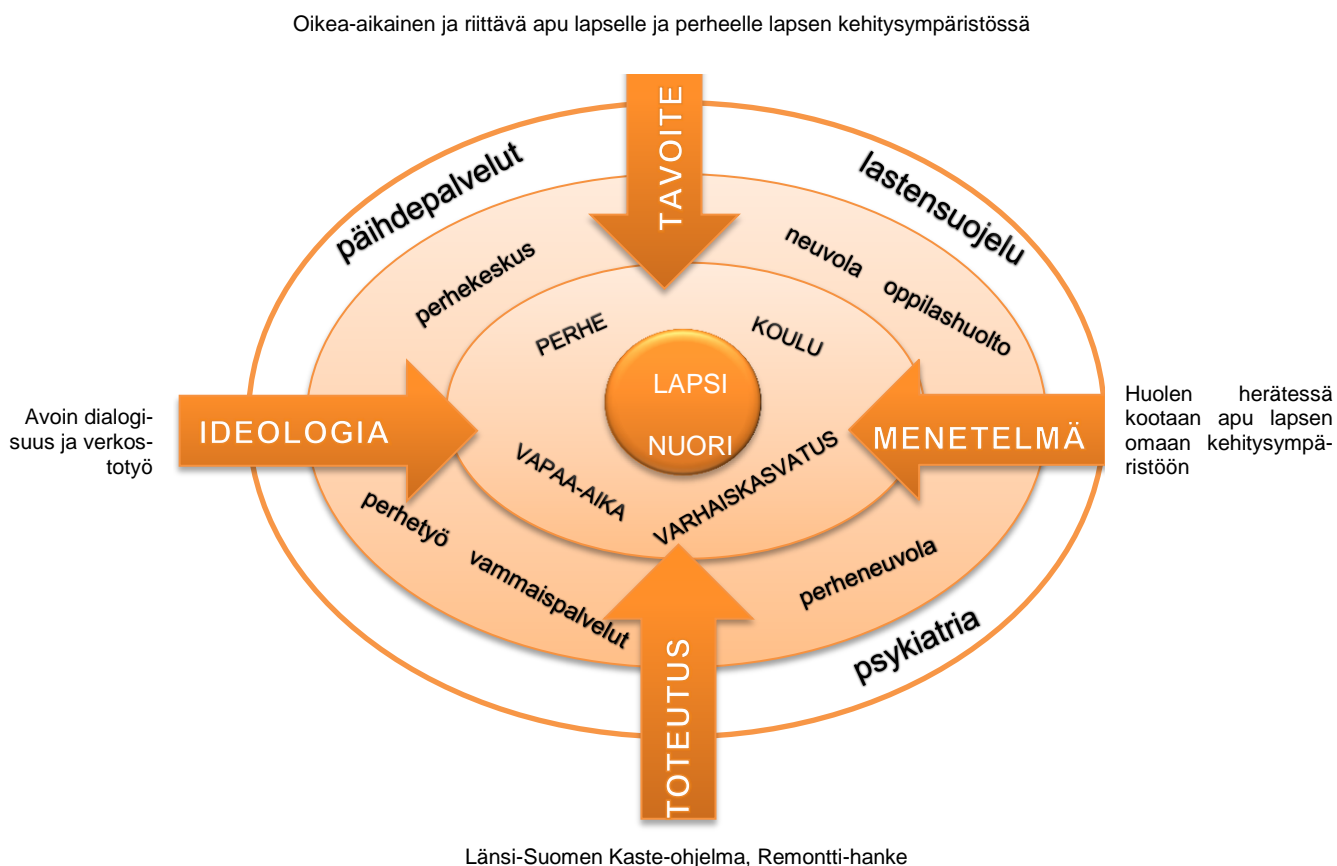
Tutkimusote lähestyy tapaustutkimusta (case study), jolle on ominaista yksittäistapauksen tutkiminen luontaisessa ympäristössään ja kiinnostuksen kohteena ovat prosessit.



## 2 TAUSTAA

### 2.1 Laaja toimintaympäristö

Remontti-hanke (2008-2013) toteuttaa valtakunnallisen KASTE-ohjelman tavoitteita lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistamiseksi. Remontti-hanke koskee alueellisesti Varsinais-Suomea ja Satakuntaa. Kuviossa on tiivistettyä hankkeen ideologia ja menetelmät sekä lapsen ja nuoren kehitysympäristöt. Remontti-hankkeen peruslähtökohtana on ennaltaehkäisevän avun tuominen lapsen kehitysympäristöön sektorirajat ylittäen. (<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=17447> [viitattu 5.11.2012].)



Kuvio 1. Remontti-hankkeen peruslähtökohdat. (<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=17447> [tulostettu 5.11.2012].)

Yksi Remontti-hankkeen pyrkimyksiä on työkäytäntöjen kuvaaminen ja levittäminen eri toimijoille.

Remontti-hankkeen puitteissa on Raumalla ja ns. Pyhäjärvisuudun pienissä kunnissa (Eura, Säskylä, Köyliö) kehitetty sektorirajat ylittäviä palveluita lapsille, nuorille ja perheille. Lanu -hankkeen parasta antia on ollut kattavan perhetukikeskuksen suunnittelu Raumalle. Perhetukikeskus toteutettaneen 2013. (<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=389061&nodeid=17449> [viitattu 5.11.2012].)

Satakunnassa on toteutettu laaja nuorille suunnattu pilottihanke, joka on päättynyt, mutta vakiintuneeksi toiminnaksi on tämän Usko nuoriin -pilotin tuloksena jäänyt asiakasyhteistyöryhmät lapsille ja nuorille kolmessa eri ikäryhmässä. Mukana työryhmässä voi olla esimerkiksi kuraattori, sosiaalityöntekijä, ammatinvalintapsykologi, Kelan työntekijä ja lääkäri. Toimintamalli räätälöidään jokaisen asiakkaan kunnan tai sote-alueen mukaan. (<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=388236&nodeid=17449> [viitattu 5.11.2012].)

Lasten mielenterveysambulanssi, jota työssäni kuvailen, oli yksi 16:sta Varsinais-Suomen ja Satakunnan alueen pilottihankkeesta. Osa piloteista ei ole vielä päättynyt.

## 2.2 Suppea toimintaympäristö

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä TYKS:ssä lastenpsykiatrinen työ on pitkään ollut moniammatillista tiimityötä. Lapsinäkökulma on työssä keskeinen ja tavoitteena on pysäyttää lapsen hyvinvointia uhkaava tilanne, joka imee perheen voimavarat ja jonka pysäyttämiseen perheellä ei ole riittäviä hallintakeinoja. Akuuttiryhmässä on kuusi jäsentä, koulutukseltaan lääkäreitä, sairaanhoitajia, psykologeja ja sosiaalityöntekijä. Työn osa-alueita ovat polikliininen työ, osastoarviotapaamiset, lapsen osastojakso 10–14 vuorokautta ja uusimpana Lasten mielenterveysambulanssin työ. TYKS:in lasten akuuttiosastolle pääsee perustason lääkärin läheteellä ja työryhmässä mietitään, mikä puuttumisen

malli on kussakin tilanteessa paras: onko suoritettava osastoarvio (tutkimusjakso) vai otettava lapsi suoraan osastojaksolle vai riittääkö lapsen arkiympäristöön viety ambulanssityöparin konsultaatio ja työskentely. (Lastenpsykiatrinen akuuttityö, diat 2,6, 7,8. (<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=217442> [tulostettu 17.6.2010, viitattu 30.10.2012].)

Virka-aikana akuuttityöryhmä vastaa päivystyspotilaiden tutkimuksesta ja hoidosta. Lastenpsykiatrinen päivystys on TYKS:in lastentautien poliklinikalla klo 22 saakka perustuen lähetekäytäntöön. (VSSHPP Psykiatria, (<http://psykiatria.vsshp.fi/fi/pkl421> [viitattu 30.10.2012].)

## 2.3 Perusteet tuen viemiseksi lapsen arkiympäristöön

### 2.3.1 Lapsen psyykkinen kehitys

Lapsen psyykkinen kehitys tapahtuu vahvasti vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Ihmisellä on kyky kehittyä psyykkisesti, älyllisesti ja emotionaalisesti, kyky aloittaa, kehittää ja ylläpitää tyydyttäviä ihmissuhteita, kyky kokea empatiaa ja käyttää psyykkisiä ristiriitoja kehityksellisinä prosesseina niin, että ne eivät estä tai turmele myöhempää kehitystä. Näiden suotuisten kehityspolkujen rinnalla ihmisellä on mahdollisuus kulkea toista, haitallista kehityspolkua. Silloin kehitys johtaa tunne-elämän ja käyttäytymisen vaikeuksiin, ihmissuhdeongelmiin ja jopa sosiaaliseen eristäytymiseen. (Kampman 2007, 49.)

Kehityksen kulkua määrää se, miten lapsen ympäristö ymmärtää ja tukee hänen kykyjään. Lapsen psyykkinen kehitys tapahtuu merkityksellisissä ihmissuhteissa ja toimissa, jotka tapahtuvat lapsen arkisissa lähiympäristöissä eli kotona, päivähoitossa ja kavereiden kanssa pihalla tai koulussa. Lasten mielenterveyden edistäminen on laaja-alaista lapsen persoonallisten kykyjen ja terveen kehityksen tukemista. Ryhmätasolla se on sellaisten ympäristöjen luomista, joissa yksilön, ryhmän ja ympäristön vuorovaikutus on mahdollisimman myönteistä lapsen psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Lasten mielenterveysongelmista on

tullut terveydenhuollon keskeisimpiä huolenaiheita. Lapsuuden mielenterveysongelmien yhteys myöhempään aikuisiän psykiatriin oirehtimisiin ja syrjäytymiseen on ymmärretty. Pitkät seurantatutkimukset osoittavat, että lapsuusiän sosiaaliset ongelmat ja käytöshäiriöt saattavat ennustaa suuriakin kielteisiä seurauksia myöhemmin elämässä. Näitä ovat väkivaltaisuus, päihteiden käyttö, vakava masennus ja muut psyykkiset sairaudet sekä persoonallisuushäiriöt. On myös huomattu, että liika arkuus ja vetäytyminen sosiaalisista tilanteista voivat ennustaa masennusta ja runsasta päihteiden käyttöä aikuisiässä. Laaja-alaisille lasten mielenterveyttä tukeville toimille on siten erityinen tilaus. (Kampman 2007, 49.)

### 2.3.2 Ekologisen kasvun teoria

Urie Bronfenbrenner on eräs USA:n tunnetuimpia kehityspsykologian edustajia. Bronfenbrenner oli ensimmäisiä psykologeja, joka omaksui kokonaisvaltaisen käsityksen ihmisen kehityksestä. Bronfenbrennerin ekologisten systeemien teorialla on ollut laaja vaikutus ihmisten ja heidän elinympäristöjensä tutkimukseen. Bronfenbrenner korosti sosiaalista kasvu ympäristöä lasten kasvamisen tekijänä. Hän piti perheiden rikkoutumista suurimpana syynä nuorison vieraantumiseen, apatiaan, kapinallisuuteen, rikollisuuteen ja väkivaltaisuuteen. Bronfenbrenner kehitti ekologista lähestymismalliaan koko 1970-luvun, mutta hänen pääteokseensa pidetään 1979 julkaistua Ihmisen kehityksen ekologiaa (*The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*). ([http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Urie\\_Bronfenbrenner](http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Urie_Bronfenbrenner) [viitattu 2.12.2012].)

Bronfenbrennerin neljä systeemitasoa ovat:

- Mikrosysteemi: välittömät ympäristöt (perhe, koulu, koulutoverit, naapurusto, päivähoito)
- Mesosysteemi: Systeemi, joka koostuu välittömien ympäristöjen välisistä yhteyksistä, kuten lapsen kodista ja koulusta (vuorovaikutus)

- Eksosysteemi: Ulkoiset ympäristötekijät, jotka vain välillisesti vaikuttavat lapsen kehitykseen (kuten vanhempien työpaikat)
- Makrosysteemi: Laajempi kulttuurinen konteksti (Idän vs. Lännen kulttuuri, kansallinen talous, poliittinen kulttuuri, alakulttuurit)

Myöhemmin Bronfenbrenner lisäsi mukaan viidennen systeemisen tason:

- Kronosysteemi: Ympäristössä tapahtuvien seikkojen ja siirtymien vaikutus elämäntapaan.

([http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Urie\\_Bronfenbrenner](http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Urie_Bronfenbrenner) [viitattu 2.12.2012].)

Ekologisessa mallissa tärkeintä on lapsen kasvuympäristöjen välinen yhteistyö eli mesosysteemin toimivuus. Tämä tarkoittaa lähinnä lapsen kasvatuksesta vastaavien aikuisten vuorovaikutusta. Yhteistyö edellyttää sosiaalisten verkostojen syntymistä. Sosiaalisen ympäristön emotionaalinen tuki vanhemmuudelle on tärkeä asia, sillä sen puute saattaa heikentää vanhempien itseluottamusta kasvattajina. (Virjonen, H. 2008.[viitattu 2.12.2012].)

Sosiaalinen verkosto voidaan määritellä ihmissuhteiden verkostokartaksi, jossa on eri sektoreita: oma perhe, sukulaiset, työpaikka, päiväkotia tai koulu ja ystävyssuhteet (Haarakangas 2008, 65).

Sosiaalinen verkosto myös kontrolloi vanhempien kasvatustapoja ja menettelyjä. Ympäristö voi rohkaista tai antaa kielteistä palautetta vanhempien käyttäytymisestä kasvatustilanteissa ja vaikuttaa näin vanhempien kasvatustyyliin. Ongelmana voi olla kulissien rakentaminen, jos ympäristö ei ole inhimillisesti salliva ja hyväksyvä. Sosiaalinen verkosto voi antaa myös roolimalleja ja esimerkkejä. (Virjonen, H. 2008.[viitattu 2.12.2012].)

Myös ammattilaiset (opettajat, ohjaajat, kasvattajat) voivat pyrkiä lisäämään perheiden tukea, eli kannustaa vanhempia ja luoda mahdollisuuksia epäviralliseen kanssakäymiseen toisten vanhempien kanssa. Eksosysteemit vaikuttavat lapseen välillisesti vanhempien, päivähoitajien ja opettajien sekä muiden kas-

vattajien elämänpiirin kautta (mm. aikuisten työolosuhteet, harrastus- ja kansalaistoiminta) ja myös laajemmin makrosysteemien välityksellä eli yhteiskunnallisten ja kulttuuristen tekijöiden kautta (esim. perhe- ja työpoliittiset ratkaisut).

Aikuisten tyytyväisyys ja onnellisuus vaikuttavat ratkaisevasti lasten tasapainoisuuteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. (Virjonen, H. 2008.[viitattu 2.12.2012].)

Kasvu ympäristön tutkimisessa pyritään käyttämään hyväksi lapsen/nuoren omia kokemuksia - ei tehdä havaintoja ja tulkintoja vain ulkoapäin, vaan kuullaan lasta aidosti. Korostetaan lapsen aktiivisuutta vuorovaikutuksessa – hän ei ole vain ympäristöjensä tuote, vaan myös niiden luoja – mielenkiinnon kohteena se, mitä lapsi itse havaitsee ja ajattelee. (Virjonen, H.2008.[viitattu 2.12.2012].)

Olennaista on kasvun kontekstuaalisuus, eli lasta ja hänen käyttäytymistään tarkastellaan kulloisessakin toimintaympäristössä. Tavoitteena on saada lapsen ja hänen ympäristönsä välinen vuorovaikutus toimivaksi. (Virjonen, H.2008.[viitattu 2.12.2012].)

