

# KOHTI POTILAAN KOTIA

Lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön kehittäminen  
Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden laitos

Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Syyskuu 2008

Johanna Hyytiäinen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

JOHANNA HYYTIÄINEN: KOHTI POTILAAN KOTIA Lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön kehittäminen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä

Terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen opinnäytetyö: 94 sivua, 7 liitesivua  
Syksy 2008

## TIIVISTELMÄ

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli potilaan kehitysympäristöön kohdentuvan lastenpsykiatrisen hoidon kehittäminen. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata työntekijöiden kokemuksia lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyöstä sekä siinä käytettävistä menetelmistä. Kehittämistavoitteena oli luoda lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön malli. Tutkimuksen kohdejoukkona olivat kohdeorganisaatiossa lastenpsykiatrista kotihoidon perhehoitotyötä tekevät työntekijät. Tutkimus toteutettiin laadullisena, puolistrukturoituna teemahaastatteluna. Aineisto analysoitiin aineistolähtöistä sisällön analyysia käyttäen.

Opinnäytetyön tulokset jaettiin kahteen yhdistävään kategoriaan, jotka ovat moninainen hoitoprosessi sekä tavoitteelliset hoitomenetelmät. Moninainen hoitoprosessi kuvaa hoitoprosessien muodostumista jokaisen potilasperheen kanssa omanlaisekseen. Hoitoprosessi koostuu yksilöllisestä hoitosuunnitelmasta, jonka pohjalta lähdetään etenemään yhteistä matkaa perheen kanssa. Työparin tuki koetaan tarpeelliseksi työskentelyssä. Kotihoidon perhehoitotyön tavoitteelliset hoitomenetelmät sisältävät seitsemän erilaista lastenpsykiatrista hoitomuotoa. Tulosten pohjalta tehtiin kotihoidon perhehoitotyön malli, joka muotoutui ”etanan taloksi”. Malli kuvaa erikoissairaanhoidon osaamisen viemistä potilaan kotiin. Mallissa keskeisiksi osiksi muodostuivat hoitoympäristö, hoitosuhde ja hoitoprosessi.

Tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että organisaation toiminnan kehittämisessä ja lastenpsykiatrisessa kotihoidossa on paljon yhtäläisyyksiä. Molemmissa keskeistä on muutoksen tarve. Muutoksen toteutumiseen vaikuttavat osallistujien sitoutuminen, voimavarat työskentelyyn ja siihen käytettävissä oleva aika. Lastenpsykiatrisessa kotihoidon perhehoitotyössä hoitosuhde muodostuu intensiiviseksi yhteistyöksi. Hoitosuhteessa työntekijät tukevat perhettä hoidon tavoitteen mukaisessa muutoksessa. Tämän opinnäytetyön avulla saatua tietoa voidaan hyödyntää perhehoitotyössä, vastaavien tiimien työskentelyssä, uusia yksiköitä perustettaessa sekä toimintaa kehitettäessä.

Avainsanat: lastenpsykiatria, perhehoitotyö, kotihoito, toiminnan kehittäminen, muutosjohtajuus.

Lahti University of Applied Sciences  
Faculty of Social and Health Care  
Master's Degree in Social and Health Care  
Degree Programme of Development and Leadership in Social and Health Care

JOHANNA HYYTIÄINEN: TOWARDS A PATIENT'S HOME Developing family nursing within child psychiatric home treatment in Päijät-Häme Social and Health Care Group

Master's thesis of Development and Leadership in Social and Health Care: 94 pages, 7 appendices

Fall 2008

ABSTRACT

---

The purpose of this master's thesis is to develop the child psychiatric nursing in the patient's home environment. The target of the thesis is to describe the employees' experiences and methods used in family nursing within child psychiatric home care. The target for development was to create a model for family nursing in child psychiatric home care. The target group in the research was the target organization's employees who conduct family therapy within child psychiatric home care. The research was carried out as a qualitative, half-structured theme interview. The data was analyzed by data content analysis.

The results of the thesis were divided into two uniting categories which are the multifarious nursing process and the objective-orientated methods of treatment. The multifarious nursing process describes how each patient family's nursing process becomes unique. The nursing process consists of constructing an individual nursing plan which forms the basis for the beginning of the journey together with the family. Support from the working partner is considered necessary during the nursing process. The treatment methods in home care include seven different forms of child psychiatric treatment. The family nursing home treatment model, which was created on the basis of the results, emerged into a "snail house". The model portrays how expert medical treatment is taken to the patient family's home. The nursing environment, the nursing relationship and the nursing process emerged as the central elements in the model.

The results of the study show that several aspects in developing the activities of an organisation and children's psychiatric home care resemble each other. Need for change is central to both. Whether change actually take place is influenced by commitment of participants, resources allocated for activities and time available for making the change. In children's psychiatric home care, nursing relationship means intensive cooperation; staff members support to achieve the desired change defined by treatment goals. The staff and families evaluate the change together. In conclusion, information offered by this thesis can be utilized in family nursing and the work of other groups of professionals as well as when new units are established and activities are developed.

Key words: child psychiatry, family nursing, home treatment, service development, changing leadership.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	2
	2.1 Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrian yksikkö	3
	2.2.1 Kotiin tehtävän hoitotyön projekti viikko-osastolla	5
	2.2.2 Jalkautuva työ poliklinikalla	5
	2.2.3 Perhehoitotyön kehittyminen päiväosastolla	6
	2.3 Kotihoitotiimi	8
	2.3.1 Kotihoitotiimin tausta	9
	2.3.2 Kotihoitotiimin toiminta	10
	2.3.3 Tilastoja kotihoitotiimin ensimmäiseltä toimintavuodelta	12
3	OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA	13
	3.1 Toiminnan kehittäminen ja muutosjohtajuus	14
	3.2 Perhehoitotyö	17
	3.3 Lastenpsykiatrinen kotihoito	20
	3.3.1 Tutkimuksia lapsiperheiden psykiatrisesta kotihoidosta	23
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	30
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	31
	5.1 Tutkimusmenetelmä	31
	5.2. Aineiston keruu	32
	5.3 Aineiston analysointi	33
	5.4 Tutkijan esiyymmärrys	36
6	TUTKIMUSTULOKSET	39
	6.1 Moninainen hoitoprosessi	40
	6.1.1 Asiantunteva erikoissairaanhoido	41
	6.1.2 Perheen omalla maaperällä hoitaminen	43
	6.1.3 Yksilöllinen hoitosuunnitelma	47
	6.1.4 Yhteinen matka perheen kanssa	52
	6.1.5 Tarpeellinen työparityöskentely	56
	6.2 Tavoitteelliset hoitomenetelmät	59

6.2.1	Arkipäiväisissä tilanteissa vanhemmuuden tukeminen	60
6.2.2	Toiminnallinen yhdessäolo	62
6.2.3	Avoimet keskustelut	63
6.2.4	Hoidollisen materiaalin käyttäminen	65
6.2.5	Erityisosaamisen hyödyntäminen	66
6.2.6	Prosessia eteenpäin ohjaavat kotitehtävät	67
6.2.7	Yhteistyökykyiset verkostot	68
7	ETANAN TALO - PERHEHOITOTYÖN MALLI	70
8	POHDINTA	73
8.1	Tutkimustuloksien yhteenveto ja tarkastelu	74
8.2	Tutkimuksen eettisyys	80
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	82
8.4	Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	85
	LÄHTEET	87
	LIITTEET	95

Lasten psyykinen pahoinvointi on kasvanut Suomessa viime vuosina. Kelan lasten mielenterveyshäiriöihin myöntämät hoitotuet ovat lisääntyneet vuodesta 2000 alkaen 72 prosenttia. (Raitasalo & Maaniemi 2007.) Mediassa on käsitelty lasten mielenterveysongelmia enenevässä määrin. Näissä keskusteluissa on kritisoitu lasten elinympäristöön kohdentuvien psykiatristen palveluiden riittämättömyyttä. Muutos näkyy myös lastenpsykiatriassa, jossa läheteiden määrät ovat lisääntyneet ja niihin pitää vastata hoitotakuun puitteissa. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatriassa tilanteeseen on pyritty reagoimaan nopeasti. Lisäresursseja ei ole pystytty järjestämään toiminnan kehittämiseen. Tämä on johtanut tilanteeseen, jossa jostakin on pitänyt luopua uuden mahdollistamiseksi.

Lastenpsykiatriassa muutoksen keskiöön tuli lastenpsykiatrinen päiväosasto, joka tammikuussa 2007 muutettiin kokeiluluonteisesti polikliiniseksi kotihoitotiimiksi. Toiminnan muutoksen avulla pystyttiin hoitamaan useampia potilaita kuin päiväosastolla. Lisäksi potilaat saivat erikoissairaanhoidon omaan elinympäristöönsä. Virallinen toiminnan muutos tehtiin sairaanhoitopiirin valtuuston päätöksellä jouluna 2007.

Aiemmissä tutkimuksissa lastenpsykiatrinen kotihoito on todettu pitkäkestoisia vaikutuksia tuovaksi hoitomuodoksi (Schmidt, Blanz, Göpel & Lay 1998, 213-218; Lay, Blanz & Schmidt 2001, 180-190; Mattejat, Hirt, Wilken, Schmidt & Remschmidt 2001, 171-179). Aiheesta on julkaistu hyvin vähän suomenkielistä materiaalia. Lastenpsykiatrinen kotihoito on kuitenkin kehittyvä ja kasvava hoitomuoto Suomessa. Aiheen tutkiminen ja toiminnan muutosprosessin kuvaaminen on siis ajankohtaista ja tärkeää.

Tämä on hankkeistettu opinnäytetyö. Opinnäytetyön aihe on työelämän tarpeista nouseva. Työyhteisön tarkoituksena on hyödyntää opinnäytetyön tuloksia omassa

toiminnassaan. Opinnäytetyön tarkoituksena on lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön kehittäminen. Aihetta tarkastellaan toiminnan muutoksen ja kehittämisen kautta.

Opinnäytetyö jakautuu kolmeen osioon. Ensimmäinen osio sisältää opinnäytetyön lähtökohdat ja tietoperustan. Lähtökohdissa kuvataan kohdeorganisaation lastenpsykiatrisen perhehoitotyön, kotona tehtävän hoitotyön sekä kotihoitotiimin kehittämistä. Tietoperustassa käsitellään keskeisiä käsitteitä, jotka ovat toiminnan kehittäminen ja muutosjohtajuus sekä perhehoitotyö ja lastenpsykiatrisen kotihoito. Toinen osio on tutkimuksellinen. Se koostuu laadullisesta tutkimuksesta, jonka tavoitteena on kuvata työntekijöiden kokemuksia lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyöstä sekä siinä käytettävistä menetelmistä. Kolmas osio on kehittämistä, jossa tutkimustulosten pohjalta luodaan malli lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyöstä.

## 2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön lähtökohdissa käsitellään kohdeorganisaatiota sekä siellä toteutettua lastenpsykiatrisen perhehoitotyön ja kotiin tehtävän hoitotyön kehittämistä. Organisaatio sekä siellä tapahtunut kehittyminen ovat lähtökohtia kotihoitotiimin toiminnalle. Kotihoitotiimin toiminta suunniteltiin kokemuksen kautta kertyneen hiljaisen tiedon sekä toisten vastaavien yksiköiden toiminnan pohjalta.

## 2.1 Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrian yksikkö

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatriset palvelut ovat tarkoitettu alle 13-vuotiaille lapsille ja heidän perheilleen. Palvelujen piiriin tullaan lääkärin läheteellä. Lastenpsykiatrian yksikön perustehtävä on erikoissairaanhoidon keinoin edistää alueen lasten mielenterveyttä. Tämä tapahtuu tarjoamalla lapsille ja heidän perheilleen tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta. Lastenpsykiatria tuottaa erikoissairaanhoidon taseisia palveluja lapsen kehitykseen, käyttäytymiseen, tunne-elämään, vuorovaikutus-suhteisiin ja elämän kriiseihin liittyviin pulmiin. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2008.)

Tutkimus, hoito ja kuntoutus toteutetaan lapsen yksilöllisten tarpeiden mukaan. Lapsen ollessa potilaana perhekeskeisyys on tärkeää hoidossa. Työmuotoina ovat yksilö-, perhe-, ryhmä- ja verkostotyömenetelmät. Tarvittaessa tehdään yhteistyötä muiden potilaan perheen asioissa työskentelevien auttamistahojen kanssa tutkimusta ja hoitoa porrastaen. Lastenpsykiatrian toimialaan kuuluu myös osallistuminen erikoisalan koulutukseen sairaanhoitopiirin alueella. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2008.)

Toiminnan periaatteena on: ”Lastenpsykiatria on dynaaminen auttaja”. Ylimmät toimintaa ohjaavat arvot ovat eettisyys, luottamus ja kokonaisvaltaisuus. Arvojen tulisi näkyä jokapäiväisessä työssä sekä hoitoprosesseissa että työyhteisössä. Vahvimmin arvot näkyvät ihmisten kohtaamisessa, jossa huomioidaan kunnioittaminen sekä ammatillisuus. Työhön suhtaudutaan vastuullisesti ja sitoutuen perustehtävään. (Lastenpsykiatrian periaatteet 2005.)

Lastenpsykiatrian yksikköön kuuluvat vuodeosasto, poliklinikka ja kotihoitotiimi. Vuodeosasto toimii viikko-osastona eli potilaat ovat osastolla perjantaista sunnun-



taihin ympäri vuorokauden. Lisäksi tiistai-iltana osasto sulkeutuu yöksi. Potilaspaikkoja on kahdeksan. Hoitajaksot ovat eripituisia riippuen lapsen yksilöllisistä tarpeista. Tutkimusjakso kestää pääsääntöisesti kuusi viikkoa. Kriisijakso kestää keskimäärin kaksi viikkoa. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2008.)

Lastenpsykiatrian poliklinikka toimii lähete-poliklinikkana toteuttaen lastenpsykiatrisia tutkimuksia, hoitoa ja kuntoutusohjausta. Polikliininen työskentely toteutetaan yhteistyössä potilaan perheen ja auttajaverkoston kanssa. Poliklinikalla on kolme tiimiä, jotka ovat tiimi 2, kriisitiimi ja neuropsykiatrinen tiimi. Poliklinikka tarjoaa myös konsultaatiopalveluja erikoissairaanhoidon muille erikoisaloille sekä kuntien sosiaali- ja terveydenhuoltoon. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä 2008.)

Tämä opinnäytetyö käsittelee lastenpsykiatrista kotihoitotiimiä. Kotihoitotiimi on tammikuussa 2007 toimintansa aloittanut lastenpsykiatrista, polikliinista perhehoitoa tarjoava yksikkö. Kotihoitotiimin hoidossa oleellista on potilaan perheen mukanaolo. Vähintään toinen vanhemmista osallistuu hoitoon. Hoito toteutetaan pääsääntöisesti lapsen omassa elinympäristössä. (Saarenpää 2008.)

## 2.2 Perhehoitotyön kehittyminen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon lastenpsykiatriassa

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän lastenpsykiatria on kehitetty viime vuosina paljon. Tässä luvussa keskitytään perhehoidon kehittämiseen lastenpsykiatriassa. Luvussa käsitellään lastenpsykiatriassa olleet potilaiden koteihin kohdennetun perhehoitotyön projektit sekä päiväosastolla tapahtunutta perhehoitotyön kehittämistä.

### 2.2.1 Kotiin tehtävän hoitotyön projekti viikko-osastolla

Kotiin tehtävän hoitotyön projekti käynnistyi lastenpsykiatrian viikko-osastolla vuonna 2001. Potilaat olivat osastolla ilman perhettä ja sosiaalista verkostoaan. Yhteys vanhempiin oli harvajaksoista. Tämän vuoksi lapsilla oli vaara laitostua sairaalaan. Osastolla hoidossa olleiden lasten psyykkiset oireet helpottuivat sairaalassa ollessa. Lapsen kotiutuessa muutokset eivät jääneet pysyviksi, koska kotitilanne oli ennallaan ja vanhemmilla ei ollut keinoja lapsen tukemiseen. Ajateltiin, että hoitotulokset säilyisivät paremmin, jos vanhemmat olisivat mukana lapsensa hoidossa. (Kotiin tehtävän hoitotyön kehittämisprosessi 2003.)

Kotiin tehtävän hoitotyön projektin tavoitteeksi asetettiin hoidon ja hoitoaikojen lyheneminen sekä perheen kanssa kiinteän yhteistyön tekeminen koko osastohoidon ajan. Projektin tehtävänä oli kehittää osastohoitoa lisäämällä yhteistyötä perheiden kanssa heidän omassa ympäristössään. Kokeilu aloitettiin siten, että aiemmin käytössä ollut vierailuilta muutettiin kotikäynti-illaksi. Kotikäynneille osallistuivat perhe ja työpari. Kotikäynneille tehtiin hoidolliset tavoitteet. Osasto suljettiin kotikäynti-iltana ja se avautui seuraavana päivänä. (Kotiin tehtävän hoitotyön kehittämisprosessi 2003.) Kotiin tehtävä hoitotyö vakiintui projektivaiheen jälkeen pysyväksi toiminnaksi, jota jatketaan edelleen. Tämä projekti on osaltaan osoittanut perheen kanssa tehtävän työn merkityksellisyyden lapsen hoidossa.

### 2.2.2 Jalkautuva työ poliklinikalla

Jalkautuva työryhmä toimi Päijät-Hämeen keskussairaalan lastenpsykiatriassa vuosina 2000 - 2004. Työskentely käynnistyi valtionavulla toteutetulla laatukoulutuksella. Laatukoulutuksessa yhdeksi kehitettäväksi toiminnaksi valittiin perhekeskeinen kotiin viety hoitoprosessi. Toiminnalla pyrittiin vastaamaan nopeaan lastenpsykiatriseen avuntarpeeseen. Työskentelyä toteutti ylilääkärin ohjauksessa toimiva sairaanhoitajatyöpari. Työskentelylle annettiin nimeksi ”Jalkautuva työ”. Jalkautu-

va työ kohdennettiin kriisiperheiden koteihin suuntautuvaksi. Pääfokuksena olivat potilaan hoidontarvetta kartoittava työ sekä lyhyet interventiot. Interventiot tapahtuivat kannattelu ja seuranta näkökulmasta. (Mänttari, Pulli, Tikka, Koponen & Patrikainen 2001.) Jalkautuva työ loppui vuonna 2004. Jalkautuvan työn periaatteet, kuten kartoittavat kotikäynnit jäivät osaksi poliklinikan toimintaa. Lisäksi poliklinikalla tehdään neuropsykiatrista kuntoutusohjausta potilaiden koteihin ja kouluihin.

### 2.2.3 Perhehoitotyön kehittyminen päiväosastolla

Päiväosasto aloitti toimintansa vuonna 1987. Toiminta sijoittui avohoidon ja ympärivuorokautisen osastohoidon välimaastoon. Päiväosastohoidon aikana potilaat kuuluivat kahteen systeemiin: perheeseensä ja osastoyhteisöön. Perhekeskeisyys nähtiin toiminnan alusta lähtien keskeiseksi hoidon osaksi. Perhedynamiikka ja perheen olosuhteet vaikuttavat lapsen psyykkiseen kasvuun ja kehitykseen. Sen vuoksi lapsen psyykettä ei voitu tutkia ja hoitaa tuntematta hänen perhetaustaansa. Aluksi yhteistyö oli potilaan vanhempien kanssa keskustelua puhelimitse sekä heille varatuilla keskusteluajoilla. Lisäksi vanhempia kutsuttiin mukaan osaston retkiin ja juhliin. (Nurminen 2000.)

**Perheiltoja** järjestettiin vuodesta 1992 lähtien. Iltojen tavoitteena oli perheen tutustuminen osastoon sekä yhteinen toiminta ja kokemusten jakaminen perheen ja osaston työntekijöiden kesken. Vähitellen perheiltojen sisältö kehittyi lapsen yksilöllisiin tavoitteisiin kohdennetummaksi. Perheiltoja pidettiin vähintään joka kuudes viikko. Perheiltojen myötä huomattiin, että hoidon sisältö oli epäselvää vanhemmille. Tämän vuoksi koettiin tarpeellisenä **vanhempien osallistuminen osaston arkeen**. Vuodesta 1992 lähtien vanhemmilla oli sovitusti mahdollisuus olla lapsen mukana osastolla tukemassa lasta ja osallistumassa hoidon toteutukseen.

Osaston henkilökunta koki vanhempien kanssa tehdyn yhteistyön mielekkäänä. Henkilökunnalle alkoi muodostua käsitys, että lasta voidaan parhaiten auttaa tekeillä tiivistä yhteistyötä vanhempien kanssa. Vanhempien osallistuminen osaston arkeen lisääntyi tämän jälkeen. (Nurminen 2000.)

Vuonna 1996 mietittiin, miten lastenpsykiatrian päiväosastoa voisi kehittää sellaiseksi, että hoidolla voisi auttaa lapsen lisäksi koko perhettä. Erityisesti pohdittiin vanhempi-lapsi suhteen vuorovaikutuksen tutkimisen ja hoitamisen mahdollisuutta osastolla. Pohdinnasta syntyi koko perheen **perhejakso**t. Perhejakso toteutettiin pääosin päiväosaston tiloissa, mutta niihin kuului myös kotikäyntejä. Kotikäynnit toteutettiin ennen jakson alkamista sekä tarvittaessa jakson aikana. Hoidossa oli kaksi perhettä kerrallaan. Molemmille perheille oli nimetty heidän hoidostaan vastaava työpari. Jaksot kestivät kahdesta kolmeen viikkoa. Jakson tavoitteet suunniteltiin yhteistyössä perheen ja työntekijöiden kesken. Perhejaksoja järjestettiin päiväosastolla koulun loma-aikoina 1997 -2002 välisenä aikana sekä jälleen vuonna 2006. Perheiden motivointi hoitoon koettiin haastavaksi. (Nurminen 2000; Lastenpsykiatrisen päiväosaston kehittämispäivä 2005.)

**Hoitokokousjaksot** aloitettiin syksyllä 2002. Hoitokokousjakso tarkoitti strukturoitua, lyhytaikaista hoitopakettia. Hoitokokouskokeilun tavoitteena oli perheen tiiviimpi ja suunniteltu osallistuminen lapsen hoitoprosessiin. Hoitokokousjaksot olivat kahden tai kolmen kuukauden mittaisia strukturoituja kokonaisuuksia. Perhe sai jakson ohjelman ennen hoitoon sitoutumistaan. Ohjelmaan kuului lapsen päiväosastohoidon lisäksi viikoittaisia tapaamisia hänen perheensä kanssa sekä tulo-, väli- ja loppuneuvottelut. Tapaamisiin osallistui perhe ja työpari, neuvotteluihin myös lääkäri ja muut lapsen hoitoon osallistuvat työntekijät. Tapaamiset suunniteltiin lapsen hoidon tavoitteista lähtien, lastenpsykiatrisia menetelmiä hyödyntäen. Tapaamiset toteutettiin osastolla, kotona tai sopimuksen mukaan muualla. Jakson ensimmäisellä viikolla tehtiin aina kotikäynti. (Okker 2003.)

Päiväosastolla hoidossa olevien lasten vanhemmat esittivät toiveita **vanhempien ryhmästä**. He toivoivat mahdollisuutta keskustella samassa elämäntilanteessa olevien ihmisten kanssa. Tämän vuoksi osastolle perustettiin vuonna 2002 vertaistukea tarjoava vanhempien ryhmä. Ryhmään sai osallistua, jos oma lapsi oli hoitajak-solla osastolla. Tällöin ryhmäkoko ja ryhmäläisten vaihtuvuus oli pientä. Tämä mahdollisti luottamuksellinen ilmapiirin syntymisen. Ryhmän ohjaajina toimivat kaksi osaston sairaanhoitajaa. Ryhmä kokoontui yhteensä seitsemän kertaa. Ta-paamiset koostuivat alustuksista, keskusteluista ja kahvihetkestä. Alustukset käsit-telivät vanhemmuuden erilaisia rooleja. Viimeisellä kerralla arvioitiin ryhmää yh-dessä. Vanhempien ja ohjaajien palautteet ryhmästä olivat pääosin erittäin positiivi-sia. Vertaistuen mahdollistamista toivottiin jatkossakin. (Saarenpää 2002.)

### 2.3 Kotihoitotiimi

Kotihoitotiimin syntyminen toteutettiin työn arjessa tehtynä muutoksena, josta ei ole kirjallisia raportteja. Tämän vuoksi on tärkeää tuoda kotihoitotiimin toiminnan monipuolisuus esille tässä luvussa. Tämä auttaa ymmärtämään tutkimus-osuudessa haastateltavien työntekijöiden viitekehystä. Toiminnan muutos on vaatinut **visioin-tia, suunnitelmia, pilotointia, toimintaa ja arviointia**. Nämä ovat tyypillisiä työn kehittämisen vaiheita. Tässä luvussa toiminnan kehittämistä käsitellään käy-tännön näkökulmasta yksikön oman, julkaisemattoman materiaalin pohjalta. Tieto-perustassa (luku 3) asiaa tarkastellaan kirjallisuuden ja aiheeseen liittyvien tutki-muksien kautta.

### 2.3.1 Kotihoitotiimin tausta

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatriaan perustettiin elokuussa 2005 "Seinätön sairaala" -työryhmä. Työryhmän tavoitteena oli **visioida** erilaisia ideoita ja esityksiä seinättömästä sairaalasta eli hoidosta jota toteutettaisiin potilaiden kotona. Tavoitteena oli myös ideoida tapoja, joilla olemassa olevista resursseista voitaisiin irrottaa työntekijöitä toimintaan niin, ettei tärkeät ja toimivat rakenteet kärsisi. (Seinätön sairaala- työryhmä 2006.)

Kotihoitotiimi aloitti toimintansa ”Seinätön sairaala” - työryhmän visioiden pohjalta. Toiminta alkoi **kokeiluluonteisesti** tammikuussa 2007. Kotihoitotiimin toiminta **suunniteltiin** tiimipalavereissa työntekijöiden kokemuksista kertyneen hiljaisen tiedon, seinätön sairaala-työryhmän muistioiden, kirjallisuuden ja eri sairaanhoitopiirien kotihoidon yksiköiden toiminnan pohjalta.

Toiminnan suunnittelussa otettiin huomioon työntekijöiden osaaminen. Tiimin työntekijöillä oli paljon kokemusta ja erityisosaamista lastenpsykiatrisesta hoitamisesta. Työntekijät toimivat nyt paremmin koulutustaan vastaavassa, vaativassa ja tehokkaassa lastenpsykiatrisessa työssä. Tiimissä on muun muassa perheterapian, theraplayn ja pikkulapsipsykiatrian erityisosaamista. (Patrikainen 2007.) Druckerin mukaan (2000, 90- 102.) kokeneiden työntekijöiden resurssien vapauttaminen vanhan ylläpidosta ja innostaminen muutokseen, tuo vahvaa ammattitaitoa uusiin toimintamalleihin. Kehittämisen tulee olla jatkuvaa toiminnan organisoitua parantamista.

Kotihoitotiimiin työryhmään kuuluivat osan työajastaan lääkäri, osastonhoitaja ja psykologi. Kokoaikaisesti tiimissä olivat sosiaalityöntekijä, pikkulapsipsykiatrian projektityöntekijä, apulaisosastonhoitaja ja kolme hoitajaa. Lisäksi tiimillä oli mahdollisuus konsultoida lastenpsykiatrian poliklinikan työntekijöitä. Seinättömyyttä pyrittiin lisäämään myös niin, että työpari saattoi tulla lastenpsykiatrian

toisista tiimeistä tai jopa sosiaalitoimesta potilasperheen tarpeen mukaan. Vuoden aikana työntekijöissä tapahtui muutamia muutoksia. (Lastenpsykiatrisen kotihoitotiimin kehittämispalaverit. 2007; Patrikainen 2007.)

Kotihoitotiimin kokeiluvaiheen **tavoitteeksi** asetettiin kotihoitotiimin toiminnan vakiintuminen (Lastenpsykiatrian johtotiimi 2007). Ensimmäisen toimintavuoden aikana kotihoitotiimi nähtiin toimivana ja potilasperheitä auttavana. Tavoite saavutettiin ja toiminnanmuutos vakiintui jouluna 2007 kokeiluvaiheen jälkeen.

### 2.3.2 Kotihoitotiimin toiminta

Kotihoitotiimissä toteutetaan neljää erilaista perhehoitomuotoa, joita yhdistävät potilaan perheen tiivis mukanaolo hoidon toteutuksessa. Hoitomuodot ovat kotihoito, theraplay, pikkulapsipsykiatria ja perheterapia. Kaikkia perhehoitomuotoja voidaan toteuttaa potilaan kotona. (Saarenpää 2008.)