Lapsen osuutta tilanteiden arvioinnissa voidaan tarkastella kolmen ulottuvuuden avulla:

### 1. roolit

- Lapsen toiminnan sisältö ja suhteet toisiin lapsiin ja aikuisiin
- Tarkastelun kohteina ovat vastavuoroisuus, voiman tasapaino ja suhteen tunnepitoisuus

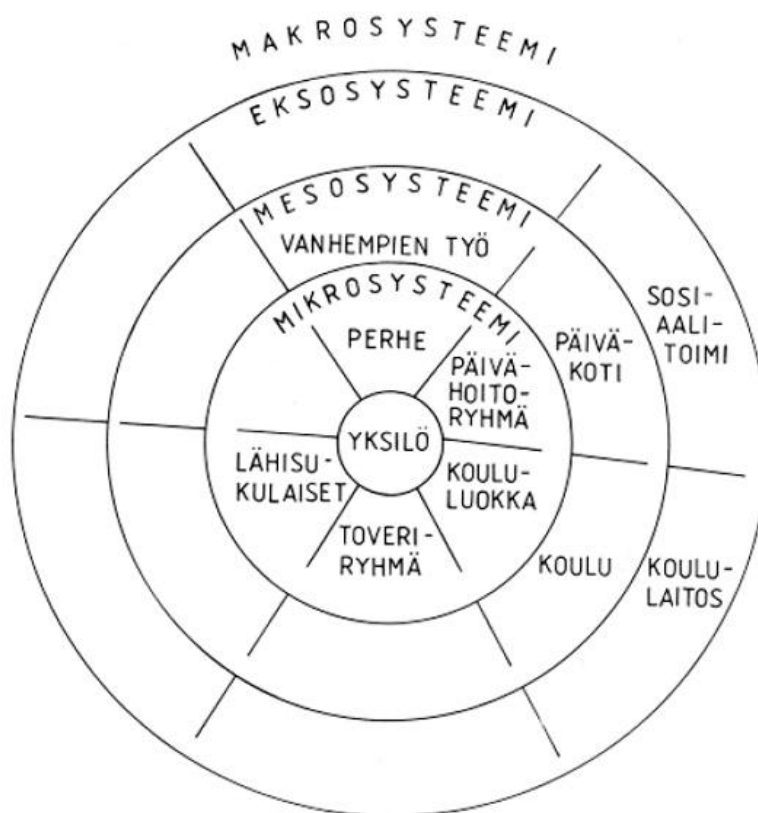
### 2. toiminta

- Tärkeää tunnistaa toiminnan tavoite, mitä tarkoitusta se palvelee (tätä aikuisten voi olla vaikea tunnistaa lasten keskinäisessä kanssakäymisessä)

### 3. vuorovaikutus

- Vuorovaikutussuhteen vastavuoroisuus sekä vahva ja kestävä tunnesuhde ovat tärkeitä kehityksen elementtejä
- Olennaista on tunnistaa osallistumisen luonne (positiivisuus – negatiivisuus) ja vaikutusten rakentavuus – hajottavuus (Virjonen, H. 2008 [viitattu 2.12.2012].)

Virjonen (2008) vetää johtopäätöksinä ekologisen teorian soveltamisesta käytäntöjen kehittämiseen ensinnäkin sen, että jokainen lapsi on erottamaton osa jotakin sosiaalista systeemiä. Toiseksi lapsen käyttäytymisen ongelmat nähdään systeemissä olevina ristiriitoina eikä lapsen kehoon sijoittuvana sairaute-  
na. Parannustoimet jossakin osassa systeemiä saattavat auttaa koko systeemiä. Interventioita ovat lapsen muuttaminen (joka on tavallisin, muttei aina paras tapa), ympäristön muuttaminen sekä asenteiden ja odotusten muuttaminen. (Virjonen, H. 2008.[viitattu 2.12.2012].)



Kuvio 2. Ekologisen sosiaalistumisteorian (Bronfenbrenner 1979) kuvaamat yksilön elinpiirit ja esimerkkejä niiden sisällöistä (Saarinen, Ruoppila & Korkiakangas 1994).(Härkönen, U. 2008.)

## 3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

### 3.1 Keroputaan malli

Psykiatrisessa laitoshoidossa työryhmällä tarkoitetaan osastotiimiä tai tietyn potilaan hoidosta vastaavaa hoitotiimiä, joista jälkimmäiseen kuuluu vain muutama työntekijä. Hoitokokoukset ovat tärkeä osa perhe- ja verkostokeskeistä hoitoprosessia. Hoitokokousta voidaan kutsua myös hoitoneuvotteluksi tai perhe- tai verkostotapaamiseksi. Hoitokokoukseen pyritään saamaan mukaan ne henkilöt, jotka sillä hetkellä koetaan potilaalle paranemisen ja kuntoutumisen kannalta tärkeiksi. Näitä voivat olla esim. perheenjäsenet, lähisukulaiset, neuvolan terveydenhoitaja, lastensuojelun työntekijä ja potilaan hoitotiimi. (Haarakangas 2008, 83, 86, 124.)

Psykiatrinen hoitotyö rakentuu perinteisesti hierarkkiselle mallille, jossa viime kädessä ylilääkärin sana ratkaisee. Eri ammattikuntien väliset rajat ovat selvät ja kukin ammattiryhmä korostaa omaa asiantuntemustaan. Sairaanhoitajien saatetaan katsoa olevan liian lähellä potilasta, jonka hoitoon he päivittäin osallistuvat, ja tällä perusteella voidaan vähätellä heidän esittämiensä toimien järkevyyttä ja heidän mielipiteidensä objektiivisuutta. Päätökset tekee lääkäri, joka saattaa pitää itseään objektiivisempänä arvioijana, koska hän toimii etäämmällä potilaasta. Hoitoperinne on lisäksi pitkään ollut yksilöterapeuttinen, jolloin perhe- tai verkostotyöskentely koetaan hankalana toteuttaa ja sen merkitys kyseenalaistetaan. Lisänä on vahva biolääketieteellinen ajattelumalli. (Haarakangas 2008, 122–123, 157; samoin Sailas & Laiho 2010, 181–183.)

Lasten mielenterveysambulanssitoiminnassa lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon työpari jalkautuu akuuttitilanteissa osaksi lapsen kehitysympäristöä. Näin perhe saa apua luonnollisessa ympäristössään. Päävastuu lapsen/perheen hoidosta säilytetään ns. perustasolla ja työnjako psykiatrian kanssa sovitaan tästä lähtökohdasta. Kysymyksessä on totutun hoitoketjun kääntäminen.



Perhekeskeinen hoitotapa ei ajatuksena eikä käytännössä ole psykiatrian puolella mikään uusi asia. Keroputaan sairaalassa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä käynnistettiin 1980-luvun alussa työryhmä, joka pyrki rakentamaan psykiatrisen hoidon perhekeskeistä mallia. (Seikkula & Arnkil 2005, 21.) Kehitystyön tuloksena syntynyt toimintamalli nimettiin perhe- ja verkostokeskeiseksi avoimen dialogin hoitomalliksi. Toisella nimellä se tunnetaan kansainvälisestäkin Keroputaan mallina. (Haarakangas 2011, 215.)

Dialoginen hoitomalli on siis perhe- ja verkostokeskeinen psykiatrinen hoitomalli, jota toteutetaan hoitokokouksissa. Terapeuttisina ohjenuorina ovat hoidon kriisiluonteisuus, perhekeskeisyys, hoidon joustavuus ja tarpeenmukaisuus sekä hoidon psykologinen jatkuvuus työntekijöiden sitoutumisen kautta. (Haarakangas 2008, 107–108.)

Työryhmä kehitti mallin, jossa potilas heti aluksi kutsuttiin mukaan hoitokokoukseen ja hänen perheensä aikaisemmin kuin perinteisessä hoitomallissa. Kokouksista tehtiin avoimempia ja hoitohenkilökunnan toiminnasta läpinäkyvämpää. Havaittiin, että toisinaan pelkkä suunnittelu yhdessä potilaan ja perheen kanssa merkitsi hoitoa, myönteistä interventiota. Keroputaan työryhmä yritti myös soveltaa systeemisen perheterapian oppeja potilaan ja perheen aktivoimiseksi ja jotta he kokisivat tulevansa paremmin kuulluiksi. (Seikkula & Arnkil 2005, 21-22.)

Avoimessa vuorovaikutustilanteessa ammattilaisten on sopeutettava omaa toimintaansa potilaan ja perheen vuorovaikutustapaan (Seikkula & Arnkil 2005, 23-24). Työryhmästä vaikutti siltä, että perheen/potilaan läheisverkoston ja ammattilaisten kohtaamisen rajapinnalla syntyi erityinen vuorovaikutustilanne, joka ei ollut ohjattavissa sairaalasta käsin (Seikkula & Arnkil 2005, 26 ks. 38).

Tätä vuorovaikutussysteemiä alettiin nimittää rajapintasysteemiksi (Seikkulan 1987 kehittämä käsite). Hoitoprosessia ei enää ajateltu sairaalan osastojohtoisena prosessina vaan se tuli nähdä yhteisenä vastavuoroisena prosessina. Keroputaan kokemusten perusteella vedettiin se johtopäätös, että työntekijöiden täytyi kiinnittää huomiota omaan toimintaansa keskustelijana aina käsitevalinto-

ja myöten ja toimia korostetummin aktiivisena kuuntelijana potilaan ja perheen suuntaan. (Seikkula & Arnkil 2005, 26-28.)

### 3.2 Dialogisuuden ydinkysymyksiä

Kokemuksissa kiteytyi joitakin dialogisuuden ydinkysymyksiä. Dialogisuus, avoin dialogi on vuorovaikutussuhde, jossa osapuolet yhdessä etsivät tietystä teemasta yhteisiä merkityksiä. Dialogisuutta luonnehtivat keskinäinen avoimuus, kunnioitus, tasavertaisuus, kokemusten ja merkitysmaailmojen yhteinen jakaminen ja moniäänisyys keskustelussa. Moniäänisessä keskustelussa yksi tai kaksi osapuolta ei voi kontrolloida keskustelua eli vuorovaikutuskokonaisuutta. Keskustelun teema on keskellä ja sitä lähestytään kunkin osanottajan henkilökohtaisesta näkökulmasta käsin. Olennaista on toinen toisensa kuunteleminen mieli avoimena, ajatusten esittäminen avoimesti ja toista kunnioittaen sekä reflektiivinen eli pohtiva asenne esille tulleisiin näkemyksiin. (Haarakangas 2008, 26–30, 35.)

Rajapintasysteemin käsite sopi kuvaamaan niitä prosesseja, joita syntyi perheen ja hoitotiimin kohtaamisissa. Niissä ylitetään rajoja. Vuorovaikutus ei muodostu hoitavaksi vain sillä, että osapuolena on hoitotiimi, vaan siitä ongelmien monipuolisesta yhdessä jäsentämisestä, joka tiimissä syntyy. Toisaalta tiedetään, että vaikeissa hoitotilanteissa (esim. vakava-asteinen skitsofrenia tai muu psykoosi) hoitavan osapuolen käyttäytyminen alkaa muistuttaa perheen käyttäytymistä. Jos perhe oli vuorovaikutustavaltaan jäykkä, hoitava työryhmä saattoi myös jäykistyä ja juuttua esittämään yhtä ainoaa ratkaisuvaihtoehtoa. Kun työryhmä muutti toimintatapaansa joustavammaksi, alkoi muutos, löytyi uusia näkökulmia asiakkaan kriisiin ja saattoi löytyä uusia voimavaroja.

Sairauskeskeisissä hoitomalleissa käy helposti niin, että oireitten lieventäminen tai poistaminen nousee ensisijaiseksi tavoitteeksi. Tämä voi paradoksaalisesti vähentää potilaan toimintakykyä, jos esim. antipsykoottinen lääkitys vie potilaan psyykkisiä voimavaroja ja estää psyykkistä työskentelyä. Potilaan ja hänen läheistensä voimavarat saattavat tulla tehokkaampaan käyttöön, jos työntekijät

eivät ensimmäiseksi aloita lääkitystä vaan keskittyvät sietämään sitä epävarmuutta, jota avoimen psykoottisen ihmisen kohtaaminen aiheuttaa. Hoitokokouksia voi ajatella yhdessä pohtimisen foorumeina, joissa yhteistä ymmärrystä voidaan etsiä ja siten tavoitella dialogisuutta. (Seikkula & Arnkil 2005, 43, 50-52; samoin Haarakangas 2008, 74.) Dialogista avointa keskustelua voi parhaiten edistää kiinnittämällä huomiota omaan puhetapaansa ja olemalla tulkitsematta toisten puheita ennakkokäsitystensä pohjalta. Avoin keskustelu auttaa löytämään vaihtoehtoisia ratkaisuja, koska silloin ilmapiiri tuntuu sallivammalta. (Seikkula & Arnkil 2005, 54-55.)

Rajapintasysteemejä syntyy sairaalan ja perheen välille, mutta Arnkil on laajentanut käsitteen käyttöä avohuollon tilanteisiin. Rajasysteemejä syntyy siten myös sosiaalitoimiston, perheneuvolan, koulun, päiväkodin, A-klinikan, mielen-terveystoimiston, ja joissakin niistä tai kaikissa asioivan perheen välille. Sektoituneen palvelujärjestelmän ja asiakkaan arjen kohdatessa muodostuu vuorovaikutuskuvioita, jotka eivät ole yhden toimijan tekemisen tulosta tai yhden osapuolen hallittavissa. (Seikkula & Arnkil 2005, 27-28 ks. 38.) Kohtaamisessa osapuolena olevien yksilöiden oman käyttäytymisen ja suhtautumisen muutos vaikuttaa rajasysteemissä kehittyvään toimintajärjestelmään (ns. koevoluutio: Seikkula & Arnkil 2005, 107, 28). Keskenään vuorovaikutuksessa olevat systeemit (esim. perhe ja työntekijöistä koostuva tiimi) alkavat samankaltaistua ja tuottaa yhteistä rakennetta.

Dialogisuudessa erotetaan toisistaan avoimet ja ennakointialogit, joilla on paljon yhtäläisyyksiä mutta myös eroavaisuuksia. Avoimissa dialogeissa keskustelun muoto on tilannesidonnainen eikä avoin dialogi edellytä osallistuvilta etäisyyttä itse asiakastapaukseen. Avoimia dialogeja toteuttaa prosessiin sitoutunut, riittävän kauan ja kiinteästi kokoontuva tiimi. Ennakointialogit edellyttävät ulkopuolista vetäjää ja keskustelun kulku on strukturoitua. Ennakointialogit ovat kertaluonteisia eikä niillä ole tiimi- tai koordinaattorirakennetta. (Seikkula & Arnkil 2005, 78–82.) Psykiatriassa on eniten sovellettu avoimia dialogeja, joihin nyt keskityn tässä esityksessä.

### 3.3 Avoin dialogisuus hoidon toimintamallina

Avoimessa dialogisuudessa keskustelun rakentamisen ihanteellisena tavoitteena on se, että työryhmä onnistuu luomaan avoimelta tuntuvan pohdiskelevan keskustelutilanteen, jossa sallitaan erilaiset mielipiteet ja näkemykset - siis myös potilaan itsensä. Keskustelun tavoitteena on lisätä yhteistä ymmärrystä tapahtumainkulusta. Työryhmä luo tavallaan tilaa uuden yhteisen kielen löytymiselle. Kun potilaan läheiset eli hänen tärkeimmät sosiaaliset suhteensa ja näiden muodostama suhdeverkosto ovat saapuvilla, voi potilaan sosiaalisen ympäristön tuki käytännön tilanteessa moninkertaistua. Optimaalisesti toteutuessa dialogisessa keskustelussa asiakkaat näyttävät saaneen koko ajan vaikuttaa siihen, miten työryhmä kuljettaa vastauksillaan yhteistä keskustelua eteenpäin. (Seikkula & Arnkil 2005, 121.)

Avoimiin dialogeihin perustuva perhe- ja verkostokeskeinen psykiatrinen hoitotapa on ollut toiminnassa siis 1980-luvulta alkaen (Keroputaa). Vuodesta 1989 on tarjottu koulutuksena mahdollisuus kolmivuotiseen erityistason perheterapia-koulutukseen, jotta henkilökunta saa valmiuksia dialogiseen verkostotyöskentelyyn. Uusin koulutus käynnistyi 2010. Näin on pyritty turvaamaan se, että uusi toimintamalli toteutuu riittävästi koulutetun henkilökunnan turvin, jolloin hoidon kehittäminen ja järjestelmällinen tutkimus ko. hoitomallista tulee enemmän mahdolliseksi. (Seikkula & Arnkil 2005, 133; Haarakangas 2011, 231-233.)

Avoimen dialogin ja tavanomaisen hoidon eroja on selvitelty seurantatutkimuksissa (Seikkula ym. 2001, 2003). Vertailussa oli kaksi skitsofreniapotilasryhmää, joista toista hoidettiin avoimen dialogin hoitomallilla ja vertailuryhmä sai perinteistä hoitoa (Seikkula & Arnkil 2005, 134-135). Kolmannessa tutkimuksessa oli muukin psykoosiryhmä kuin skitsofreenikkojen ryhmä mukana vertailussa. Tuloksina todettiin, että

- vertailuryhmän potilaat olivat kahden vuoden jaksolla useammin sairaalassa kuin skitsofreniaryhmän potilaat
- kaikki vertailuryhmän potilaat olivat neuroleptilääkityksellä, mutta skitsofreenikoista 1/3-osa

- vertailuryhmässä oli perheen hoitokokouksia tilastollisesti merkitsevästi vähemmän kuin skitsofreniaryhmien potilailla, joskin kaikkien ryhmien potilaiden kesken hoitokokousten määrässä oli isoja vaihteluita. (Seikkula & Arnkil 2005, 136.)

Haarakangas ei pidä avoimen dialogin hoitomallia erityisenä menetelmänä, vaan toimintatapana, jota voidaan mielenterveystyössä toteuttaa eri toimintaympäristöissä sekä sairaaloissa että avohoidon ja kuntoutuksen puolella. Mielestäni hieman eri sisältöisenä mutta keskeisiltä periaatteiltaan samana tällaista toimintamallia voidaan sosiaalityössä pitää työmenetelmänäkin.

Kuten Haarakangas (2008, 2011) esittää, avoimen dialogin hoitomallin keskeiset periaatteet ovat

- avun nopea järjestäminen
- perheen ja sille tärkeän sosiaalisen verkoston osallistuminen (hoitoon)
- työryhmän vastuullisuus ja hoidon psykologinen jatkuvuus
- joustavuus ja liikkuvuus (jalkautuminen)
- eri hoitomuotojen integrointi
- epävarmuuden sieto (ei nopeaa eikä selkeää ratkaisua)
- dialogisuus (perheen huolen kuuleminen, ymmärtävä suhtautuminen, turvallinen ja avoin keskustelutilanne) (Haarakangas 2011, 215,230, samoin 2008, 107-119).

## 4 TYÖN LUONNE, TUTKIMUSTEHTÄVÄT JA TUTKIMUSMENETELMÄN VALINTA

Tämä on tutkimuksellinen kehittämistyö, joka on luonteeltaan kuvaileva. Sen tarkoitus on kuvailla pilottihankkeessa kehitettyä ja projektin ajan käytännössä sovellettua Lasten mielenterveysambulanssi -työmenetelmää. Pysin myös arvioimaan hanketta ja sen vertailuhanketta.

Kysymyksenasettelu on:

1. Millainen tämä uusi työparityömenetelmä on ja millaisia kokemuksia siitä on saatu käytännössä?
2. Onko lasten mielenterveysambulanssi-menetelmässä ja toisaalla toteutetussa JERI-mallin mukaisessa menetelmässä eroja?
3. Millaiset tulokset on tähän mennessä saatu Lasten mielenterveysambulanssista peilaten niitä JERI-malliin? (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 137–139.)

Tutkimusote lähestyy tapaustutkimusta (case study), jolle on ominaista yksittäistapauksen tutkiminen luontaisessa ympäristössään ja kiinnostuksen kohteena ovat prosessit. (Hirsjärvi ym. 2009, 134.)

Aineisto kuvaa tutkittavaa ja arvioitavaa uutta toimintamallia ja analyysin tarkoitus on luoda selkeä, sanallinen kuvan tästä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 määritelmää soveltaen).

Analyysimenetelmänä on teoriaohjaava sisällönanalyysi, jossa aineiston analyysia ohjaa aikaisempi tieto ja jo tunnettu. Aikaisemman tiedon merkitys ei ole teoriaa testaava (kuten teorialähtöisessä analyysissä) vaan uusia ajatusuria avaava. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–97; Vilka 2005, 140.) Pyrkimyksenä on aineiston monipuolinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Kohderyhmän kokemusten ja ”äänen” toivotaan tulevan esille tutkimuksen kuluessa ja välittyvän työn lukijoille. Tarkasteltavana on myös toiminnan merkitys. (Hirsjärvi ym. 2009, 164–165; Tuomi & Sarajärvi 2009, 52, 97, 108.) Lähestymistapa on fenomenologinen, josta syystä ei ole relevanttia puhua yksityisestä yleiseen suuntaavasta

induktiivisesta päättelystä. Fenomenologinen lähestymistapa tulkitaan tässä aineistolähtöiseksi sisällönanalyysiksi (Tuomi & Sarajärvi 2002, 102; toisin Vilka 2005, 140-141). Postmodernin tutkimuksen realistinen arviointi, jonka valitsin sovellettavaksi, käyttääkin abduktiivista päättelyä. Analyysissa ja johtopäätösten tekemisessä liikun vuorotellen aineistoni ja valmiin teorian välillä.

Lähestymistapa on myös hermeneuttinen, sillä ymmärtäminen tapahtuu useaan kertaan luetun aineiston ja minun tutkijana muodostaman oman ymmärryksen välillä. Lukemisen ja tulkinnan pyrin tekemään pitäen mielessä, että en saa nojautua omiin ennakkokäsityksiini enkä ennakkoluuloihini tutkittavasta asiasta, ja että päämääränä on ymmärtää tutkimuskohdetta ulkopuolisena objektiivisesti. Hermeneuttinen lähestymistapa soveltuu käytettäväksi kirjallisen aineistoni suhteen, koska aineistoa kootessa tapahtui saturaatio eli aineiston tuottama tieto alkoi toistaa itseään ja koska ymmärrän aineiston asiasisältöä ja kirjoittamisen reunaehdoja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 146–149; Vilka 2005, 149).

Muun muassa hyvän käytännön arviointi voidaan tehdä prosessiarviointina tai vaikuttavuusarviointina.

Prosessiarvioinnissa tarkastellaan systemaattisesti kerätyn tiedon avulla, millaisen toiminnan kautta (kehitys- ja muutosprosessit) tulokset ja vaikutukset ovat syntyneet. Prosessiarviointia voidaan toteuttaa sekä sisäisenä (itsearviointi) että ulkoisena (mm. havainnointi ja toimintaa kuvaavat dokumentit). (<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/prosessi/prosessiarviointi/> [viitattu 25.2.2010].) Kiinnostus kohdistuu toimintaan, jolla tuloksia pyritään saamaan aikaan. Lähestymistapa tarjoaa välineitä kehittämisprosessin ymmärtämiseen, ohjaamiseen ja dokumentoimiseen. (<http://www.sosiaaliportti.fi/Page/0872caa3-6a0c-4586-8f0c-bd8220a17243.aspx> [viitattu 5.12.2012].)

Vaikuttavuuden arvioinnissa tutkitaan, miten hyvin toiminnalla (esim. interventio) saavutettiin ne tulokset, joita sillä haluttiin saada aikaan. Muutoksia voi esiintyä mm. asiakkaan elämäntilanteessa, sosiaalisissa olosuhteissa tai hyvinvoinnissa. Uusimmat suuntaukset tarkastelevat vaikuttavuutta paitsi kvantitatiivisesti myös kvalitatiivisesti. Tarkastelu kohdistuu sekä prosessiin että sen tuottamiin

tuloksiin. Tällaisia suuntauksia ovat mm. realistinen arviointi ja relationaalinen arviointi. ([http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvatkaytannot/lahtokohtia/vaikuttavuuden\\_arviointi/](http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvatkaytannot/lahtokohtia/vaikuttavuuden_arviointi/) [viitattu 25.2.2010].) Valitsin sovellettavaksi realistisen arvioinnin.

Realistinen arviointi on tapauskohtaista työkäytäntöjen vaikuttavuusarviointia. Sen tarkoitus on selvittää, millainen interventio vaikuttaa, kenen kohdalla ja missä olosuhteissa. Arviointi pyrkii mittaamaan asiakkaan tilanteessa tapahtunutta muutosta sekä ymmärtämään, miksi muutos tapahtui. Realistiseen arviointiin liittyy näkemys, jonka mukaan interventio synnyttää asiakkaan tilanteessa muutosta tuottavia mekanismeja (esim. ryhmätoiminnan herättämä muutosmotivaatio). Muutokset tapahtuvat mekanismien välityksellä eivätkä synny interventioista itsestään. Arvioinnissa etsitään mekanismeja, joita interventio on käynnistänyt ja vahvistanut. Lisäksi analysoidaan, onko pystytty lieventämään asiakkaan ongelmia ja etenemään kohti tavoitteita. ([http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvatkaytannot/lahtokohtia/realistinen\\_arviointi/](http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvatkaytannot/lahtokohtia/realistinen_arviointi/) [viitattu 5.12.2012].)

Lasten mielenterveysambulanssin ja JERIn teoreettinen viitekehys löytyy edeltä luvuista 2 ja 3. Olen peilannut aineistoa siihen.



## 5 LASTEN MIELENTERVEYSAMBULANSSI-TOIMINTA

### 5.1 Menetelmän kuvaus

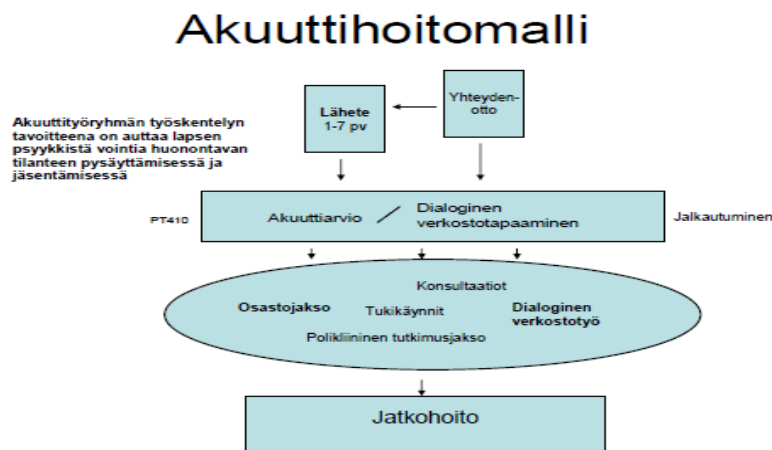
Lasten mielenterveysambulanssi on psykiatrisen akuuttihoidon vastaus nykyisen pirstaleisen palvelujärjestelmän haasteisiin lapsiperheiden osalta. Lasten mielenterveysambulanssissa on kyse siitä, että akuuttitilanteissa lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidon työpari jalkautuu osaksi lapsen kehitysympäristöä. Konkreettisesti se tarkoittaa tällä hetkellä sitä, että TYKS:in lastenpsykiatriasta lähtee työpari lapsen perusverkoston avuksi sairaanhoitopiiriin leasing-autolla (ei ambulanssi). Jalkaudutaan siis esimerkiksi terveyskeskukseen, päiväkotiin, kouluun, sosiaalivirastoon tai perheen kotiin. Näin perhe saa apua luonnollisessa ympäristössään. Päävastuu lapsen/perheen hoidosta säilytetään ns. perustasolla ja työnjako psykiatrian kanssa sovitaan tätä ajatellen. Kysymyksessä on totutun hoitoketjun kääntäminen (erikoissairaanhoidon konsultoiden peruspalvelujen tukena, vastuu perustasolla ja alueellisella tasolla). (Luentodiat 6.11.2009 [viitattu 7.2.2010].)

Työntekijöiden perustehtävänä on akuutin kriisitilanteen pysäyttäminen ja siihen johtaneiden syiden jäsentäminen. Perheiden oikea-aikainen, varhainen avunsaanti kriisitilanteissa pyritään näin turvaamaan. Työ on ennaltaehkäisevää ja yli sektorirajojen tapahtuvaa moniammatillista yhteistyötä. Sen tavoitteena on lisätä lastenpsykiatrisen osaamisen jakamista perustasolla ja varmistaa psykiatrisen hoidon saatavuus kiiretilanteissa. (Luentodiat 6.11.2009 [viitattu 7.2.2010].) Moniammatillinen yhteistyö on eri ammattiryhmien yhteistoimintaa, jossa jaetaan asiantuntemusta tasa-arvoiseen ammatilliseen kumppanuuteen perustuen ja mahdollisesti yli organisaatorajojen (Haarakangas 2008, 122).

Käytännössä tämä on tarkoittanut yhteisiä avoimia keskusteluja, joissa mukana ovat olleet lapsi, hänen vanhempansa ja muut lapsen päivittäiseen elämään osallistuvat ja hänen hyvinvointiinsa vaikuttavat olennaiset toimijat, kuten koulu ja päiväkoti. Verkostotyön tarkoituksena on tukea lapsen lähiverkostoa ja auttaa

jäsentämään yhteistyötä. (<http://www.turku.fi/public/default.aspx?contentid=387357&nodeid=14715>, [viitattu 23.10.2012].)

Lasten mielenterveysambulanssi on hankkeen alusta alkaen ollut osa VSSHP:n lastenpsykiatrian akuuttityöryhmän toimintaa. Akuuttityöryhmään kuuluvat projektityöntekijöiden lisäksi erikoislääkäri, erikoistuva lääkäri, sosiaalityöntekijä ja psykologi. (Raportti 2012, 3 [tulostettu 4.9.2012].)



Kuvio 3. Kaavakuva akuuttihoitomallista. (Raportti 2012, 4 [tulostettu 4.9.2012].)

Lasten mielenterveysambulanssityön tavoitteina ja etuina on pidetty, että

- Lapsi ja perhe saavat nopean ja riittävän psykososiaalisen avun akuuteissa ongelmatilanteissaan.
- Avun piiriin ohjautuminen on perheelle nykyistä helpompaa, nopeampaa ja selkeämpää.
- Lapsen ja perheen osallisuus lisääntyy.
- Viranomaisten yhteistyö selkiintyy ja tiivistyy. Käytössä olevat voimavarat kohdennetaan nykyistä järkevämmiin ja tehokkaammin.
- Lastensuojelun ja lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon raskaat interventiot (laitoshoidot) vähentyvät. (Raportti 2012, 3-4 [tulostettu 4.9.2012]; samoin <http://www.turku.fi/public/default.aspx?contentid=387357&nodeid=14715> [viitattu 23.10.2012].)

Työskentelyn piiriin pääseminen edellyttää joko viranomaisen yhteydenottoa tai lääkärin lähetettä lastenpsykiatrian akuuttiosastolle. Tavallisimmat syyt hakeutua toiminnan piiriin ovat lapsen pärjäämättömyys koulussa, kotona tai päiväkodissa, aggressiivisuus, masennusoireet ja itsetuhoisuus. (Raportti 2012, 4 [tulostettu 4.9.2012].)

VSSHP:n lastenpsykiatrian aluepoliklinikoiden tehtävänä on järjestää potilaana olevien lasten kiireetön lastenpsykiatrinen tutkimus ja hoito. Lastenpsykiatrian akuuttityöryhmä työskentelee akuuteissa perhetilanteissa yhteistyössä aluepoliklinikan kanssa. Lasten mielenterveysambulanssin alkaessa järjestettiin useita yhteistapaamisia viiden VSSHP:n lastenpsykiatrian aluepoliklinikan ja Turun lastenpsykiatrian poliklinikan kesken. Tapaamisissa keskusteltiin yhteistyöstä ja tiedotettiin Lasten mielenterveysambulanssin toiminnasta. Yhteistyötapaamiset ovat vakiintuneet toimintamalliksi ja niitä tullaan jatkamaan Lasten mielenterveysambulanssin projektitoiminnan päätyttyäkin. Akuuttityöryhmä toimii yhteistyössä sairaalakoulu Kiinamyllyn koulun kanssa, josta on tarvittaessa saatu erityisopettaja tai tämän konsultaatio paikallistasolle. (Raportti 2012, 6 [tulostettu 4.9.2012].)

Lasten mielenterveysambulanssitoiminta käynnistyi elokuussa 2009 ja päättyi syyskuussa 2012.