**Kotihoidossa** lapsi ja perhe saavat erikoissairaanhoidoa omassa ympäristössään. Kotihoito on tavoitteellista toimintaa ja sen sisältöä suunnitellaan yhdessä potilaan perheen kanssa. Suunnittelussa huomioidaan lastenpsykiatriset keinot, joilla asetettuun tavoitteeseen pyritään. Vanhempien mukana oleminen, perheen omat tavoitteet ja sitoutuminen ovat tärkeitä hoidon toteutumiseksi. Tämän vuoksi kotihoitoon päädyttyä tehdään kotihoitosopimus (Liite1). Kotihoitosopimuksessa sovitaan hoidon kesto ja tiivisy sekä hoitokerroille osallistuvien nimet. Lopuksi kaikki allekirjoittavat sitoumuksensa sopimuksen mukaiseen toimintaan. Yhteistyö, dialogisuus ja kunnioittaminen ovat tärkeitä asioita, kun mennään perheen "reviirille". Vuoropuhelua ja hoidon arviointia jatketaan yhdessä koko kotihoitojakson ajan. (Lastenpsykiatrisen kotihoitotiimin kehittämispalaverit 2007.)

**Pikkulapsipsykiatriassa** hoidetaan alle kolmevuotiaita lapsia ja heidän perheitään. Lastenpsykiatrian erikoissairaanhoidossa on fokusoitu pikkulapsiin, joilla on pulmia varhaisessa vuorovaikutuksessa. Perheiden kanssa työskentely sisältää kartoittavaa, tutkivaa ja hoitavaa työtä. Pikkulapsipsykiatrista toimintaa hankaloittaa käytettävissä olevien resurssien niukkuus. Kotihoitotiimissä pikkulapsipsykiatrista toimintaa on suunnitellut ja toteuttanut, kulloistenkin resurssien mukaisesti, siihen valittu projektityöntekijä. Pikkulapsipsykiatrian projekti päättyy jouluna 2008. Toiminnan mahdollistamiseksi tarvitaan lisäresursseja. (Narva & Patrikainen 2008.)

**Theraplay** on lyhytkestoista, terapeuttihoitoista vuorovaikutusterapiaa lapselle ja hänen huoltajalleen. Terapia on suunniteltu edistämään kiintymystä ja luottamusta sekä lisäämään itsetuntoa ja luomaan mielihyvää sisältävää sitoutumista. Theraplayn osa-alueet ovat yhteys, struktuuri eli rakenne, hoivaaminen, haastaminen ja leikinomaisuus. Perheen kanssa työskentelee kaksi työntekijää, joista toinen työskentelee lapsen ja toinen vanhemman kanssa. Työntekijöillä tulee olla vähintään theraplay-perustutkinto suoritettuna ja tiivis työnohjaus. Kotihoitotiimissä on neljä tiiviissä työnohjauksessa olevaa theraplay -työntekijää. Theraplayta on toteutettu potilaiden kotona ja sen elementtejä on hyödynnetty kotihoidossa. (Jernberg & Booth 2003.)

Kotihoitotiimissä on kaksi koulutettua **perheterapeuttia**, jotka toimivat "seinätömästi" työpareina lastenpsykiatrian muissa tiimeissä työskentelevien perheterapeuttien kanssa. Terapiakäyntien lukumäärä ja tiheys vaihtelee tapauskohtaisesti. Myös perheiden kokoonpanot tapaamisilla voivat vaihdella. Perheterapiakoulutuksessa olleet työntekijät hyödyntävät osaamistaan myös kotihoidossa olevien perheiden hoitoprosesseissa. (Saarenpää 2008.)

Kotihoitotiimin työntekijöillä on erilaisia rooleja perhehoitotyössä. Jokaisessa työmuodossa potilaalle nimetään prosessinomistaja, joka on ensisijainen yhteyshenkilö potilaan perheen ja tiimin välillä. Hän huolehtii prosessista tiedottamisesta lääkärille



ja huolehtii hoitosuunnitelman käytännön toteutuksesta. Prosessinomistajalla on työpari, joka on mukana kaikissa potilaan perheen tapaamisissa. Työpari toimii prosessinomistajan sijaisena tarvittaessa. Prosessinomistajan ja työparin valinnassa huomioidaan potilaan perheen tarpeiden edellyttämät osaamisvaatimukset työntekijöiltä. Moniammatillinen tiimi on työparin tukena tiimijäsenillä hoitoa reflektoiden. (Saarenpää 2008.)

### 2.3.3 Tilastoja kotihoitotiimin ensimmäiseltä toimintavuodelta

Kotihoitotiimin ensimmäisen toimintavuoden toimintaa **arvioitiin** kehittämispäivissä sekä tilastoja seuraamalla. Vuoden 2007 aikana työntekijät ovat, effica- ajanvarauskirjan tilastojen mukaan, osallistuneet yhteensä 140 potilaan hoitoon. Potilaista osan hoitovastuu on ollut lastenpsykiatrian muissa tiimeissä, mutta kotihoitotiimin työntekijät ovat osallistuneet heidän hoitoonsa. Potilaiden määrä ei sinällään anna kuvaa työskentelyn määrästä, koska kontaktit voivat olla erilaisia. Jotkut kontaktit saattavat sisältää vain yhden tapaamisen, jossa arvioidaan hoitomuodon olevan väärä. Jotkut hoitokontaktit ovat taas kestäneet yli vuoden. Hoidon alkaessa on tiivis työskentelyvaihe, jossa perheen kanssa voi olla useita kontakteja viikossa. Hoidon loppuvaiheessa ja seurantavaiheessa kontaktit ovat harvajaksoisempia. (Lastenpsykiatrisen kotihoitotiimin tilastot 2007.)

Vuonna 2007 lastenpsykiatrian kotihoitotiimin työntekijöillä oli tilastoitu Effica-ajanvaraus kirjaan 1099 ajanvarauskäyntiä, joista suuressa osassa oli useampia työntekijöitä mukana. Ajanvarauskäynnit painottuivat kotikäynteihin ja neuvotteluihin. Tilastojen mukaan kotihoitotiimin yksi ajanvarauskäynti oli keskimäärin 75 minuutin mittainen. (Lastenpsykiatrisen kotihoitotiimin tilastot 2007.)

Siirtymävaiheessa päiväosastotoiminnasta kotihoitotiimiksi osasto-hoitopäiviä kertyi 403 päivää. Tämä koostui viidestä sairaalakoulua käyneistä kotihoiton potilaista, jotka sisäankirjattiin entiselle päiväosastolle. Sairaalakoulua käyneillä kotihoitotiimin potilailla oli kotihoitotiimin hoitokontakti sekä kouluhoitaja kolme tuntia päivässä kesään 2007 saakka. Tämän jälkeen kotihoitotiimin potilaita on tuettu työntekijöiden taholta heidän omissa kouluissaan. (Lastenpsykiatrisen kotihoitotiimin kehittämispalaverit 2007; Patrikainen 2007.)

Taulukko 1 käsittelee kotihoitotiimissä hoidettujen lasten ikä- ja sukupuoli jakaumaa vuoden 2007 ajanvaraus-tilastojen pohjalta. Sen mukaan kotihoitotiimin työntekijät ovat osallistuneet eniten ala-aste-ikäisten lasten hoitamiseen. Hoidon piirissä on ollut hieman enemmän poikia kuin tyttöjä. (Lastenpsykiatrisen kotihoitotiimin tilastot 2007.)

TAULUKKO 1: Kotihoitotiimin potilaiden ikä- ja sukupuoli jakaumat

Ikä	Tyttöjä	Poikia	Yhteensä
< 3	12	7	<b>19</b>
< 7	9	19	<b>28</b>
< 12	23	53	<b>76</b>
< 13	8	9	<b>17</b>
Yhteensä	<b>52</b>	<b>88</b>	<b>140</b>

### 3 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

Opinnäytetyön tietoperusta koostuu tämän opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä käsittelevästä kirjallisuudesta ja tutkimuksista. Opinnäytetyö käsittelee toiminnan muutoksella syntyntä uutta toimintayksikköä ja hoitomuotoa. Keskeisinä käsitteinä ovat toiminnan kehittäminen ja muutosjohtajuus sekä perhehoitotyö ja lastenpsy-

kiatrinen kotihoito. Tiedonhankintakeinoina keskeisten käsitteiden avaamiseen on käytetty tietokantoja (Aleksi, EBSCO ja Emerald). Lisäksi tietoa on haettu yliopistojen hakemistoista väitöskirjoja ja pro-graduista etsien. Aihetta käsitteleviä kirjoja on kartoitettu kirjasto-hauilla. Lisäksi tiedon hankinnassa on hyödynnetty aikaisempien tutkimuksien lähde kirjallisuutta. Lähde-vinkkejä on tiedusteltu myös Staakesista sekä aiheeseen perehtyneeltä lastenpsykiatrian professori Jorma Pihalta. Erityisen haastavaa oli löytää julkaistua ja tutkittua tietoa lastenpsykiatrisesta kotihoitosta Suomessa.

### 3.1 Toiminnan kehittäminen ja muutosjohtajuus

Muutos ja erityisesti hallittu muutos on aina iso haaste. Jokainen muutosta yrittänyt tietää, että se on vaikeaa. Kuitenkin muutos vaikuttaa olevan ainoa pysyvä asia nykyajan työelämässä. (Järvinen 2000, 13.) Tämä on ollut realiteetti myös Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän lastenpsykiatriassa. Sen toimintaa on kehitetty käytettävissä olevien resurssien ja potilaiden muuttuvien tarpeiden mukaan. Lanningin, Roihan & Salmisen mukaan (1999, 15.) organisaatioiden hallittua kehittämistä kutsutaan suunnitelmalliseksi muutokseksi. Toiminnan kehittäminen edellyttää luopumista jostakin vanhasta uuden toiminnan vuoksi.

Muutoksen keskellä ihmiset yrittävät luoda pysyviä rakenteita. Muutoksessa tuleekin huomioida ihmisten tarve tuntea tilanteensa, työkaverinsa, organisaation rakenteet sekä sen arvot ja säännöt. Ympäristön tulee olla ennakoitava ja tuttu. Muutos ja jatkuvuus eivät ole toistensa vastakohtia vaan muutokset tarvitsevat jatkuvuutta. Niiden tasapainoa tulee etsiä, jotta työ pysyy mielekkäänä ja turvallisena, mutta samalla kehittyvänä. (Drucker 2000,108 – 111.) Tässä opinnäytetyössä toiminnan kuvaaminen ja mallin luominen luovat kotihoitotyöhön rakennetta, joka auttaa muuttuvissa hoitoympäristöissä toimimista

Muutosvastarinta on käsite, josta puhutaan monissa toiminnan kehittämistä käsittelevissä kirjoissa (Salminen 2006, 149 – 150; Mattila 2007, 20-26; Lahti 2008, 96 – 97). Se voi ilmetä aktiivisena tai passiivisena vastustuksena. Aktiivinen muutosvastarinta tarkoittaa uuden toiminnan vastustamisen esille tuomisen keskusteluissa ja toiminnassa. Passiivinen vastarinta ilmenee lähinnä sitoutumisen puutteena ja on vaikeasti havaitavaa. (Salminen 2006, 149 – 150.) Muutosvastarintaa käsiteltäessä pitää siitä pystyä erottamaan näkemyserot ja konfliktit. Muutosvastarinnasta on tullut negatiivinen käsite, joka saattaa väärin käytettynä estää työyhteisöjen moniäänisyyttä ja tervettä, toimintaa kehittävää, kritiikkiä. (Mattila 2007, 20-26.)

Muutosvastarinta on myös luonnollinen kehittämisprosessiin kuuluva ilmiö. Se sisältää epävarmuutta, vihaa ja surua tutusta toimintaympäristöstä ja rutiineista luopumisesta. Muutosvastarintaa voidaan helpottaa tarjoamalla mahdollisuuksia tunteiden läpikäymiseen työnohjauksessa tai työryhmässä. Vähitellen prosessi etenee hiljaiseen hyväksyntään, sopeutumiseen ja haasteisiin tarttumiseen. Prosessia voidaan vauhdittaa avoimella tiedottamisella ja selkeillä tavoitteiden asettelulla. Lisäksi työntekijöiden vaikutusmahdollisuudet uuden toiminnan suunnitteluun ja osallisuus kehittämisessä tuovat mielekkyyttä muutokseen. (Mattila 2007, 20 – 26; Lahti 2008, 96 - 97.)

Muutokset tulevat esille käytännön toiminnassa, jolloin muutokset kohdistuvat suoraan työntekijöihin työhön. Tällöin lähiesimiestyö ja vuorovaikutuksellisuus ovat keskeisiä osa-alueita työntekijän jaksamisen tukena. (Koski & Vakkala 2007, 13.) Työntekijän henkilökohtaisen kehittymisen ja organisaation kehittymisen yhdistyminen yhteiseksi prosessiksi on tavoiteltavaa muutoksessa (Ranta 2005, 9). Tämä tutkimus on osa työntekijöiden kokemusten kuulemista ja heidän osallistumista kehittämisen jatkuvuuteen.

Toiminnan kehittämisen edellytykset ovat siihen osallistuvien tahto, kyky ja mahdollisuus kehittyä ja kehittää. Oma tahto muutokseen auttaa työntekijöitä sitoutumaan siihen. Kyky tarkoittaa työntekijöiden osaamista ja ajantasaista tietoa kehittä-

tämisen suunnasta. Osaamista tulee tukea koulutuksen ja työnohjauksen keinoin. Uutta toimintaa kehitettäessä muutokselle tulee varata riittävästi aikaa ja resursseja. Tämä edellyttää esimiesten ja johdon vahvaa tukea ja sitoutumista muutokseen. (Lanning ym. 1999, 15, 26.)

Muutosjohtajuudella pyritään luomaan muutosvalmiuksia, organisoimaan ja tukemaan muutosta (Sydänmaalakka 2003, 68). Muutos lähtee aina organisaation johdosta käsin. Tämä vaatii esimiehiltä ihmisten ja työyhteisöjen käyttäytymisen periaatteiden tuntemista. Esimiesten oma innostus ja muutosmyönteisyys voi tarttua työntekijöihin. Esimiesten tulee näyttää esimerkkiä toivotusta suhtautumisesta työhön. Työyhteisön kehittämistyössä onnistumisen tärkeimmät tekijät ovat esimiesten selkeät näkemykset kehittämistyön tavoitteista ja sen suhteesta organisaation perustehtävään. (Järvinen 2000, 18 – 41; Lahti 2008, 94 - 95.)

Muutosjohtajuus tarkoittaa menetelmien ja toimintojen kehittämistä johtajuuden näkökulmasta. Muutos on aina kehittämistyötä ja se edellyttää kaikkien työntekijöiden yhteistyötä ja osaamisen hyödyntämistä organisaatiolle. Tämän vuoksi muutosjohtajuudessa on tärkeää antaa tilaa jokaisen työntekijän kehittämisideoille. Johtajan tulee tunnistaa tilanteet, jolloin tarvitaan päätöksen tekoa johtajan taholta. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 44.) Drucker (2000, 89-90). jakaa muutosjohtajuudelle neljä vaatimusta, jotka ovat: toimintaperiaatteet muutokseen, muutoksen synnyttäminen, muutoksen pilotointi ja muutoksen jatkuvuus. Kotihoitotiimin kehittämisessä näkyvät nämä kehittämisprosessin ja muutosjohtajuuden osa-alueet.

Toiminnan kehittäminen on prosessi, joka sisältää selkeän alun, työskentelyvaiheen ja lopun. Prosessissa muutos on jatkuvaa ja etenee sykleittäin. Se siis jatkuu varsinaisen prosessin päätyttyäkin. (Ranta 2005, 27.) Muutoksessa onnistumiseen vaikuttavat sen vaikeusaste, laajuus sekä muutokseen varattu aika (Sydänmaalakka 2003, 66; Lämsä & Hautala 2005, 14). Prosessin alussa luodaan perusta muutokselle, joka koostuu sen tarpeesta ja visiosta. Tämän tarkoituksena on myös luoda

kokonaiskuva muutoksen hyvistä puolista ja riskeistä. Kokonaiskuvan pohjalta muodostetaan konkreettiset, toimintaa ohjaavat tavoitteet ja suunnitelma sen toteutukseen. (Ranta 2005, 97 – 109; Mattila 2007, 135 - 151.)

Muutos käynnistetään usein pilotoinnilla tai kokeiluvaiheella, jolloin sen toimivuutta arvioidaan kriittisesti aiempaan toimintaan ja tavoitteisiin peilaten. (Ranta 2005, 158 – 161; Mattila 2007, 158 - 160.) Pilotointi voidaan nähdä onnistuneena, mikäli sitä arvioitaessa nähdään sekä ongelmia joita ei aavistettu, että myös uusia mahdollisuuksia. Tällaisen arvioinnin jälkeen muutosten käyttöönotto on melko turvallista ja ennakoitavampaa kuin ilman pilotointia tehty muutos.(Drucker 2000, 89 - 90, 104 - 108.)

Muutoksen edetessä toimintaa laajennetaan ja vahvistetaan. Kehitettyä toimintaa seurataan ja siitä tehdään tilastoja. Tarvittaessa toimintaa rajataan uudelleen. Toiminnan vakiintumisen jälkeen kehittämisprosessi jatkuu. Vakiintuneen toiminnan kehittämisessä keskitytään vahvistamaan toimivia rakenteita ja poistamaan toiminnassa huonoiksi havaittuja asioita. ( Ranta 2005, 162- 177; Mattila 2007, 164-199.) Uutta toimintaa aloitettaessa tulee aina esille asioita, joita ei ole osattu ennakoita. Toisaalta asioita, joita on valmisteltu ja joihin on varauduttu, ei nähdä käytännössä tarpeellisina. Muutosta ei koskaan voi hallita täysin. (Drucker 2000, 104 - 108.)

### 3.2 Perhehoitotyö

Lasta hoidettaessa yhteistyö perheen kanssa on olennaista. Perhe on keskeisessä roolissa lapsen psykososiaalisessa kehityksessä. Lapsi oppii tuntemaan itseään sekä ympäröivää maailmaa perheen antaman palautteen ja mallin kautta. Lapsen kyky merkittävien ihmissuhteiden luomiseen on kytköksissä perheen ihmissuhteisiin. (Piha 2000, 65.)

Perhehoitotyötä tehdään hyvin monenlaisiin perheisiin. Perheen rakenne ja sen jäsenten historia tulee huomioida perheen kanssa työskennellessä. Ehjällä perheellä tarkoitetaan biologisten vanhempien ja lasten muodostamaa perhettä. Yksinhuoltajan perheessä on vanhempi ja lapsia. Uusperheessä on biologinen vanhempi ja hänen uusi kumppani sekä lapsia. Lisäksi on sijais- ja adoptioperheitä, joissa lapsella on kokemus biologisesta vanhemmasta eroamisesta. Tällainen kokemus on myös pienryhmäkoodissa ja lastenkoodissa asuvilla lapsilla, joiden vanhemmuutta edustavat omahoitajat. Perhe voi määrittyä myös emotionaalisiin kriteereihin, jolloin potilaan perheelle läheiset ja tärkeät ihmiset voidaan määrittää perheenjäseniksi. Tällaisia voivat olla esimerkiksi läheiset sukulaiset ja ystävät. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999,14 - 16.)

Perheen terveys koostuu sen arvoista ja kokemuksista arkipäivän tilanteissa. Arvot ovat ideaalitasolla olevia ajatuksia, jotka heijastuvat jokapäiväisessä elämässä. Terveysteen liittyviksi arvoiksi koetaan turvallisuus, eheys, rauha, uskonnollisuus, huumori ja vapaus. Lasten kohdalla arvoista korostuu turvallisuus. Vanhempien tehtävänä on tarjota lapselle turvallinen kehitysympäristö, jossa lasta kunnioitetaan ja hänet hyväksytään. (Åsted-Kurki 1992.)

Perhe on kokonaisuus, jossa perhedynamiikka sekä jokaisen yksilön hyvinvointi vaikuttavat koko perhesysteemin terveystkokemukseen. Lapsen sairastuminen aiheuttaa koko perheelle shokin. Lapsen hoitaminen on ensisijaisesti läheisten vastuulla. Apua haetaan, kun omat taidot eivät riitä. Perheen hoitamisessa on tärkeää huomioida kunnioittava kohtelu. Perheenjäsenten osallistuminen hoitoon, omien voimavarojensa mukaan, tulee mahdollistaa lasta hoidettaessa. Hoitamisen edellytyksenä ovat perheelle tärkeiden kysymysten ja selviytymiskeinojen tunnistaminen. (Åsted-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008, 15, 73 - 75.)

Perheen kykyyn selvittää tarvitaan heidän omia voimavarojaan. Voimavarat jaotellaan persoonallisiin-, sosiaalisiin ja aineellisiin voimavaroihin. Lapsen sairastuminen koettelee koko perhettä. Sen vuoksi voimavarojen arviointi, löytäminen ja vahvistaminen uudessa tilanteessa on tärkeää. Lapsen sairastuminen vaatii sopeutumista ja stressin hallintaa. Sosiaaliset suhteet saattavat vähentyä ja taloudellinen tilanne vaikeutua vanhempien osallistuessa hoitoon. (Henttinen & Kyngäs 1995, 12-21; Pietilä 1999, 252 – 253; Åsted-Kurki ym. 2008, 26.)

Lapsen sairastuminen heijastuu vanhempien kokemuksiin ja tunteisiin omasta vanhemmuudestaan. Tunteet ilmenevät suruna, masennuksena, syyllisyytenä ja pelkona lapsen menettämisestä. Lisäksi lapsen sairastuminen tuo epävarmuuden tunnetta oman avun riittävyteen vanhempana. Vanhempien syyllisyyden ja epävarmuuden tunteet on todettu erityisen voimakkaaksi lastenpsykiatrisessa hoidossa. Lapsen sairastaessa on tärkeää, että työntekijät tukevat vanhempia olemaan aktiivisesti lapsensa tukena hoidossa. Informaation antaminen vähentää epätietoisuuden tuomaa stressiä. (Lehto 2004, 23 – 24; Åsted-Kurki ym. 2008, 44 - 45.)

Myös sisarukset reagoivat lapsen sairastumiseen. Yleisimpiä tapoja reagoida sisaruksen sairastumiseen ovat syyllisyys ja toisesta huolehtiminen. Tunteet voivat olla ristiriitaisia. Kateus on yleinen tunne, jos sairastunut sisarus saa enemmän vanhempien huomiota. Sisarukset tarvitsevat tukea vanhemmilta ja ammattilaisilta. (Lehto 2004, 25.)

Perhehoitotyössä hyvän yhteistyösuhteen syntymiseen työntekijöiden ja perheen välillä vaikuttavat molemmat osapuolet sekä vuorovaikutuksen sisältö ja sävy. Edellytyksiä ovat perheen tasa-arvoinen kohtaaminen, läsnäolo ja yhteistyösuhteen jatkuvuus. Perheen hoitamisen menetelmiin liitetään muun muassa: tavoitteenasettelu, sopimusten tekeminen, perheen eheyden tukeminen, perheen kehittämisprosessin tukeminen, harjoittelu, ohjaus, opettaminen sekä ympäristön säätely. Työntekijöihin kohdistetut toiveet ovat yhteydessä perheen peruskysymyksiin ja selviytymiskeinoihin, joten toiveita tulee kuunnella tarkkaan. (Lehto 2004.)



Potilaan ja hoitajan yhteistyösuhdetta kuvataan auttavaksi kanssakäymiseksi, joka sisältää läsnä olemisen sekä voimavarakeskeisyyden. Yhteistyösuhteen syntymiseen ja syvyyteen vaikuttaa luottamus työntekijää kohtaan. Luottamus syntyy työntekijän persoonassa sitä herättävistä piirteistä sekä ammattitaidon uskottavuudesta. Luottamuksen syntymistä edesauttavat avoin vuorovaikutus ja työntekijän tahto syventyä potilaan hoitamiseen yhteistyössä perheen kanssa. (Potinkara 2004.)

Perhehoitotyössä pyritään tasa-arvoisuuteen, mutta suhde on aina epäsymmetrinen työntekijöiden ammatillisuuden vuoksi. Työntekijöiden tulee kyetä vastaanottamaan perheen tunne-reaktiot ja käsittelemään niitä ammatillisesti. Omien vastatunteiden tunnistaminen ja hallinta on tärkeää työskentelyssä. (Maijala 2004.)

### 3.3 Lastenpsykiatrinen kotihoito

Lastenpsykiatrinen erikoissairaanhoito on ollut pitkään hyvin sairaalakeskeistä. Viime vuosikymmenen aikana ajattelu on muuttunut ja toimintaa on pyritty kehittämään avohoitopainotteiseksi. Yhtenä osana tätä kehitystä on lastenpsykiatrinen kotihoito. Sairaalassa toteutettu hyvä ja tehokas hoito eivät välttämättä kannata potilaan arkeen, koska perhe ei ole ollut osallisena hoitoprosessissa. (Erkolahti, Lahtinen, Siivonen & Piha 1998, 4209- 4210; Lay ym. 2001.)

Lastenpsykiatrinen kotihoito sisältää saman arvioinnin, ohjaamisen ja kuntoutuksen kuin avo- ja osastohoito. Sen etuja ovat intervention kokonaisvaltaisuus ja vaikuttavuus koko perheeseen. (Tamminen 2000, 330). Kehitysympäristössä tapahtuva hoito on koettu hoitomyönteisyyttä lisäävänä. Hoito kohdentuu vanhempien tukemiseen. Sen on koettu lisäävän vanhempien ymmärrystä ja kompetenssia psyykkisesti oireilevan lapsen tukemiseen arjessa. Vanhemmuuteen vaikuttaminen edellyttää hidasta ja pitkäjänteistä työtä. Koko perheen tilanteen muutokset ovat yksilön muutoksia työläämpiä toteuttaa. (Schmidt ym. 1998, 213- 214; Erkolahti ym.1998, 4209 - 4214.)

Lastenpsykiatrisessa kotihoidossa hoidettavat potilaat on arvioitu oirehinnaltaan erikoissairaanhoidon tasoista apua tarvitseviksi. Kotihoitoon suositellaan yleensä moniongelmaisia perheitä, joissa saattaa olla useita lastenpsykiatrisia potilaita ja paljon tukea tarvitsevia vanhempia. Kotihoito on koettu hyvänä myös perhetilanteen vuoksi oireileville potilaille tai jos vanhemmat ovat hyvin erimielisiä lapsen avuntarpeesta. Lisäksi se sopii hyvin pienten lasten hoitamiseen. (Erkolahti ym.1998, 4209 - 4214.)

Kotihoitoa ei voida suositella kaikille lastenpsykiatrisille potilaille. Kontraindikaatioina kotihoidolle ovat Schmidtin ym. (1998, 214.) mukaan lapsen itsemurhavaara, vanhempiin tai lapseen kohdistuva vakava pahoinpity, seksuaalinen hyväksikäyttö sekä jatkuvaa valvontaa vaativat oireet. Kotihoidon ajankohta ja hoidon porrastus tulee arvioida kriittisesti jokaisen potilaan kohdalla. Käytännön syistä koetaan tärkeäksi huomioida, että perheet asuvat 30 kilometrin säteellä sairaalasta. Näin matkoihin käytettävä työaika pysyisi kohtuullisena.

Kotihoito alkaa hoitoneuvottelulla, jossa sovitaan tutkimuksen ja hoidon toteutustavasta sekä perhekohtaisesti tapaamisten tiivyydestä ja jakson kestosta. Kotihoidossa pyritään parantamaan perheen ongelman käsittelytaitoja niin, että he saavat omat voimavaransa käyttöön. Käytännössä työntekijät ottavat arkipäivän tilanteissa esiin tulevia perheen toimintatapoja, vuorovaikutusmalleja ja tunnetiloja käsiteltäväksi yhdessä. Käsittelyssä perhe ja työpari pohtivat yhdessä erilaisia vaihtoehtoja tilanteessa toimimiseen. Työskentelyssä uskotaan perheen voimavaroihin. Uusien toimintamallien harjoittelu ja pohdinta johtaa yhteiseen muutosprosessiin. Lastenpsykiatrinen työpari antaa perheelle ohjausta ja toimii tarvittaessa malleina vanhemmille. Paras hoitotulos saadaan, kun perhe pärjää ilman työntekijöiden tukea. (Erkolahti ym. 1998, 4209 - 4213.)