## 5.2 Oma kokemus

Olen yhden kerran ollut työparin mukana verkostotapaamisessa erään varsinnaissuomalaisen kunnan perheneuvolan tiloissa järjestetyssä verkostotapaamisessa. Tapaaminen oli noin 10-vuotiaan pojan ja hänen perheensä ensitapaaminen. Tapaamispaikkana oli miellyttävästi sisustettu huone, jossa osallistujien tuolit oli järjestetty ympyräksi ilman välissä olevaa pöytää. Tilaisuuden aluksi kaikki esittäytyivät ja päähenkilönä olevalle pojalle selitettiin, mikä minun roolini ulkopuolisena tarkkailijana ja opiskelijana oli ja kysyttiin lupaa osallistumiseeni. Läsä olivat perheen kanssa työskentelevät sosiaalityöntekijä, koulukuraattori, pojan luokanopettaja ja hänen vanhempansa. Akuuttityöryhmästä olivat saapu-

villa sosiaalityöntekijä ja psykologi. Ensimmäiseksi annettiin pojan kertoa, minkä vuoksi hänen mielestään tapaaminen oli järjestetty. Sitten muut paikalla olijat saivat esittää näkemyksiään. Ambulanssityöpari kuunteli ja esitti tarkentavia kysymyksiä. Kenelläkään ammattilaisella ei ollut tunnelmaa häiritsemässä ky-  
nää ja lehtiötä vaan keskityttiin kuuntelemaan lapsen ja hänen vanhempiansa kertomaa. Tapaaminen päättyi siihen, että senhetkiset tukitoimet perheelle arvi-  
oitiin yhteisymmärryksessä riittäviksi, eikä suurempaa interventiota psykiatrian  
toimesta, kuten lapsen tutkimus- tai hoitojaksoa, nähty tarpeelliseksi perheen  
eikä ammattilaisten taholta. Perhettä ja sen kanssa aktiivisesti työskenteleviä  
muistutettiin siitä, että verkostotapaamisen voi järjestää uudelleen ja niin monta  
kertaa kuin se on tarpeen. Yhteydenotolla puhelimitse se järjestyisi. Myös har-  
kinta pojan tutkimus- ja hoitojakson tarpeesta voidaan tehdä uudelleen, jos ti-  
lanne muuttuu.

Tunnelma verkostotapaamisessa oli rento ja pojastakin saatiin jotakin irti. Pää-  
limmäiseksi tunteeksi minulle jäi, että tämän perheen ongelmat eivät keskity  
lapsen vaan lapsen reagointi oli seurausta perheen aikuisten välisen vuorovai-  
kutussuhteen ongelmista. Koska en ollut mukana perheen jatkotapaamisessa,  
en tiedä, saivatko aikuiset apua esimerkiksi perheneuvolan kautta tai miten dia-  
logi pojan kanssa jatkui.

### 5.3 Tulokset toukokuulle 2012 mennessä

Lasten mielenterveysambulanssihankeeseen kuluessa ajalla 8/2009 – 5/2012 koh-  
teena on ollut 137 lasta, joiden asioissa on verkostona kokoonnuttu 239 kertaa.  
Kunkin lapsen kohdalla tapaamisia on järjestetty niin useita kuin lapsen ja per-  
heen auttamiseksi on ollut tarpeellista, mikä selittää tilastoitujen tapaamiskerto-  
jen lukumäärän ja lasten lukumäärän poikkeamat. (Raportti 2012, 9 [tulostettu  
4.9.2012].)

Lasten ikäjakaumassa suurin edustus 2009 - 2012 on ollut 8- ja 10-12-vuotiailla.  
Kuitenkin alle kouluikäisten ja ala-asteen 1.-2.luokkalaisten suhteellinen edus-  
tus on ollut 39 %. Pojat olivat huomattavasta useammin edustettuina (82 % 137

lapsesta). Yhteistyökumppaneina on useimmiten ollut päiväkotit tai koulut ja sosiaalitoimesta lastensuojelu. Koulun edustaja oli mukana 82 lapsen verkostotapaamisissa ja lastensuojelu 76 lapsen verkostotapaamisissa. Varsinais-Suomen kunnista Lasten mielenterveysambulanssiin osallistui 23 kuntaa. (Raportti 2012, 9-10 [tulostettu 4.9.2012].)

Tietoa mielenterveysambulanssista on jaettu lukuisissa seminaari-, koulutus- ja tiedotustapahtumissa toiminta-alueella Varsinais-Suomessa. Tapahtumat on suunnattu paitsi yhteistyökumppaneille myös opiskelijoille eli tulevaisuuden yhteistyökumppaneille. Vuosittain on osallistuttu valtakunnallisiin Kaste-kehittämispäiviin ja esitelty hanketta myös THL:n pyynnöstä.

Lasten mielenterveysambulanssista kerättiin erilliset palautteet verkostoihin osallistuneilta viranomaisilta, vanhemmilta ja lapsilta. Yhteistyötahoilta palautteita kerättiin ajalla maaliskuu 2011- toukokuu 2012 akuuttityöryhmän itse laatimalla palautelomakkeella. Lomakkeen kysymyksillä pyrittiin kartoittamaan viranomaisten kokemuksia moniammatillisesta verkostotyöskentelystä. Palautteita saatiin 134, joista enemmistö koulun (37 %) ja lastensuojelun (22%) edustajilta. Muita palautteita antaneita yhteistyötahoja olivat päivähoito, perusterveydenhuolto, muu erikoissairaanhoidon ja kasvatus- ja perheneuvola.

Vanhempien tyytyväisyyttä mielenterveysambulanssin työskentelyyn, erityisesti työntekijöiden ja vanhempien vuorovaikutukseen, kartoitettiin osana lastenpsykiatrian akuuttiosaston oh Jutta Piilisen hoitotieteiden pro gradu – tutkimusta (Turun yliopisto, 2012). Piilisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vanhempien tyytyväisyyttä lastenpsykiatriseen akuuttihoitoon vuorovaikutuksen näkökulmasta. Tutkimus on luonteeltaan kuvaileva kyselytutkimus. Kohdejoukon muodostivat lastenpsykiatrista akuuttihoitoa saaneiden lasten vanhemmat tai huoltajat (N = 158). Aineisto kerättiin vanhempien tyytyväisyyskyselyllä (Parent Satisfaction Scale, PSS, Gerkenmeyer & Austin 2005). Aineiston keruu toteutettiin VSSH:n Psykiatrian tulosalueen lastenpsykiatrian tulosityksikössä ajalla 1.1.–31.12.2011 (n = 106, 67 %). Aineisto analysoitiin kuvailevin tilastollisin menetelmin (f, %, ka, kh). Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin Mann-Whitneyn U-testiä, Kruskal-Wallis-testiä ja korrelaatiokerrointa käyttäen.

Tulosten mukaan vanhemmat olivat yleisesti ottaen hyvin tyytyväisiä henkilökunnan vuorovaikutukseen lastenpsykiatrisessa akuuttihoitossa. Yli puolet (56 %) vanhemmista olivat täysin tyytyväisiä ja 37 % tyytyväisiä henkilökuntaan. Samoin yli puolet (57 %) olivat täysin tyytyväisiä ja 32 % tyytyväisiä siihen, miten henkilökunta kuunteli vanhempia, mitä heillä oli sanottavanaan. Yli puolet (56 %) olivat täysin tyytyväisiä ja 35 % tyytyväisiä siihen huolenpitoon ja välittämiseen, jota henkilökunta osoitti heidän lastaan kohtaan.

Vanhempien tyytyväisyydessä ei ilmennyt eroa siinä, oliko heidän lastensa lastenpsykiatrisen akuuttihoito toteutunut polikliinisena akuuttihoitona, akuuttiosastohoitona vai mielenterveysambulanssin akuuttihoitona. Tyytymättömmimpiä vanhemmat olivat siihen, miten henkilökunta auttoi heitä löytämään lapsensa tarvitsemia palveluita (13 %), miten henkilökunta piti heitä ajan tasalla lapsensa hoidossa tapahtuvista muutoksista (10 %) ja miten henkilökunta otti heitä mukaan lastensa hoitoa koskevaan päätöksentekoon (9%). ([http://www.med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/progradu-abstraktit/abstraktit\\_2012/Piilinen.pdf](http://www.med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/progradu-abstraktit/abstraktit_2012/Piilinen.pdf), [viitattu 30.10.2012], ei saatavissa e-muodossa koko julkaisua.)

Myös Lasten mielenterveysambulanssin verkostoissa mukana olleilta lapsilta kerättiin palautetta. Saivatko lapset mielestään kertoa omista ajatuksistaan ja tulivatko he kuulluksi? Lapsilla oli mahdollisuus täyttää palautelomake välittömästi verkoston jälkeen tai palauttaa vastauksensa postitse yhdessä vanhempiensa palautelomakkeiden kanssa. Lapsilta saatuja palautteita palautui ainoastaan 13. Tarkasteltaessa lasten palautteiden keskiarvoja asteikolla 1-10, lapset arvioivat mahdollisuudekseen ilmaista omia ajatuksiaan 7,3 ja kokemustaan kuulluksi tulemisesta 8,5. (Raportti 2012, 10-11 [tulostettu 4.9.2012].)

#### 5.4 Lasten mielenterveysambulanssin tulevaisuus

Lasten mielenterveysambulanssi on uusien haasteiden edessä. Kolmivuotinen pilotti on päättynyt, ja toiminta vakiintuu nyt pysyväksi osaksi VSSHP:n lasten-

psykiatrian akuuttityöryhmän toimintaa. Hankerahoituksen loppumisen myötä mielenterveysambulanssin palvelut tulevat kunnille maksullisiksi.

”Haemme yhdessä ajatuksia ja ratkaisuja, joilla ongelmassa voitaisiin päästä eteenpäin ilman osastojaksoa, sillä se on lapsen elämässä todella suuri interventio, jopa oma kriisinsä. Sen sijaan pysyminen omassa kehitysympäristössä edesauttaa omien voimavarojen ylläpitämistä”, painottaa sosiaalityöntekijä ja psykoterapeutti Laura Tulensalo. (<http://www.turku.fi/public/default.aspx?contentid=387357&nodeid=14715>, [viitattu 23.10.2012])

Lasten mielenterveysambulanssilla on saavutettu hyviä tuloksia. Kun poliklinikalla tapahtuvan ensiarvioinnin tuloksena akuuttihoitoon otetaan 58 prosenttia lapsista, jalkautuvan lähestymistavan ja verkostotyöskentelyn aloittaneiden lasten kohdalla osastojakso on toteutunut ainoastaan 10 prosentilla. VSSHP:n psykiatrian tulosalueen strategia onkin olla vuoteen 2015 mennessä Suomen avohoitoisin mielenterveyspalveluiden tuottaja. Lastenpsykiatrian akuutti osastohoitojakso on yhä tilanteen niin vaatiessa mahdollinen.

”Tulevaisuudessa toivottavasti kaikkien lasten psykiatrinen hoito aloitetaan verkostossa. Kyse on uudeltaisesta lähestymis- ja toimintatavasta, joka perustuu joustavuudelle ja perheiden ja muun lähiverkoston tarpeisiin vastaamiselle. Meidän kokemuksemme mukaan lapsen tarvitsemat tukitoimet ovat usein sitenkin löytyneet hänen omasta kehitysympäristöstään”, Tulensalo pohtii. (<http://www.turku.fi/public/default.aspx?contentid=387357&nodeid=14715>, [viitattu 23.10.2012].). Mielenterveysambulanssia sovelletaan tulevaisuudessa mahdollisesti myös VSSHP:n nuorisopsykiatriassa.

Perhetilanteen kriisiytyessä, kun vanhemman mielenterveys järkkyy, voidaan soveltaa Lasten mielenterveysambulanssin mallia, mutta siinä on keskiössä lapsi. Innokylä.fi -sivustolle on 26.11.2012 dokumentoitu ja mallinnettu hyvä käytäntö, jossa keskiössä ovat vanhemmat. Käytännön nimi on Moniammatillisen työryhmän jalkautuminen lasten kasvu- ja kehitysympäristöihin. Kysymyksessä on lapsiperheiden vanhempien mielenterveys- ja päihdepalveluita vahvis-

tava moniammatillinen työryhmä. Työryhmän tarkoituksena on vanhempien mielenterveys- ja päihdepalveluiden vahvistaminen lapsen kasvu- ja kehitysympäristössä, varhaisessa vaiheessa ja matalalla kynnyksellä. Vanhemmille tarjotaan keskustelumahdollisuus mielenterveys- ja päihde- sekä kasvatusasioihin liittyen neuvoloissa, päiväkodeissa ja seurakunnan pikkulapsityössä. Tavoitteena on saada nopea interventio peruspalvelujen tasolla sekä verkostoyhteistyön lisääminen eri toimijoiden ja asiakkaan lähiverkostojen kesken (perheneuvonpito).

Käytettäviä menetelmiä ovat hoitoprosessien luominen, konsultaatiot ja koulutus, Lapset puheeksi -keskustelu ja perheinterventio. Moniammatillisen työryhmän kokoonpano mallinnuksessa kiinnitti erityisesti huomiotani. Työryhmään kuuluu sosionomi (!), psykiatrinen sairaanhoitaja, perheterapeutti, päihdetyöntekijä ja konsultoivat psykiatri, päihdelääkäri sekä sosiaalityöntekijä.

Tuloksena perhe saa apua varhaisessa vaiheessa nopeasti lapsen omassa kasvu- ja kehitysympäristössä ilman lähetettä. Perheiden tilanteet eivät kriisiydy. Lastensuojelun ja erikoissairaanhoidon kustannukset laskevat. Verkostotyö lisääntyy. Jatkossa kunnan peruspalveluissa voidaan tukea paremmin vanhemmuutta ja ohjata varhemmin avun piiriin. (<https://www.innokyla.fi/web/malli114413#.UL0Ti4a8xfx> [viitattu 3.12.2012].)

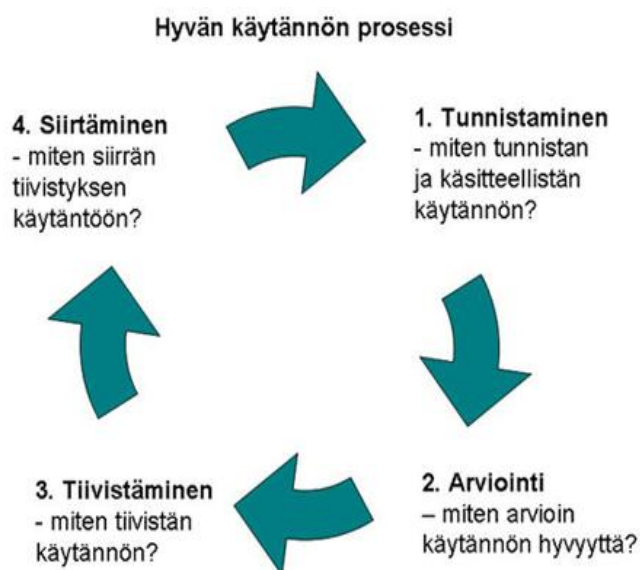


## 6 LASTEN MIELENTERVEYSAMBULANSSI HYVÄNÄ KÄYTÄNTÖNÄ

### 6.1 Hyvän käytännön tunnuspiirteet

Sosiaaliportti.fi -sivuston mukaan hyvä käytäntö on sosiaali- tai terveysalan työkäytäntö, joka on koettu toimintaympäristössään toimivaksi ja arvioitu asiakkaalle hyvää tuottavaksi. Se on eettisesti hyväksyttävä ja perustuu mahdollisimman monipuoliseen tietoon vaikuttavuudesta ja/tai toimivuudesta. Hyvä käytäntö [kuvaan](http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/lahtokohtia) niin, että lukija pystyy arvioimaan, millaiseen tietoon käytännön toimivuus perustuu ja millainen tieto siitä puuttuu. (<http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/lahtokohtia> [viitattu 25.2.2010].)

Prosessikuvaus hyvän käytännön dokumentoinnista on alla.



Kuvio 4. Hyvän käytännön prosessi. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/prosessi/> (www.sosiaaliportti.fi>hyvä käytäntö >prosessi ([viitattu 25.2.2010]).

Innokylä-sivusto on syrjäyttämässä Sosiaaliporttiin tehtävät hyvän käytännön kuvaukset. Uusia kuvauksia ei enää 2010–2013 ole otettu uusien käytännön kuvauksia. Innokylä tarjoaa sosiaali- ja terveysalan toimijoille ympäristön, jossa nämä voivat löytää toisensa, kehittää yhdessä sekä levittää uusia ideoita ja innovaatioita. Innokylä on avoin ja maksuton kaikille. Sen ohjaavia periaatteita ovat avoimuus ja vuorovaikutus, jotka mahdollistavat yhteisen tekemisen, kehittämistyön tulosten vapaan hyödyntämisen ja resurssien tehokkaan käytön. (<https://www.innokyla.fi/web/guest/tietoa-innokylasta> [viitattu 2.12.2012].) Innokylään kootaan avointa, monitoimijaista ja asiakaslähtöistä kehittämistä tukevia menetelmiä sekä kokemuksia niiden käytöstä erilaisissa kehittämissuhteissa. (<https://www.innokyla.fi/web/guest/kehittaminen-ja-arviointi> [viitattu 2.12.2012].)



Kuvio 5. Hyvän käytännön prosessi eli kehittämisen neljä vaihetta. (<https://www.innokyla.fi/tietoa-innokylasta> [viitattu 2.12.2012].)

## 6.2 Lasten mielenterveysambulanssin kuvaus

Lasten mielenterveysambulanssin toimintamallin uusin kuvaus löytyy nyt osoitteesta <https://www.innokyla.fi/web/malli106630#.ULtbkoa8xfx> eli [www.innokyla.fi](http://www.innokyla.fi)>Lastenpsykiatrian jalkautuva verkostotyö>Toimintamalli. Tekstin liitteenä oleva pdf -tiedosto sisältää kattavampia tietoja käytännöstä. Alla on valmiin mallinnuksen sisältävä taulukko, jonka olen kopioinut ko. pdf -tiedostosta. (<https://www.innokyla.fi/web/malli106630#.ULtbkoa8xfx> [viitattu 2.12.2012]; samoin lastenpsykiatrian jalkautuva verkostotyö.pdf [tulostettu 6.3.2012].)

Lasten mielenterveysambulanssin prosessikuvaus on tehty Innokylään suorana tekstinä numeroiden prosessin lineaariset vaiheet:

1. Akuuttityöryhmän työpari osallistuu lapsen asiassa järjestettävään verkostoon tarkoituksena kannustaa ja lisätä lapsen ja perheen osallisuutta. Lapsen ja perheen lähityöntekijöitä aktivoidaan ja tuetaan työskentelyssään. Yhteydenotto ja tarvittaessa lähete.
2. Verkostossa pyritään dialogisen keskustelun avulla yhdessä ajattelemaan ja ymmärtämään mikä olisi lapsen ja perheen tilanteessa tarkoituksenmukaista. Lapsi ja perhe saavat tarvitsemansa avun mahdollisimman nopeasti ja eri yhteistyötahojen resurssien kannalta järkevällä tavalla omassa kehitysympäristössään.
3. Verkostossa tehdään yhdessä suunnitelma jatkohoidosta.
4. Verkostoja järjestetään tarpeenmukainen määrä kunnes riittävän turvallinen suunnitelma on syntynyt.

Alla olevaan taulukkomuotoiseen kuvioon on ristiintaulukoinnilla koottu toimijoiden ja käyttäjien näkökulmat aihealueittain.

### Käytännön nimi: Lastenpsykiatrian jalkautuva verkostotyö

#### Käytännön näkökulmat ja aihealueet:

Aihealue	Asiakasnäkökulma	Ammattilaisnäkökulma	Organisatorinen näkökulma
<b>Tehtävät ja työnjako:</b>	Lapsi ja perhe tasavertaisina osallisina verkostotapaamisissa	Lähityöntekijä järjestää verkostotapaamisen ja osallistuu dialogiseen, moniammatilliseen verkostotyöskentelyyn	Organisaation johto tukee toimintaa tiedottamalla työskentelytavasta ja mahdollistamalla riittävät resurssit
<b>Toimijat:</b>	Lapsi ja perhe, muut läheiset	Verkostoissa mukana lapsen ja perheen kannalta tärkeät työntekijät	Lähijohto, yksikön johto, päättäjät
<b>Tiedot, taidot ja välineet:</b>	Lasten ja perhettä kannustetaan ja tuetaan aktiiviseen osallistumiseen verkostossa. Lapsen ja vanhemman ilmaisemat tarpeet ja mielipiteet verkostossa keskeisessä roolissa.	Ammattilaisilta edellytetään aktiivista osallistumista ja oman alan ammatillisen tiedon ja taitojen käyttämistä lapsen ja perheen tilanteen tukemiseksi.	Organisaatiossa huolehditaan resurssien saatavuudesta.
<b>Periaatteet ja säännöt:</b>	Lapsi huomioidaan verkostossa koko ajan. Hänen mielipiteensä ja ajatuksensa pyritään selvittämään ja häntä kannustetaan osallistumaan.	Lapsen ja perheen asioista keskustellaan rohkeasti mutta kunnioittavasti.	Eettisiä periaatteita noudatetaan ja huomioidaan lainsäädännön edellyttämä toiminta.
<b>Lait ja asetukset:</b>	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, lastensuojelulaki, terveydenhuoltolaki	Eri ammattilaisia sitovat ja ohjaavat eri lait. Toiminnassa ensisijaisina lastensuojelulaki ja terveydenhuoltolaki	Lastensuojelulaki, terveydenhuoltolaki.

## 7 VERTAILU NUORISOPSYKIATRIAN JERI-HANKKEESEEN

### 7.1 Menetelmän kuvaus

Ensimmäinen JERI-hanke toimi vuosina 2006-2008 Espoossa Jorvin sairaalan psykiatrian yksikössä. Sitä toteutti viisihenkinen lääkärijohtoinen työryhmä yhteistyössä perustason eli perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja oppilashuoltoryhmien kanssa. Myöhemmin perustettiin Vantaalle Peijaksen alueelle oma viisihenkinen työryhmänsä, jonka jäseninä samoin olivat psykiatrian alan ammattilaiset. Tavoitteena oli luoda tarkoituksenmukaisia, nopeasti reagoivia ja joustavia toimintatapoja psykoosiriskissä olevien 12–22 -vuotiaiden nuorten auttamiseksi. Projektin tarkoituksena oli siis kokonaan uuden varhaishoitomallin kehittäminen ja käyttöönotto. Tarkoituksena oli ohjata psykiatriseen hoitoon jo psykoottisesti oireilevat tai muulla tavoin erikoissairaanhoidon tarvitsevat nuoret sekä auttaa muista mielenterveydellisistä vaikeuksista kärsiviä nuoria. Päämääränä oli vähentää nuorten psyykkistä kuormitusta, vahvistaa mielenterveyttä suojaavia tekijöitä ja tukea alentunutta toimintakykyä. (Sairaanhoitajaliitto. Nuorille ajoissa apua mielenterveysongelmiin. [Viitattu 4.9.2012]. ([http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10\\_2009/asiantuntija-artikkeli/nuorille\\_ajossa\\_apua\\_mielenterv/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2009/asiantuntija-artikkeli/nuorille_ajossa_apua_mielenterv/)))

Työryhmän toiminta käynnistyi yksittäisen nuoren osalta, kun nuoresta huolestunut perustason työntekijä otti työryhmään yhteyttä. Sitten projektityöntekijät tapasivat yhdessä hänen kanssaan nuorta, perhettä ja nuoren muuta ”luomuverkostoa” nuoren kehitysympäristössä kuten koululla tai kotona. JERI-työryhmä työskenteli konkreettisesti nuoren arkiympäristössä eikä sillä ollut erillisiä vastaanottotiloja. Tarvittaessa nuori ohjattiin erikoissairaanhoidon ja osastohoitoon. Nuoret eivät olleet samaan aikaan muussa hoidossa (esim. terapia) eikä heillä ollut antipsykoottista lääkitystä. Arvioinnin ja intervention tukena käytettiin strukturoituja arviointimenetelmiä.

Vuosina 2006–2008 nuorista otti yhteyttä

- Kuraattori 89 34 %
- Terveydenhoitaja 81 31 %
- Sosiaalityöntekijä 35 13 %
- Psykologi 24 9 %
- Lääkäri 11 4 %
- Opettaja 7
- Sosiaaliohjaaja 6
- Nuorisotyöntekijä 5
- Sairaanhoitaja 5
- Joku muu 3

Nuoria tavattiin tarkastelujaksolla 2006–2008 tavallisimmin 1-5 kertaa (69,1 %) tai 6-10 kertaa (19,1%). ( luentodiat JERI – vakavien mielenterveyshäiriöiden verkostoituvien varhaisinterventioiden kehittäminen, ([http://info.stakes.fi/pdf/KTpaivat2009/ke\\_KARJALAINEN\\_KUHA.pdf](http://info.stakes.fi/pdf/KTpaivat2009/ke_KARJALAINEN_KUHA.pdf) [tulostettu 4.9.2012 ja viitattu 2.10.2012].)

Yhteydenoton syitä ovat olleet koulusta poissaolo, huomattavasti laskenut koulumenestys, koulussa ilmenevät ihmissuhdeongelmat, vihamielinen käyttäytyminen ja muut käyttäytymisongelmat, mielialaongelmat, vetäytyminen, ahdistuneisuus, perheen sisällä ilmenevät ongelmat, outous ja univaikeudet. Syynä ovat olleet myös päihteidenkäyttö ja syömishäiriöt sekä nuoren pelkotilat. (luentodiat JERI – vakavien mielenterveyshäiriöiden verkostoituvien varhaisinterventioiden kehittäminen, ([http://info.stakes.fi/pdf/KTpaivat2009/ke\\_KARJALAINEN\\_KUHA.pdf](http://info.stakes.fi/pdf/KTpaivat2009/ke_KARJALAINEN_KUHA.pdf) [tulostettu 4.9.2012 ja viitattu 2.10.2012].)

## 7.2 Tulokset 2007–2008

Vuosina 2007–2008 tehdyn alustavan seurantatutkimuksen tuloksissa havaittiin tilastollisesti merkitsevät parannukset kohteena olevien nuorten toimintakyvyssä, mielialassa, ahdistusoireissa, elämänlaadussa ja psykoosiriskioireissa. Tulokset tukevat esitettyä interventiomallia. Tutkimuksen tulokset on raportoitu Early Interventions in Psychiatry- julkaisussa (2009;3:94-98). JERI:n kaltaisella

interventiolla on mahdollista auttaa suurta joukkoa nuoria jo varhaisessa vaiheessa nopeasti. Auttaminen tapahtuu nuorelle jo tutun työntekijän kanssa sielä, missä nuori on. Nuori ja perhe saavat apua ennen kuin ongelmat ovat mutkistuneet. Arjen tasolla ajankohtaisissa ongelmissa pysyttelevä työskentely sopii niin nuoruuden kehitystehtävien tukemiseen kuin alkavaan vakavampaan psyykkiseen oirehdintaan. Kustannussäästöä syntyy, kun viranomaiset eivät tee päällekkäistä työtä, ja mahdollinen erikoissairaanhoidon tarve vähenee. (Liikkuvalla ja verkostoituvalla työotteella apua nuorille mielenterveyden vaikeuksissa – JERI-työryhmän kokemuksia ja tuloksia.

([http://www.sosiaalitaito.fi/ep/tiedostot/ulappa300910\\_jeri.pdf](http://www.sosiaalitaito.fi/ep/tiedostot/ulappa300910_jeri.pdf) [viitattu 2.10.2012]; luentodiat JERI – vakavien mielenterveyshäiriöiden verkostoituvien varhaisinterventioiden kehittäminen. ([http://info.stakes.fi/pdf/KTpaivat2009/ke\\_KARJALAINEN\\_KUHA.pdf](http://info.stakes.fi/pdf/KTpaivat2009/ke_KARJALAINEN_KUHA.pdf) [tulostettu 4.9.2012 ja viitattu 2.10.2012].)

### 7.3 Jatkohanke ja JERIn tulevaisuus

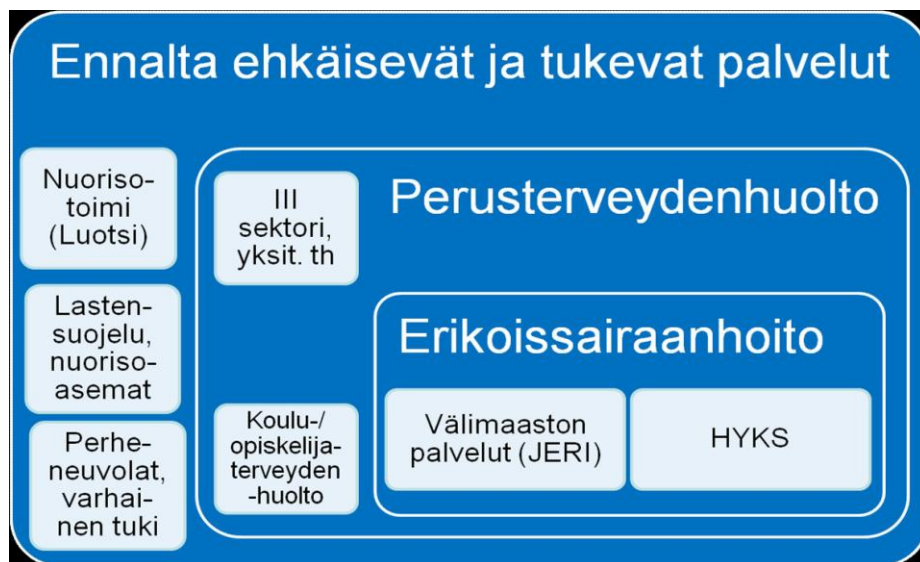
Ensimmäisen JERIn työtä jatkettiin JERI-projektissa 4/2009-10/2011. Projektissa on autettu mielenterveyshäiriöiden riskissä olevia ja muulla tavoin psyykkisesti oireilevia nuoria. Tavoitteena on edelleen ollut kehittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon verkostotyön mallia. Mukana verkostoissa ovat olleet esim. oppilashuolto ja lastensuojelu. Apua on tarjottu joustavasti ja matalalla kynnyksellä nuorta ja perhettä kuormittaviin, mielenterveyden hyvinvointia uhkaaviin tekijöihin. Kohderyhmänä ovat olleet Espoon, Kauniaisten, Kirkkonummen, Vantaan ja Keravan 13–22 -vuotiaat nuoret.

Kuluvana vuonna Helsingin kaupungin terveyskeskuksen psykiatria osallistuu Helsingin alueella erikoissairaanhoidon ja peruspalvelujen yhteistyönä toteutettavaan JERI-hankkeeseen jatkona edellisiin (Helsingin kaupungin terveyskeskuksen toimintasuunnitelma 10.1.2012, 20 [viitattu 2.10.2012] ([http://www.hel.fi/static/public/hela/Terveyslautakunta/Suomi/Esitys/2012/Terke\\_2012-01-10\\_Tervlk\\_1\\_EI/3DCD83FA-44D8-4A0A-A56F-](http://www.hel.fi/static/public/hela/Terveyslautakunta/Suomi/Esitys/2012/Terke_2012-01-10_Tervlk_1_EI/3DCD83FA-44D8-4A0A-A56F-)

[E53233FED8FA/Liite.pdf](#)). Kohteena ovat 13 - 22-vuotiaat nuoret tietyillä alueilla Helsingissä. JERI tekee lisäksi tutkimustyötä keskittyen erityisesti psykoosiriskissä olevien nuorten mahdollisimman varhaisten auttamiskeinojen kehittämiseen. Rahoitusta on saatu STM:n KASTE -hankerahoituksella lokakuun 2013 loppuun osana Etelä-Suomen Lapsen ääni 2 -hanketta.

Kuva selventää JERIn sijoittumista Helsingin nuorten palveluiden kentässä.

Nuoren omat verkostot, sosiaalinen media, tukipuhelimet



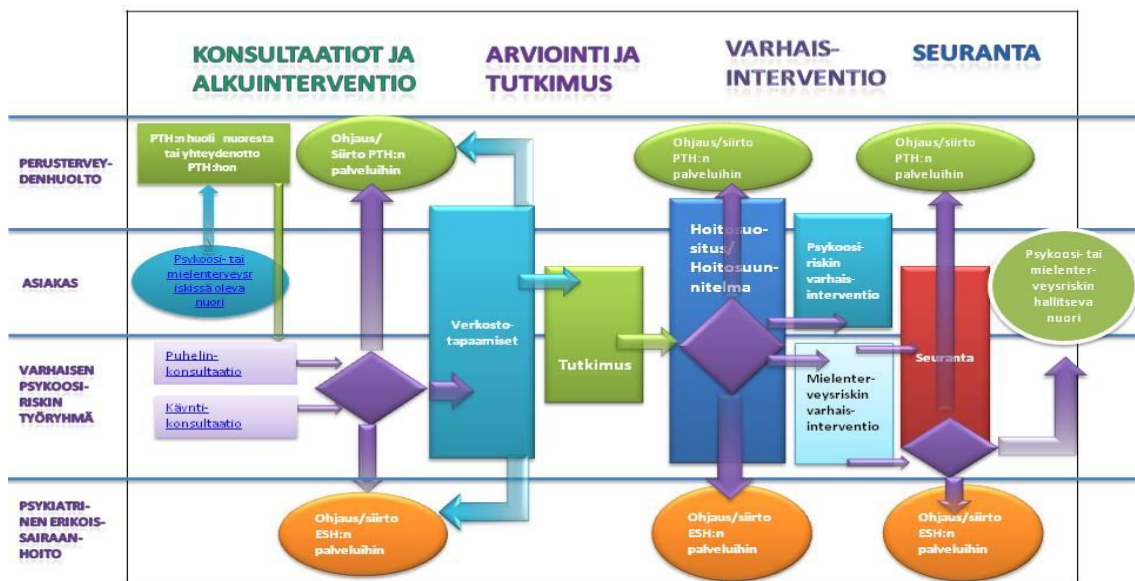
Kuvio 6. Kaavakuva JERI-hankkeen sijoittumisesta nuorten palveluissa. (Opi ja kasva 2011\_Lasten ja nuorten psyykinen hyvinvointi\_Heikkinen.pdf, [tulostettu 6.3.2012, viitattu 23.10.2012].)