Perheen luonnollisessa ympäristössä tapahtuvassa hoidossa on sairaalaympäristöä helpompaa arvioida heidän tuen tarvetta. Potilas on hoidossa ensisijainen huomion kohde, mutta kotona koko perheen ongelmat tulevat työskentelyssä näkyviin. Täs-

tä syystä voidaan myös nähdä vanhempien avuntarve niin suurena, että heidät voidaan ohjata oman hoidon piiriin. (Erkolahti ym.1998, 4209 – 4213; Tikkanen 2001.) Tutkimusten mukaan lastenpsykiatrisen hoidon tarpeessa olevien lasten äideistä jopa 70 % kärsii hoitoa tarvitsevasta masennuksesta. Vastaavasti vanhempien mielenterveyshäiriöllä on todettu yhteys lapsen tunne-elämän häiriintymiseen. Vanhempien psyykinen sairaus on riskitekijä koko muun perheen psyykkiselle kuormitukselle ja oirehdinnalle. (Leijala, Nordling, Rauhala, Riihikangas, Roukala, Soini, Sytelä & Yli-Krekola 2002, 138; Luoma & Tamminen 2002, 4093 – 4096.)

Kotihoidon potilasperheet voidaan karkeasti jaotella motivaation ja voimavarojen avulla kolmeen ryhmään. Ensimmäinen ryhmä ovat perheet, jotka ovat motivoituneita ja kykeneviä muutokseen. Heidän kanssaan on mahdollista saavuttaa hyviä hoitotuloksia. Toisessa ryhmässä ovat perheet, jotka ovat motivoituneita muutokseen, mutta voimavarat sen toteuttamiseen eivät riitä. Työskentely tällaisten perheiden kohdalla vaatii pitkäjänteisyyttä, joustavuutta ja tukea tarjoavaa työtettä. Kolmas ryhmä ovat perheet, jotka eivät ole lainkaan motivoituneita hoitoon. Tällöin asiasta on hyvä keskustella ja arvioida, onko kotihoito heille oikea hoitomuoto. (Erkolahti & Lahtinen. 2004, 432- 433.)

Useimmissa lastenpsykiatrian kotihoidon yksiköissä perhehoitotyötä toteuttaa hoitajapari. Kotihoidon työntekijöillä on kokemusta lastenpsykiatrisesta hoitamisesta. Hoitoa valvoo ja ohjaa lastenpsykiatri. Perheiden kotona käyvän työparin työote on vastuullista ja itsenäistä työtä yhteistyössä perheen kanssa. Tämän vuoksi työskentelyssä tarvitaan tukena toimivaa tiimiä ja työnohjausta. Myös koulutusta ja toiminnan kehittämistä tarvitaan. (Tikkanen 2003, 5 - 6.)

Kotihoito on työntekijöille erittäin vaativa työmuoto. Työntekijät joutuvat usein yllättäviin ja haastaviin tilanteisiin kotikäynneillä. Potilaan kotiin meneminen viestittää perheelle, että työntekijät ovat halukkaita tulemaan heidän maailmaansa seuraamaan ja kokemaan perheen todellisuutta. Työntekijöiden tulee löytää itselleen paikka ja asema jokaisen potilasperheen sisäisessä dynamiikassa. Työ vaatii joustava-

vuutta, muutoksiin sopeutumista ja organisointikykyä. (Erkolahti ym.1998, 4209-421; Tikkanen 2003, 18 – 19; Erkolahti & Lahtinen 2004, 434.)

Perhehoitotyössä puhutaan perheen kanssa liittoutumisen tärkeydestä. Tässä piilee kuitenkin vaara, että työntekijät menevät liikaa mukaan perheen toimintatapoihin ja eivät enää huomaa perheen vuorovaikutuskuvioita. Tällöin työntekijät eivät pysty työskentelemään ammatillisesti perheen kanssa. Tällainen vaara on suurempi kotona tapahtuvassa perhehoitotyössä, jossa vuorovaikutuskuvio on tasavertaisempaa kuin sairaalalla. Ympäristö lisää perheen "imua". Työparityöskentely on yksi tapa estää tätä perheen toimintatapoihin uppoamista ja sen avulla työntekijät saavat tukea toisiltaan tunteiden käsittelyssä. (Arhovaara 1999, 164.)

Työpari parhaimmillaan täydentää toisiaan erilaisten tietojen, taitojen ja kokemusten ansiosta. Työparityöskentely mahdollistaa myös asioiden pohtimisen yhdessä ja monenlaisten työskentelytapojen käytön. Työparina työskenneltäessä jää enemmän aikaa havainnointiin ja pohtimiseen perhetapaamisten aikana. Tällöin voidaan yhdessä suunnitella perhetapaamisia ja purkaa niissä esille tulleita tunteita ja ajatuksia. Parityön onnistumiseksi on hyvä, että työntekijät tuntevat toisensa ja luottavat toistensa työtapoihin. Mikäli tämä ei toteudu, voi työskentelystä tulla kilpailutilanne eri näkemysten kesken, joka ei perhettä auta. On tärkeää sopia työnjako ennen työskentelyn aloittamista. (Arhovaara 1999, 164- 166.)

### 3.3.1 Tutkimuksia lapsiperheiden psykiatrisesta kotihoidosta

Arosen ja Kurkelan (1996) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin lapsiperheiden kohteihin kohdennetun intervention pitkäkestoisia vaikutuksia. Tutkimuksen tavoitteena oli vähentää kohderyhmän lasten psykiatrisen laitoshoidon ja pitkäkestoisten terapioiden tarvetta nuoruudessa ja aikuisuudessa. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 160 helsinkiläistä perhettä, joissa oli 1975 - 1976 välillä syntyneitä lapsia. Tutkimuksessa perheet jaettiin kolmeen eri riski-kategoriaan. Kaikkiin perheisiin

tehtiin kotikäyntejä, joissa tarkasteltiin perheen vuorovaikutusta ja annettiin ohjausta. Interventiossa huomioitiin kontaktin riittävä intensiteetti ja kesto. Interventiota toteuttivat tarkkaan valitut, koulutetut ja tiiviissä ohjauksessa olleet psykiatriset työntekijät. Tulokset olivat kaikissa riskiryhmissä samansuuntaiset. Tulosten mukaan varhaisessa vaiheessa tehty, suunnitelmallinen perheneuvonta, tuo pitkäkestoisia vaikutuksia. Kotihoito ehkäisi tutkimuksen mukaan mukana olleiden vanhempien ja lasten laitoshoidon vaativien psyykkisten ongelmien esiintymistä. (Aronen & Kurkela 1996.)

Suomessa lapsiperheisiin kohdistuvaa kotihoitoa on tehty myös aikuispsykiatriasta. Aikuispsykiatrian kohderyhmänä ovat olleet lapsiperheet, joissa on psyykkisesti sairas vanhempi. Esimerkkinä tällaisesta toiminnasta on Seinäjoen keskussairaalan AKKULA- hanke, jota tutkittiin vuosina 1997 - 2000. Kotikäyntien kohderyhmänä olivat 43 aikuispsykiatrista potilasta, joiden perheissä oli alle 15-vuotiaita lapsia. Tutkimusmenetelmänä olivat erilaiset lomake-mittarit, joita perhe, lasten opettajat ja työntekijät täyttivät. Lisäksi arviointia tehtiin vanhempia haastattelemalla ja kotikäynneillä tehtyjen havaintojen pohjalta. Kotikäynneillä arvioitiin perheen elinolosuhteita, vanhemmuutta ja perheen vuorovaikutusta. Työntekijöinä kotikäynneillä olivat lastenpsykiatrian kuntoutusohjaaja ja vaihtelevat aikuispsykiatrian työntekijät. Työskentelyn päätyttyä arvioitiin lapsen kokonaistilanne ja suositeltiin mahdollisia jatkotoimenpiteitä. Tulosten perusteella todettiin, että vanhempien psyykinen sairaus vaikuttaa koko perheen avuntarpeeseen. Tutkimusperheistä jatkotoimenpiteitä suositeltiin 32 perheen lapselle eli 72 prosentille tutkimusperheistä. (Leijala ym. 2002, 138- 155.)

Eira Tikkasen (2001) Pro gradu-tutkielma käsitteli lastenpsykiatriseen kotihoitoon osallistuneiden perheiden ja hoitajien kokemuksia yhteistyösuhteesta, voimaantumisen näkökulmasta. Kohderyhmänä olivat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian yksikön kotihoitokokeiluun keväällä 1998 osallistuneet perheet ja hoitajat. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja avoimella haastattelulla. Tutkimuksen tulosten mukaan lastenpsykiatrisen kotihoidon läheinen yhteistyösuhte työntekijöi-

den ja perheen välillä sisältää useita voimaantumista tukevia elementtejä. Näitä olivat tuloksien mukaan muun muassa yhteistyösuhteen luontevuus, yhdessä jakamisen kokemus, yhdessä toimiminen, avoimuus, rohkaiseminen, tukeminen ja luottaminen. Tutkimuksen mukaan lastenpsykiatrinen kotihoito mahdollistaa sekä perheen, että hoitohenkilökunnan voimaantumisen.

Schmidt ym.(1998) tutkimuksen aiheena oli: ”Voiko kotihoito korvata laitoshoidon lasten ja nuorten psykiatrisissa häiriöissä?”. Tutkimuksessa kohderyhmänä olivat 6-16-vuotiaat potilaat, joiden oirehdinta oli arvioitu laitoshoidon tasoiseksi. Kohderyhmän koko oli 42 potilasta. Hoito sisälsi suoran kontaktin työntekijöiden ja potilaiden välillä sekä yhteistyön potilaan opettajan ja verkoston kanssa. Hoidon vaikuttavuutta mitattiin määritellyillä muuttujilla. Muuttujat olivat: oirehdinta, häiriön taso sekä perhesuhteiden, koulusuoriutumisen, sosiaalisen vuorovaikutuksen, itseenäisyyden ja koulukäytöksen toimivuus. Tulosten analyysi osoitti, että kotihoito oli parantanut potilaan tilannetta. Tutkimustuloksista 20 potilaan tuloksia verrattiin 20 laitoshoidossa olleen potilaan tuloksiin. Laitoshoidon ja kotihoidon avulla oli päästy samoihin hoitotuloksiin. Hoitotulokset säilyivät vuoden jälkeen tehdyssä seurantatutkimuksessa ennallaan. (Schmidt ym. 1998, 213-217.)

Mattejat ym. (2001) jatkoivat aiheen tutkimista arvioivalla seurantatutkimuksella. Tutkimus on jatkotutkimus Schmidt ym. (1998) tehdystä tutkimuksesta, jossa vertailtiin lastenpsykiatrisen kotihoidon ja laitoshoidon vaikuttavuutta. Seurantatutkimuksessa arvioitiin potilaiden tilannetta kolmen vuoden ja kahdeksan kuukauden kuluttua kotihoidon päättymisestä. Kohderyhmänä olivat 33 osastohoidossa ollutta potilasta sekä 35 kotihoidossa hoidettua potilasta. Tutkimuksessa oli siis käytettävissä ennen hoitoa, sen jälkeen ja seurantatutkimuksessa saatu aineisto. Mittarit olivat kaikissa vaiheissa samat. Tulokset olivat edelleen melko pysyviä. Potilaiden toimivuus oli paljon parempaa alkutilanteeseen nähden, mutta hieman laskenut hoidon jälkeisestä tasosta. Laitoshoidon ja kotihoidon vertailussa ei tässä tutkimuksessa havaittu merkittävää eroa. Vaikuttavuuden suunta oli hieman painottunut kotihoidon eduksi. Tulokset antavat siis tukea kotihoidon käytölle hoitomenetelmänä

potilaille, jotka eivät hoidollisista syistä tarvitse kehitysympäristöstä erottamista tai jatkuvaa valvontaa. (Mattejat ym. 2001, 171-179 .)

Vuonna 2001 Lay, Blanz ja Schmidt jatkoivat kotihoidon vaikuttavuuden tutkimista. Kohderyhmänä oli 50 oireiltaan lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon tasoista potilasta. Potilaita hoidettiin kotihoidossa kolmen ja puolen kuukauden ajan. Käynneille osallistuivat pääsääntöisesti lapsi ja äiti. Hoidon vaikuttavuutta arvioivat potilas, vanhemmat, työntekijät, ohjaajat sekä klinikot, jotka eivät osallistuneet työskentelyyn. Vaikuttavuuden mittareina käytettiin lasten ja nuorten psykiatrisiin häiriöihin käytettäviä luokittelukaavioita. Luokittelukaaviot täytettiin kotihoitojaksoa ennen ja sen jälkeen. Lisäksi vanhemmat ja työntekijät täyttivät kotihoitojaksoa käsittelevän kyselylomakkeen. Tulokset osoittivat häiriöiden huomattavan laskun ja potilaan psykososiaalisen kehittymisen. Useammilla potilaista näkyi jatkohoidon tarve kotihoitojakson päätyttyä. Suurin osa heistä ei kuitenkaan enää tarvinnut osastohoitoa. Potilaan motivaatio ja työntekijöiden ammatillinen osaaminen olivat suurimpia tekijöitä onnistuneeseen hoitotulokseen pääsemisessä. (Lay ym. 2001, 180-190.)

Luvussa käsitellyt tutkimukset valaisivat opinnäytetyön aihetta eri näkökulmista. Tutkimuksien pohjalta näyttää siltä, että lastenpsykiatrisen kotihoito on varteenotettava sairaalahoidon vaihtoehto. Se on perheitä voimaannuttava, tehokas työmuoto, jonka vaikutukset heijastuvat lapsen koko elinympäristöön. Hoitotulokset ovat näyttäneet pitkäkestoisina. Mikäli kotihoitoa voidaan toteuttaa ennaltaehkäisevästi, on sen vaikuttavuus tutkimuksien perusteella kantavampaa. Lastenpsykiatrista kotihoitoa on hyvä tutkia edelleen, koska se on lisääntyvä työmuoto, josta on vain vähän tuoreita tutkimuksia saatavilla.

### 3.3.2 Lastenpsykiatrinen kotihoito Suomessa

Suomen lastenpsykiatrisilla osastoilla on kansainvälisesti arvioituna paljon potilaspaikkoja. Osastot ovat painottuneet kokovuorokausi- ja viikko-osastoihin. Tämän vuoksi potilaat joutuvat olemaan pois luonnollisesta elinympäristöstään suurimman osan viikosta. Suomessa tarvittaisiin perhe- ja intervallihoitoa tarjoavia yksiköitä kuten kotihoitoa. Tämä mahdollistaisi perheen tiiviin mukana olon hoidossa sekä potilaan sosiaalisten verkostojen säilymisen. Kotihoidossa olevilla potilailla tulisi tarpeen mukaan olla mahdollisuus intervalli-jaksoihin osastolla. (Ellilä 2007, 58-60.)

Vaikka Suomessa on kansainvälisesti mitattuna paljon lastenpsykiatrisia potilaspaikkoja, ei hoito tavoita suurinta osaa sen tarpeessa olevista lapsista. Valtakunnallisen LAPSET- tutkimuksen mukaan 80 - 90 % tutkimuksissa häiriintyneiksi todetuista lapsista on jäänyt ilman hoitoa. Tilanteeseen johtaneita syitä on useita. Näitä ovat muun muassa lasten psyykkisten ongelmien tunnistettavuuden vaikeus sekä ympäristön haluttomuus puuttua lasten ongelmiin. Perusterveydenhuolto ja koulu-terveydenhuolto tulisi järjestää niin, että psykiatrinen hoito tavoittaisi sen tarpeessa olevat lapset. (Tamminen 2000, 330 - 333.)

Stakesissa lapsen kehitysympäristöihin kohdentuvaa perusterveydenhuoltoa pyritään kehittämään suunnitelmallisesti ja pitkäjänteisesti. Kehittämistyö on nimetty Remontti-hankkeeksi. Hankkeen tavoitteena on lasten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen. Perusterveydenhuollon kehittämisellä pyritään katkaisemaan lasten ongelmien syventymistä niin, että erityistason palveluihin jouduttaisiin jatkossa turvautumaan mahdollisimman vähän. (Mäkelä 2006.)

Tällä hetkellä erikoissairaanhoidon tulee paljon lähetteitä ja potilaiden ongelmat ovat moninaisempia kuin aiemmin. Hoitotakuun vuoksi lähetteisiin tulee vastata aiempaa nopeammin. Lastenpsykiatrinen hoito on pitkä prosessi ja potilaspaikkoja



on tarpeeseen nähden vähän. Tämän vuoksi avohoitopainotteisuuden tärkeys korostuu palvelutarjonnassa. Erikoissairaanhoidon avohoito tulisi järjestää niin, että sen tarpeessa olevien lasten riittävä tutkimus ja hoito olisivat mahdollista toteuttaa. Olisi ihanteellista, että lasta voitaisiin hoitaa luonnollisesta ympäristöstä erottamatta. Tämän vuoksi lastenpsykiatrisen avohoidon piirissä tulee järjestää kehittämis- ja tutkimustoimintaa. Erityisesti uudenlaisten toimintamallien ja yhteistyömuotojen kehittäminen erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen ja koulutoimen välille on välttämätöntä. (Tamminen 2000, 330 - 333.)

Suomessa Satakunnan sairaanhoitopiiri oli ensimmäisiä sairaaloita, jossa toteutettiin lastenpsykiatrista kotihoitoa. Toiminta alkoi kokeiluna vuonna 1995. Kokeilun tavoitteena oli luoda uudenlainen työmalli lastenpsykiatristen potilaiden hoitoon. Työskentelyä arvioitiin vuosina 1997 - 2000. Arvioinnin aikana 26 % hoidossa olleista lapsista hoidettiin kotihoidossa. Kotihoidon potilaiden määrä lisääntyi vuosittain. Arvioinnin pohjalta kotihoidon suurimmaksi eduksi koettiin hoidon kokonaisvaltaisuus. Perhe kohdattiin heidän omassa ympäristössään, jolloin hoitoon osallistuminen oli kaikille helpompaa. Kotihoidossa perhedynamiikan ymmärtäminen on laitoshoidon helpompaa. Lapsen tunne-elämä on kotona helpommin määriteltävissä, koska reaktiot tulevat nopeammin esille. Kotihoito on hyvä

silta muihin hoitoihin motivoitumiseen sekä auttajaverkostojen luomiseen. Kotihoidon tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja vanhemmilla tulisi olla mahdollisuus keskeyttää hoito ja pyytää lapselleen laitoshoidon tarvittaessa. (Erkolahti & Lahtinen 2004.)

Lastenpsykiatrista kotihoitoa käsitteleviä teoksia on todella vaikea löytää. Tämän vuoksi otin yhteyttä lastenpsykiatrian professori Jorma Pihaan, joka on ollut tekemässä Suomen lääkirlehteen artikkelia aiheesta (Erkolahti ym.1998; Hyytiäinen 2008). Hän välitti viestini eri sairaanhoitopiireihin ja tätä kautta saatiin paljon tietoa lastenpsykiatrisen kotihoidon tilasta Suomessa. Jorma Piha toivoi, että tässä opinäytetyössä käsiteltäisiin niiden pohjalta, kotihoidon nykytilaa Suomessa (Piha 2008). Sähköpostitse saatu informaatio ja projektiraportit eivät kata koko Suomen

lastenpsykiatrisia yksiköitä. Tämän vuoksi kattavan tilannekatsauksen luominen ei ole mahdollista tässä opinnäytetyössä. Saadun informaation pohjalta voidaan kuitenkin todeta, että kotihoitoa on yleisimmin toteutettu projekti- tai kokeiluluonteisesti. Suurimpana syynä tähän ovat olleet kehittämistyöhön käytettävien resurssien niukkuus ja osastopaikkojen tarve. Tämän vuoksi toimintaa on jouduttu usein supistamaan projektirahoituksen päätyttyä, vaikka projektien tulokset ovat olleetkin positiivisia.

Eri sairaanhoitopiireistä sähköpostitse saatujen tietojen mukaan, lastenpsykiatrisen kotihoidon projekteja ovat olleet muun muassa Keski-Pohjanmaan kotitutkimus- ja kotihoito-projekti, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin TELLU- projekti, jalkautuvan työn- projekti Päijät-Hämeen keskussairaalassa, Kainuun sairaanhoitopiirin KOTILO- projekti, Lapin sairaanhoitopiirin kotona tapahtuvan hoidon kehittämishanke sekä Pirkanmaan-, Satakunnan- ja Vaasan sairaanhoitopiirien kotihoitokokeilut. Näistä projekteista osa on muutettu sairaanhoitopiirien vakituiseksi toiminnaksi. Kotihoito on vakituista toimintaa ainakin Pohjois-Karjalan-, Pirkanmaan-, Lapin-, Päijät-Hämeen- ja Keski-Suomen sairaanhoitopiireissä. Lisäksi kotihoitoa kehitetään edelleen ja uusia projekteja käynnistetään yhä. (Tikkanen 2001; Mänttari ym. 2001; Erkolahti ym. 2004; Korhonen, Ritoharju, Helmi & Heikkinen 2004; Erkolahti 2008; Mannonen 2008; Pernu 2008; Terävä 2008.)

Kotihoidon muodot voivat vaihdella eri sairaaloissa kriisiluonteisesta työskentelystä pitkiä kotihoitajaksoja toteuttaviin yksiköihin. Yhteistä kaikkien toiminnassa on, että hoito on pääsääntöisesti potilasperheiden kodeissa tapahtuvaa toimintaa. (Tikkanen 2001, 13.) Myös lastenpsykiatrisilla osastoilla on viime vuosina lisätty potilaan sairaalajakson aikana tehtävien kotikäyntien määrää sekä osastojakson ohella toteutettavia perhehoitopäiviä (Näykki 2005; Nyroos-Junttila 2008).

#### 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämä opinnäytetyö tarkastelee Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrisen perhehoitotyön kehittämistä. Työn fokuksena on toiminnan muutoksen kautta mahdollistettu uusi hoitomuoto. Opinnäytetyön tarkoituksena on potilaan kehitysympäristöön kohdentuvan lastenpsykiatrisen perhehoitotyön kehittäminen. Tavoitteena on kuvata työntekijöiden kokemuksia lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyöstä sekä siinä käytettävistä menetelmistä. Kehittämistavoitteena on luoda tutkimustulosten pohjalta lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön malli.

Tutkimuskysymykset ovat:

Millaisia kokemuksia työntekijöillä on lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyöstä?

Millaisia hoitomenetelmiä lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyössä käytetään?

Kehittämistehtävänä on:

Lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön mallin laadinta tutkimustuloksien pohjalta.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus toteutettiin Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrian kotihoitotiimissä keväällä 2008. Tutkimusmenetelmänä oli laadullinen tutkimus. Tutkimus toteutettiin lastenpsykiatrisen kotihoitotiimin, kotihoitoa tekevien, työntekijöiden yksilöhaastatteluina keväällä 2008. Haastattelut analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä, jossa keskeisistä osa-alueista tehtiin kategorioita. Keskeisiä tuloksia hyödynnettiin opinnäytetyön kehittämissosiossa, jossa niiden pohjalta luotiin lastenpsykiatrisen kotihoidon perhetyön malli.

### 5.1 Tutkimusmenetelmä

Kaikkien tutkimuksien perimmäinen tarkoitus on ratkaista arvoitus: ”mikä on totuus tutkittavasta ilmiöstä?”. Tässä opinnäytetyössä kysymykseen pyrittiin löytämään vastaus laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin. Laadullinen tutkimus on hyvä menetelmä työn kehittämisessä. Siinä pyritään tarkastelemaan ilmiötä sisältäpäin. Laadullinen tutkimus antaa mahdollisuuden ilmiötä kuvaavan tarinan luomiseen tutkittavien omalla kielellä, heidän kokemuksiinsa pohjaten. Näiden kuvausten ajatellaan sisältävän ihmiselle tärkeitä ja merkityksellisiä asioita sekä tapahtumaketjuja. Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan saada ymmärrystä, mikä työssä toimii ja mihin toivotaan kehittämistä. (Pyörälä 2002; Metsämuuronen 2003, 161; Vilka 2005, 97.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää määrittää, mitä merkityksiä tutkimuksella tutkitaan? Merkityksiä voivat olla esimerkiksi käsitykset tai kokemukset. (Vilka 2005, 97.) Tässä opinnäytetyössä tutkitaan työntekijöiden omakohtaisia kokemuksia. Kokemukset syntyvät tutkittavan vuorovaikutuksesta tutkittavan todellisuuden kanssa. (Laine 2001, 27). Kokijoiksi eli kohderyhmäksi voidaan valita tutkittavan ilmiön tuntevia ihmisiä, kuten työntekijät, asiakkaat tai verkostot. (Pyörälä 2002).

Laadullinen tutkimus ei pyri yksinkertaistamaan asioita vaan se antaa tilaa ilmiöiden monimuotoisuudelle. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää ja paljastaa tosiasioita, eikä todentaa olemassa olevia väitteitä. Laadullinen tutkimus on prosessi. Prosessinomaisuus voi ilmetä muun muassa tutkimussuunnitelman elämisenä tutkimuksen edetessä. Tutkimustehtävä täsmentyy usein aineiston sisäistämisen myötä. ( Eskola & Suoranta 1998, 15- 16; Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 1998, 120 - 121; 160 -69.)

## 5.2. Aineiston keruu

Tutkimuslupa hyväksyttiin keväällä 2008 kohdeorganisaation psykiatrian tulosryhmän ylihoitajan toimesta. Aineiston keruu toteutettiin **teemahaastatteluilla**, jotka toteutettiin keväällä 2008. Haastattelu valittiin tiedonkeruumetodiksi kehittämispäivässä, jossa tutkija esitti kotihoitotiimin työryhmälle erilaisia vaihtoehtoja aineiston keräämiseen. Työryhmä koki, että yksilöhaastattelussa he voivat puhua luottamuksellisesti kokemuksistaan. He toivoivat kuitenkin teemoja, koska kokivat niiden helpottavan haastattelua.

Haastattelu on yksinkertainen ja järkevä tutkimusmetodi. On luonnollista kysyä ihmiseltä itseltään, mitä hän kokee. Haastattelu on keskustelua haastateltavan ja tutkijan välillä. Tilanteeseen on luotu erilaisia haastattelutyyppisiä, jotka määrittävät tilannetta. (Eskola & Suoranta 1998, 86.) Tässä tutkimuksessa haastattelutyyppiksi valittiin teemahaastattelu. Se on strukturoidun ja avoimen haastattelun väli- muoto eli puolistrukturoitu haastattelu, jossa on teemat ja apukysymykset. Teemojen ja apukysymysten avulla pyritään löytämään merkityksellisiä asioita tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 1998, 200 - 206.)

Haastattelijan vastuulla on, että kaikki teema-alueet käsitellään haastattelussa. Teemojen ja apukysymysten järjestys ja muoto voivat vaihdella eri haastatteluissa. (Eskola & Suoranta 1998, 87.) Tavoitteena on saada sisällöltään syvälinen ja laaja aineisto. (Vilka 2005, 105 - 109.) Tämän tutkimuksen teema-alueet ja apukysymykset ovat luettavissa liitteessä 4.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston koko on harkinnanvarainen ja sen tulisi olla tarkoituksenmukainen. Tutkimusaineiston kokoa tärkeämpää on pohtia aineiston laatua. Tämän kannalta on tärkeää huomioida, että haastateltavat tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. Laadullinen tutkimusaineisto auttaa tutkijaa ymmärtämään ja käsitteellistämään ilmiötä – ei yleistämään. (Eskola & Suoranta 1998, 60 – 61; Tuomi & Sarajärvi 2002, 88; Vilka 2005, 126 - 127.)

Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä olivat kotihoitoa tekevät työntekijät, joita oli aineistoa kerätessä viisi. Haastattelut toteutettiin työajalla, tutkijan työhuoneessa. Tutkija huolehti tilan rauhallisuudesta. Haastatteluissa käytettiin nauhuria. Haastatteluista haastavan teki tutkijan rooli työntekijöiden esimiehenä ja kollegana. Tutkimusta tehdessä tutkijan piti huomioida tämä rooliristiriita sekä toimia eettisesti ja luottamuksellisesti ottamatta kantaa kuulemaansa. (Lastenpsykiatrisen kotihoitotiimin kehittämispalaverit 2007.)

### 5.3 Aineiston analysointi

Laadullista aineistoa analysoitaessa pyritään luomaan selkeää kuvausta tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110). Analyysissä pyritään löytämään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia aineistosta. Analyysi vaatii tutkijalta herkkyyttä ja kykyä kyseenalaistaa tutkimusaineisto. Laadullisessa tutkimuksessa aineistosta pyritään löytämään välittömän havainnoinnin tavoittamattomissa olevia asioita. Analyysi on merkityssuhteiden avaamista, joiden avulla luodaan kuvauksia ja malleja tutkittavasta asiasta. (Alasuutari 1999, 38 – 50; Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Tämän tutkimuksen analyysissä käytettiin induktiivista eli **aineistolähtöistä sisällön analyysiä** (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12.), jossa pyritään objektiivisuuteen. Analyysin tarkoituksena on saada aineistosta looginen, jäsenmely kokonaisuus. Oleellista on alkuperäisen aineiston sisällöllisen informaation säilyttäminen. Induktiivisessa analyysissä pyritään luomaan aineistoa kuvaava käsitteistö. Tutkimuksen luotettavuuden vuoksi analyysivaiheet on tärkeää käsitellä niin, että lukija voi niiden pohjalta arvioida tuloksien validiteettia (Janhonen & Nikkonen 2001, 24).