Työskentelyn peruseriaatteen:

- Jokainen nuori tavataan paikallistason toimijan kanssa. Nuorta pyritään auttamaan senhetkisten stressitekijöiden suhteen (esim. koulukiusaaminen tai oppimisvaikeudet)
- Perheenjäsenet osallistuvat tapaamisiin. Keskustelut ovat perheterapeuttisia ja niissä pyritään vähentämään perheensisäisiä konflikteja ja saamaan perheeltä lisää tukea nuorelle.

- Tapaamiset järjestetään paikallistasolla nuoren kotona tai perheen kanssa yhteistyötä tekevän ammattilaisen tiloissa eikä psykiatrisissa sairaaloissa. Tämä tekee interventiosta hyväksyttävämmän ja ei-leimaavan.  
[\[https://www.facebook.com/JERItyoryhma/info](https://www.facebook.com/JERItyoryhma/info) [viitattu 5.12.2012].vrt.  
[\[http://www.iepaconference.org/sessions/?page=poster\\_detail&show=authors&sort=last\\_a&go=&session=Friday\\_October%2012\\_12:00%20-%201:25%20pm\\_Pacific%20Concourse&id=16](http://www.iepaconference.org/sessions/?page=poster_detail&show=authors&sort=last_a&go=&session=Friday_October%2012_12:00%20-%201:25%20pm_Pacific%20Concourse&id=16) [viitattu 8.12.2012].)

## Jeri-toiminnan prosessikuvaus



Kuvio 7. JERIn prosessikuvaus. [\[http://www.lapsenaani.fi/KONSULTATIIVINEN/JERI2/Jeri\\_index.html](http://www.lapsenaani.fi/KONSULTATIIVINEN/JERI2/Jeri_index.html) [viitattu 5.12.2012].)

JERI-työryhmiin otettiin ajalla 1.1.2007–31.10.2011 yhteyttä kaikkiaan 785 kertaa. Työryhmä on tavannut 136 nuorta, joiden suhteen tehtiin seurantatapaamiset intervention jälkeen. Nuorten iän keskiarvo oli 14,8 vuotta (78 tyttöä, 58 poikaa) ja he osallistuivat keskimäärin 11 JERI-tapaamiseen. GAF:lla mitattu toimintakyky lisääntyi merkittävästi (56 pistettä aloitettaessa, 66 pistettä seurannassa,  $p < 0.001$ ). PROD-screenillä mitatut psykoosiriskioireet vähenivät merkittävästi (keskiarvo 1.96 vrt. 0.99,  $p < 0.001$ ). Johtopäätös on, että nykyisten tulosten valossa nuoret näyttävät hyötyvän JERI-interventiosta, koska psykoosiris-



kioireet vähenevät ja toimintakyky lisääntyy.  
[http://www.iepaconference.org/sessions/?page=poster\\_detail&show=authors&sort=last\\_a&go=&session=Friday\\_October%2012\\_12:00%20-%201:25%20pm\\_Pacific%20Concourse&id=16](http://www.iepaconference.org/sessions/?page=poster_detail&show=authors&sort=last_a&go=&session=Friday_October%2012_12:00%20-%201:25%20pm_Pacific%20Concourse&id=16) [viitattu 8.12.2012].)

Useat työryhmät muualta Suomesta ovat olleet kiinnostuneita nykyisestä JERItä ja sen tuloksista. Ne ovat halukkaita ottamaan uuden työmenetelmän käyttöönsä. Seurantatutkimus JERItä on suunnitteilla vuodelle 2016. (<http://www.docstoc.com/docs/84631790/This-is-European-Social-Innovation-JERI-Jorvi-Early-psychosis> [viitattu 8.12.2012].)

## 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

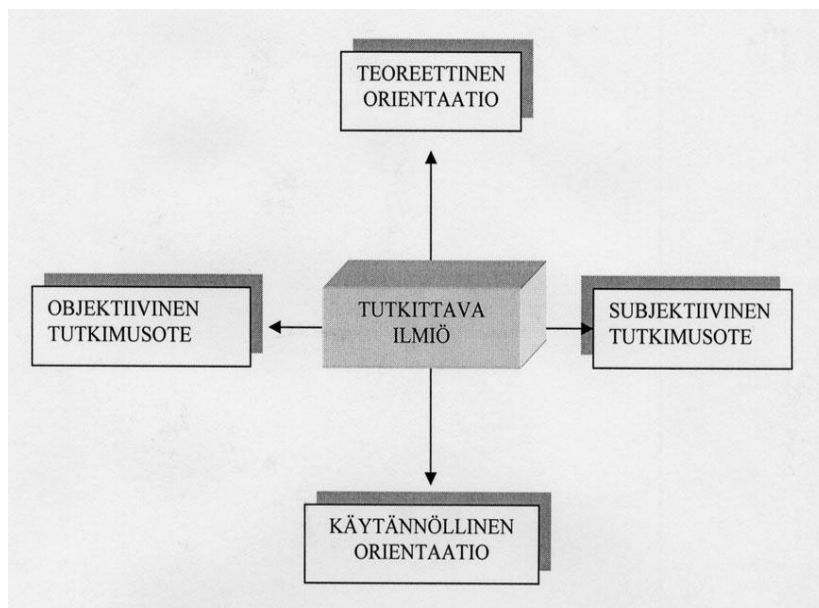
### 8.1 Aineiston valinta

Ennen opinnäytetyön lopullista kirjoittamista olin koonnut laajasti teoreettiseen viitekehykseen, tutkimusmenetelmiin ja mielenterveyteen liittyvää kirjallisuutta, artikkeleita ja sähköisiä dokumentteja. Kokosin aineistoa tutkimuksen kohteena olevasta lasten mielenterveysambulanssista ja sen mahdollisista vertailukohteista (varsinainen tutkimusaineisto). Rajasin, poissuljin ja lisäsin aineistoa opinnäytetyöprosessin kuluessa ja kirjoitustyön edetessä. Varsinaista opinnäytetyötä tehdessäni kesällä ja syksyllä 2012 oli selvää, että analysoitava aineistoni koostuu lähes pelkästään erilaisista kirjallisista lähteistä, mukaan lukien lasten mielenterveysambulanssin piirissä laadittu hankeraportti. Vastaavaa raporttia en ole saanut käsiini JERI-hankkeesta, jota koskeva aineisto on muutenkin pirstaleisempaa kuin aineisto lasten mielenterveysambulanssihankkeesta. Mukana aineistossa on eräänlaiseksi esitutkimukseksi ajateltu havainnointi, joka jäi yhteen havainnointikertaan (kuvaus luvussa 6. kohdassa 6.2).

### 8.2 Tutkimusmenetelmän ja tutkimusotteen valinta

Koska lasten mielenterveysambulanssiprojektissa oli projektin sisällä jo tehty käytännön kuvaus Innokylään, päätin analyysissäni keskittyä projektin arviointiin ulkoapäin. Projektin aikana on jatkuvasti käytännön kokeilujen ohella tehty sisäistä arviointia, jossa työryhmän jäsenet, asiakasperheet ja yhteistyötahot ovat olleet kirjallisen palautteen antajina. Palautetietoa on kertynyt myös tiimipalaverissa. Sisäinen tutkimusote (sisäinen arviointi) kohdistuu vain prosessiin, vain tulokseen, tai molempiin samanaikaisesti, ja on ns. itsearviointia tai yhteistoinnillista monitahoarviointia. Tämä tutkimusote on yleensä vaiheittainen. Tutkija on sisällä hankkeessa ja osallistuu kehittämistuloksen tuottamiseen. (Anttila, luentodiat 2008, 11 [viitattu 2.12.2012].)

Minun roolini on olla ulkopuolinen arvioija. Tutkimusnäkökulmani täsmentyi objektiivisen tutkimusotteen ja käytännöllisen orientaation leikkausalueelle. Kyseiselle alueelle on ominaista kriittinen ja realistinen arviointi. Tutkimusmetodi tulee valita tutkimusasetelman (tutkijan position) kanssa yhteensopivasti. Ulkoisen arvioinnin tutkimusote on yleensä summatiivista eli kokonaisuutta ja sen tuloksia ja vaikutuksia tarkastelevaa, eikä tutkijalla ole vaikutusta varsinaisen kehittämistuloksen muodostumiseen. (Anttila, luentodiat 2008, 11 [viitattu 2.12.2012].) Minulla on tiedon prosessoijan rooli.

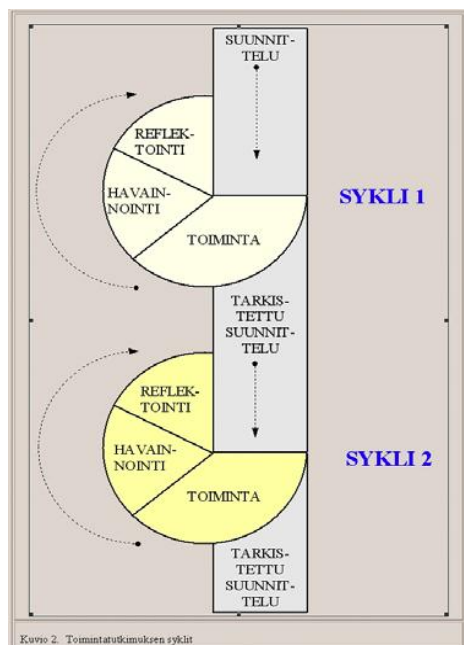


Kuvio 8. Tutkijan oman position valinta tutkimusparadigman eri ulottuvuuksilla (Anttila 2007, 36.).

Lähtökohtani opinnäytetyötä suunnitellessani oli hyvän käytännön kuvaaminen ja arviointi sen tuloksellisuuden ja siirrettävyyden kannalta. Näkökulmani on siis käytännöllinen pikemmin kuin teoreettinen. Lasten mielenterveysambulanssissa on kyse tilanteesta, jossa käytännön ongelmat ja kysymykset ohjaavat tiedontuotantoa. Tieto syntyy aidoissa toimintaympäristöissä eli tässä tapauksessa asiakkaiden ja sidosryhmien kanssa pidetyissä verkostotapaamisissa sekä akuuttityöryhmän omissa palavereissa. Tutkimukselliset asetelmat ovat apuna tiedontuotannossa. Kehittämistoiminta määrittelee tutkimuksen reunaehdot. Kysymykset, joihin haetaan ratkaisua, nousevat käytännön toiminnasta. Tutkimus

tukee kehittämistoiminnan toteuttamista. (Toikko & Rantanen 2009a, 34.) Välittömien vastausten (kehittämisen välittömät tulokset) lisäksi laajempaan tavoitteena on tulosten yleistettävyys ja siirrettävyys, levittäminen (Toikko & Rantanen 2009a, 22). Kehittämistoiminnassa pyritään tuottamaan tietoa siitä, voidaanko ko. työmenetelmää pitää hyvänä. Niinpä etsin empiirisesti pätevää, näyttöön perustuvaa tietoa kehitetyn ambulanssityöskentelytavan käyttökelpoisuudesta (Toikko & Rantanen 2009a, 39).

Spiraalimainen prosessinkuvaus kuvaa hyvin Lasten mielenterveysambulanssille ja JERI-hankkeille ominaista jatkumoa yhä uudelleen toistettavana prosessina (iterointi). Tiedon kehittämisestä ja käytännön kokeilusta edetään jatkuvan refleктоivan arvioinnin kautta uudelleen tiedon kehittämiseen ja käytännön kokeiluun. Tuokolla ja Rantasella oli myös kuvio toimintatutkimuksen spiraalimalista, mutta viittaa havainnollisempaan, Anttilan (2007) esittämään malliin (Anttila 2007, 137 ja <http://www.chydenius.fi/pdf/anttilan-kalvot> [viitattu ja tulostettu 2.12.2012]). Prosessimaisessa kehittämisessä korostuu kehittämistoiminnan reflektiivinen luonne: kehittäjän tulee jatkuvasti uudelleenarvioida toimintaa ja sen suuntaa.



Kuvio 9. Toimintatutkimuksen kulku kaaviona Anttilan mukaan (Anttila 2007, 137, Suojasta 1999 ja Linturia 2003 mukailleen).

### 8.3 Aineiston käsittely ja analysointi sekä tulokset

Luin Lasten mielenterveysambulanssin ja JERI-hankkeen aineistot useaan kertaan läpi. Välillä palasin aiemmassa luvussa oleviin taustateorioihin ja ideologioihin ja peilasin aineistoa niihin. Tutkimuksen tuloksellisuutta tarkastelin palaamalla alussa luvussa 4 asetettuihin tutkimustehtäviin. Jos siellä asetettuihin pohdinnan aiheisiin saadaan myönteiset ja monipuoliset vastaukset, voidaan tutkimustani pitää onnistuneena.

Tutkimustehtäviä oli tarpeen tässä vaiheessa täsmentää.

1. Lasten mielenterveysambulanssin työskentelymenetelmän kuvaus ja saadut käytännön kokemukset.
2. Menetelmä verrattuna perinteiseen akuuttipsykiatrian toimintamalliin.
3. Saadut tulokset peilaten ja verraten JERI-malliin.
4. Lasten mielenterveysambulanssi-menetelmän ja JERI-mallin mukaisen menetelmän erot.

#### 8.3.1 Tutkimustehtävä 1.

Lasten mielenterveysambulanssin tavoitteena on asiakasperheen akuutin kriisitilanteen pysäyttäminen ja siihen johtaneiden syiden jäsentäminen. Sen tavoitteena on myös lisätä lastenpsykiatrisen osaamisen jakamista perustasolla ja varmistaa psykiatrisen hoidon saatavuus kiiretilanteissa joustavasti ja mahdollisimman pian. Työ on ennaltaehkäisevää ja yli sektorirajojen tapahtuvaa moniammatillista yhteistyötä. Vaikka VSSHP:n piirissä onkin perinteisesti suunnattu lastenpsykiatrian jalkautuvaa työtä lasten koteihin ja vanhempien tueksi, on mielenterveysambulanssin kautta tehtävä verkostotyöskentely uusi varhaishoitomalli.

JERI-hankkeen tavoitteena oli luoda tarkoituksenmukaisia, nopeasti reagoivia ja joustavia toimintatapoja psykoosiriskissä olevien nuorten auttamiseksi. Projektin tarkoituksena oli kokonaan uuden varhaishoitomallin kehittäminen ja käyttöönotto. Tavoitteena on ollut kehittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon verkostotyön malli, jossa pyrkimyksenä on ennakoida nuorten psykoosit ja muut

vakavat mielenterveyshäiriöt ja puuttua niihin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tarkoituksena oli ohjata psykiatriseen hoitoon jo psykoottisesti oireilevat tai muulla tavoin erikoissairaanhoidoa tarvitsevat nuoret ja auttaa muunlaisista mielenterveydellisistä vaikeuksista kärsiviä nuoria. Tavoitteena oli vähentää nuorten psyykkistä kuormitusta, vahvistaa mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä tukea alentunutta toimintakykyä. JERI-työryhmä työskenteli konkreettisesti nuoren arkiympäristössä. Työntekijät tapasivat nuorta, hänen perhettään ja muuta verkostoa yhdessä perustason toimijan kanssa. Työ oli moniammatillista ja verkostomaista. Tapaamiset järjestettiin viivyttelämättä, tarpeenmukaisesti ja joustavasti tilanteen mukaan.