Tämän tutkimuksen aineiston analysointi aloitettiin nauhoitettujen haastattelujen litteroinnilla tekstimuotoon. Litterointi on työläs vaihe aineiston analyysissä. Sen aikana tutkija kuuntelee, kirjoittaa sekä työstää aineistoa mielessään. Tämä vaihe helpottaa tutkijaa aineiston sisäistämässä ja kokonaiskuvan muodostamisessa siitä. Litteroinnin taso riippuu tutkimuksen tavoitteesta ja analyysitavoista. (Vilka 2005, 115-117.) Tämän tutkimuksen aineiston analyysissä tutkija litteroi kaiken haastattelutilanteissa olleen puheen sellaisenaan. Sanatonta viestintää, puheen painotuksia ja hiljaisia hetkiä ei litteroitu. Auki kirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 47 sivua. Tämän jälkeen tutkija luki aineiston useaan kertaan läpi ymmärtääkseen haastateltavien kuvausten merkityssuhteita ja -kokonaisuuksia.

Tämän tutkimuksen analyysissä paneuduttiin ilmisäilytyksiin. Tämä tarkoittaa aineiston jakamista analyysiyksiköiksi, joita peilataan tutkittavaan ilmiöön. (Janhonen & Nikkonen 2001, 24.) Analyysiyksiköksi valitaan sana, lause, sanayhdistelmä, lause tai ajatuskokonaisuus, joka voi sisältää useampia lauseita. Tämän opinnäytteen analyysiyksikkönä käytettiin ajatuskokonaisuutta. **Analyysiyksikkö** valittiin laajaksi, että asiasisältö säilyisi selkeänä ja objektiivisuus toteutuisi paremmin. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12; Janhonen & Nikkonen 2001, 25; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.) Asiakokonaisuudet kirjoitettiin listalle erikseen ja yhteys alkuperäiseen tekstiin säilytettiin koodaamalla auki kirjoitettu aineisto sekä analyysiyksiköt samoin. Koodeissa H1 tarkoittaa, haastattelua numero yksi eli ensimmäistä haastattelua.

Ajatuskokonaisuudet **pelkistettiin** eli karsittiin tutkimuksen kannalta epäoleellinen tieto pois asiasisältöä muuttamatta. Pelkistämisen tarkoituksena on muovata litteroitua tekstiä hallittavampaan muotoon. Pelkistuksen kautta pyritään tarkastelemaan aineiston kuvaamaa ilmiötä yksittäistapausta yleisemmin. Pelkistysten avulla samansisältöiset asiat olivat helpommin havaittavissa. (Alasuutari 1999, 40, 237; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.) Taulukossa 2 annetaan esimerkki lainauksien pelkistämisestä.

TAULUKKO 2: Ajatuskokonaisuuksien pelkistäminen

Suora lainaus	Pelkistys
Tää on tavoitteellista toimintaa, silloin kun on todettu tällainen lastenpsykiatrisen avuntarve H2	Tavoitteellista toimintaa H2 Työskentely kohdentuu lastenpsykiatrisen avuntarpeeseen H2
On miellyttäviä paikkoja mennä ja epämiellyttäviä paikkoja mennä. Työntekijät on erilaisia ja jotain voi tökkiä joku asia, toista se ei töki lainkaan ja siitä voi muodostua semmosia, et se nyt oli kamala paikka. H3	Potilaiden kodit erilaisia hoitoympäristöjä H3 Työntekijät kokevat kodit ja perheet eritavoin. H3
Et se on nähty tärkeeksi, et ne täytyy olla selvillä ne tavoitteet ja ne asiat, et minkä takia ylipäätänsä käydään. H4	Kotihoidon tavoitteellisuus H4

Pelkistyksistä muodostetaan ryhmiä, joiden sisältö vastaa toisiaan. Ryhmittelyssä voidaan käyttää tulkintaa. Pelkistyksistä muodostetuille ryhmille annetaan niiden sisältöä kuvaavat otsikot. Nämä otsikot ovat tuloksien **alakategorioita**. Tästä analyysivaiheesta on esimerkki taulukossa 3.



TAULUKKO 3: Alakategorioiden muodostaminen

Pelkistys	Alakategoria
Työntekijän vastuulla on huomioida perheen rytmi hoidon etenemisessä H1	Perheelle sopiva rytmi
Perheen rytmi huomioidaan asioiden esille nostossa. H4	
Perhe tuottaa aiheet omassa tahdissaan. H5	

Alakategoriat nivotaan samansisältöisiin ryhmiin, joiden otsikoista muodostuvat **yläkategoriat**. Tätä vaihetta kutsutaan aineiston abstrahoinniksi. Tässä opinnäytetyössä yläkategorioita muodostui 12. Lopuksi yläkategorioiden pohjalta luokiteltiin niiden **yhdistävät kategoriat**, joita tässä tutkimuksessa muodostui kaksi. Yhdistävät kategoriat kuvaavat lastenpsykiatrasta kotihoidon perhehoitotyötä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 29; Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.) Aineiston analyysissä muodostetut luokittelutaulukot ovat opinnäytetyön liitteinä (liitteet 5 ja 6).

Haastateltujen toiveesta tulososion suorista lainauksista poistettiin täytesanat, kuten ”niin ku” ja ” et tota noin”. Tutkija päätti asian tutkimuksen eettisyyteen perustuen (luku 6.3). Luotettavuuden ja objektiivisuuden toteutumisen vuoksi lainaukset säilyivät muuten ennallaan. Tämän vuoksi päätös ei muuttanut lainauksien asiasisältöä.

#### 5.4 Tutkijan esiymmärrys

Tutkijan asema on tärkeä laadullisessa tutkimuksessa. Hänen ajatellaan kutovan keräämistään kuvauksista vastausta tutkimusarvoitukseen. Hän itse vaikuttaa valinnoillaan ja analyyseillaan tutkimustuloksiin. Tutkijan tulisi tarkastella aineistoa mahdollisimman objektiivisesti. Tämän vuoksi tutkijan oman esiymmärryksen ymmärtäminen ja näkyvyys on yksi osa tutkimuksen luotettavuutta. (Eskola & Suoranta 1998, 20- 21.)

Tässä tutkimuksessa tutkijan roolin moninaisuus aiheuttaa haasteen tutkimuksen analysointiin sekä luotettavuuteen. Tutkija on roolinsa lisäksi haastateltavien kollega ja esimies. Hän työskentelee potilasperheiden kanssa lastenpsykiatrisessa koti-hoidon perhehoitotyössä. Tällaisessa tutkimusasetelmassa on riski, että tutkijan oma ymmärrys vaikuttaa tutkimustuloksiin. Tämän vuoksi tutkija halusi kirjoittaa esiyymmärryksensä aiheesta ennen haastattelujen toteutusta ja analysointia. Samasta syystä hän halusi tuoda esiyymmärryksensä näkyviin ennen varsinaista tulososiota.

Tutkijan esiyymmärryksen mukaan työntekijät toivoivat pitkään toiminnan kehittämistä potilaiden koteihin ja luonnolliseen ympäristöön kohdentuvammaksi. Lopulta lokakuussa 2006 muutoksesta tuli totta. Realisoiduttuaan muutos tapahtui todella nopeasti. Kotihoitotiimi aloitti toimintansa kokeiluluonteisesti tammikuussa 2007. Muutos herätti tyypillisiä muutosprosessin tunnelmia kuten huolta, epävarmuutta, surua, kiinnostusta, innostusta ja hyväksymistä. Nämä vaiheet työntekijät kävivät omassa tahdissaan. Näkyvä muutosvastarinta oli mielestäni yllättävän vähäistä hoitohenkilökunnan taholta. Muutokseen suhtauduttiin odottavasti ja jopa innostuneesti.

Kotihoitotiimin toiminnan ensimmäinen vuosi piti sisällään monenlaisia muutostilanteita. Oli henkilöstömuutoksia ja toiminnan muutoksia. Myös kehittymistä on tapahtunut valtavasti. Työntekijät ovat sitoutuneet uuteen toimintaan erinomaisesti. Työskentely perheiden kanssa on ollut haastavaa, mutta palkitsevaa. Kotihoidon intensiivisyys ja holistisuus on yllättänyt ja vienyt voimavaroja. Työskentelyn alkusi työtahti oli aivan liian tiivistä. Yhteiseen keskusteluun ja hoitoneuvotteluihin varattu aika oli minimaalista. Kehittämistä on tapahtunut paljon ensimmäisen toimintavuoden aikana. Ajoittain kehittämiseen ja uuteen tietoon kyllästyttiin ja haluttiin keskittyä käytännön hoitotyöhön. Vaiheet ovat tyypillisiä uuden toiminnan käynnistyessä. Uuden opettelu ja sisäistäminen vie aikaa. Sen mahdollistamisen tueksi tarvitaan lisäksi koulutusta, työnohjausta ja johdon tukea. Näihin asioihin olisi ensimmäisen vuoden aikana pitänyt panostaa enemmän.

Kotihoidon perhehoitotyön suunnittelu tehdään hoitosuunnitelman ja perheen asettamien tavoitteiden pohjalta. Vastuu kotihoitokäyntien sisällöstä on ollut työparilla. Työntekijöillä on pitkä kokemus lastenpsykiatrisesta hoitamisesta sekä alan erityisosaamista. Lääkäri vastaa hoidosta ja moniammatillinen tiimi on ollut työparin tukena. Tutkija kokee, että lastenpsykiatrisen kotihoidon perhetyön runkoa tulee kehittää edelleen. Kotihoitoa saatetaan epäillä, koska sen toiminnasta ei tiedetä riittävästi. Tämä saattaa aiheuttaa ennakkoluuloja ja epäilyä hoidon tasoa ja tuloksellisuutta kohtaan. Voidaan ajatella, että kotihoito on vain perheiden kanssa puuhastelua. Kotihoito on todellisuudessa rankkaa työtä. Kotihoidossa eettisyys ja kunnioitus korostuvat, koska työntekijät ovat perheen reviirillä. Tämä tuo työlle omat haasteensa.

Kotihoidon perhehoitotyössä on tietty rakenne kotihoitosopimuksen myötä. Perhoidossa korostuu perheen ja työntekijöiden yhteistyösuhde. Se on pohja kotihoiton onnistumiselle. Kotihoidossa edetään koko ajan perheen kanssa heidän tilannettaan ja hoitoa arvioiden. Tämä konkretisoituu avoimen kirjaamisen käytännössä. Kotihoitokäyntien kirjaukset luetaan seuraavalla kotikäynnillä. Tämä tuo työskentelyyn avoimuutta ja luotettavuutta. Samalla tämä lisää yhteisen ymmärryksen luomisen mahdollisuutta ja vaikeiden asioiden sekä onnistumisten huomiointia. Avoin kirjaaminen antaa mahdollisuuden hoitoprosessin ja työskentelyn etenemisen seurantaan.

Hoitomenetelmät valitaan potilaan tarpeiden mukaan. Niiden puitteissa lastenpsykiatrisessa kotihoidossa keskitytään huomioimaan lapsen ymmärtämiseen, tukemiseen, vuorovaikutukseen, tunteiden ilmaisuun, elämäntapoihin ja kasvuympäristöön liittyviä asioita. Vanhempien kohdalla tarkastellaan heidän voimavarojaan, taustaa ja vanhemmuutta.

Kotihoidossa kohdataan usein muutoksen vaikeutta. Hoitoprosessit vaativat aikaa ja työskentelyrauhaa. Toisaalta työntekijät saattavat olla todella syvällä perheen prosesseissa. Tällöin voi olla vaikea nähdä ja myöntää, että hoito ei kannu. Toisaal-

ta työpari saattaa kokea hoidon kriisivaiheissa keinottomuutta ja turhautumista työskentelyssä, joka menee ohi prosessin edetessä. Työntekijöiden ja heitä tukevan tiimin tulee olla kriittisiä hoitoa arvioitaessa, mutta antaa muutokselle aikaa. Perheet hyötyvät kun työntekijät eivät vaihdu useasti.

Saatetaan myös ihmetellä, miten lastenpsykiatrinen kotihoito eroaa sosiaalitoimen perhetyöstä. Tämän rajan selkiytyminen on oleellisen tärkeää, koska yhteisiä asiakasperheitä on ollut ensimmäisen toimintavuoden aikana runsaasti. Tästä syystä työtä on tehty myös perhetyöntekijän ja lastenpsykiatrisen kotihoidon työntekijän työparityöskentelynä. Yhteistyö sosiaalitoimen kanssa on tärkeää, koska perheiden kanssa yhteistyötä tehtäessä nähdään nopeasti koko perheen tilanne ja vanhemmuuden riittävyys.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tämän opinnäytetyön tutkimusosan tavoitteena on kuvata työntekijöiden kokemuksia lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyöstä sekä siinä käytettävistä hoitomenetelmistä. Haastatteluaineistoa kuvaaviksi yhdistäviksi kategorioiksi muodostuivat moninainen hoitoprosessi sekä tavoitteelliset hoitomenetelmät. Moni-

nainen hoitoprosessi sisältää hoitoympäristöön ja hoitosuhteeseen liittyviä kokemuksia. Tavoitteelliset hoitomenetelmät sisältävät lastenpsykiatrisessa kotihoidossa käytettävien hoitomenetelmien kuvausta. Tuloksien luokittelutaulukot ovat katsottavissa liiteinä 5 ja 6.

## 6.1 Moninainen hoitoprosessi

Moninainen hoitoprosessi kuvaa lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön monipuolisuutta ja yksilöllisyyttä. Haastateltavien kokemuksen mukaan hoitoprosessi muotoutuu jokaisen potilasperheen kanssa omanlaisekseen. Työntekijät ja potilasperhe laativat yhdessä perheen tarpeisiin räätälöidyn hoitokokonaisuuden. Moninaisen hoitoprosessin ulottuvuuksina ovat hoidon konteksti eli hoidossa yhteistyössä toimivien ihmisten tausta, hoitoympäristö, suhteet sekä kommunikaatio. Aineistossa hoitoympäristönä kuvataan potilasperheen koti. Erikoissairaanhoidon työntekijät tuovat osaamisensa yhteistyösuhteeseen potilasperheen kanssa. Hoidon onnistumisessa avainasemassa ovat yhteistyösuhteen syntyminen ja avoimuus. Hoitoprosessiin vaikuttavat potilasperheen ja työntekijöiden tausta joka heijastuu heidän arvoihin, asenteisiin ja kulttuuriin. Nämä hoitokontekstista nousevat ulottuvuudet painottuvat yläkategorioissa eri tavoin. Moninaisen hoitoprosessin yläkategoriat esitellään taulukossa 4.

*Yhtä mallia tähän kotihoitoon, mä en tiedä, onko se mahdollista ihan tehdä tän asian osalta ainakaan. Perheet on niin monenlaisista lähtökohdista H2*

TAULUKKO 4 Moninaisen hoitoprosessin yläkategoriat

Moninainen hoitoprosessi	Asiantunteva erikoissairaanhoido
	Perheen omalla maaperällä hoitaminen
	Yksilöllinen hoitosuunnitelma
	Yhteinen matka perheen kanssa
	Tarpeellinen työparityöskentely

### 6.1.1 Asiantunteva erikoissairaanhoito

Lastenpsykiatrin kotihoidon perhehoitotyö on osa erikoissairaanhoitoa. Työntekijöiden kuvaamana erikoissairaanhoito kotihoitotiimissä sisältää **erikoissairaanhoidon tasoisen potilaan, osaavan henkilökunnan, moniammatillisen tiimin sekä ajantasaisen toiminnan kehittämisen**. Asiantunteva erikoissairaanhoito on työskentelyn kivijalka. Työskentely lastenpsykiatrisessa kotihoidossa tarkoittaa erikoissairaanhoidon osaamisen viemistä potilaiden kotiin. Lastenpsykiatrin kotihoidon perhehoitotyö on vakavasti otettava sairaalahoidon vaihtoehto.

Lastenpsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa on tarkat kriteerit **erikoissairaanhoidon tasoisesta potilaasta**. Potilaat ohjautuvat erikoissairaanhoitoon lääkärin lähetteellä. Lähetteen pohjalta arvioidaan, tarvitseeko potilas erikoissairaanhoitoa. Erikoissairaanhoidon potilaat ovat vaativia hoitaa. Potilaiden haastavuus näkyy työntekijöiden mukaan myös kotihoidossa. Erikoissairaanhoidossa lääkäri asettaa potilaalle diagnoosin, joka on pohjana hoitoa suunniteltaessa. Kotihoitotiimiin ohjataan työntekijöiden kuvauksien mukaan potilaat, joiden ajatellaan määrittelytyön pohjalta hyötyvän kotihoidon perhehoitotyöstä.

*Tietysti se peruste, et minkä takia ylipäättään on otettu nää tietyt lapset tänne erikoissairaanhoidon piiriin, että se on se määrittelytyö tehty jo ennen meidän työskentelyä. Lasten ongelmat on todettu sen tasoiseksi, että niitä ei voi perustasolla hoitaa. H4*

Kotihoidon perhehoitotyö kuvataan vankkaa ammattitaitoa vaativaksi hoitomuodoksi. Sen toteuttaminen edellyttää **osaavaa ja kehittyvää henkilökuntaa**. Haastateltavat kokevat, että kotihoitotiimin työntekijöillä on työssä tarvittavaa erityisosaamista. Työntekijät ovat kouluttautuneet erilaisten menetelmien osaajiksi. Esimerkiksi osa työntekijöistä on kouluttautunut perheterapeuteiksi ja theraplay-työntekijöiksi. Työntekijät kokevat tärkeänä, että kotihoidon perhehoitotyötä tekevillä on aiempaa käytännön kokemusta lastenpsykiatrisesta työstä. Tällöin voidaan hyödyntää koulutuksen ja kokemuksen myötä syntynyt osaaminen perheiden kanssa työskennellessä. Omasta jaksamisestaan huolehtiminen muuttuvassa työympäris-

tössä on tärkeää. Myös oman itsensä ammatillinen kehittäminen koetaan tarpeellisenä. Keinoina jaksamisen ja kehittymisen paranemiseen ovat lisäkouluttautuminen ja erilaiset työnohjukset. Yksilö- ja ryhmätyönohjouksen lisäksi toivotaan jatkossa työpari- ja yksittäisiin potilaisiin keskittyviä työnohjouksia.

*Kyllähän se vaatii työntekijältä, et hallitsee näitä ja kokemuksen myötä tietysti semmoinen ammattitaito sitten kasvaakin. Mun mielestä ne menee aika luontevasti. Kaikki kuitenkin hallitaan niin paljon näitä menetelmiä, että se ei ole kenellekkään vierasta. H4*

*Ehkä se liittyy tämmöiseen mulla se kehittäminen, kun nää on kuitenkin vaikeita ongelmia ja perheitä. Kyllähän tiimissä varmasti saa apua näihin. Ehkä se vois olla meidän työryhmän työnohjaus tapaus- pohjalta. H1*

Kotihoitotiimi on **moniammatillinen tiimi**, jonka työntekijät ovat eri ammattien osaajia. Jokainen työntekijä lisää moniammatillisen tiimin asiantuntemusta lastenpsykiatrisesta erikoissairaanhoidosta. Haastateltavien mukaan tiimijaoilla keskustellaan työssä olleista tilanteista ja hoidon etenemisestä. Tiimi koetaan voimaannuttavana ja tukea antavana väylänä asioiden ja työssä heräävien tunteiden jakamiseen. Hoitolinjauksista vastaa lääkäri, joka on mukana potilasasioita käsiteltäessä. Lääkärin antaman tuen lisäksi tärkeää on esimiesten tuki uudelle työmuodolle sekä tiimissä saatava tuki. Tiimissä voi jakaa asioita samanlaista työtä tekevien ihmisten kanssa. Eri ammattiryhmien edustajia voi konsultoida tarvittaessa potilasperheiden tilanteista. Lisäksi haastateltavien mielestä tiimiaika mahdollistaa oman työn tarkastelun ja kehittymisen. Tiimissä annetaan ja saadaan palautetta perheiden kanssa työskentelystä. Lisäksi tiimiläiset tukevat toisiaan vaikeissa tilanteissa. Tiimikeskusteluissa voi löytää uusia tilannetta avaavia näkökulmia.

*Tiimi on se, joka auttaa jaksamaan. On muitakin ihmisiä, jotka tekee sellasta samaa. Ne on samassa lirissä kuin ite ja sä voit sen sanoa. Mun mielestä meillä on tässä tiimissä turvallinen henki, et voi sanoa aika rehellisesti, miltä tuntuu ja mitä fiiliksiä herättää mikäkin. Noi tiimiajat on nimenomaan semmonen paikka, missä voi kyllä sitten tuoda sitä huolta esiin ja taakkaansa jakaa lääkärinkin kanssa, mikä on tärkeää kanssa. H2*

Asiantuntevaan erikoissairaanhoidon kuuluu **ajantasainen toiminnan kehittäminen** eli uusimman tutkimustiedon omaksuminen ja vieminen käytännön työhön. Työntekijät kokevat, että ajantasainen ja potilasperheiden tarpeisiin kohdentuva kehittäminen näkyy arjessa jatkuvana käymistilana ja toiminnan muutoksena. Kotihoitotiimin kehittäminen jatkuu edelleen toiminnan ohella. Työstä saadun kokemuksen myötä havaitaan lisää kehittämiskohteita toimintaan. Kehittäminen on koko työryhmän tehtävä. Työntekijät kuvaavat uuden toiminnan käynnistämisen mielekkäänä, mutta myös haastavana. Näin laajan toiminnan muutoksen läpikäyminen ei ole ollut heidän mukaansa helppoa. Työmuodosta on kuitenkin tullut heidän oma tapansa tehdä työtä. Hoitomuodon toivotaan levittäytyvän laajemminkin lastenpsykiatriseen erikoissairaanhoidon.

*Minusta tää on hirveen hyvin lähtenyt - yllättävän hyvin me ollaan tää omaksuttu. Tää tuntuu jo omalta työmuodolta ja se mielekkyys täs on, että tää on todella koko ajan kehittyvä. H2*

*Nyt on mennyt kaksi vuotta tässä ja tältä väliltä on näitä kokemuksia. On ollut monenlaisia ajatuksia ja yrityksiä, et vaikea käynnistää tämmönen näin laajassa mittakaavassa, et se ei oo meille kellekään helppoa H3*

### 6.1.2 Perheen omalla maaperällä hoitaminen

Kotihoitotiimin perhehoitotyön prosessit toteutetaan pääsääntöisesti potilasperheiden kotona. Jokaisen potilasperheen koti on omanlainen hoitoympäristö, jossa näkyy perheen kulttuuri, dynamiikka ja arvot. Hoitoprosessien moninaisuus toteutuu näin ollen hoitoympäristöjenkin erilaisuudessa. Perheen omalla maaperällä hoitamisen alakategoriat ovat: **perheiden erilainen valmius vastaanottaa työntekijöitä kotiinsa, työntekijöiden kunnioittava asenne perhettä kohtaan, potilasperheen koti luontevana hoitoympäristönä ja potilasperheen koti haastavana hoitoympäristönä**. Alakategorioiden ulottuvuudet ovat eriäviä. Ensin käsitellään



potilasperheen ja työntekijöiden asenteiden ja arvojen ulottuvuuksia suhteessa hoitoympäristöön. Tämän jälkeen käsitellään työntekijöiden kokemuksia hoitoympäristöstä.

*Ihan a ja o on se, et perheet tietäis, että tää on hoitomuoto, joka tapahtuu kotona. H1*

Perheen omalla maaperällä hoidettaessa näkyy **perheiden erilainen valmius vastaanottaa työntekijöitä kotiinsa**. Jokainen potilasperhe kokee kodin hoitoympäristönä omalla tavallaan. Tähän voi työntekijöiden mukaan vaikuttaa potilasperheen saama tieto, aiemmat kokemukset, mielikuvat, arvot sekä ennakoasenteet. Entuudestaan vieraiden työntekijöiden tulo omaan kotiin voi olla iso kynnyks perheelle. Se voi olla jopa este kotona toteutettavalle hoidolle. Jotkut perheet ovat kokeneet kotihoiton myös välttämättömänä pahana, jolloin vastaanotto on ollut kylmää. Toisaalta perheet ovat olleet helpottuneita, kun heidän ei tarvitse liikkua sairaalalle, vaan työntekijät tulevat heidän luokseen. Tällöin perheet ovat ottaneet työntekijät asiallisesti ja jopa avosylin vastaan. Perheillä voi olla ennakkoluuloja työntekijöiden motiiveja kohtaan. Työntekijät kuvaavat joidenkin potilasperheiden ajattelevan kotihoitoa kotitarkastuksena. Tämän vuoksi on tärkeää kertoa puhelimitse sekä heti ensimmäisen kotihoitokerran yhteydessä kotihoiton tavoite, joka on lapsen hoitaminen.

*Näissä on ollut paljon eroja, että miten perheet vastaanottaa meidät... et siihen ainakin oon kiinnittänyt huomioita ja miettiny, että perheet kokee eritavalla. H4*

*Se on kotihoitoa eikä kotitarkastusta. Sen lapsen auttamiseksi me siellä ollaan, eikä minkään muun. H3*

Perheen kotona työskenneltäessä ollaan perheen maaperällä ja se on huomioitava **työntekijöiden kunnioittavana asenteena ja käytöksenä perhettä kohtaan**. Kunnioitus näkyy työntekijöiden mukaan tunnustelevana työotteena. He tunnustelevat, millainen perhe on kyseessä, millainen kulttuuri ja arvomaailma perheellä on? Kunnioittaminen sisältää kuvauksissa myös hienotunteisuuden, tasa-arvoisuuden

sekä ystävällisyyden. Potilaan perheen kunnioittaminen on helpompaa osoittaa kotioloissa kuin sairaalassa. Perheen arvot ja kulttuuri näkyvät kotona selkeämmin, jolloin sitä voi paremmin huomioida työskentelyssä.

*No semmonen hienotunteisuus tietysti, että pitää muistaa, että ollaan heidän kotonansa. Semmoinen ystävällinen ja kunnioitava käytös, et sillä voidaan joskus saada ihmeitä aikaan. H4*

*Mun mielestä sitä perhettä pystyy kunnioittamaan ja sen osoittamaan paremmin, kun mennään sinne kotiin, vaikka ne on ison kynnyksen ottaneet siinä, kun päästää meidät sinne, oudot ihmiset. H5*

Kunnioittamisessa huomioidaan perheen tekemät rajaukset eli perhe saa määrittellä, mitä he haluavat tuoda itsestään ja kodistaan esille. Työntekijät kokevat tärkeäksi perheen kunnioittamisen yhteistyösuhteessa. Perhe on tasavertaisena kumppanina hoitoprosessissa. Työntekijöiden johtajuudella ja asiantuntijuuden korostamisella ei saavuteta niin hyvää lopputulosta, kuin kunnioituksella ja tasa-arvoisella yhteistyöllä.

*Tasavertaisuus mun mielestä korostuu siinä hoitosuhteessa, et me ollaan ihan samalla viivalla. Et sä et saavuta yhtään mitään, jos sä meet sillä asiantuntijuudellasi, jyräät sinne perheeseen. H2*

Perheen omalla maaperällä hoitaminen on työntekijöiden kokemuksen mukaan **luonteva hoitoympäristö** perheelle. Koti on potilaille tuttu ympäristö. Tämän vuoksi potilaiden oireet näkyvät omassa elinympäristössä nopeammin kuin siitä irrotettuina. Koti hoitoympäristönä tarjoaa mahdollisuuden hyvin kokonaisvaltaiseen lapsen ja hänen perheensä tilanteen hahmottamiseen ja ymmärtämiseen. Potilaan kotona saa kuvan hänen elinympäristönsä fyysisistä puitteista. Lisäksi työntekijät kokevat tärkeänä perheen sisäisen dynamiikan eli erilaisten roolien ja vuorovaikutussuhteiden havainnoimisen. Kotihoidossa työntekijät pääsevät osallisiksi perheen tunne-ilmastoon eli perheen sisäiset tunnetilat tulevat heidän omaan kokemusmaailmaansa. Potilasperheen koti on sairaalaa luontevampi hoitoympäristö myös kotihoitoa tekevien työntekijöiden kokemuksen mukaan.

*Ongelmat, et tietysti lapset tuo ne esille kotiympäristössään vielä nopeammin varmaan kuin täällä sairaalalla, et onhan meillä semmonen kokemus, et siellä ne tulee esille. H1*

Työntekijät kuvaavat **kodin hoitoympäristönä myös monella tapaa haastavaksi**. Haastavuus ilmenee heidän mukaansa uuden toiminnan oppimisen haasteena. Työ on erilaista kuin osastotyö, jota suurin osa työntekijöistä aiemmin teki. Kotihoidossa tulee oppia uusia toiminta- ja lähestymistapoja. Lisäksi kotihoidon perhehoitotyön potilaat ovat haastavia hoitaa, koska he tarvitsevat erikoissairaanhoidon tasoista hoitoa. Perheiden tilanteet ovat moninaisia ja vaativat työntekijöiltä valmiutta vastata äkillisiin, ennakoimattomiin tilanteisiin. Työntekijöiltä vaaditaan nopeaa ongelmanratkaisutaitoa. Tämän vuoksi kotikäynnit koetaan haastaviksi ja rankoiksi. Potilaan ja hänen perheensä tilanteen näkeminen ja kokeminen on usein henkisesti vaativaa.

*Kyllähän se näkyy siinä, että me mennään semmisiin perheisiin, joissa ongelmat on aika isoja. Ne ei oo keveitä käyntejä sinälleen – kotikäynnit. H1*

*Sitten kun hakee sitä lapsen näkökulmaa siinä yhteisössä, missä hän on ja niiden seinien sisällä, missä hän on, niin se on välillä tosi vaativaa ja rankkaa kohdata niitä todellisuuksia. H2*

Ammatillisen työotteen ja tasa-arvoisen yhteistyön yhdistäminen koetaan haastavaksi kotihoidossa. Perheet haastavat työntekijöitä keskustelemaan hoidon ulkopuolisistakin asioista. Tällöin vaaraksi kuvataan ajautuminen liialliselle ystävätason keskustelulle. Tällainen koetaan haasteena erityisesti pitkissä hoitosuhteissa. Työntekijöiden mukaan ammatillisuus ja hoidon tarkoitus tulee pitää mielessä koko hoitoprosessin ajan. Työpari ja tiimi ovat tukena ammatillisuuden ylläpidossa haastavassa hoitoympäristössä.

*Kun on pitkiä kontakteja, niin kyllä se väkisinkin muuttuu aika tuttavalliseksi välillä, mut sitten pitää itseä aina välillä muistuttaa, et tää on ammatillinen puoli. H4*

### 6.1.3 Yksilöllinen hoitosuunnitelma

Lastenpsykiatristen kotihoitajaksojen hoitosuunnitelmat tehdään yksilöllisesti ja yhteistyössä potilaan perheen kanssa. Haastateltavien mukaan hoitosuunnitelmissa luodaan sisältö ja rakenne hoitoprosessille. Yksilöllisen hoitosuunnitelman alakäsitteet ovatkin kotihoidon struktuureihin liittyviä. Yksilöllisen hoitosuunnitelman alakategoriat ovat: **kotihoidon joustavat jaksot, prosessia ryhdittävä kotihoitosopimus, osallistava tavoitteiden asettaminen, vuorovaikutteiset hoitoneuvottelut ja oikea-aikainen hoito.** Alakategorioissa kotihoidon joustavien jaksojen ja kotihoitosopimuksen tavoitteena ovat yhteistyösuhteeseen ja hoitoprosessiin sitoutuminen sekä rakenteen selkiyttäminen. Sitoutumista helpottaa osallisuus hoidon tavoitteiden asettamisessa. Tavoitteita arvioidaan vuorovaikutteisissa hoitoneuvotteluissa. Hoitoneuvotteluissa arvioidaan myös hoidon oikea-aikaisuutta ja porrastusta sekä mahdollista jatkohoitoa.

*Se oikeestaan tuntuu siltä, että jokainen on niin kuin omanlaisensa. Kun tässä nyt miettii, missä on kotikäyntejä ollu ja jokaisessa perheessä perheellä ja lapsella on ne omat ongelmat, minkä vuoksi he on tänne hakeutunut H1*

Haastateltavat kokevat kotihoidon perhehoitotyön sairaalahoidon vaihtoehdoksi. Työntekijöiden mukaan **kotihoidon joustavat jaksot** suunnitellaan yhteistyössä perheen kanssa. Lastenpsykiatrinen kotihoito nähdään pääosin hoidollisia jaksoja toteuttavana yksikkönä. Hoidolliset jaksot alkavat arviointijaksoilla. Kotihoidossa on lisäksi mahdollisuus toteuttaa tutkimusjaksoja, joissa arvioidaan potilaan ja perheen lastenpsykiatrisen avun tarvetta.

*Kun me ollaan hoitajia ja meidän tarkoitus on toteuttaa pääosin hoitajaksoa. Tosin tulee nää tutkimusjaksoja ja arviointijaksoja erikseen. H2*

Arviointijaksot ovat uutta kotihoidossa. Työntekijöiden mukaan niiden tarkoituksena on potilasperheen tilanteen kartoittaminen neljällä arviointikäynnillä. Arviointijaksolla voidaan tehdä motivoivaa työtä perheen kanssa ja luoda alkavaa yhteistyösuhdetta. Arviointijakson aikana koetaan tärkeänä molemminpuolinen arviointi kotihoidon toimivuudesta kyseisen perheen hoitomuotona. Lisäksi arviointijaksojen keskeisenä asiana koetaan mahdollisesti alkavaan kotihoidon hoitojaksoon sitoutumisen vahvistuminen. Arviointijakson jälkeen puretaan yhdessä tapaamisissa heränneet ajatukset ja tunteet. Hoitojakson aloittamista arvioidaan molemmin puolin ja lopputuloksena joko aloitetaan hoitojakso tai todetaan, ettei perhe tarvitse tai hyödy tämän muotoisesta työskentelystä.

*Kun se on selkeästi sanottu perheelle jo kun alotetaan, että tää on ihan selkeä arviointijakso, et katotaan et pysyttekö te sitoutumaan. Ja onko nämä ongelmat semmoisia ylipäättänsä, mitkä kuuluu erikoissairaanhoidon piiriin vai onko jokin muu taho, niin musta se on silloin reilua kaikin puolin. H4*

Työntekijöiden mukaan tutkimusjaksoilla tutkitaan perheen tilannetta kotioloissa. Lisäksi koetaan tärkeänä polikliinisten yksilötutkimuksien mahdollisuus kotihoidon tutkimusjakson lisänä. Tutkimusjakso voi sisältää potilaan tarpeiden pohjalta esimerkiksi lastenpsykiatrian lääkärien, psykologien, sosiaalityöntekijöiden tai toimintaterapeuttien tutkimuksia sairaalalla. Haastateltavien mielestä kotihoidolliset tutkimukset perheen kotitilanteesta ovat tuoneet lisämateriaalia myös lastenpsykiatrian toisten tiimien tutkimusjaksoihin.

*Mä en tiedä, mikä se kohderyhmä on ja voidaanko me ihan niin tiukkaan määritellä, kun ei kahta samanlaista perhettä tänne tuu, et kelle sopis se tutkimuksellinen jakso. Mut mä näkisin, et ne, jotka on polikliinisissa tutkimuksissa, niin heille vois soveltaa myös kotihoitotiimin tarjoamaa tutkimusjaksoa ja kotikäyntejä. H2*

Kotihoitotiimin toiminnan alkuvaiheissa hoitojaksoille pyrittiin luomaan selkeää rakennetta. Työntekijät kuvaavat, että tällöin hoitojakson kesto ja tiiviys sovittiin jo ensimmäisellä tapaamisella perheen kanssa. Käytännön työssä saadun kokemuksen

pohjalta havaittiin, ettei tiukka struktuuri toiminut. Perheiden tilanteet elivät, jonka vuoksi hoidon tavoitteet saattoivat muuttua jakson aikana. Tämän vuoksi hoitojaksojen rakenne muutettiin joustavammaksi.

*Mehän aluksi pyrittiin siihen, että ne olis selkeitä jaksoja, joilla olis selkeä alku ja loppu ja mä ymmärrän sen ajatuksen. H2*

Nyt jaksojen kesto ja tapaamisten tiheys sovitaan työntekijöiden mukaan perheen tarpeet ja vointi huomioon ottaen. Yleensä jaksojen alkuvaiheessa tapaamisten frekvenssin kuvataan olevan tiheää eli noin kerran viikossa tapahtuvaa. Potilaan hoidon edetessä koetaan hyväksi käyntien tiheyden harventaminen ja lopuksi tapaamisten toteuttaminen harvajaksoisena seurantana. Hoidon etenemistä arvioidaan perheen kanssa ja tiimissä työryhmän kanssa. Yhteisissä hoitoneuvotteluissa sovi-  
taan hoidon jatkosta tai päättämisestä. Kotihoidon potilaissa on monenlaisia perheitä. Toiset tarvitsevat kokemuksen pohjalta pidempää hoitoa kuin toiset. Hoidon kesto vaihtelee työntekijöiden mukaan puolesta vuodesta yli vuoden pituisiin jaksoihin. Moniongelmaiset perheet tarvitsevat vielä tätäkin pidempiä hoitokontakteja.

*Toisilla on tarvetta alussa tiiviimpäänkin ja sitten harventaa ja vielä harventaa, kunnes se prosessi, joka on jo kestänyt vaikka vuoden ja on alkuun hyvinkin tiivistä, kerta viikkoon käynti, niin sitten mennään sitä jonkun aikaan ja sitten vähennetään kahden ja kolmen viikon välein ja sitten kerran kuussa ja sitten on loppuneuvottelu ja nää meidän jatkosuunnitelmat. H3*

Työntekijät kokevat olennaisena **hoitoprosessia ryhdittävänä asiana kotihoitosopimuksen** teon. Kotihoitosopimusta tehtäessä koetaan tärkeänä koko perheen ja heidän kanssa työskentelevien työntekijöiden läsnäolo. Kotihoitosopimukseen kirjataan hoitoon osallistuvat henkilöt ja heidän yhteystiedot. Hoitoprosessista siihen kirjataan hoidon tavoite ja sen saavuttamiseen käytettävät keinot. Perheen voimavarat tulee huomioida monesta näkökulmasta kotihoitosopimusta tehtäessä. Työntekijät kuvaavat pyrkivänsä ottamaan huomioon perheen positiivisia voimavaroja, joita hoidon aikana tuetaan ja vahvistetaan. Voimavaroja heikentävät asiat kartoitetaan myös, että saataisiin kokonaisempi kuva perheen tilanteesta. Voimavarojen

selvittäminen on työntekijöiden mukaan keskeistä, koska kotihoitoprosessi on vaativa perheelle ja voimavaroja vievät asiat vaikeuttavat yhteiseen hoitoprosessiin sitoutumista ja työskentelyssä jaksamista. Työntekijät kokevat tärkeänä yhteiseen kotihoitosopimukseen sitoutumisen ja sen hoitoprosessille tuoman rakenteen noudattamisen.

*Mä nään tärkeänä kotihoitosopimuksen teon . H2*

*Siinä mietitään perheen kanssa niitä tavoitteita ja kyllähän me varmaan mietitään keinojakin jo siinä. Mutta tietenkin se keskustelu on äärimmäisen tärkeä siinä ensimmäisenä...tuo jämmäkyttä siihen prosessiin. H1*

Perhe asettaa tavoitteet hoitoprosessille ja ne kirjataan kotihoitosopimukseen. Tavoitteet toimivat hoitoprosessin pohjana ja ovat aineistossa hyvin keskeisellä sijalla. Tämän vuoksi niiden asettamista käsitellään omana alakategoriana. Potilasperheen **osallisuus tavoitteiden asettamisessa** koetaan merkityksellisenä osana hoitoprosessiin sitoutumisessa. Työskentelyn kannalta on tärkeää, että perhe itse näkee tavoitteiden tarpeellisuuden. Työntekijöiden on turha laatia työskentelylle tavoitteita, joita perhe ei ymmärrä tai joihin he eivät sitoudu. Niitä laadittaessa perheeltä kysytään, mihin he toivovat saavansa lastenpsykiatrisen kotihoidon avulla muutosta. Mikäli tavoitteiden asettaminen on perheelle vaikeaa työntekijät auttavat heitä tuomalla esille potilaan lähetteessä sekä aikaisemmissa tutkimuksissa nousevia huolenaiheita. Huolenaiheista keskustellaan yhdessä ja pohditaan niiden pohjalta tavoitetta yhteistyölle.

*Me ollaan yhdessä perheen kanssa keskusteltu, että mihin asioihin he toivoo muutosta. Joskus ollaan ihan valmistakin tarjottu, et mikä on työntekijöiden mielestä ollu sellanen tärkeä asia ihan sen aikaisemman tiedon ja tutkimuksien pohjalta, niin kyllä sitten ihan ollaan niitäkin nostettu. Et jos perhe ei ite tuota niitä tavoitteita, niin sitten välillä joutuu ihan auttaan sitten vanhempiä näiden tavoitteiden määrittelyssä tai asettamisessa. H4*

Tavoitteiden realistisuus koetaan olennaisena kotihoidossa. Isot tavoitteet pilkotaan pieniin osatavoitteisiin. Perheen kanssa arvioidaan yhdessä tavoitteiden mukaista hoidon etenemistä. Tavoitteet voivat työntekijöiden mukaan muuttua hoitoprosessin aikana. Voi ilmetä uusia huolenaiheita, jotka otetaan työskentelyyn mukaan.

*Lähdetään sitten kuitenkin mahdollisimman pienestä liikkeelle tai se, et ei voi tavoitella mitään ihan suuria. H5*

Työntekijät kuvaavat **hoitoneuvotteluja välietappeina hoidossa**. Heidän mukaansa hoitoneuvotteluissa seurataan ja arvioidaan hoitoprosessin etenemistä. Hoitoneuvotteluun osallistuvat perhe ja heidän asioissaan työskentelevät työntekijät. Hoitoneuvotteluja pidetään hoitoprosessin etenemisen ja potilasperheen tarpeen mukaan. Kotihoitojakso alkaa sairaalalla pidettävällä tuloneuvottelulla. Tämän jälkeen hoitoneuvottelujen koetaan luovan rakennetta kotihoitojaksolle. Hoitoneuvotteluissa luodaan linjaukset hoitoprosessille. Työntekijät kokevat hoitoneuvotteluissa olleiden asioiden olevan esillä usein. Tästä johtuen hoidon kannalta keskeiset teemat elävät työskentelyssä mukana olevien mielessä ja ovat keskusteluissa useissa eri foorumeissa. Tämä pitää hoitoprosessia yllä tapaamisten välilläkin. Työntekijöiden mukaan hoitoneuvotteluissa pohditaan ja arvioidaan myös hoitoprosessin jatkuvuutta sekä hoidon porrastusta ja päättymistä. Työskentelyn tarkoituksena on tehdä työntekijöistä tarpeettomia potilaan ja hänen perheensä arjessa.

*Kotihoidossa ainakin auttaa se, että.... näitä asioita tulee käsittelemään useamman kerran verrattuna entiseen osastohoitoon, et nää neuvottelut oli pidemmän ajan päässä ja vanhemmat kerkesivät unohtamaan niitä asioita, mut tässä ne kertautuu nopeammin H3*

*Meillä se struktuuri on äärimmäisen tärkein eli ne hoitoneuvottelut eli perhe tulee taas tänne hoitoneuvotteluun ja sitten mietitään, et jatketaanko me vai lopetetaanko, näinhän se käytännössä menee. H1*

Kotihoito on työntekijöiden mukaan yksi osa potilaan hoitopolkua. Tämän vuoksi lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön luonne on moninainen. Kotihoidon



jakso voi olla potilaan hoitopolun alussa, välivaiheilla tai lopussa. **Hoidon oikea-aikaisuutta** tulee arvioida yksilöllisesti ja kriittisesti jokaisen potilaan kohdalla. Hoitojen päällekkäisyys koetaan raskaana perheille. Työntekijöiden mukaan kotihoidossa tehdään paljon yhteistyötä perheiden auttajaverkostojen kanssa hoidon porrastusta ja oikea-aikaisuutta yhdessä arvioiden. Hoidon päättyessä koetaan tärkeänä jatkohoidon tarpeen arviointi. Hoidon päättyminen on työntekijöiden kokemuksen pohjalta aiheellista, kun perhe pärjää lapsen ongelman kanssa niin, etteivät he tarvitse ammattiapua. Jatkohoitoa tulee arvioida, kun arvioidaan perheen tarvitsevan toisenlaista tukea; esimerkkinä potilaan osastojakso tai siirtyminen perusterveydenhuollon asiakkaaksi. Työskentelyn jatkoa ja siirtoa tulee arvioida myös, jos työntekijöillä on tunne että ei ole annettavaa perheelle.

*Mutta välttämättä sehän ei riitä se meidän prosessi perheiden kanssa, että sitten on näitä meidän yhteistyökumppaneita, joita nivotaan mukaan tähän prosessiin myös. H1*

#### 6.1.4 Yhteinen matka perheen kanssa

Lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön hoitoprosessi kuvataan yhteisenä matkana perheen kanssa. Tämän kokonaisuuden alakategorioina ovat: **yhteistyöhön sitoutuva perhe, perheelle sopiva rytmi, prosessinomainen eteneminen ja kokonaisvaltainen huomioiminen**. Hoitoprosessissa työntekijät ovat potilaan perheen elämässä rinnalla kulkijoina tarvittavan ajan. Työntekijät kokevat hoitoprosessissa tärkeäksi yhteistyön erityisesti potilaan vanhempien tai huoltajien kanssa. Vanhemmat tai huoltajat ovat toisena työparina työntekijöille. Hoitoprosessissa olennaista on perheelle sopiva etenemisrytmi ja prosessinomaisuus. Kotihoidossa perheen tilannetta huomioidaan kokonaisvaltaisesti potilaan sekä muidenkin perheenjäsenten osalta.

*Sillä prosessilla on aina se alku, työskentelyvaihe ja loppu. H1*

Yhteisellä matkalla eli hoitoprosessissa tärkeää on **perheen sitoutuminen yhteistyöhön** ja läsnäolo tapaamisissa. Mikäli tämä ei toteudu, ei hoitoprosessikaan etene. Kotihoitoa ei toteuteta yllättäen vaan perheellä on aina tieto kotihoidon ajankohdista. Työntekijöillä on kokemuksia potilasperheiden monenlaisista sitoutumisista hoitoprosessiin. Haastavimpana on koettu koko perheen läsnäolon toteuttaminen kotihoitokäynneillä. Koko perheen osallisuus olisi muutoksen ja prosessin kannalta toivottavaa tai jopa välttämätöntä. Käytännön kokemuksen myötä on asetettu vaade, että vähintään yksi vanhempi ja potilaana oleva lapsi osallistuu käynneille.

*Se ei oo ihan toteutunut, et koko perhe olis ollut läsnä, mut se on toteutunut, et ainakin se potilas ja sitten ainakin äiti ... mutta tietysti toivottaisiin, et olisi koko perhe H1*

*Se, että saadaan se perhe paikalle ja pystytään pitämään se koossa H3*

Sitoutumiseen vaikuttaa myös perheen oma kokemus avuntarpeestaan. Työntekijöiden mukaan sitoutuminen on helpompaa silloin, kun perhe itse on hakemassa apua tilanteeseensa. Valitettavasti monet perheet eivät itse ole motivoituneita hoitoon. Tällöin kontakti aloitetaan motivoivasta työstä, jonka avulla pyritään luomaan yhteistä ymmärrystä ja sitoutumista. Työntekijöiden motivaatio ja innostus yhteistyöhön voi siirtyä asiakkaisiin. Kun työntekijät ovat itse aidosti luomassa kontaktia ja auttamassa perhettä, voi perheenkin vastustus sulaa.

*Itsellä täytyy olla motivaatiota ja halua tehdä tätä työtä. Niin kyllä mä uskon, et se oma innostuminen ja sitoutuminen... et sen voi jollakin tavalla myös siirtää niihin asiakkaisiin. Et tavallaan vetää mukaan siihen omaan innostukseen, et tätä hommaa ei voi tehdä toisella kädellä, tähän täytyy sitoutua ihan täysillä tai sit ei tee ollenkaan. H4*

Kaikkien potilasperheiden kanssa on päästy jonkinlaiseen yhteistyöhön. Sitoutumiseen ja hoitosopimuksen mukaiseen etenemiseen vaikuttaa kuitenkin monenlaiset asiat. Esimerkiksi vanhempien oma psyykinen kunto ja työelämän paineet ovat

sitoutumisen kannalta olennaisia asioita. Myös aika ja voimavarat esillä olleiden asioiden käsittelyyn kotihoidon käyntien välillä vaikuttaa sitoutumiseen. Esimerkiksi vanhempi, joka myötäilee työntekijöitä, mutta ei käytännössä toimi puheensa mukaisesti, voi vaikuttaa huonosti sitoutuneelta. Tarkemmin asiaa läpikäytessä voi ilmetä, että kyse oli ajanhallinnan vaikeudesta tai jaksamattomuudesta.

*Sitoutumisesta vielä, et mikä on sen vanhemman psyykinen kunto, et pystyykö se toimimaan tällöisen sopimuksen mukaan. Et vanhemmissakin on monenlaista tyyppiä mukana, oman kuntosuomun huomion sitten, et kuka pystyy milläkin lailla. H3*

Hoitoprosessissa on tärkeää huomioda **perheen rytmi** niin, että perhe jaksaa kulkea mukana. Tahti ei siis voi olla liian nopea, etteivät voimavarat ehdy ja motivaatio muutokseen laske. Toisaalta hidasta tempo voi aiheuttaa turhautumista. Tällöin hoidon vastaanottaminen vaikeutuu ja yhteistyösuhde saattaa päättyä, koska luottamusta ei synny. Työntekijät kuvaavat etenevänsä koko hoitoprosessin ajan ”tuntosarvet ylhäällä” ja perheen ehdoilla. He kertovat tunnuksellansa perheen reaktioita ja tahtia asioiden käsittelyssä. Työntekijät kokevat olevansa vastuussa hoitoprosessin etenemisestä ja perheen rytmin huomioimisesta.

*Se perheen rytmi, et eihän me voida mennä kuitenkaan nopeammin kuin perhe, et mihin he on valmiita. Et se on mun mielestä se meidän vastuu siinä työssä, et me ymmärretään vähän sitä, et missä tahdissa se perhe on valmis etenemään. H1*

Perheen kanssa yhteistyössä toteutettavaa hoitoprosessia kuvaa **prosessinomaisen eteneminen**. Hoitoprosessiin kuuluu selkeä alku, työskentelyvaihe ja loppu. Prosessinomaisen etenemisen käynnistyessä asioiden käsittely saattaa hetkellisesti näyttäytyä potilaan tilanteen huononemisenä. Potilaiden on vaikea luottaa heille vieraisiin ihmisiin, jotka puhuvat heidän vaikeista asioistaan. Prosessin edetessä luottamus työntekijöiden ja perheen välillä syvenee, jolloin päästään työskentelyvaiheeseen. Työskentelyvaiheessa edetään vuorovaikutuksellisesti lastenpsykiatrisia kei-

noja käyttäen. Työskentelyvaiheessa potilaan tilanteessa alkaa näkyä muutoksia. Muutos toiminnassa, ajattelussa tai tunteissa on vaikeaa. Sen toteutuminen tarvitsee aikaa ja ympäristön eli tukea toteutuakseen. Perhe voi edetä prosessissa omaan tahtiinsa myös kotihoitokäyntien välillä. Pienestäkin etenemisestä iloitaan. Lopuksi prosessinomaisessa etenemisessä yhteinen hoitoprosessi lopetetaan sovitusti ja selkeästi.

*Ja niitäkin tapauksia kun on ollut, että tuntuu, et silloinkin kun me ei olla siellä paikalla, niin tapahtuu prosessia, niin sehän tuntuu tosi hyvältä. H1*

*Luottamusta luo tietenkin sitten yksinkertaisesti tutustuminen, että on tarpeeksi monta kertaa nähty ja perhe on saanut kuvaa, et minkälaisia me nyt sitten oikein ollaan, niin sekin luo sitä. H5*

Prosessinomaisessa etenemisessä palataan jokaisen tapaamisen alussa edellisellä kerralla läpikäytyihin asioihin, joita peilataan hoitoprosessille asetettuihin tavoitteisiin. Tällaisessa työskentelyssä voidaan perheen kanssa yhdessä arvioida hoidon etenemistä ja prosessin vaihetta. Prosessinomaisessa etenemisessä molemminpuolinen luottamus ja yhteistyöhön sitoutuminen koetaan hoidon kulmakiviksi.

*Mulle itelle on avautumassa sellainen työskentelytapa, mikä koen hyväksi, että perheille todella se prosessinomaisuus, sitä mä haluaisin vaalia. H2*

Lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyössä korostuu perheen tilanteen **kokonaisvaltainen huomioiminen**. Lastenpsykiatriassa potilaana on psyykkisesti oireileva lapsi. Päähuomio on potilaan voinnissa ja hänen hoitamisessaan. Lastenpsykiatriassa lapsi tuo koko perheensä hoitoon. Kun perheessä on erikoissairaanhoidon tasoisesti oireileva lapsi, niin koko perhe on avuntarpeessa. Psykiatriassa ei ole selkeää ”pipiä”, jota hoidetaan, vaan potilaan ja hänen perheensä tilanne tulee kartoittaa kokonaisvaltaisesti. Tarkastelussa tulee huomioida lapsi yksilönä sekä perheenjäsenenä. Perhedynamiikka ja ympäristö vaikuttavat paljon lapseen.

*Nää on sellaisia asioita, et ne tuppaa laajenemaan, kun ne ei ole irrotettavissa selkeesti samalla tavalla kun tuolla somatiikan puolella, et se yks pipi hoidetaan pois et asia on selvä. Mut tää on tämmöstä, et niin moni asia vaikuttaa aina siihen oireeseen näiden potilaiden kohdalla, joita täällä on. H2*

Työskentelyssä tulee kartoittaa potilaan vanhempien jaksaminen ja psyykkinen vointi. Työntekijöiden mukaan potilasperheissä on usein kuormittavia elämäntilanteita ja lapsen oireilun aiheuttamaa väsymystä. Tämän vuoksi koetaan tärkeänä potilaan vanhempien psyykkisen tuen tarpeen arviointi sekä mahdollinen omaan hoitoon ohjaaminen.

*Esimerkiksi vanhempien psyykkinen tilanne, on ollut parisuhdeongelmaa tai muuta sit sellaista perhettä kuormittavia asioita, monenlaisia tässä on ollut H4*

#### 6.1.5 Tarpeellinen työparityöskentely

Työparityöskentely kuvattiin aineistossa tärkeäksi ja tarpeelliseksi osaksi kotihoiton perhehoitotyötä. Tarpeellinen työparityöskentely sisältää **suunnitelmallisen yhteistyön, tukea ja turvaa antavan työparityöskentelyn ja näkökulmia avaavan asioiden jakamisen**. Työpari on mukana koko prosessin ajan. Tällöin työskentelyn prosessinomaisuus ja asioiden yhdessä jakaminen on mahdollista toteuttaa myös työparin kanssa. Työparityöskentelyssä tulee huomioida suunnitelmallisuus. Työparityöskentely koetaan kotihoidossa tukea ja turvaa antavaksi sekä näkökulmia avaavaksi asiaksi.

*Mä oon nähny, että tää rakenne, mikä meillä nyt on, on siinänsä ihan hyvä. Siinä on työpari siinä prosessissa mukana alusta asti H2*

**Suunnitelmallinen yhteistyö** näkyy monella tasolla työparityöskentelyssä. Suunnitelmallisuus alkaa työparin valinnasta. Työntekijöillä ja työpareilla on erilaisia osaamisia ja vahvuuksia. Kotihoidossa työpari on usein sama, mutta ajoittain työpari voi vaihtua tai tulla kotihoitotiimin ulkopuolelta. Työparia suunniteltaessa pyritään huomioimaan potilasperheiden tarpeet. Näiden pohjalta työpari voidaan pyytää ”seinättömästi” lastenpsykiatrian eri tiimeistä tai yhteistyökumppaneista kuten esimerkiksi sosiaalitoimen perhehoitotyöstä. Joidenkin potilasperheiden kohdalla työskentelyyn voidaan suunnitella useampikin työntekijä. Näin on toimittu muun muassa tilanteissa, joissa samasta perheestä on useampi potilas hoidossa lastenpsykiatrialla. Työparin vaihtuvuus koetaan työtä rikastuttavana haasteena. Uuden työparin tulee tutustua toistensa työtapoihin ja suunnitella yhteistyö hyvin ennen kotihoitokäyntejä.

*Se, et mistä nää työparit on, onko sosiaalitoimesta, kotihoitotimistä, poliklinikalta, niin se taas liittyy näihin ongelmiin H3*

*Kaksikin työntekijää on välillä liian vähän, sanotaanko näin H4*

Kotihoitokäynneillä yhteistyö suunnitellaan ennen potilasperheen luokse menoa. Työntekijät kokevat arvokkaana, että rooliat työparin kesken ovat selkeitä. Työpari voi sopia esimerkiksi työnjakoa potilaan ja vanhempien huomioimisen välillä. He kokevat, että erityisesti potilaana olevan lapsen huomioiminen tulee suunnitella yhdessä. Potilaan huomioimisessa koetaan olevan kehitettävää. Selkeä työjako työparin välillä helpottaa tilannetta, jos lapsi ei esimerkiksi kykene olemaan keskusteluissa mukana. Tällöin potilasta varten suunniteltu työntekijä voi hakeutua potilaan seuraan ja yrittää huomioida häntä työparin jatkaessa työskentelyä vanhempien kanssa.