Kummassakin hankkeessa kehitettiin ja kokeiltiin käytännössä moniammatillista, matalan kynnyksen verkostomaista työmenetelmää asiakasperheiden elinympäristöissä. Psykiatrinen osaaminen vietiin konsultoimalla paikallistasolle, jossa säilyi päävastuu asiakkaiden hoidosta ja tarpeen mukaisista jatkotoimista.

### 8.3.2 Tutkimustehtävä 2.

Lasten mielenterveysambulanssi alkoi tarpeesta löytää oireilevien lasten ja heidän perheidensä auttamiseen aikaisempaa nopeampi ja joustavampi työmenetelmä. VSSHP:n alueella on kylläkin vuodesta 2003 alkaen aktiivisesti kehitetty lastenpsykiatristen akuuttitilanteiden tutkimuksen ja hoidon toimintakäytäntöä.

Tuossa vaiheessa yksilökeskeisen hoidon rinnalle nousi perhekeskeinen työskentely. Sekä poliklinikka- että osastotutkimuksen perusrakenne oli muotoutunut kokonaisuudeksi, jossa lyhyen ja tiiviin jakson aikana arvioidaan tilanne lapsen, hänen perheensä ja ympäröivän yhteisön tasolla. (Manelius, P. & Piha, J. 2006, 215-217 [tulostettu ja viitattu 8.12.2012].)

Ensimmäinen vastaanottokäynti akuuttityöryhmässä on ollut yleensä perheen ja ammattilaisten hoitoverkkoneuvottelu, jonka lähettävä taho on kutsunut koolle. Hoitoprosessin näkökulmasta tämä työskentelytapa tukee hoidon jatkuvuutta: lyhyen, intensiivisen akuuttijakson jälkeen perheen hoito jatkuu muualla, useimmiten lähettävällä taholla. Alkuneuvottelussa on päätetty akuuttijakson

työskentelytavat. Neuvottelussa on käyty läpi kriisiytynyt tilanne lapsen, perheen ja lähiverkoston näkökulmista. Usein on sovittu lyhyestä akuuttityöryhmän toteuttamasta selvittelyjaksosta. Vaikeimmissa tilanteissa on päädytty kiireelliseen osastojaksoon. Osa ensimmäisistä hoitoverkkoneuvotteluista on toki päätynyt siihen, että enempiä toimenpiteitä ei akuuttipsykiatrian taholta tarvita. Akuuttityöryhmän keskeiseksi tehtäväksi oli muodostunut lapsen hyvinvointia uhkaavan ja perheen voimavarat ja hallintakeinot ylittävän tilanteen pysäytys ja siihen johtaneiden seikkojen jäsentäminen. Akuutin tilanteen pysäyttämisen ja jäsentämisen jälkeen jatkohoito on useimmiten ollut mahdollista lastenpsykiatriassa aluepoliklinikoilla tai perustasolla. Selvittelyjaksojen päätteeksi on järjestetty loppuneuvottelu hoitoverkossa. (Manelius, P. & Piha, J. 2006, 215-217 [tulos-tettu ja viitattu 8.12.2012].)

Kerrottu hoitoverkkomalli tapahtui yhteistyössä perheen ja yhteistyötahojen kanssa, kuten sittemmin kehitetty Lasten mielenterveysambulanssi. Kuten edellä luvussa 5, ja etenkin kohdassa 5.1 on esitetty, vastauksena tutkimustehtävään 2. saatiin, että uusi menetelmä merkitsi nopeampaa avun saantia perheille, suurempaa osallisuutta ja vähemmän raskasta menettelyä kuin edeltävissä kappaleissa selostetussa mallissa (ks. edellä luku 5., kohta 5.1.). Osastojaksojen määrä on nyttemmin TYKS akuuttlastenpsykiatriassa laskenut, eli paikallistason konsultaatiolla on saatu hyviä tuloksia aikaan (ks. edellä luku 5., kohta 5.4.).

### 8.3.3 Tutkimustehtävä 3.

Kummassakin hankkeessa tehtiin prosessin kuluessa huolellista sisäistä ja ulkoista seuranta kokoamalla toimijoilta, käyttäjiltä ja yhteistyötahoilta kirjallista palautetta. Palautteet analysoitiin strukturoiduilla menetelmillä. Lasten mielenterveysambulanssista yliopistollisen lopputyön tehnyt käytti analyysissään kvantitatiivisia kuvailevia tilastollisia menetelmiä (f, %, ka, kh). Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin Mann Whitneyyn U-testiä, Kruskal-Wallis testia ja korrelaatiokerrointa käyttäen. JERI-hankkeesta ei ole tiedossani, mitä strukturoitua menetel-

mää käytettiin, mutta tulokset on raportoitu Early Interventions in Psychiatry-julkaisussa (2009;3:94-98), mikä kertoo käytetyn menetelmän luotettavuudesta.

Lasten mielenterveysambulanssi-hanke toimi 8/2009-9/2012. Siitä on olemassa analysoituja tuloksia siten, että yhteistyötahoilta palautteita kerättiin ajalla 3/2011-5/2012 ja vanhemmilta vuonna 2011. Vanhempien tyytyväisyyskyselyn kohteena oli niitäkin vanhempia, joiden lapsi oli 2011 ollut osastohoidossa, ei siis pelkästään verkostotyöskentelyssä lasten mielenterveysambulanssin piirissä. Piilisen tutkimuksessa on käytetty valideja tutkimusmenetelmiä, joten siltä osin tulokset ovat oikeita. Kuten Piilinen itsekin toteaa gradutyönsä tiivistelmässä, tutkimusotos on melko suppea, joten tulokset eivät luotettavasti ole yleistettävissä.

JERI-hanke toimi 2006-2008 ja sen jatkona on toteutettu JERI-projekti 4/2009-10/2011. JERI:stä tuloksia on ajalta 2006-2008 (hankittu seurantatutkimuksessa 2007-2008) sekä 2007-10/2011.

Tulokset ovat kummastakin usealta vuodelta. Tulokset eivät ole vertailukelpoisia ja ne ovat riittämättömiä. Tulokset yleistäen ovat samansuuntaisia ja kokeillun toimintamallin vakiinnuttamisen puolesta puhuvia. Lasten mielenterveysambulanssi vakiinnutetaan 2012 alkaen osaksi VSSHHP akuuttipsykiatrian työtapoja, ja Helsingin kaupungilla ja HUS:illa on JERIn jatkona ollut tänä vuonna meneillään vastaava hanke, joka jatkuu vuoteen 2013.

Lasten mielenterveysambulanssilla on saavutettu hyviä tuloksia. Kun poliklinikkalla tapahtuvan ensiarvioinnin tuloksena akuuttihoitoon otetaan 58 prosenttia lapsista, jalkautuvan lähestymistavan ja verkostotyöskentelyn aloittaneiden lasten kohdalla osastojakso on toteutunut ainoastaan 10 prosentilla.

JERI:ssä havaittiin tilastollisesti merkitsevät parannukset kohteena olevien nuorten toimintakyvyssä, mielialassa, ahdistusoireissa, elämänlaadussa ja psykoosiriskioireissa. Tulokset tukevat esitettyä interventiomallia.



#### 8.3.4 Tutkimustehtävä 4.

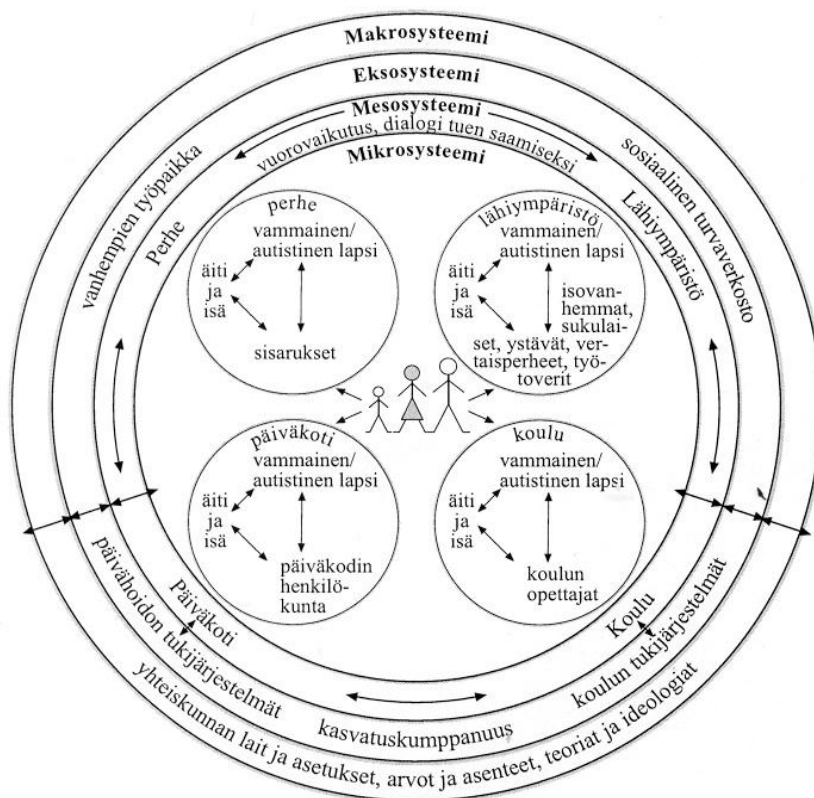
Molemmille hankkeille yhteinen tulos on se, että kokeilluilla interventioilla on mahdollista auttaa monia lapsia ja nuoria jo varhaisessa vaiheessa nopeasti. Auttaminen tapahtuu lapselle, nuorelle ja perheelle tutussa ympäristössä tutun tai tuttujen ammattilaisten kanssa (hoidon psykologinen jatkuvuus). Mitä aiemmin lapsi, nuori ja perhe saavat asiantuntevaa apua, sitä harvemmin mielenterveysongelmat mutkistuvat ja vakavoituvat. Kustannussäästöä syntyy, kun viranomaiset eivät tee päällekkäistä työtä, ja mahdollinen erikoissairaanhoidon tarve vähenee, sen korvautuessa perustasolle annettavalla erikoissairaanhoidon konsultoinnilla. Saatujen kokemusten mukaan vaikeassa tilanteessa elävän lapsen ja perheen tukemiseksi tarvitaan sektorirajat ylittäviä palveluita ja oikea-aikaista perheen kanssa työskentelevien ammattilaisten yhteistoimintaa. Paikalliset toimijat hyötyvät ulkopuolisesta tuesta tilanteessa, jossa lapsi oireilee vakavasti. Moniammatillisella verkostotyöskentelyllä voidaan koordinoida ja jäsentää perheiden tarvitsemien palveluiden kokonaisuutta.

Kouluissa opettajat, koulukuraattorit, terveydenhoitajat ja psykologit kohtaavat erittäin hankalia tilanteita oirehtivien oppilaiden kanssa päivittäin. On selvää, että verkostotyöskentely koulujen kanssa on antanut sinne hyödyllistä, kaivattua tukea arjen tilanteisiin. Jatkossakin koulujen tarve saada nopeasti erikoissairaanhoidosta tukea mielenterveyden häiriöitä koskien on suuri. Parhaiten tämä toteutuu erikoissairaanhoidosta lähtevien työntekijöiden jalkautumisella kouluhin. Lasten mielenterveysambulanssissa yhteistyö sairaalakouluna toimivan Kiinamyllyn koulun kanssa osoittautui erinomaiseksi interventioksi. JERIn piirissä suuri osa yhteydenotoista työryhmiin tuli kouluista.

Kummassakin hankkeessa on kehitetty hyvä työkäytäntö. Lasten mielenterveysambulanssi on dokumentoitu ja mallinnettu Innokylä -sivustolla. Sitä kautta leviää tieto hankkeesta, työmenetelmästä ja tuloksista ja se on prosessina ja työkäytäntönä siirrettävissä toiseen ympäristöön.

Hankkeiden taustalla on ollut todellinen kehittämistehtävä, uuden joustavamman ja nopeamman auttamismallin tarve.

Käytännön toiminnan ja sen tulosten peilaus teoriaan on ollut osa arviointiani. Hankkeiden ideologinen tausta löytyy Bronfenbrennerin esittämästä ja toisten tutkijoiden myöhemmin edelleen kehittelemästä ekologisesta kasvun teoriasta. Varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisevän työn vieminen perheiden normaaliin elinympäristöön on ollut kantavana periaatteena molemmissa hankkeissa. Tonttila (2006) on Pennin (2005) kuviota soveltaen laatinut mallin, joka kuvaa vammaisen lapsen varhaisvuosiin sijoittuvaa perheen ekologista ympäristöä (kuvio 3). Malli sopii sellaisenaan lasten mielenterveysambulanssin kuvaamiseen ekologisen teorian viitekehyksessä. (Vammaisen/autistinen lapsi pitäisi olla psyykkisesti oireileva lapsi. Tekstien muuttaminen ei onnistunut, koska kuvio on .JPEG-muodossa eikä esim. .ppt-muotoinen.). Malli sopii myös JERIn kuvaamiseen.



Kuvio 10. Perheen ekologinen viitekehys Tonttilan (2006) mukaan Härkösen esittämänä (Härkönen, U. 2008). Vammaisen/autistinen pitäisi olla psyykkisesti oireileva lapsi/nuori.

Jalkautuva työparityöskentely psykiatrian työmuotona on sinänsä psykiatrisen erikoissairaanhoidon piirissä syntynyt ja toteutettu, mutta ihminen on psykofyysissosiaalinen kokonaisuus ja mielenterveyden häiriöt syntyvät ihmisen sosiaalisessa vuorovaikutuksessa hänen elinympäristössään ja ovat kulttuurisesti määräytyviä tiloja (vrt. normaaliuden määritelmä eri aikoina ja eri kulttuureissa). Niinpä mielenterveyden häiriöiden taustalta löytyy sosiaalinen todellisuus eikä kyse ole pelkistetyn lääketieteellisestä ilmiöstä.

Tutkimustehtävään 4 saatiin vastaukseksi, että menetelmissä ei ole mainittavia eroja (lähinnä kohderyhmän ikä).

#### 8.4 Tutkimuksen luotettavuus

Realistisen arvioinnin luotettavuuskysymykset liittyvät seuraaviin:

- uskottavuus: kuvatulla tavalla on päädytty esitettyihin tulkintoihin. Hankkeen dokumentoidut tapahtumat ja siinä kootut aineistot ja niistä vedetyt johtopäätökset kohdistuvat oikeisiin ja uskottaviin kohteisiin
- vilpittömyys: esille on tuotu sekä hyvät että huonot tulokset ja arvioitsijan aidot omat näkemykset
- osaaminen: toiminnan ja tulosten laatu
- hyödynnettävyys: onko saatu tulos hyödyllinen ja hyödynnettävissä laajemmin eri toimintaympäristöissä (siirrettävyys), onko saatu uusia tai aiempaa parempia tuloksia lähtökohtaongelmiin
- vaikuttavuus: onko hankkeella vaikutettu työkentällä johonkin menetelmään tai edes osanottajien osaamistasoon ja oppimiskokemuksiin, onko ratkaisun oheisa saatu muille hyödyllistä tietoa aineistoa koottua. (Anttila 2007, 145-148.)

On uskottavaa, että Lasten mielenterveysambulanssissa on toimien kuvatulla tavalla päädytty kuvattuihin tuloksiin. Hankesuunnitelma ja toiminnan todellisuus ovat vastanneet toisiansa. Toiminnan ja tulosten laatu osoittaa toimijoissa oman sektorinsa hyvää osaamista kunkin koulutuksen viitoittamalla tavalla. Samaa on sanottava JER:stä. Kumpikin hanke on selvästi hyödynnettävissä samassa toimintaympäristössä eli psykiatrisessa hoidossa. Kummassakin hankkeessa kehitetyn työmenetelmän siirtäminen toisiinkin toimintaympäristöihin onnistuu hyvin. Uusilla työmenetelmillä on kustannuksia alentava vaikutus (hyödyllisyys). Vaikuttavuutta näen paitsi psykiatrian myös sosiaalialan eri sektoreilla tehtävän

työn piirissä. Vaikuttavuutta syntyy tulevan tutkimuksen piirissä. Hankkeista kertynyt tieto vahvistaa toisissa tutkimuksissa saatuja kokemuksia dialogisuuden merkityksestä psykiatrian ja sosiaalialan asiakastyössä ja moniammatillisessa verkostotyössä.