*Oon huomannu, et se on tosi tärkeää ja arvokasta, et ennen kotikäyntiä sovitaan se, millaisessa roolissa toinen on sielä ja toinen.H5*

Työntekijät työskentelevät potilasperheiden reviirillä. Työntekijät kuvaavat, etteivät tiedä, millainen hetki perheessä on heidän mennessä kotihoitokäynneille. Tämän vuoksi työntekijät kokevat tärkeänä työn turvallisuuden huomioimisen. Kotihoitokäynneille mennään aina työpareittain. **Työntekijät kokevat työparin läsnäolon tukea ja turvaa antavaksi** toimittaessa muuttuvassa toimintaympäristössä. Lisäksi työntekijöillä on käynneillä mukanaan matkapuhelimet sekä potilasperheen yhteystiedot, joiden avulla he voivat tarvittaessa hälyttää lisäapua paikalle.

*Perheeseen ei mennä yksin, koska ei me koskaan voida tietää, et mitä siellä perheessä on tapahtumassa. Siitä pitää ehdottomasti pitää kiinni. H1*

Työparin keskinäinen luottamus on yhteistyön pohja. Kun työpari pysyy samana, niin luottamus työpariin ja yhteistyön toimivuuteen kasvaa. Jokainen työntekijä tekee työtä omalla persoonallaan. Työparin osaamiset voivat täydentää toisiaan ja tämä mahdollistaa työssä oppimisen ja kehittymisen. Haastateltavat kuvaavat työkokemuksien lisäävän uskoa yhteistyön avulla saataviin tuloksiin. Yhteistyö saman työparin kanssa tuo varmuutta työskentelyyn perheiden kanssa. Työparin koetaan tukevan vaikeissa tilanteissa ja auttavan ammatillisuuden ylläpidossa.

*Kun on sama työpari, niin sitä muodostuu sellainen tietynlainen toimintatapa H2*

*Se on niin tiivistä, et siinä oppii tuntemaan työparin tavat hyvin, et se on sillä tavalla helppoa sitten mennä siihen ja työskennellä. H5*

### **Työparityöskentely auttaa näkökulmien avaamisessa ja asioiden jakamisessa.**

Työpari on osa samaa hoitoprosessia, mutta osallistuu siihen itsenäisenä kokijana. Haastateltavat kuvaavat, että työpari voi kiinnittää huomiota erilaisiin asioihin ja puheisiin kuin itse on huomionnut. Tämän vuoksi perheiden tilanteiden jakaminen työparin kanssa monipuolistaa ja laajentaa perheestä saatua näkemystä. Työparin

kokemukset voivat myös avata uusia näkökulmia omaan työhön. Työparin kanssa puretaan kotihoitokäynneillä heränneet tunteet ja ajatukset. Keskustellessa voidaan löytää uudenlaisia merkityksiä perheen tilanteesta sekä työparityöskentelystä. Koihoitokäyntien jälkeen pyritään löytämään yhteinen ymmärrys hoitoprosessista, joka kirjataan potilaan sairaskertomukseen.

*Työparityöskentely on tärkeä juttu, koska silloin siinä tulee kaksi eri näkökulmaa. Toinen huomioi jonkun vanhemman toisen sanonnan, joka jää hänelle mieleen ja voi itseltä mennä ohi ja toisinpäin. H3*

## 6.2 Tavoitteelliset hoitomenetelmät

Tavoitteelliset hoitomenetelmät ovat tuloksien toinen yhdistävä kategoria. Työntekijöiden mukaan kotihoidon perhehoitotyössä käytettävät hoitomenetelmät valitaan hoitoon asetettujen tavoitteiden pohjalta. Hoitomenetelmien tavoitteellisuuden lisäksi niiden valintaan vaikuttavat perheen arjessa havaitut hankaluudet sekä voimavarat.

*Se hoitosopimus ja ne ongelmakohdat, niin niistä lähdetään keskustelemaan ja sitten, mitä apuvälineitä siihen voidaan käyttää. H3*

Hoitomenetelmien käytössä joustetaan perheen tilanteen edellyttämällä tavalla. Tämä edellyttää taitoa joustaa ja tehdä nopeita päätöksiä hoitomenetelmien käytössä. Tilanteita, joissa valitusta menetelmästä joustetaan, ovat esimerkiksi akuutit ongelmatilanteet tai perheen voimavarojen muutos. Hoitomenetelmiä valittaessa on tärkeää, että ne ovat käyttökelpoisia perheen arjessa tapaamisten väliajoillakin. Näin hoito kohdentuu ja vaikuttaa perheen arkeen paremmin. Kotihoidossa käytettävät hoitomenetelmät ovat lastenpsykiatrisen hoitotyön menetelmiä. Tässä osioissa ne läpikäydään työntekijöiden kuvauksien pohjalta. Tavoitteellisten hoitomenetelmien yläkategoriat käsitellään taulukossa 5.



*Meidän alkuperäinen suunnitelma on hyvin joustavasti muuttunut sen akuutin tilanteen mukaan, mikä perheessä on siinä koh-  
taa ollut.H2*

TAULUKKO 5. Tavoitteellisten hoitomenetelmien yläkategoriat

Tavoitteelliset hoitomenetelmät	Arkipäiväisissä tilanteissa vanhemmuuden tukeminen
	Toiminnallinen yhdessäolo
	Avoimet keskustelut
	Hoidollisen materiaalin käyttäminen
	Erityisosaamisen hyödyntäminen
	Prosessia eteenpäin ohjaavat kotitehtävät
	Yhteistyökykyiset verkostot

### 6.2.1 Arkipäiväisissä tilanteissa vanhemmuuden tukeminen

Lastenpsykiatrisessa kotihoidon perhehoitotyössä tärkeänä hoitomenetelmänä on potilaan **perheen auttaminen arkipäiväisissä tilanteissa**. Haastateltavat kokevat, että lapsen selviäminen arjessa perheensä tukemana on koko lastenpsykiatrisen työskentelyn tavoite. Hoitomenetelmänä tähän käytetään perheen tukemista arjessa. Hoitomenetelmää kohdennetaan tavoitteenmukaisesti, esimerkiksi ollaan mukana perheen vaikeana kokemassa tilanteessa. Työntekijät tarkkailevat perheen käyttäytymistä arjen tilanteissa ja pohtivat keinoja tilanteiden helpottamiseksi. Havainnot ja ajatukset jaetaan potilaan vanhempien kanssa. Tämän jälkeen sovitaan tilan-

teessa käytettävät keinot, jotka vanhempi kokee toimiviksi. Sen jälkeen tuetaan vanhemman toimintaa tilanteen aikana ja puretaan siinä heränneet ajatukset sekä pyritään yhdessä löytämään keinoja tilanteeseen.

*Jos nyt mieltii lastenpsykiatrasta hoitoa muutenkin, niin sehän on muutenkin sitä arjen jakamista ja miten se lapsi selviää arjessa. H1*

Kotihoidon perhehoitotyö on hyvin konkreettisissa tilanteissa auttamista. Työntekijät kuvasivat esimerkiksi erilaisia rajaamistilanteita. Vanhempien kanssa pohditaan heidän arkeensa sopivia keinoja potilaan huonoon käytökseen puuttumiseen. Työntekijät kokevat ensiarvoisen tärkeäksi rajaustilanteiden turvallisuuden sekä lapselle että vanhemmalle. Hoitomenetelminä käytetään esimerkiksi potilaan jäähypenkillä rauhoittumista sekä kiinnipitoja. Rajaustilanteita harjoitellaan yhdessä, jonka jälkeen puretaan niissä heränneet tunteet ja ajatukset.

*Sitten on tietysti ihan näitä konkreettisia tilanteita, et välillä on näitä rajaamistilanteita, joissa lapsia joudutaan esimerkiksi poistamaan jäähylle, et ihan näitä konkreettisia tilanteita tulee. H4*

Kotihoidon perhehoitotyössä keskeistä on potilaan **vanhempien tukeminen vanhemmuudessa**. Kotihoidossa ei luoda hoitosuhdetta lapseen vaan viritellään vanhempien vastuuta ja tuetaan vanhempi-lapsi suhdetta. Työntekijät kertovat, että heidän työstään suurin osa tapahtuu vanhempien kanssa tiiviissä yhteistyössä. Vanhempien kanssa työskenneltäessä asetetaan vanhemman rinnalle pohtimaan hänen vanhemmuuttaan potilaana olevan lapsen arjessa. Työskentelyssä koetaan tärkeäksi hyvän huomaaminen vanhemmassa sekä sen vahvistaminen. Vanhemmat ovat kotihoidossa lapsensa tuki ja turva, työntekijät taas kokevat tukevansa vanhempia tässä tehtävässä. Tukea annetaan arkipäivän tilanteissa. Vanhempaa pyritään auttamaan huomaamaan vahvuutensa sekä potilaana olevan lapsen vahvuudet. Positiivista palautetta annetaan aina kun se on mahdollista. Positiivisuus ja voimaannuttava työ-

ote on tärkeää, koska perheiden tilanteet ovat usein negatiivisessa vuorovaikutuksessa.

*Kyllä vanhempien neuvominen on ihan semmoinen keskeinen asia mun mielestä H3*

*Monet lasten ongelmat tänä päivänä, kun ne näkyy siellä perhe-  
tasolla, niin silloinhan se on nimenomaan se, et silloin meidän  
pitäis niitä vanhempia auttaa niissä tilanteissa. Ja me ei mis-  
sään vaiheessa oteta vanhemmuutta itsellemme, ollaan tukemas-  
sa heitä. H1*

### 6.2.2 Toiminnallinen yhdessäolo

Työntekijöiden mukaan hoitomenetelmänä käytetään myös toiminnallista yhdessäoloa. Toiminnallisena yhdessäolona tarkoitetaan **pelien pelaamista, leikkimistä ja retkiä**. Toiminnallinen yhdessäolo suunnitellaan tavoitteiden pohjalta. Kotihoitokäynneillä potilaana olevan lapsen huomioiminen on tärkeää. Toiminnallinen yhdessäolo helpottaa potilaan motivoitumista käynneille osallistumiseen. Tämän vuoksi toiminnallisuus on tärkeä osa kotihoitoa. Yleensä toiminnallinen yhdessäolo sijoittuu käyntien loppuun.

**Pelien ja leikkien** tarkoituksena on koostaa tilannetta ja tarjota potilaalle ikätasoista toimintaa. Työntekijät kuvaavat keskustelupainotteisten kertojen aiheuttavan levottomuutta lapsissa. Toiminnallisuuden lomassa voidaan puhua esille tulevista asioista.

*Yleensä sitten on vähän aikaa näistä asioista puhuttu ja sitten eihän lapset jaksu puoltatoista tuntia, et sitten se pitää keventää jollakin leikillä tai pelillä. Koostaa se, et se ei mene juoksemiseksi ja kaahaamiseksi eli pysyttäis yhdessä ja sitten pystyttäisiin pelin lomasta, vaikka jostain näistä asioista ja esille tulevista jutuista puhumaan. H3*

Työntekijöiden mukaan hoitomenetelmänä pelit auttavat muun muassa vuoron odottamisen ja pettymyksen sietämisen harjoittelussa. Niiden avulla voidaan tarjota myös onnistumisen kokemuksia, jotka tukevat potilaan itsetuntoa. Pelit ja leikit ovat lapsille ominainen tapa toimia ja olla kontaktissa. Leikkien kautta potilaat voivat tuoda itseään esille. Pelit, leikit ja retket ovat hyvä keino harjoitella lapsen tarpeista lähtevää yhdessäoloa. Työntekijöiden kokemusten mukaan lasten kanssa leikkiminen ja pelaaminen voi olla vanhemmille vierasta. Kotihoitokäyntien yhteydessä voidaan harjoitella lapsen huomioimista näillä keinoin.

*Ihan tämmönen leikkiminen ja pelaaminen yhdessä perheen kanssa ja yhdessä toimiminen, niin tämmönen on ollu varmaan aika keskeisintä. H5*

### 6.2.3 Avoimet keskustelut

Avoimet keskustelut koetaan olennaisena osana kotihoidon hoitomenetelmiä. Avoimet keskustelut sisältävät **avoimen kirjaamisen, avoimen dialogisuuden ja asioiden käsittelyn**. Kaikissa näissä pyritään avoimeen vuoropuheluun potilaan vanhempien kanssa.

Työntekijät kuvaavat **avoimen kirjaamisen** olevan avoimen keskustelun pohja. Työntekijät näyttävät aina edellisestä käynnistä potilaan sairaskertomukseen tekemänsä kirjaukset potilaan vanhemmille. Tämän tarkoituksena on luoda luottamuksellista, avointa keskustelua perheen ja työntekijöiden välille. Kirjaukset läpikäydään yhdessä. Kirjauksia luettaessa pohditaan hoidon etenemistä sekä asioita, jotka jäivät perhettä mietityttämään tai josta he ovat eri mieltä. Keskustelussa esille tulleet asiat kirjataan seuraavan käynnin tekstiin. Avoimen kirjaamisen menetelmä koetaan mielekkäänä ja työnsisältöä lisäävänä. Toisaalta haastatteluissa ilmeni, että työntekijät haluavat vielä kehittyä avoimen kirjaamisen käytössä.

*Tämä avoin kirjaaminen eli se, mitä kirjoitetaan perheestä, niin se myös käydään läpi sen perheen kanssa. H1*

*Käydään semmonen katsaus, mitä ollaan edellisellä kerralla puhuttu ja perhe saa olla eri mieltä tai samaa mieltä. Et mikä on mun mielestä tosi hyvä ja sitä on edelleen hyvä kehittää meidän toimintaan ja siihen omaan työn, päivittäisen työnsisältöön. Antaa välineitä siihen. H2*

**Avoin dialogi** eli vuoropuhelu perheen kanssa koetaan kotihoidon ytimenä. Perheessä olevien vaikeiden asioiden jakaminen sekä niiden syvälinen pohdinta yhdessä vanhempien kanssa koetaan tärkeänä. Hoitomenetelmänä avoimen dialogin koetaan toimivan parhaiten, mitä avoimempia kotihoidossa pystytään olemaan puolin ja toisin. Perheelle ei kaadeta neuvoja vaan tilanteita mietitään yhdessä keskustellen. Vanhempien kanssa keskusteluissa rohkaistaan heitä antamaan palautetta ja kertomaan kokemuksistaan kotihoidosta. Avoimuus ei ole aina helppoa, mutta suora dialogi vähentää väärinkäsitysten syntymistä. Huolenaiheet otetaan suoraan esille. Tämä ei työntekijöiden kokemuksen mukaan toteudu aina, mutta he haluavat pyrkiä avoimuuteen, koska kokevat sen luovan luottamusta. Potilaan vanhemmille tarjotaan avoimen dialogin mahdollisuutta myös puhelimitse eli he voivat soittaa työntekijöille kotihoitokäyntien välillä ja keskustella tilanteistaan.

*Voidaan me puhua siitä avoimesta dialogista, et siihen me pyritään varmasti tässä. H1*

*Nää on semmosia harjoiteltavia asioita työntekijöillekin, että en ainakaan vielä omalta kohdaltani, et joutuu harjoittelemaan vielä paljon sitä mahdollisimman avointa ja suoraa keskustelua vanhempien kanssa. H5*

Työntekijät pyrkivät avoimeen dialogiin myös vaikeiden asioiden esille ottamisessa ja käsittelyssä. He kokevat olevansa vastuussa vaikeiden asioiden tuomisessa keskusteluun. Työntekijät kuvaavat **asioiden käsittelyä** väliintuloina epäkohtiin. Asioiden käsittelyssä voidaan vanhemmalta kysyä, että millaisia tunteita ja reaktioita hänen puheensa tai käytöksensä herättää lapsessa. Arkaluonteisten asioiden käsitte-

lyssä huomioidaan perheen reaktiot, jotka huomioidaan keskustelussa. Tarvittaessa keskustelussa edetään hitaasti ja aiheesta jatketaan toisella kerralla.

*ajoittain tietysti hyvinkin arkaluonteisista asioista puhutaan ja oon kyllä uskaltanu epäkohtiakin nostaa esille, mut tietysti se, että millä tavalla sen tekee. H4*

#### 6.2.4 Hoidollisen materiaalin käyttäminen

Hoidollisen materiaalin käyttäminen koetaan hyvänä tukena kotihoidon perhehoitotyössä. Materiaalit valitaan hoidon tavoitteen pohjalta ja niiden avulla pyritään havainnollistamaan perheen kanssa läpikäytäviä asioita. Materiaalin koetaan auttavan vanhempia uusien asioiden tiedostamisessa ja uusien apuvälineiden haltuun otossa. Materiaalin avulla pystytään palaamaan tavoitteelliseen työskentelyyn, mikäli tilanne hoidollisten syiden vuoksi vaatii sitä. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi prosessin pysähtyminen asiaan, joka ei ole olennainen hoidon tavoitteiden näkökulmasta.

*Niitä vois käyttää enemmänkin tai oppia huomaamaan, et on hirveen paljon välineitä, mitä voi käyttää, et pysyy struktuuri kyllä paremmin niillä kotikäynneillä ja tavoitteet mielessä. H5*

Kotihoidossa käytettäviä materiaaleja ovat esimerkiksi **tunnekortit, lomakkeet, esitteet ja kirjat**. Tunnekortit auttavat tunteiden tunnistamisen ja ilmaisemisen harjoittelussa. Työntekijät kokevat lomakkeiden käytön hyväksi keinoksi ottaa asioita puheeksi kotihoidossa. Kotihoidossa käytetään työntekijöiden mukaan esimerkiksi satuttamattomuus-sopimusta, jonka avulla pyritään herättämään keskustelua satuttamattomuuden tärkeydestä lapsen turvallisuuden kannalta. Muita työntekijöiden käyttämiä lomakkeita ovat muun muassa verkostokartta, jonka avulla perheenjäsen miettii hänen ihmissuhteitaan ja tärkeitä ihmisiä. Vanhempien kanssa on käytetty myös vanhemmuuden roolikarttaa, jonka avulla voidaan käsitellä vanhemmuuden eri osa-alueita. Materiaalina keskustelujen tukena ovat olleet myös erilaiset

esitteet kuten kiinnipito-esite, jonka avulla voidaan läpikäydä kiinnipidon periaatteita.

*Ollaan harjoiteltu tunteiden tunnistamista erilaisten korttien avulla. H2*

*Kiinnipitojuttuja, niin nää esitteet on ollu hyviä, et se ei oo jäänyt vanhemmille epäselväksi, että mitä se tarkoittaa. Kaikki tämmöinen konkreetti materiaali jelppaa niitä. H3*

Työntekijät kertovat käyttävänsä myös **neuropsykiatrisia materiaaleja** ja menetelmiä. Neuropsykiatriset materiaalit ovat heidän mukaansa hyödyllisiä kaikkien perheiden apuvälineinä. Kotihoidossa on työntekijöiden mukaan käytetty muun muassa toiminnan ohjaukseen liittyviä materiaaleja. Kuvalliset materiaalit koetaan havainnollistavina ja käsiteltäviä asioita visualisoivina. Potilaalle on muun muassa laadittu päiväohjelma päivän kulkua hahmottamaan. Lisäksi ajankulkuun on käytetty time timer- kelloa, jossa punainen väri kuvaa käytettävissä olevaa aikaa. Kun punaista ei enää näy, on asiaan käytettävä aika kulunut. Kelloa on käytetty muun muassa kotihoitokäynnin ajan hahmottamisessa. Työntekijät kertovat käyttävänsä myös erilaisia sopimuksia ja palkkiojärjestelmiä perheen ”pelisääntöjen” luomisen tukena.

*Läksyjen teossa opastusta, että miten ne saisi tehtyä, toiminnanohjaukseen liittyviä vinkkejä H2*

*Näitä nepsy- juttuja, niin niitä on myöskin eli ihan päiväohjelmaa ja sit näitä erilaisia sopimuksia, kuvia. H4*

#### 6.2.5 Erityisosaamisen hyödyntäminen

Työntekijät hyödyntävät koulutuksessa ja kokemuksen kautta syntynyttä erityisosaamistansa kotihoidon perhehoitotyössä. Työntekijät, jotka ovat perheterapeuteja, kertoivat käyvänsä **perheterapeutteja keskustelua** perheiden kanssa. He

kokevat perheterapeuttisten hoitomenetelmien hallinnan auttavan perheiden kohtaamisessa.

*Perheterapiaan liittyy, et siinä ei oo mitään sellasta selkeää ja yhtä menetelmää, mut ihan sellasia perheterapeuttisia keskusteluja. H4*

Kotihoidossa on hyödynnetty myös työntekijöiden **theraplay**-osaamista. Työntekijöiden mukaan theraplayta eli vanhempi-lapsi suhteen vuorovaikutushoitoa on käytetty kotihoidon perhehoitotyössä monimuotoisesti. Kotihoidossa on käytetty theraplayn yksittäisiä aktiviteetteja, kuten potilaan käsien rasvaamista. Työntekijät ovat toteuttaneet kotihoidon yhteydessä myös kotona tapahtuvia theraplay-jaksoja. Theraplay on koettu toimivaksi ja voimaannuttavaksi hoitomenetelmäksi kotihoidossa. Työntekijöiden mukaan menetelmän toimivuus vaatii theraplayn periaatteiden läpikäyntiä vanhempien kanssa.

*Meillä on ollut käytössä nämä theraplay -menetelmät eli se yhteyden hakeminen vanhemman ja lapsen välille. Me ollaan koettu, et se on myös sellanen toimiva... sit on sitä kautta opetettu, että vanhempi huomaa hyvän siinä lapsessa. H1*

#### 6.2.6 Prosessia eteenpäin ohjaavat kotitehtävät

Prosessia eteenpäin ohjaavia kotitehtäviä on annettu perheelle kotihoitokäyntien välillä tehtäväksi. Kotitehtävät annetaan perheen tavoitteiden ja tilanteiden pohjalta. Kotitehtävinä on käytetty muun muassa **hyvien asioiden huomaamista lapselta** sekä **vanhempien välisiä keskusteluja**. Keskustelujen aiheet on valittu tavoitteiden ja hoitoprosessin pohjalta. Kotitehtävänä on työntekijöiden mukaan ollut esimerkiksi kotihoitokäynnillä käytyjen asioiden kertominen ja niistä nousseiden ajatusten jakaminen poissaolleiden perheenjäsenten kanssa. Seuraavalla kotihoitokäynnillä käydään kotitehtävä läpi. Tällöin keskustellaan toteutuiko sovittu tehtävä ja mitkä asiat vaikuttivat sen toteutumiseen. Mikäli tehtävä onnistui, niin mietitään,



mitä tuloksia sillä saavutettiin tavoitteen kannalta. Mikäli tehtävä ei toteutunut, niin pohditaan syytä siihen sekä miten tilanteesta päästään eteenpäin.

*Pyydettiin äitiä huomaamaan positiivisia asioita lapsessa ja siinä, kun lapsi tekee asioita oikein ja kiltisti, ohjeiden ja sääntöjen mukaan; ihan kirjaamaan niitä huomioita ylös. H4*

Kaikille kotihoidon potilasperheille on annettu jakson ajaksi käyttöön **päiväkirjavihko**. Perhe voi kirjoittaa vihkoon käyntien välillä olleita asioita, jotka haluavat työntekijöiden kanssa jakaa. Päiväkirjavihkon käytöstä on hyvin monenlaisia kokemuksia. Päiväkirjavihkon käyttöön motivoituneet perheet prosessoivat ja reflektoivat omaa toimintaansa vihkoon kotihoitokäyntien välillä. Tämä näkyi hoitoprosessin etenemisenä. Toimiessaan vihko on koko perheen väline asioiden työstämisessä. Se katsotaan ja luetaan kotihoitokäynnin alussa, kun läpikäydään kuulumisia. Työntekijät kuvaavat, että perhe itse tuo sen työntekijöille luettavaksi ja kertovat asioista, joita ovat sinne kirjoittaneet. Vihkon käyttö on tuntunut joistakin perheistä hankalalta ja työläältä. Vihkon käyttäminen on jokaiselle perheelle vapaaehtoinen mahdollisuus.

*Et just käytetään sitä vihkoa ja jotkut vanhemmat on kuvannut niitä hankalia tilanteita ja päässeet jotenkin eteenpäin, silloin kun me ei olla paikalla. Et tavallaan se prosessi on edennyt silloinkin, kun me ei olla siellä. H1*

*Se vihon merkitys, joka siellä välissä on, niin sitä ei ihmiset mun mielestä oikeen ymmärrä. H3*

### 6.2.7 Yhteistyökykyiset verkostot

Työntekijät kokevat tärkeänä hoitomenetelmänä verkostotyön. Kotihoidossa tehdään tiivistä yhteistyötä potilaan verkostojen kanssa. Työntekijät kuvaavat tärkeäksi yhteistyön **potilaan koulun tai päiväkodin** kanssa. Työntekijät kertoivat kouluneuvotteluista, joissa he keskustelivat potilaan tilanteesta hänen opettajiensa kanssa. Kouluneuvotteluissa hoitajat saavat palautetta potilaan koulunkäynnistä.

He pohtivat potilaan omien opettajien kanssa, miten potilaan oppimista ja koulu-käyttäytymistä voidaan tukea. Tarvittaessa on mietitty erilaisia apuvälineitä ja tukimateriaaleja vaikeisiin tilanteisiin.

*Kouluneuvotteluissa saadaan palautetta ja opettajat myös pyytää ja saa ohjeita muun muassa neuropsykiatrista apua ja välineitä käyttöön kouluun H3*

*Ne voi olla muuallakin kuin täällä tapahtuvia neuvotteluja. Ne voi olla kouluneuvotteluja, yhteistyöpalavereja sosiaalitoimen kanssa. H2*

Työntekijät kokevat tarpeellisenä verkostoitumisen **sosiaalitoimen** kanssa. Yhteistyötä on luotu potilasperheiden tarpeiden mukaan. Sosiaalitoimen perhetyöntekijät ovat olleet joissakin hoitoprosesseissa kotihoitotiimin työntekijöiden työparina. Yhdessä työskentely on koettu eri tavoin. Joissakin tapauksissa yhteistyö on ollut saumatonta ja tehtäväjako selkeä. Työntekijät kertoivat myös prosesseista, joissa yhteistyö oli hankalaa erilaisten näkökulmien vuoksi.

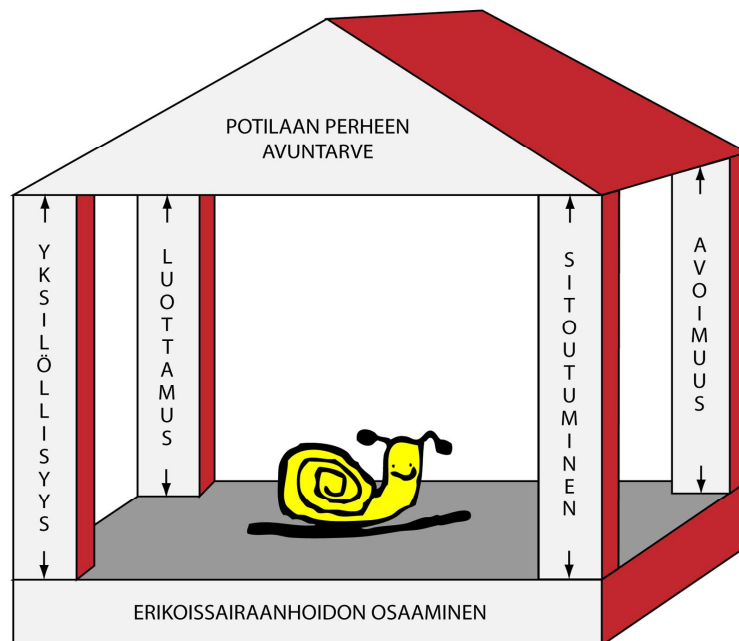
*Oon kokenut hyvänä yhteistyön lastensuojelun perhetyöntekijän kanssa...Kun mulla oli työpari sosiaalitoimesta, niin oli semmoinen marssijärjestys kotikäynneillä, et mä toin sen asiasällön ja niitä pohdittiin yhdessä. Sitten kun oli toiminnallisempi kerta, niin vetovastuu oli hänellä. H2*

Yhteistyötä on tehty myös **aikuispsykiatrian, erikoissairaanhoidon muiden erikoisalojen ja perustason kanssa**. Työntekijöiden mukaan aikuispsykiatrian kanssa on tehty yhteistyötä, kun potilaan vanhemman on arvioitu tarvitsevan omaa hoitokontaktia. Muiden erikoissairaanhoidon alojen kanssa on tehty yhteistyötä, kun potilaalla on somaattisia ja neurologisia ongelmia. Tällaisissa tilanteissa on tarvittaessa tehty konsultaatio-pyyntöjä sekä järjestetty verkostoneuvotteluja.

*Verkostotyö, mikä tässä on, on muihin erikoisaloihin erikoissairaanhoidossa tai sitten ihan perustason näihin. H5*

## 7 ETANAN TALO - PERHEHOITOTYÖN MALLI

Tämän tutkimuksen kehittämistehtävänä oli laatia lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön malli tutkimustulosten pohjalta. Malli on saanut muotonsa opinnäytetyön edetessä. Tutkija pyrki mallin laadinnassa kuvaavuuteen. Mallista haluttiin tehdä lastenpsykiatriseen yksikköön soveltuva, helposti ymmärrettävä kokonaisuus. Tämän vuoksi tutkija jatkoi tuloksien analysointia ja tulosten pohjalta nousevien keskeisten ulottuvuuksien pohdintaa mallia varten. Tuloksien jatkotyöstämisen tarkoituksena oli kiteyttää tulokset niin, että kotihoidon perhehoitotyön ydin on helposti hahmotettavissa mallista.



KUVIO 1. Etanan talo- perhehoitotyön malli

Malli sai nimekseen ”Etanan talo”. Se kuvaa **hoitoympäristöä** eli potilasperheen kotia. Talo sisältää vastavuoroisen **hoitosuhteen** potilaan perheen ja erikoissairaanhoidon välillä. Etana on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrian yksiköiden tunnus. Tässä mallissa se kuvaa tunnustellen etenevää kotihoidon perhehoitotyön **hoitoprosessia**. Kotihoidon perhehoitotyön **periaate** on erikoissairaanhoidon vieminen potilaan perheen avun tarpeeseen.

Talon kattona on **potilaan perheen avuntarve**. Lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön edellytys on lapsesta tullut lääkärin lähete. Perheen avuntarpeen tulee siis olla erikoissairaanhoidon tasoista hoitoa vaativaa. Yhteistyösuhteen syntymiseen vaikuttavat perheen asenteet hoidon vastaanottamista kohtaan sekä voimavarat työskentelyyn osallistumiseen.

Talo pysyy pystyssä kivijalkaa vasten. Mallissa kivijalkana on **erikoissairaanhoidon osaaminen**. Tämä on lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön pohja. Työntekijät tuovat perheen avuntarpeeseen oman erityisosaamisensa. Erityisosaaminen sisältää lastenpsykiatrisen teorian tuntemisen sekä käytännön hoitotyön osaamisen. Se ilmenee esimerkiksi potilaan ongelmien hoitamisessa käytettävien hoitomenetelmien hallinnassa. Lisäksi työntekijät voivat tarvittaessa tukeutua kivijalkaan eli työpariin, erikoissairaanhoidon palveluihin, moniammatilliseen tiimiin sekä työnohjauksiin.

Hoitosuhde sisältää tulososion eri kohdissa painottuvia potilaan perheen ja työntekijöiden yhteistyösuhteeseen kuuluvia arvoja. Hoitosuhteen tukipilarit eli arvot ovat vastavuoroisia ja niiden toimivuus on edellytys hoitosuhteen onnistumiselle. Tukipilarit ovat **yksilöllisyys, sitoutuminen, luottamus ja avoimuus**. Jos tukipilarit ovat yksipuolisia tai hauraita, on talo vaarassa romahtaa. Tällöin yhteistyösuhdetta ei synny. Yhteistyösuhteen toimivuus edellyttää kaikkien tukipilareiden olemassaoloa. Mikäli jokin vastavuoroisuuden tukipilareista ei toimi, talo tarvitsee korjausta. Korjaus voi olla esimerkiksi kriisineuvottelu tai työnohjaus. Tukipilareiden vahvistuminen ja kasvaminen syventää hoitosuhdetta.

Lastenpsykiatrisessa kotihoidon perhehoitotyössä hoitosuhteet rakentuvat jokaisen perheen kanssa omanlaisekseen. Hoitosuhteeseen vaikuttavat potilasperheen ja työntekijöiden persoonat. **Yksilöllisyys** huomioidaan prosessin joka vaiheessa. Hoito räätälöidään potilaan perheen tarpeiden pohjalta, kokonaisvaltaisesti heidän tilannettaan huomioiden.

Hoitosuhteeseen **sitoutuminen** on tärkeää sekä perheen, että työntekijöiden taholta. Sillä tarkoitetaan hoitosuhteeseen sekä tavoitteen mukaiseen hoitoprosessiin sitoutumista. Tämä sisältää tapaamisissa mukanaolon sekä työskentelyyn ja pohdintaan osallistumisen. Sitoutumiseen vaikuttavat monenlaiset asiat, esimerkiksi perheen voimavarat sekä asenteet psykiatrista hoitoa kohtaan.

**Luottamus** kasvaa hoitosuhteen edetessä. Luottamuksessa vastavuoroisuus korostuu kotihoidon perhehoitotyössä. Yhteistyösuhteen toimivuus edellyttää, että työntekijät voivat luottaa potilaan perheeseen ja potilaan perhe työntekijöihin. Toimiesseen luottamus vahvistaa myös muita tukipilareita.

**Avoimuus** kuuluu hoitosuhteeseen kotihoidon perhehoitotyössä. Se toimii molempiin suuntiin hoitosuhteeseen liittyvien asioiden osalta. Avoimuutta pyritään lisäämään perhehoitotyön hoitomenetelmillä, kuten avoimella dialogilla ja -kirjaamisella sekä perheen hoitoprosessia kuvaavalla päiväkirjalla.

**Hoitoprosessia** kuvaa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrian logo, joka esittää etanaa. Etana-logo kuvaa todellisuudessa kotiloa. Kotilo sisältää sanat **koti** ja **ilo** (Korhonen ym. 2004). Kotilolla on koti eli kuori aina mukana. Ilo visualisoituu kotilon ilmeessä. Lastenpsykiatrisessa kotihoidossa potilaan koti on koko ajan läsnä hoitoprosessissa. Hoidossa pyritään vahvistamaan kodin turvallisuutta lapsen asioissa. Ilo taas kuvaa kotihoidon myönteistä,

perheen voimavaroihin keskittyvää työtettä. Lisäksi ilo kuvaa kotihoidon tavoitetta eli ilon löytymistä perheeseen. Arjesta on lupa nauttia.

Hoitoprosesseissa keskitytään vanhempien tukemiseen potilaan asioissa. Vanhemmuus on herkkä alue ja tämän vuoksi hoitoprosesseissa edetään **tuntosarvet** ylhäällä. Tuntosarvilla tunnustellaan perheen ilmapiiriä ja voimavaroja. Jos edetään liian nopeasti tai perhettä loukkaavasti, voi perhe vetäytyä **kuoreensa**. Hoidossa edetään perheen rytmissä. Perhehoitotyön prosessit ovat yleensä **hitaita**, koska koko perheen muutokset vaativat yksilön muutosta enemmän aikaa. Hoitoprosessissa on erilaisia vaiheita. Välillä eteneminen voi olla **tahmeaa**, se voi pysähtyä kokonaan tai voi tulla jopa takapakkaa. Hoitoprosesseilla on kuitenkin selkeät raamit eli alku, työskentelyvaihe ja loppu.

## 8 POHDINTA

Tämä opinnäytetyö on terveystieteiden alan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman opinnäytetyö. Opinnäytetyön aiheena oli lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyö, joka on toiminnan muutoksen kautta syntynyt yhä kehittyvä hoitomuoto. Kotihoitotiimin kehittämisessä näkyvät tyypilliset kehittämisprosessiin osa-alueet. Nämä ovat uuden toiminnan visiointi, suunnittelu, pilotointi, toteutus ja arviointi. (Drucker 2000, 89 – 90; Ranta 2005, 97- 109, 162 – 177; Mattila 2007, 135 -151, 164 -199.)

Tutkijalla on ollut monia rooleja tässä opinnäytetyöprosessissa. Tutkija on ollut tutkittavan toiminnan muutosjohtajana eli on pyrkinyt apulaisosastonhoitajan roolissa suunnittelemaan ja koordinoimaan muutosta, joka on konkretisoitunut tiimin käytännön toiminnassa. (Sydänmaalakka 2003,68, Koski & Vakkala 2007, 13.) Vuorovaikutus, kokemusten jakaminen ja koko tiimin osallistuminen kehittämiseen ovat tärkeitä alueita muutoksen hyväksymisessä ja kehittämisessä. (Lanning

1999). Nämä osa-alueet ovat olleet keskeisiä myös kotihoitotiimin työskentelyssä. Tämä tutkimus on osa työntekijöiden kokemusten kuulemist ja osallistumista kehittämisen jatkuvuuteen. Muutosjohtajan on tärkeää tiedostaa, ettei muutosta voi hallita täysin (Drucker 2000, 104- 108). Tämän vuoksi on tärkeää antaa tilaa työntekijöiden kehittämisideoille (Laaksonen ym. 2005).

Työntekijöillä oli erilaisia kokemuksia toiminnan muutoksesta. Aluksi se oli koettu haastavana ja vaikeana. Ajan ja toiminnan myötä muutoksesta on tullut myönteinen asia. Tällä hetkellä työntekijät kokevat motivoivana jatkuvaan kehittämiseen osallistumisen. Työntekijöiden kokemukset mukailevat yksilöiden reaktioita muutokseen. (Mattila 2007, 20 – 26; Lahti 2008, 96 – 97.) Opinnäytetyön haastattelut toteutettiin vaiheessa, jossa kotihoitotiimin toiminta oli jo vakiintunutta. Tulokset olisivat voineet olla eriäviä muutosmyönteisyyden osalta, mikäli tutkimus olisi tehty muutosprosessin alkuvaiheissa.

### 8.1 Tutkimustuloksien yhteenveto ja tarkastelu

Tämän opinnäytetyön aihe on lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön kehittäminen. Tutkimuksessa aihetta tarkasteltiin työntekijöiden kokemusten kautta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja kehittää lastenpsykiatrasta, potilaan kehitysympäristöön kohdentuvaa hoitoa. Tutkimuskysymyksiä olivat: millaisia kokemuksia työntekijöillä on lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyöstä ja millaisia hoitomenetelmiä lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyössä käytetään. Tutkimuksen kehittämistehtävänä oli lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön mallin laadinta tutkimustuloksien pohjalta. Tämän tutkimuksen tulokset vastasivat hyvin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen avulla saatiin uudenlaista ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä.

Opinnäytetyön tulokset jaettiin kahteen yhdistävään kategoriaan, jotka muotoutuivat aineiston analyysin kautta yhtäläisiksi tutkimuskysymyksiä kanssa. Yhdistävät

kategoriat ovat moninainen hoitoprosessi ja tavoitteelliset hoitomenetelmät. Moninainen hoitoprosessi kuvaa hoitoprosessin yksilöllisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta. Keskeistä hoitoprosessissa on erikoissairaanhoidon osaamisen vieminen sitä tarvitsevan potilaan kotiin. Hoitoprosessi rakentuu yksilöllisen hoitosuunnitelman pohjalta. Hoitosuhdetta kuvaa työntekijöiden yhteinen matka perheen kanssa. Muuttuvassa toimintaympäristössä työskenneltäessä korostuu työparityöskentelyn tarpeellisuus.

Tavoitteelliset hoitomenetelmät valitaan potilaan hoitoon asetetun tavoitteen pohjalta. Tämän tutkimuksen tuloksissa kotihoidon perhehoitotyössä käytettävät lastenpsykiatriset hoitomenetelmät jaoteltiin seitsemään ryhmään. Avoimet keskustelut lisäävät asioiden jakamista ja yhteisen ymmärryksen löytämistä. Arkipäiväisissä tilanteissa vanhemmuuden tukeminen voimaannuttaa vanhempia lapsen tukemiseen. Toiminnallinen yhdessäolo motivoi lasta osallistumaan kotihoitoon ja sisältää hoidollisia elementtejä. Työntekijät voivat hyödyntää erityisosaamistaan kotihoidossa. Prosessia eteenpäin ohjaavat kotitehtävät edistävät hoitoa kotihoitokäyntien välillä. Yhteistyökykyiset verkostot tukevat työskentelyä ja perhettä tarpeen mukaan.

Tulososion pohjalta kotihoidon perhehoitotyön keskeisiksi ulottuvuuksiksi nousivat hoidon periaate, hoitoympäristö, hoitosuhde ja hoitoprosessi. Näitä ulottuvuuksia käytettiin etanan talo-perhehoitotyön mallin laadinnassa. Kotihoidon perhehoitotyön periaate on erikoissairaanhoidon vieminen potilaan arkeen. Etanan talo – perhehoitotyön malli kuvaa hoitoympäristöä eli potilasperheen kotia. Talo sisältää vastavuoroisen hoitosuhteen potilaan perheen ja työntekijöiden välillä. Hoitosuhteen syntymiseen vaikuttavat yksilöllisyys, sitoutuminen, avoimuus ja luottamus. Hoitoprosessien hitautta ja voimavarakeskeistä työtettä kuvaa hymyilevä etana, joka etenee ilmapiiriä tunnustellen kohti hoidolle asetettua tavoitetta.

Lastenpsykiatrasta kotihoitoa toteutetaan useissa sairaanhoitopiireissä, joiden työskentelystä tutkija sai tutkimusprosessin aikana kuvauksia. Kuvaukset tukivat tämän



tutkimuksen tuloksia. Niissä kotihoidon perusrakenne oli yhteneväinen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrisen kotihoidon kanssa. (Tikkanen 2001; Mänttari ym. 2001; Erkolahti & Lahtinen 2004; Korhonen ym.2004; Erkolahti 2008; Mannonen 2008; Pernu 2008; Terävä 2008.)

Tutkijalta on toiminnan muutoksen aikana kysytty usein, mitä uutta kotihoito tuo lastenpsykiatria. Kotikäyntejä ja yhteistyötä vanhempien kanssa on tehty eri osastoilla ja tiimeissä aiemminkin. Kotihoito pohjautuu juuri näihin työmuotoihin ja niissä saatuihin kokemuksiin. Kotihoidossa hyväksi havaituista työtavoista on tullut suunnitelmallista, kokonaisvaltaista, sopimukseen pohjautuvaa työskentelyä, jonka fokus on psyykkisesti oireilevan lapsen vanhempien tukemisessa. Tammisen (2000) mukaan lastenpsykiatrisen kotihoito sisältää samat elementit kuin avo- ja osastohoito. Sen etuja ovat intervention kokonaisvaltaisuus ja vaikuttavuus koko perheeseen. Perheen osallisuus hoitoon antaa heille valmiuksia kohdata ja tukea lastaan arjessa. Tämän vuoksi kotihoito on vaikuttavaa hoitoa. (Erkolahti ym. 1998, 4209 – 4210; Lay ym. 2001.)

Tuloksien mukaan potilaan perhe, tai vähintään toinen vanhempi, osallistuu kotihoidon tapaamisille. Vanhempien kanssa pohditaan yhdessä heidän perheelleen sopivista keinoista lapsen tukemiseksi. Kotikäynneillä kuullaan aina ensin vanhempia, koska he ovat lapsensa ja perhetilanteensa asiantuntijoita. Perheen ja erityisesti vanhempien osallistuminen lapsensa hoitoon on tutkitusti tehokasta ja tarkoituksenmukaista. Tämä mahdollistaa vanhemmille kokemuksen heidän asiantuntijuuden tärkeydestä oman lapsen hoidossa. Osallisuus hoitoon mahdollistaa myös vanhempien epäonnistumisen ja syyllisyyden kokemusten vähentymisen. Vanhemmat saavat informaatiota ja välineitä lapsensa tukemiseen. (Erkolahti ym.1998, 4209 – 4214; Schmidt ym. 1998, 213 – 214; Piha 2000, 65; Lehto 2004, 23 – 24; Ellilä 2007, 58 – 60; Åsted-Kurki ym. 2008, 44.45.)

Perhehoitotyön moninaisuus ja perheiden erilaisuus tulivat selkeästi esille tutkimustuloksissa. Perheiden arvot, aikaisemmat kokemukset ja voimavarat vaikuttavat

perheen kykyyn vastaanottaa kotihoitoa ja sitoutua siihen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu perheen arvojen, aikaisempien kokemusten ja voimavarojen vaikuttavan perheiden terveyskäsitteisiin sekä kykyyn sitoutua yhteistyösuhteeseen hoitohenkilökunnan kanssa. (Åsted-Kurki 1992; Arhovaara 1999,158 – 160; Lehto 2004.)

Lastenpsykiatriassa lapsi on aina nimettynä potilaana. Tuloksien mukaan kotihoitossa ei kuitenkaan pyritä luomaan tiivistä hoitosuhdetta potilaaseen vaan tuetaan hänen vanhempiansa vanhemmuutta ja roolia lapsen auttamisessa. Kotihoidossa siis herätellään ja vahvistetaan vanhempien vastuuta ja kykyä lapsensa hoitamisessa. Työntekijät kokivat prosesseissa tärkeäksi perheen rytmissä etenemisen.

Erkolahden ym. (1998) mukaan vanhemmuuteen vaikuttaminen kotihoidossa vaatii pitkäjänteisyyttä ja joustavaa tukea. Schmidt ym. (1998) totesi koko perheen muutoksen, yksilön muutosta hitaammaksi toteuttaa.

Perheen muutosprosesseissa on itse asiassa paljon samaa kuin kehittämisprosesseissa. Ne vaativat pitkäjänteistä, suunnitelmallista, tavoitteellista työskentelyä. Muutosta arvioidaan hoitoprosessiin osallistuneiden sekä moniammatillisen tiimin kanssa. Hoitoprosessissa tulee kehittämisprosessien tavoin paljon yllätyksiä, joihin ei voida hyvällä suunnittelullakaan varautua (Drucker 2000, 104 - 108). Muutos perheessä ja työssä voi jatkua varsinaisen työskentelyvaiheen jälkeenkin. Potilastyössä tämä tarkoittaa, että perheet jatkavat omien asioidensa työstämistä hoitosuhteen päätyttyäkin.

Myös yksilön reagointi muutokseen vaikuttaa samansuuntaiselta hoitoprosessissa sekä työtä koskevissa muutoksissa. Tuloksissa työntekijät kertoivat, että kotihoito alkaa usein motivoivalla työotteella. Potilaan perheellä saattaa olla erilainen käsitys avuntarpeestaan kuin työntekijöillä. Tässä saattaa olla kyse muutosvastarinnasta, on vaikeaa luopua tutuista toimintatavoista ja myöntää muutoksen- ja avuntarve. Perheiden sitoutumiseen vaikuttavat heidän ennakkoluulot, asenteet, aiemmat kokemukset ja arvot. Nämä samat ilmiöt esiintyvät toiminnan muutoksissa. Muutos-

prosessi etenee kaikilla yksilöllisesti ja sille on annettava aikaa. (Lahti 2008, 96 – 97; Mattila 2007, 20 - 26.)

Työntekijät ovat muutosjohtajina kotihoitoprosesseissa. Työntekijät kokevat vastaavansa hoitosuunnitelman toteuttamisesta käytännössä sekä prosessin etenemisestä. Tiimi, esimiehet sekä työnohjaajat ovat heidän tukiryhmänään hoitoprosessin toteutuksessa. Työntekijät arvioivat prosessia perheen sekä moniammatillisen tiimin kanssa. Arvioinnissa pohditaan, mikä on toiminut ja mikä ei. Muutoksen edellytykset ovat siihen osallistuvien tahto, voimavarat ja mahdollisuus kehittyä. Perheen oma tahto muutokseen auttaa siihen sitoutumisessa. (Lanning ym. 1999, 15, 26.) Kotihoidossa perhe asettaa tavoitteet työskentelylle ja prosessissa edetään heitä tukien. Tavoitteet voivat muuttua prosessin aikana, tulee uusia haasteita, joissa perhe haluaa muuttua.

Tämän opinnäytetyön tuloksien mukaan lastenpsykiatrisessa kotihoidossa olevista perheistä useilla on voimavaroja heikentäviä elämäntilanteita. Monilla vanhemmilla on lisäksi ongelmia oman jaksamisensa ja mielenterveyden kanssa. Tätä tulosta tulevat tietoperustan lähteet, joiden mukaan jopa 70 % lastenpsykiatrisessa hoidossa olevien lasten vanhemmista on itse psykiatrisen hoidon tarpeessa. Toisaalta aikuispsykiatrisen Tutkimuksissa on myös havaittu, että psyykkisesti sairaiden vanhempien lapsista 72 % tarvitsivat ammattiapua. (Leijala ym. 2002, 138; Luoma & Tamminen 2002, 4093 – 4096.)

Kotihoidossa yhteistyö perheen ja erityisesti vanhempien kanssa on syvää. Vanhempien kanssa työskentely muistuttaa työparityötä. Intensiivisyys yhteistyösuhteen tulee siitä, että ollaan perheen reviirillä ja tasavertaisia heidän kanssaan. Tietoperustassa ilmeni kotihoidon haastavuus työntekijöille. Potilaiden kotona käydessään työntekijä viestii haluavansa ymmärtää ja osallistua heidän arkeensa. Tämän toteutumiseksi työntekijöiden tulee etsiä jokaisen perheen dynamiikasta oma paikkansa. (Erkolahti ym.1998, 4209- 4214; Tikkanen 2003, 18 – 19; Erkolahti & Lahinen. 2004.) Maijala (2004) korosti kuitenkin työntekijöiden olevan aina eriarvoi-

sia potilaiden kanssa. Työntekijät ottavat potilaan tunnetiloja vastaan miettien ja halliten omia vastatunteitaan. Tämä erottaa hoitotyön ystävyysuhteesta.

Työntekijät kuvasivat, että työskentelyssä on vaarana mennä liialliselle ystävätason keskustelulle. Myös Arhovaaran (1999) mukaan perheen ”imu” ystävätason jutustelulle on voimakkaampaa heidän reviirillään toimittaessa. Tämän vuoksi työparityöskentely on tärkeää kotihoidossa. Myös tämän opinnäytetyön tuloksissa työparin merkitys näyttäytyi suurena. Työparin koetaan antavan tukea ammatillisuuden ylläpidossa.

Kotihoidosta julkaistussa materiaalissa ei käsitelty avointa kirjaamista. Avoin kirjaaminen on kuitenkin todettu toimivaksi käytännöksi monissa lastenpsykiatrisen kotihoidon yksiköissä. Avoin kirjaaminen tarkoittaa, että kaikki kotihoitokäyntien kirjaukset näytetään perheelle seuraavalla tapaamisella. Sairaskertomusta läpikäytäessä keskustellaan vanhempia mietityttämään jääneistä asioista. Kirjauksen pohjalta käyty keskustelu kirjataan seuraavan käynnin tekstiin, joka taas luetaan seuraavan kotihoitokäynnin yhdessä. Tutkimus tuloksissa ilmeni, että avoin kirjaaminen vaikuttaa luottamuksen syntymiseen sekä prosessinomaiseen etenemiseen. Hoitomenetelmissä käsiteltiin avointa kirjaamista myös perheen toteuttamana päiväkirjavihko-työskentelyinä. Perhe kirjaa kotihoitokäyntien välillä tapahtuneista asioista ja ajatuksistaan päiväkirjavihkoon, joka luetaan kuulumisten yhteydessä.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrisen kotihoidon kehittämä idea on seinätön työskentely sosiaalitoimen kanssa. Tämä tarkoittaa työparityöskentelyä, jossa toinen työntekijä on lastenpsykiatrisen sairaanhoitaja ja toinen sosiaalitoimen lastensuojelun perhetyöntekijä. Työskentelyn tarkoitus on päällekkäisten jaksojen karsiminen. Kotihoidossa on paljon sosiaalitoimen asiakasperheitä. Sosiaalitoimen tulee tehdä lastensuojelutarpeen arviointi aina itse. Työparityöskentelyssä perhetyöntekijä voi keskittyä lastensuojelutarpeen arviointiin ja sairaanhoitaja psyykkisen tilanteen arviointiin ja hoitamiseen. Uusi yhteistyömuoto on herättänyt epäilyä työskentelyjen rajapintojen säilymisestä. Mielestäni lastenpsykiatrisen ja lastensuojelun fokuksia ovat riittävän eriäviä. Tuloksissa ilmeni

työntekijöiden erilaiset kokemukset yhteistyöstä perhetyöntekijöiden kanssa. Yhteistyö oli koettu pääsääntöisesti hyvänä ja tavoitteenmukaisena. Ongelmia oli tullut tilanteissa, joissa työntekijöillä oli erilainen näkemys perheen avuntarpeesta.

Yllätyin, kun aineistosta ei tullut esiin työntekijöiden tarjoama tuki potilaiden koulupäiviin. Työntekijät ovat, potilaan hoidon sitä edellyttäessä, potilaan omalla koululla seuraamassa hänen koulupäiväänsä. Työntekijät pohtivat opettajan kanssa apukeinoja potilaan koulunkäyntiin.

## 8.2 Tutkimuksen eettisyys

Etiikka on mukana tilanteissa, joissa pohditaan moraalisia valintoja eli mikä on oikein ja mikä väärin. Eettinen ajattelu on huomioitava tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. Eettisyys tutkimuksen teossa edellyttää tutkijalta teorian tuntemusta, taitavuutta ja hyviä toimintatapoja suhteessa tutkimukseen, tieteeseen ja yhteiskuntaan. Laadullisessa tutkimuksessa eettisyys korostuu tutkimuksen tiedonantajien turvallisuuden huomioimisessa. Huomioitavia asioita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus tutkimukseen osallistumiseen, henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Eettisyyteen kuuluvat myös tutkijan roolin pohtiminen suhteessa tiedonantajiin. (pohdintaa tästä on luvussa 8.2) (Janhonen & Nikkonen 2001, 39; Pietarinen 2002, 58 – 60; Kuula 2006, 21, 34; Mäkinen 2006, 77.)

Haastattelu, jota tässä tutkimuksessa käytettiin tutkimusmetodina, sisältää monia eettisiä ongelmia. Haastateltavien valinnan tulee olla eettisesti perusteltua. Heille pitää kertoa, mitä tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa ja mikä on tutkimuksen tavoite. Tutkimukseen osallistumisen tulee pohjautua tiedonantajien vapaaehtoisuuteen. Nauhoitusta käytettäessä tutkijan pitää pyytää haastateltavien suostumus siihen. Tutkija voi perustella nauhurin käyttöä sen eduilla, kuten aineiston luotettavuuden parantumisella. Haastateltavalle on hyvä kertoa, mitä nauhoitetulle materi-

aalille tapahtuu tutkimuksen jälkeen ja miten hänen tunnistamattomuutensa taataan. (Rolin 2002; Kuula 2006, 61- 62, 102, 105-106; Mäkinen 2006, 92- 95.)

Tässä tutkimuksessa työntekijöiden anonymiteetti on pyritty suojaamaan koodaamalla haastattelut. Anonymiteetti ei ole täysin toteutunut, koska työryhmä on pieni ja työntekijät tuntevat toisensa. Tutkittavat saattavat pystyä päättelemään, kenen ajatuksia tulososion suorat lainaukset ovat. Tällaisessa tilanteessa kunnioittava kirjoittaminen tulee huomioida tulosten kirjoitusasussa (Kuula 2006, 206.). Tämä tutkimus on nimetyn organisaation yksikön toimintaa käsittelevä. Tutkittavilla on ollut tieto tästä lupautuessaan tutkimukseen. Liitetiedostoissa on luettavissa tämän tutkimuksen saatekirje (Liite 2) ja suostumus tutkimukseen - lomake (Liite 3). Näiden lisäksi tutkija on suullisesti kertonut tutkimuksesta tiimipalaverissa, kehittämispäivässä sekä haastattelujen yhteydessä.

Haastattelutyypin valinta on eettinen valinta. Tutkija vaikuttaa haastattelutyypin valinnalla siihen, miten vapaasti tutkittavat saavat kertoa tutkittavasta aiheesta. Haastattelut tarvitsevat rakenteen, mutta tutkija päättää sen tiiviyden. Tällöin tutkija valitsee myös, kuinka tiukasti hän kysymyksillään ohjaa haastateltavan puhetta. Haastattelijan tulee muistaa vapaaehtoisuus myös haastattelutilanteessa eli hän ei saa pakottaa haastateltavaa vastaamaan kysymyksiin. (Mäkinen 2006, 92 - 98.)