## 9 POHDINTAA

Kiinnostus dialogisen toimintamallin käyttöönottoon on lisääntynyt viime vuosi-  
na. Dialogisuudesta puhutaan monella eri sektorilla toteutettavan ja kehitettävän  
verkostotyön yhteydessä. Lastensuojelun 'huolen vyöhykkeet' -malli on yksi  
esimerkki. Psykiatriassa dialogisuus tarkoittaa potilaan ja hänen omaistensa  
aiempaa parempaa kuuntelemista ja aiempaa avoimempaa keskusteluyhteyttä  
hoitohenkilöstön ja heidän välillään.

Kuvaillut Lasten mielenterveysambulanssi ja JERI-hanke ovat myönteisiä esi-  
merkkejä avoimuuden ja läpinäkyvämmän työskentelytavan onnistumisesta  
käytännössä. JERI-hanke on saanut jatkoa vuosille 2012–2013 ja ambulanssi-  
toiminta on vakiinnutettu osaksi akuuttipsykiatrian toimintaa VSSHP:ssa.

Osa Piilisen pro gradu-työtä oli selvittää kyselytutkimuksella vanhempien mieli-  
piteitä Lasten mielenterveysambulanssista. Minua hämmästytti se, että van-  
hempien tyytyväisyys ei riippunut siitä, mikä oli heidän lastensa hoitomuoto.  
Olisin odottanut, että ambulanssityöskentelyä olisi pidetty parhaimpana. Tiede-  
tään, että vanhempien ja sukulaisten kynnys osallistua psykiatrisella osastolla  
pidettyihin hoitokokouksiin on toisinaan hyvinkin korkea. Odotin, että perheen  
arkiympäristöön viety kokoustaminen olisi koettu helpommaksi ja toimivammak-  
si tavaksi osallistua. Toisaalta suuri osa vanhemmista Piilisen tutkimuksessa oli  
tyytymätön siihen, mitä palveluja lapselle akuuttiosastolta tarjottiin tai minkä  
palvelujen piiriin heitä osattiin ohjata. Tämä voi johtua siitä, että "virallisessa"  
kokouksessa sairaalaympäristössä vanhemmat eivät ole puhuneet yhtä avoi-  
mesti kuin olisivat ambulanssityön verkostotapaamisessa tehneet. Akuuttipsy-  
kiatrian tehtäviin ei siksi toiseksi kuulu palveluohjaus, vaan se kuuluu sosiaali-  
työn kentälle sosionomienkin tekemänä.

Kenties tulevaisuudessa meidän ei tarvitse kuulla potilailta tai asiakkailta, että  
heidät on sivuutettu hoitokokouksessa tai verkostotapaamisessa ja että heitä on  
kuultu vain, jotta muodolliset kriteerit täytyisivät, eikä ajatuksella oikeasti ottaa  
heidän näkemyksensä huomioon ratkaisuissa. Kokemusasiantuntijoiden kirjoi-

tuksissa törmää jatkuvasti tällaisiin kaukana aidosta dialogisuudesta oleviin väitteisiin (mm. Rekola 2010, 68-87; Rekola 2011, 12-19, viitattu 6.11.2012).

”Valitettavan usein huomaa, että psykiatrisessa hoidossa ammatti-ihmisellä on oma käsityksensä asioista, jota hän ei kuntoutujan ajatusten anna häiritä. Ehkä keskustellaan, mutta usein pinnallisesti. Keskustellaan, koska se on asiankuvuluvaa dialogisuutta, mutta silti päädytään omiin, ennalta tiedossa olleisiin loppupäätelmiin. Varmaankin hoidollisessa vuoropuhelussa on kehitytty, mutta silti matkaa aitoon dialogiin vielä on.” (Karoskoski 2010, 131 [viitattu 6.11.2012].)

Kunnissa on jatkuva pula pätevistä sosiaalityöntekijöistä. Kuntarakenteen remontin yhteydessä saattaa olla tarpeen muuttaa sosiaalityöntekijöiden nykyisiä toimenkuvauksia. Osa nykyisin sosiaalityöntekijöille kuuluvista tehtävistä voidaan varmaan toteuttaa sosiaaliohjaajan, siis sosionomin koulutuksen saaneen, toimesta. Sosiaalityöntekijä–sosionomi -työpareista on saatu myönteisiä kokemuksia siellä, missä niitä on kokeiltu. Yhäkin sosiaalityön yliopistollisen tutkimuksen painotus on seuraamieni lehtikirjoitusten mukaan tutkimustoiminnassa. Tällä en tarkoita väheksyä itse tutkintoa tai koulutusta, vaan totean pelkästään sen suuntautumisen. Sosionomin koulutuksen painopiste on käytännön asiakastyössä ja palvelujärjestelmäosaamisessa. Mielestäni sosionomi sopisi hyvin lasten mielenterveysambulanssin kaltaiseen verkostotyöskentelyyn. Sosionomit perhetyössä tukevat perhettä ennen psykiatrista laitosjaksoa ja jatkavat perheen tukemista sen jälkeen, kun psykiatrisen erikoissairaanhoidon interventio on päättynyt.

Mielestäni Kunta-Remontin ei tule merkitä vain jo valmiiksi liian niukkojen resurssien vähentämistä. Toistuvasti kuulee ja näkee sosiaalityön asiakkaina olevien lasten ja nuorten valittavan, että ainakaan heitä ei oma sosiaalityöntekijä ole asiakastapaamisessa tai verkostotapaamisessa kuullut, vaan pikemmin puhunut lapsen/nuoren ohitse läsnä olevalle toiselle aikuiselle. Aito kuunteleminen ja dialogisessa suhteessa oleminen asiakkaisiin edellyttää, että työntekijämäärät ovat kohdallaan ja että työntekijöiden vaihtuvuus olisi nykyistä vähäisempää. Etenkään lasta ja nuorta ei voi kohdata ja aidosti kuulla ”nopeutetussa järjestyksessä”, vaan se vaatii aikaa.

## 10 LÄHTEET

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Artefakta 19. Hamina: Akatiimi Oy.

Viitattu 2.12.2012. Anttila, P. 2008. Kehittämishankkeen tutkimuksellinen ote. Luentodiat 12/2008 TSOS07 opiskelijoille. Julkaisematon Turku AMK:n opintomateriaali.

Viitattu ja tulostettu 2.12.2012. Anttila, P. 2008. Onko opinnäytetyöstä kehittämistyöksi? Mistä löytyvät opinnäytetyön metodologiset ratkaisut? Ammattikorkeakoulujen Opinnäytetyö ja ohjaus – seminaari 2008. <http://www.chydenius.fi/pdf/anttilan-kalvot>

Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Dialogisuus ihmissuhteissa, mielenterveytyössä ja psykiatrisessa hoidossa. Helsinki: Magentum.

Haarakangas, K. 2011. Voimistava läsnäolo. Mielen tiet lapsuudesta vanhuuteen. Jyväskylä: PS-kustannus.

Viitattu 2.10.2012. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen toimintasuunnitelma 10.1.2012.

Helsingin kaupunki.  
[http://www.hel.fi/static/public/hela/Terveyslautakunta/Suomi/Esitys/2012/Terke\\_2012-01-10\\_Tervlk\\_1\\_EI/3DCD83FA-44D8-4A0A-A56F-E53233FED8FA/Liite.pdf](http://www.hel.fi/static/public/hela/Terveyslautakunta/Suomi/Esitys/2012/Terke_2012-01-10_Tervlk_1_EI/3DCD83FA-44D8-4A0A-A56F-E53233FED8FA/Liite.pdf)

Tulostettu 6.3.2012, viitattu 23.10.2012. Kaavakuva JERI-hankkeen sijoittumisesta nuorten palveluissa (Opi ja kasva 2011\_Lasten ja nuorten psyykinen hyvinvointi\_Heikkinen.pdf eli [http://www.opijakasva.fi/materiaalipankki/doc\\_download/193-opi-ja-kasva-2011lasten-ja-nuorten-psyykinen-hyvinvointiheikkinen](http://www.opijakasva.fi/materiaalipankki/doc_download/193-opi-ja-kasva-2011lasten-ja-nuorten-psyykinen-hyvinvointiheikkinen)

Tulostettu ja viitattu 4.9.2012. Raportti 2012. Hietikko, T., Koivu, P., Tammisto, R., Tulensalo, L. & Westerback, S. 2012. Lasten mielenterveysambulanssi 8/2009-9/2012. Kaste-hanke / VSSHP Lastenpsykiatrian akuuttiryhmä.  
<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=306226> eli turku.fi>Turku.info>Kehittyvä kaupunki ja seutu>Kaste-ohjelma>Remontti-hanke>Remontin pilottihankkeet

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudist. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy

Tulostettu ja viitattu 2.12.2012. Härkönen, U. 2008. Teorian ja tutkimuskohteen vuorovaikutus – Bronfenbrennerin ekologinen systeemiteoria ihmisen kehittämisestä. Verkko-versio 2008: Erkki Savolainen ISBN 978-952-219-164-9 (pdf). Teoksessa Niikko, A., Pellikka, I. & Savolainen, E. 2008. Oppimista, opetusta, monitieteisyyttä. Kirjoituksia Kuninkaankartanonmäeltä. Joensuun yliopisto, Savonlinnan opettajainkoulutuslaitos: 2008.

Viitattu 2.12.2012. <https://www.innokyla.fi/web/malli106630#.ULtYWla8xfw> eli [www.innokyla.fi](http://www.innokyla.fi)>Lastenpsykiatrian jalkautuva verkostotyö>Toimintamalli.

Viitattu 3.12.2012. <https://www.innokyla.fi/web/malli114413#.UL0Ti4a8xfx> eli [www.innokyla.fi](http://www.innokyla.fi)> moniammatillisen työryhmän jalkautuminen lasten kasvu- ja keh > toimintamalli

Viitattu 2.10.2012. Kampman, Mikko. Mielenterveyden edistäminen kouluissa. Esitys kouluterveyspäivillä 2007. Stakes työpapereita 4/2007.  
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T4-2007-VERKKO.pdf> ja <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/kouluterveyspaivat/KTESITYKSET.htm>

Viitattu 8.12.2012. Karjalainen, M. ”Jeri: Jorvi Early Psychosis Recognition and Intervention”. (<http://www.docstoc.com/docs/84631790/This-is-European-Social-Innovation-JERI-Jorvi-Early-psychosis>)

Tulostettu ja viitattu 2.10.2012. Karjalainen, M. & Granö, N. 2010. Liikkuvalla ja verkostoituvalla työotteella apua nuorille mielenterveyden vaikeuksissa – JERI-työryhmän kokemuksia ja tuloksia. [http://www.sosiaalitalo.fi/ep/tiedostot/ulappa300910\\_jeri.pdf](http://www.sosiaalitalo.fi/ep/tiedostot/ulappa300910_jeri.pdf)

Viitattu 4.9.2012. Karjalainen, M., Itkonen, A., Edlund, V., Granö, N., Anto, J. & Roine, M. Nuorille ajoissa apua mielenterveysongelmiin. Sairaanhoitajalehti 2009, 10. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10\\_2009/asiantuntija-artikkeli/nuorille\\_ajossa\\_apua\\_mielenterv/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2009/asiantuntija-artikkeli/nuorille_ajossa_apua_mielenterv/)

Tulostettu 4.9.2012, viitattu 2.10.2012. Karjalainen, M. & Kuha, T. 2009. Verkostoituvalla työotteella apua nuorten mielenterveyden ongelmiin. Esitys kouluterveyspäivillä 2009. [http://info.stakes.fi/pdf/KTpaivat2009/ke\\_KARJALAINEN\\_KUHA.pdf](http://info.stakes.fi/pdf/KTpaivat2009/ke_KARJALAINEN_KUHA.pdf) ja <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/kouluterveyspaivat/KTesitykset.html>

Karoskoski, P. 2010. Kokijoista tekijöiksi – kokemusasiantuntijoiden esiinnousu ja vaikutus. Artikkel. Teoksessa Putkonen, H., Tenhoviirta, K. & Huttunen, M. (toim.) 2010. Kuiskaa kovaa. Keskustelua psykiatriasta. Espoo: Prometheus Kustannus Oy.121-138.

Viitattu 7.2.2010. Lapsen huomioiminen perheen kriisissä – koulutuksen luentodiat 6.11.2009.

Viitattu 5.12.2012. [http://www.lapsenaani.fi/KONSULTATIIVINEN/JERI2/Jeri\\_index.html](http://www.lapsenaani.fi/KONSULTATIIVINEN/JERI2/Jeri_index.html)

Tulostettu ja viitattu 8.12.2012. Manelius, P. & Piha, J. 2006. Lasten akuuttien psykiatristen häiriöiden tutkimus ja hoito. Tyksin akuuttihoitomalli. Artikkel. Suomen Lääkärilehti 3/2006:vsk 61. 215-217.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 muutoksineen

Viitattu 2.12.2012. New World Encyclopedia. Urie Bronfenbrenner. [http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Urie\\_Bronfenbrenner](http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Urie_Bronfenbrenner)

Viitattu 30.10.2012. Piilinen, J. Vanhempien tyytyväisyys lastenpsykiatrian akuuttihoitoon. Tiivistelmä pro gradutyöstä. [http://www.mwd.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnäytetyöt/progradu-abstraktit\\_2012/Piilinen.pdf](http://www.mwd.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnäytetyöt/progradu-abstraktit_2012/Piilinen.pdf)

Tulostettu 17.6.2010, viitattu 30.10.2012. Pirinen, J. Lasten mielenterveysambulanssi (ppt). <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=217442> eli turku.fi>Turku.info>Kehittyvä kaupunki ja seutu>Kaste-ohjelma>Remontti-hanke>Remontin koulutukset

Rekola, K. 2010. Välähdyksiä psykoterapian pitkältä matkalta. Artikkel. Teoksessa Putkonen, H., Tenhoviirta, K. & Huttunen, M. (toim.) 2010. Kuiskaa kovaa. Keskustelua psykiatriasta. Espoo: Prometheus Kustannus Oy.68-87

Rekola, K. 2011. Häpeän tuolla puolen – mielenterveyskuntoutujan kokemuksia. Artikkel. Teoksessa Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. (toim.) 2011. Helsinki:Kustannus Oy Duodecim. 12-19.

Sailas, E. & Laiho, T. 2010. Psykiatrian tavallisimmista virheistä – provokatiivisesti. Artikkel. Teoksessa Putkonen, H., Tenhoviirta, K. & Huttunen, M. (toim.) 2010. Kuiskaa kovaa. Keskustelua psykiatriasta. Espoo: Prometheus Kustannus Oy.174-186.

Seikkula, J. & Arnkil, T.E. 2005. Dialoginen verkostotyö. Helsinki:Tammi. 2005.



Viitattu 25.2.2010. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/lahtokohtia> eli  
www.sosiaaliportti.fi>hyvä käytäntö >lähtökohtia

Viitattu 25.2.2010. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/prosessi/> eli  
(www.sosiaaliportti.fi>hyvä käytäntö >prosessi

Viitattu 23.10.2012. <http://www.turku.fi/public/default.aspx?contentid=387357&nodeid=14715> eli  
turku.fi>Turku.info>Kehittyvä kaupunki ja seutu>Kaste-ohjelma

Viitattu 5.11.2012. <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=17447> eli  
www.turku.fi>Turku.info>Kehittyvä kaupunki ja seutu>Kaste-ohjelma>Remontti-hanke>Kunta-  
Remontti

Viitattu 5.11.2012. <http://www.turku.fi/Public/default.aspx?contentid=388236&nodeid=17449> eli  
www.turku.fi>Turku.info>Kehittyvä kaupunki ja seutu>Kaste-ohjelma>Remontti-  
hanke>Remontin pilottihankkeet

Toikko, T.& Rantanen, T. 2009a. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämis-  
prosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3., korjattu painos. Tampere: Tampere University  
Press.

Viitattu 2.12.2012. Toikko, T. & Rantanen, T. 2009b. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Pdf-  
muotoinen artikkeli. [www.uasjournal.fi/index.php/kever/article/viewFile/1088/919](http://www.uasjournal.fi/index.php/kever/article/viewFile/1088/919)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki:Tammi.

Viitattu ja tulostettu 2.12.2012. Virjonen, H. 2008. Ekologinen kasvatusajattelu. Luentodiat  
TSOS07 opiskelijoille 1-2/2008. Julkaisematon TurkuAMK:n opintomateriaali.

Viitattu 30.10.2012.VSSHP Psykiatria. <http://psykiatria.vsshp.fi/fi/pkl421>