Tulososion kirjoitusasussa voi ilmetä eettisiä pulmia, jos tutkittavat ovat tyytymättömiä tutkimuksen tulokseen tai kokevat niiden antavan heistä huonon kuvan. Kun kyse on pienestä tunnistettavasta kohderyhmästä, on kunnioittavalla sitaattien kirjoittamisella iso merkitys. Tämä tulee huomioida, vaikka tutkija saattaa kokea sen objektiivisuutta vähentävänä asiana. (Kuula 2006, 204 – 207; Mäkinen 2006, 114 - 115.)

Tämän tutkimuksen osallistujatarkistuksen yhteydessä, osa haastatelluista toivoi suorien lainauksien kirjoitusasun korjaamista. He toivoivat, että tutkija poistaisi

suorista lainauksista turhat toistot ja täytesanat. Toivetta pohdittiin luotettavuuden ja eettisyyden näkökulmista. Tutkija kirjoitti litteroitaessa kaiken haastattelutilanteessa puhutun puheen. Puhekielimäisyys tuo tutkijan mielestä luotettavuuden tuntua lainauksiin. Puhekieli on värikästä ja kokemuksia paremmin kuvaavaa kuin kirjakieli. Eettisestä näkökulmasta tilannetta tarkastellessa tutkija koki tärkeänä, että haastatellut ovat tyytyväisiä tulososion sisältöön. Tutkija päätti poistaa tekstistä täytesanat kuten ”niin ku” ja ”et tota noin”. Tällaiset täytesanat eivät tutkijan arvioiden mukaan vaikuta lainauksien asiasisältöön, eivätkä luotettavuuteen.

Eettiset tutkimukset ovat läpinäkyviä ja luovat uutta tai vahvistavat ilmiöstä olevaa informaatiota. Huijaaminen tai peittely on epäeettistä toimintaa. Huijaamisena voidaan käsittää esimerkiksi tutkimukset, joissa kohderyhmällä ei ole tietoa tutkittavana olemisestaan. Näin tutkija saattaa paljastaa asioita, joita ei ole haluttu kertoa. Informaation puutteellisuus on myös huijaamista tutkittavaa kohtaan. Epäeettisenä toimintana nähdään myös tutkijan puuttuminen tuloksiin väärentäen tietoisesti informaatiota. Hän saattaa myös toiminnallaan muokata ja peitellä tuloksia haluamallaan tavalla. (Karjalainen & Saxen 2002, 221- 222; Pietarinen 2002, 65; Kuula 2006 45-47; Mäkinen 2006, 99- 101.) Tässä tutkimuksessa eettisyys ja luotettavuus on pyritty huomioimaan koko tutkimusprosessin ajan.

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen teossa on tärkeää myöntää, että tutkija on keskeinen tutkimusväline. Tämän vuoksi validiteetti-kysymys on laadullisessa tutkimuksessa koko ajan läsnä. Tutkijan tulkinta syntyy tutkimuskohteen, -aineiston ja teorian vuoropuhelusta. Näiden osa-alueiden yhteneväisyyden ja toimivuuden kriittinen arviointi tuo näyttöä laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta. Luotettavuuden perimmäinen lähde on siis tutkija itse. Hän vaikuttaa tutkimuksen validiteettiin tutkimusprosessin eri vaiheissa tekemillään valinnoillaan. Valintojen perustelut eli käytetty logiikka, pitää olla lukijalle esillä tutkimusraportissa. (Alasuutari 1999, 234 – 237; Hirsjärvi & Hurme 2001, 189.)

Aineiston laatu ja siitä saatava tieto on yhteydessä tutkijan ymmärrykseen tutkittavasta ilmiöstä. Analysoinnissa painottuvat tutkijan osaaminen ja oivalluskyky. (Janhonen & Nikkonen 2001, 36.) Tutkimusprosessin luotettavuutta lisää tutkittavien käsitysten samansuuntaisuus tutkijan analyysin ja tulkinnan kanssa. Tätä voidaan todentaa ”osallistujatarkistuksella”, jossa haastatellut saavat tutustua tutkijan tekstiin. Ajatuksena osallistujatarkistuksessa on uskottavuus, joka syntyy tutkijan tulkinnan yhdenmukaisuudesta haastateltujen kokemusten kanssa. Tilanteessa on tärkeää säilyttää tietosuoja ja tutkimusetiikka. (Eskola & Suoranta 1998, 211- 213; Hirsjärvi & Hurme 2001, 189; Janhonen & Nikkonen 2001, 37.)

Luotettavuus voidaan jaotella sisäiseen - ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäisellä pätevyydellä tarkoitetaan tutkimuksen teorian ja käsitteiden sopusointua ja loogisuutta. Sillä arvioidaan tutkijan kykyä hallita tieteenalansa. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan aineiston, tulkintojen ja johtopäätösten välisiä suhteita. Siinä tarkastellaan tutkijan objektiivisuuden toteutumista. Ulkoisesti validi tutkimustulos on yhdenmukainen tutkimuskohteen kanssa ja sitä kautta yleistettävissä oleva. (Eskola & Suoranta 1998, 214; Hirsjärvi & Hurme 2001, 188.) Luotettavuutta lisää myös vahvistettavuus, jossa saatuja tuloksia peilataan aiempaan tutkimustietoon.

Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen luotettavuutta sen toistettavuuden kautta. Tarkasti tehdystä analyysistä huolimatta toistettavuus on laadullisessa tutkimuksessa vaikeaa. Jokainen laadullinen tutkimus on ainutkertainen kokonaisuus. Tuloksiin vaikuttavat tutkijan teoreettinen perehtyneisyys ja esiyymmärrys tutkittavaan aiheeseen. On mahdotonta toistaa tutkimus niin, että kaikki osatekijät olisivat muuttumattomia. Luotettavuutta voidaan tapauskohtaisesti parantaa aineistojen korkealaatuisuudella ja tarkalla koodaamisella, jolloin alkuperäiseen aineistoon on helppo palata tarvittaessa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186, 188; Pyörälä 2002.)



Tämän opinnäytetyön suurin epävarmuustekijä on tutkijan roolin moninaisuus. Tämä tutkimus tehtiin tutkijan omassa työyksikössä. Tutkija työskentelee tutkittavien työparina ja esimiehenä. Tutkija osallistuu perustyöhön ja on mukana toiminnan kehittämisessä. Tilanteessa, jossa tutkimus tehdään omassa työyksikössä, suositellaan aineiston kerääjäksi ulkopuolelta tulevaa henkilöä. Tällöin tutkijan oma persoona ei vaikuttaisi aineistoon sitä kerätessä ja analysoitaessa. Tutkijan on

hyvä tiedostaa oma esiymmärrys aiheesta, ettei se pääse ohjaamaan tutkimuksen etenemistä. Tutkijan tulisi pyrkiä säilyttämään objektiivisuus tutkimusta tehdessään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1998, 286 – 287; Pyörälä 2002; Vilkka 2005, 160.)

Tässä opinnäytetyössä tutkija päätyi tekemään haastattelut itse, koska tutkittavat toivoivat sitä. Tutkijan piti huomioida rooliristiriidan aiheuttamat epävarmuustekijät tutkimukselle. Tutkija on kysynyt aineistoa läpikäydessään, että miten rooliristiriita on vaikuttanut haastatteluihin työntekijöiden ja itsensä kautta. Haastattelut ovat vuorovaikutustilanteita. Haastatteluiden vuorovaikutuksen syvyyteen ja todennukaisuuteen voivat vaikuttaa muun muassa väsymys, kiire, lojaliteetti, sanaton viestintä, pohdinta haastattelun tarkoitukselta ja tutkijasta johtuvat asiat. Tutkijan on hyvä tiedostaa nämä epävarmuustekijät tuloksien luotettavuutta arvioitaessa. Tässä opinnäytetyössä tutkija aukikirjoitti oman esiymmärryksensä (luku 5.6), että se on lukijalle läpinäkyvä tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Tutkimuskysymykset on määritelty selkeästi ja väljästi. Ne säilyivät samana koko tutkimusprosessin ajan.

Kohderyhmänä olivat aiheen asiantuntijat eli työntekijät, jotka tekivät lastenpsykiatriasta kotihoidon perhehoitotyötä. Aineisto muotoutui laajaksi ja riittävän syvästi ilmiötä kuvaavaksi. Aineiston analyysi on kuvattu yksityiskohtaisesti tutkimusraportissa. Tutkimuksen epävarmuustekijät huomioitiin aineistoa analysoitaessa ja tuloksia koottaessa. Tulokset ovat aineistosta nousseita ja lainaukset vahvistavat tulososion luotettavuutta. Tulososion valmistuttua tutkija antoi sen haastatteluihin osallistuneille luettavaksi. Tämän avulla tutkittavat olivat mukana arvioimassa tut-

kimuksen epävarmuustekijöiden vaikutuksia tuloksiin. Haastateltujen mukaan tulokset kuvaavat hyvin heidän kokemuksiaan kotihoidon perhehoitotyöstä.

Tämän tutkimuksen toistettavuus on vaikeaa, koska työntekijöiden kokemukset karttavat ajan myötä. Tutkimuksen tekeminen vastaavassa yksikössä tai samoille työntekijöille voi siis tuottaa erilaiset tulokset. Tutkimus kuvaa kohderyhmän kokemuksia ilmiöstä tutkimushetkellä. Tutkimus antaa kuitenkin monipuolisen kuvan lastenpsykiatrisesta kotihoidosta ja on yleistettävissä tarkan litteroinnin, osallistujatarkistuksen ja sisäisen loogisuuden vuoksi.

#### 8.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tämä on hankkeistettu opinnäytetyö. Työyhteisön tarkoituksena on hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ja niiden pohjalta tehtyä perhehoitotyön mallia omassa toiminnassaan. Työssä on tuotu olemassa olevaa toimintaa näkyväksi. Työn hyödynnettävyys toteutuu sen kohdeorganisaatiossa, jossa kotihoidon perhehoitotyön kehittämistä jatketaan sen pohjalta.

Laadullinen tutkimus voi parhaimmillaan olla pienestä otannasta huolimatta yleistettävissä. Vaikka tämä tutkimus tehtiin tiettyyn kohdeorganisaatioon, voidaan sitä hyödyntää toiminnan muutosta tai kehittämistä suunnittelevissa yksiköissä. Opinnäytetyössä käsitellään kehittämistyön perusprosessi eli visiointi, suunnittelu, pilotointi, toiminta ja arviointi. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatriassa kehittämisen sykli pyörii koko ajan. Lastenpsykiatrian toimintaa kehitetään dynaamisesti ja työntekijät ovat avoimia muutoksille. Tämä on toimivan ja kehittyvän työyksikön merkki.

Opinnäytetyön avulla saatu tieto lisää informaatiota lastenpsykiatrisesta kotihoidosta. Tätä tietoa voidaan hyödyntää vastaavien tiimien työskentelyssä, uusia yksiköitä perustettaessa sekä toimintaa kehitettäessä. Toivottavasti tutkimusta hyödynnettäi-

siin myös perusterveydenhuollossa lasten kehitysympäristöön kohdentuvien työmuotojen suunnittelussa. Näin lasten hyvinvointia voitaisiin edistää, ennaltaehkäistä ongelmien syntymistä ja toisaalta havainnoida oirehtivien lasten pahoinvointi varhaisessa vaiheessa. Mielestäni perustason työssä olisi hyvä kannustaa myös perheen omien läheisverkostojen eli sukulaisten ja naapureiden antamaa tukea.

Jatkotutkimusaiheita ovat:

- Potilaan vanhempien kokemuksia lastenpsykiatrisessa kotihoidossa saamastaan tuesta
- Lastenpsykiatrisen kotihoidon tilannekatsaus Suomessa
- Lastenpsykiatrian ja sosiaalitoimen lastensuojelun yhteistyö potilasperheen kotonona
- Perusterveydenhuollon lapsiperheiden koteihin kohdentuva työskentely

## LÄHTEET

- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Arhovaara, S. 1999. Näkökulmia kotona tehtävään perhetyöhön ja perheterapiaan. Teoksessa Aaltonen, J. & Rinne, R. (toim.) Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituhannen vaihtuessa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 158-165.
- Aronen, T. & Kurkela, S. 1996. Long-Term Effects of an Early Home-Based Intervention. *Child and Adolescent Psychiatry* 35:12. December 1996, 1665-1672.
- Drucker, P. 2000: Johtamisen haasteet. Juva: Werner Södestöm Osakeyhtiö.
- Ellilä, H. 2007. Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Care in Finland. *Annales Universitatis Turkuensis D758*. Turku: Turun Yliopistopaino.
- Erkolahti, R., Lahtinen, E., Siivonen, M-L. & Piha, J. 1998. Kotona tapahtuva lastenpsykiatrinen tutkimus, hoito ja ohjanta. *Suomen lääkäri* 53(36) 4209-4213.
- Erkolahti, R. & Lahtinen, E. 2004. Personal Practice. A Home-Treatment System in Child and Adolescent Psychiatry. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1359-1045 (200407), 425-436.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerrus Oy.
- Henttinen, M. & Kyngäs, H. 1995. Vanhempien voimavarat hoitoon ja kasvatukseen: kyselytutkimus pitkäaikaisesti sairaiden lasten vanhemmille. *Hoitotiede* 7, 12-21.

- Hirsjärvi S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1998. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Johdanto: Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa: Janhonen & Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 7-23.
- Jernberg, A. M. & Booth P. B. 2003. Theraplay. Vuorovaikutusterapian käsikirja. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy. Psykologien Kustannus Oy.
- Järvinen, P. 2000. Esimies ja työyhteisön kehittäminen. Helsinki: Werner Södersröm Osakeyhtiö.
- Karjalainen, S. & Saxen, L. 2002. Vilppi tieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen R & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-paino, 221-245.
- Koski, A. & Vakkala, H. 2007. Oikealla polulla? Muutosjohtaminen ja tuloksellisuuden arviointi seutuyhteistyössä. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Kuula, A. 2006: Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kyngäs, H., & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/99, 3-12.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Lahti, T. 2008. Johtamisen käytäntöjä. Teoksessa Surakka, T.- Kiikkala, L.- Lahti, T.- Laitinen, H. - Rantala, T. Osastonhoitaja ja johtaminen. Vammala: Vammalan Kirjapaino, 68 – 97.

- Laine, T. 2001. Miten kokemusta voidaan tutkia. Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa. Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy, 26- 43.
- Lanning, H., Roiha, M. & Salminen, A. 1999. Matkaopas muutokseen. Miten kehittää organisaatiota tehokkaasti ja hallitusti. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Lay, B., Blanz, B. & Schmidt, M.N. 2001. Effectiveness of home treatment in children and adolescents with externalizing psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* 10/2001, 180-190.
- Lehto, P. 2004. Jaettu mukanaolo. Substantiivinen teoria vanhempien osallistumisesta lapsensa hoitamiseen sairaalassa. *Acta Universitatis Tamperensis* 999. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Leijala, H., Nordling, E., Rauhala, K., Riihikangas, R., Roukala, A., Soini, A., Sytelä, A. & Yli-Krekola, P. 2002. Psykkisesti sairastuneen vanhemman, hänen lastensa ja perheensä kokonaistilanteen arviointi sekä mahdollisen tuen ja hoidon järjestäminen – Akkula-hanke. Teoksessa Inkinen, M.(toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Vantaa: Dark Oy, 138-155.
- Luoma & Tamminen 2002. Äidin masennus ja lapsen psyykinen kehitys. *Suomen lääkäri* 57(41), 4093-4096.
- Lämsä, A-M & Hautala, T. 2005. Organisaatiokäyttämisen perusteet. Helsinki: Edita.
- Maijala, H. 2004. Poikkeavaa lasta odottavan perheen ja hoitavan henkilön välinen vuorovaikutus: substantiivinen teoria lapsen poikkeavuuden herättämissä kysymyksissä vahvistumisesta ja kuormittumisesta. *Acta Universitatis Tamperensis* 933. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

- Mattejat, F., Hirt, B.R., Wilken, J., Smchmidt, M.H. & Remscmidt, H. 2001. Efficacy of in-patient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents: Follow-up assessment of the result of a contolled treatment study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 10/2001, 171-179.
- Mattila, P. 2007. Johdettu muutos. Avaimet organisaation hallittuun muutokseen. Helsinki: Talentum.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.
- Mäkelä, J. 2006. Remontti – lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistamisen hanke. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (viitattu 13.11.2008). <http://groups.stakes.fi/MTR/FI/projektit/remontti>.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan abc. Vaajakoski: Gummerrus kirjapaino Oy.
- Mänttari, R., Pulli, J., Tikka, T., Koponen, P. & Patrikainen, P. 2001. Perhekeskeinen kotiinviety lastenpsykiatrinen hoitoprosessi. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Näykki, H. 2005. Seinäjoen keskussairaalan lastenpsykiatrian osastolta perheeseen tapahtuvan kotihoitotyön toimintamalli. Seinäjoki: Seinäjoen ammattikorkeakoulu.
- Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen (toim.) Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY, 14-24
- Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen R & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-paino, 58-69.

- Pietilä, A-M. 1999. Perhe nuoren kontekstina: vanhempien ja nuorten väliset sosiaaliset suhteet ja vanhempien voimavarat. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY, 247-274.
- Piha, J. 2000. Perhe ja ympäristö. Teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T. & Almqvist, F. Lasten ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy, 65-106.
- Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Acta Universitatis Tamperensis 1013. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Pyörälä, E. 2002. Johdatus laadulliseen tutkimuksen metodologiaan. Helsingin yliopisto. (Viitattu 13.11.2008). Saatavissa: <http://www.valt.helsinki.fi/yleope/kvali/kvali1.pdf>.
- Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 2008. Lastenpsykiatria. (viitattu 13.1.2008). Saatavissa Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän intranetissa: <http://www.phsotey.fi>.
- Raitasalo, R & Maaniemi, K. 2007. Mielenterveyden häiriöiden haitat lisääntyvät. Mediuutiset 28.11.2007. Talentum. (Viitattu 28.12.2008.) Saatavissa <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/article122675.ece>
- Ranta R. 2005. Kehittyvä työyhteistö. Kehittäminen ja uudistuminen ihmisenä ja organisaationa. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Rolin, K. 2002 Tieteen etiikka metodologian näkökulmasta. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen R & Pietarinen, J. (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-paino, 92-104.
- Salminen, J. 2006. Uuden esimiehen kirja. Helsinki: Talentum.



- Schmidt, M.H., Blanz, B., Göpel, C. & Lay, B. 1998. Can home treatment replace inpatient treatment of child and adolescent psychiatric disorders? Teoksessa Young, J.G. & Ferrari, P. (toim.) *Desinging mental health services and systems for children and adolescents: A shrewd investment*. Philadelphia: Brunner/Mazel, 213-218.
- Sydänmaalakka, P. 2003. *Älykäs organisaatio tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen*. Helsinki: Talentum.
- Tamminen 2000. Avohoitomuodot. Teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T. & Almqvist, F. (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. Jyväskylä: Duodecim Oy, 330-334.
- Tikkanen, E. 2001. Tavoitteena voimaantuminen. Perheiden ja hoitohenkilökunnan yhteistyösuhde kotona tapahtuvassa lastenpsykiatrisessa hoidossa. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Tikkanen, E. 2003. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian yksikön kriisi-kotihoitoprojekti 1999-2002. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Vilka, H. 2005. *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Åsted-Kurki, P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. *Acta universitas Tamperensis*, ser A vol 349. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Åsted-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L. Lehto, P, Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. *Kohti perheen hyvää hoitamista*, Porvoo: WSOY.

## JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

- Erkolahti, R. 2008: Kotihoito (sähköpostiviesti): Vastaanottaja Hyytiäinen, J. Lähetetty 18.9.2008 (viitattu 14.11.2008).
- Hyytiäinen, J. 2008. Lastenpsykiatrisesta kotihoidosta (sähköpostiviesti). Vastaanottaja Piha, J. Lähetetty 15.9.2008 (viitattu 14.11.2008).
- Korhonen, S., Ritoharju, A., Helmi, T. & Heikkinen A. 2004. KOTILO- projekti. Kotiin suuntautuva lastenpsykiatrisen hoitotyö. Loppuraportti. Kajaani: Kainuun sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.
- Kotiin tehtävän hoitotyön kehittämisprosessi. 2003. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri. Loppuraportti. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Lastenpsykiatrian johtotiimi. 2007. Muistio. Lahti: Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Lastenpsykiatrisen kotihoitotiimin kehittämispalaverit. 2007. Muistio. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Lastenpsykiatrisen kotihoitotiimin tilastot. 2007. Effica- sairauskertomuksen tilastotiedot. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Lastenpsykiatrian periaatteet. 2005. Ohje. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrian yksiköt.
- Lastenpsykiatrian päiväosaston kehittämispäivä. 2005. Muistio. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Mannonen, M. 2008. VS: Lastenpsykiatrisesta kotihoidosta (sähköpostiviesti). Vastaanottaja Hyytiäinen, J. Lähetetty 10.11.2008 (viitattu 14.11.2008).

- Narva, C. & Patrikainen, P. 2008. Pikkulapsipsykiatrian projektin väliraportti. Raportti. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Nurminen, T. 2000. Perhekeskeisen hoitotyön kehittymisen historiaa lastenpsykiatrian päiväosastolla. Essee. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Nyroos-Junttila, K. 2008. Uudenkaupungin perhehoitopäivät. (sähköpostiviesti). Vastaanottaja Hyytiäinen, J. Lähetetty 10.6.2008 (viitattu 14.11.2008).
- Okker, M. 2003. Osasto 1 lyhyt hoito-kokeilu. Muistio. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.
- Patrikainen, P. 2007. Esitys Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrian TYHY- päivässä Pajulahdessa 20.4.2007.
- Pernu, I. 2008. Lastenpsykiatrinen kotihoito (sähköpostiviesti). Vastaanottaja Hyytiäinen, J. Lähetetty 18.9.2008. (viitattu 14.11.2008).
- Piha, J. 2008. VS:VL: Lastenpsykiatrisesta kotihoidosta (sähköpostiviesti). Vastaanottaja Hyytiäinen, J. Lähetetty 22.9.2008 (viitattu 14.11.2008).
- Saarenpää, J. 2002. Vanhempien ryhmä lastenpsykiatrian päiväosastolla. Kehittämistehtävä. Lahti: Diakonia ammattikorkeakoulu, Diakonian instituutti.
- Saarenpää, J. 2008. Kotihoitotiimin perehdytyskansio. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrian poliklinikka.
- Seinätön sairaala- työryhmä 2006. Muistio. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatria.
- Terävä, H. 2008. VL: Lastenpsykiatrisesta kotihoidosta. (sähköpostiviesti) Vastaanottaja Hyytiäinen, J. Lähetetty 18.9.2008 (viitattu 14.11.2008).

LIITTEET

LIITE 1

**Päijät-Hämeen Keskussairaala****Lastenpsykiatrian kotihoitotiimi****KOTIHOITOSOPIMUS**

Keskussairaalankatu 7

15850 Lahti

Lapsen nimi: \_\_\_\_\_

Perheeseen kuuluvat:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Osoite: \_\_\_\_\_

Puh: \_\_\_\_\_

Perhetapaajat: \_\_\_\_\_ Puh: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Puh: \_\_\_\_\_

Lääkäri: \_\_\_\_\_ Puh: \_\_\_\_\_

**SOVITUT TAPAAMISET:**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mikäli sovittuihin aikoihin tulee esteitä, pyydämme ilmoittamaan siitä mahdollisimman pian kotihoitotiimin perhetapaajalle: \_\_\_\_\_

Allekirjoitukset:

\_\_\_\_\_

Pvm: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## LIITE 1 (jatkuu)

**TAVOITE, JOHON PERHE KOTIHOIDON AVULLA PYRKII:**

---

---

---

---

**VOIMAVARAT, LAPSEN JA PERHEEN:**

---

---

---

---

**SUUNNITELMAT JA KEINOT, JOILLA TAVOITTEESEEN PYRITÄÄN:**

---

---

---

---

---

**MUITA HUOMIOITA:**

---

---

---

**ARVIOINTIA:**

---

---

---

---

## LIITE 2

27.5.2008

Hyvä työkaveri!

Teen ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyöstä. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata työntekijöiden kokemuksia perhehoitotyöstä ja siinä käytettävistä hoitomenetelmistä.

Tutkimusmenetelmänä käytetään teemahaastattelua, jossa haastattelun runkona käytetään teemoja ja apukysymyksiä. Haastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina keväällä/kesällä 2008. Haastattelut toteutetaan työajalla.

Olen saanut tutkimusluvan psykiatrian tulosryhmän ylihoitaja Kimmo Mustoselta. Opinnäytetyön ohjaajana toimii TtT Heli Potinkara. Työelämän yhteyshenkilönä toimii osastonhoitaja Regina Leppänen.

Osallistuminen on vapaaehtoista. Haastatteluissa kerätty aineisto on luottamuksellista. Pyydän ystävällisesti sinua osallistumaan tutkimukseen.

Yhteistyöstä kiittäen

---

Johanna Hyytiäinen

Lahden ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

## LIITE 3

## SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Osallistun haastateltavaksi Johanna Hyytiäisen opinnäytetyöhön: ”Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyön malli”. Annan suostumuksen käyttää haastattelussa saatua aineistoa opinnäytetyössä.

Osallistun tutkimukseen

kyllä \_\_\_\_\_ ei \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_

Allekirjoitus

## LIITE 4

## Teemahaastattelun teemat ja apukysymykset

Kuvaa kokemuksiesi pohjalta lastenpsykiatrisen kotihoidon perhehoitotyöstä.

## 1. Hoitoympäristö

1. Millainen hoitoympäristö potilaan koti on potilasperheen kannalta?
2. Millainen hoitoympäristö potilaan koti on työntekijöiden kannalta?
3. Mitä tulee huomioida potilaan kotona työskennellessä?

## 2. Hoitoprosessi

1. Millainen rakenne perhehoitotyön hoitoprosessilla on?
2. Mitkä ovat keskeisiä asioita perhehoitotyön hoitoprosesseissa?
3. Millaista yhteistyö perheiden kanssa on?
4. Mikä työskentelyssä auttaa?
5. Miten lastenpsykiatrisen erikoissairaanhoidon näky perhehoitotyössä?

## 3. Hoitomenetelmät

1. Millaisia hoitomenetelmiä kotihoidon perhehoitotyössä käytetään?
2. Miten perhehoidossa käytettävät hoitomenetelmät valitaan?

## 4. Kehittämisaalueet

1. Miten perhehoitotyötä tulisi kehittää?
2. Mitä muuta haluat kertoa perhehoitotyöstä?



## LIITE 5

**TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA LASTENPSYKIATRISESTA  
KOTIHOIDON PERHEHOITOTYÖSTÄ**

<b>ALAKATEGORIA</b>	<b>YLÄKATEGORIA</b>	<b>YHDISTÄVÄ KATEGORIA</b>
erikoissairaanhoidon tasoinen potilas osaava henkilökunta moniammatillinen tiimi ajantasainen toiminnan kehittäminen.	asiantunteva erikoissairaanhoido	MONINAINEN HOITOPROSESSI
perheiden erilainen valmius vastaanottaa työntekijöitä kotiinsa työntekijöiden kunnioittava asenne per- hettä kohtaan potilasperheen koti luontevana hoito- ympäristönä potilasperheen koti haastavana hoito- ympäristönä	perheen omalla maaperällä hoitaminen	
kotihoidon joustavat jaksot prosessia ryhdittävä kotihoitosopimus osallistava tavoitteiden asettaminen vuorovaikutteiset hoitoneuvottelut oikea-aikainen hoito	yksilöllinen hoitosuunnitelma	
yhteistyöhön sitoutuva perhe perheelle sopiva rytmi prosessinomaisen eteneminen kokonaisvaltainen huomioiminen	yhteinen matka perheen kanssa	
suunnitelmallinen yhteistyö tukea ja turvaa antavan työparityöskentely näkökulmia avaavan asioiden jakaminen	tarpeellinen työparityöskentely	

## LIITE 6

**TYÖNTEKIJÖIDEN KUVAUKSIA LASTENPSYKIATRISISSA  
KOTIHOIDOSSA KÄYTETTÄVISTÄ HOITOMENETELMISTÄ**

perheen auttaminen arkipäiväisissä tilanteissa vanhempien tukeminen vanhemmuudessa	arkipäiväisissä tilanteissa vanhemmuuden tukeminen	TAVOITTEELLISET HOITOMENETELMÄT
pelit leikit retket	toiminnallinen yhdessäolo	
avoin kirjaaminen avoin dialogi asioiden käsittely	avoimet keskustelut	
kortit lomakkeet esitteet kirjat neuropsykiatrinen materiaali	hoidollisen materiaalin käyttäminen	
perheterapia theraplay	erityisosaamisen hyödyntäminen	
hyvien asioiden huomaaminen lapsesta vanhempien väliset keskustelut päiväkirjavihko	prosessia eteenpäin ohjaavat kotitehtävät	
potilaan päiväkotikoulu sosiaalitoimi erikoissairaanhoidon muut erikoissalat perustaso	yhteistyökykyiset verkostot	