

ASiantuntijuutta perhetyön rajapinnalla

Malli neuvolan ja perheneuvolan väliseen konsultaatioon

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan laitos
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikor-
keakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johta-
misen koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syksy 2011
Susanna Saares
Satu Ukkonen

"Lapsuuteni ensimmäiset vuodet yhdistyvät mielessäni aina äitiin. Aluksi hän oli aina läsnä. Muistan, kuinka hyvältä hänen kehonsa tuntui, ja kuinka hyvältä hänen auringon lämmittämä ihonsa tuoksui, kun hän kantoi minua selässään. Kaikki tuli äidiltä. Kun minun oli nälkä tai jano, hän heilautti minut rinnalleen. Kun nyt suljen silmäni, tavoitan vieläkin kiitollisena sen hyvänolon tunteen, joka minut valtasi kun hautasin pääni hänen täysien rintojensa pehmeeseen ja join niiden makeaa maitoa. Yöllä, kun ei ollut aurinkoa minua lämmittämässä, äidin käsivarret ja vartalo ottivat auringon paikan; ja kun kasvoin vanhemmaksi ja kiinnostuin elämästä ympärilläni, saatoin seurata sitä vailla pelkoa turvallisesta paikastani äidin selässä, ja kun väsymys valtasi minut suljin vain silmäni ja nukahdin siihen." (Kirjassa R St Barbe Baker: Kabongo)

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto

SAARES, SUSANNA & UKKONEN, SATU:

Asiantuntijuutta perhetyön rajapinnalla. Malli neuvolan ja perheneuvolan väliseen konsultaatioon.

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen, opinnäytetyö, 99 sivua, 6 liitesivua
Syksy 2011

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö käsittelee tutkimuksellista kehittämishanketta, jonka tarkoituksena oli kehittää perhetyötä Lahdessa. Hankkeen tavoitteena oli rakentaa konsultaatiomalli, jonka avulla neuvolan terveydenhoitajat, perhetyöntekijät ja perheneuvolan työntekijät voivat tehdä yhteistyötä. Erityisesti tätä konsultaatiomallia tarvitaan tilanteissa, joissa terveydenhoitajalla herää huoli vauvan kehityksestä ja vanhempien antaman vuorovaikutuksen ja tuen laadusta lapselle. Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke on osa Päijät-Hämeen Seitti-hanketta, joka liittyy valtakunnalliseen Kaste I-ohjelmaan.

Neuvolan terveydenhoitajien työhön kuuluu perheen sisäisen vuorovaikutuksen havainnointi sekä lapsen kehityksen ja kasvun tukeminen. Tässä työssä heillä on käytössään varhaisen vuorovaikutuksen työmenetelmiä. Kiintymyssuhdeteorian mukaan lapsi tarvitsee riittävän hyvän emotionaalisen kasvu ympäristön sekä runsaasti positiivisia kokemuksia kehittyäkseen tasapainoiseksi yksilöksi. Lapsen suotuisa kehitys ja kasvu rakentuu eläytyvän ja lapsen tarpeet huomioivan varhaisen vuorovaikutuksen varaan. Terveydenhoitajilla on kuitenkin työssään tullut vastaan varhaiseen vuorovaikutukseen liittyviä ongelmatilanteita, joissa he ovat kokeneet tarvitsevansa tuekseen toisen asiantuntijan näkemystä.

Hanke toteutettiin keväällä 2011. Kehittämistyö konsultaatiomallin rakentamiseksi eteni neljän vaiheen kautta toimintatutkimuksen periaatteita noudattaen. Ensimmäisessä vaiheessa kevään aikana toteutettiin viisi aluetapaamista, joissa Lahden eri alueiden neuvoloiden terveydenhoitajat, perhetyöntekijät ja puhelinkonsultaatioissa mukana olevat perheneuvolan työntekijät tapasivat toisensa ja keskustelivat pikkulapsiperhetyön haasteista. Aluetapaamisten yhteydessä toteutettiin niin sanottu tulevaisuuden muistelu-työpaja. Toisessa vaiheessa konsultointia neuvoloiden ja perheneuvolan välillä lähdettiin pilotoimaan neljällä puhelinkonsultaatioajalla. Moniammatillisen yhteistyön onnistumisen edellytyksistä ja konsultaatiokokeiluun liittyvistä kokemuksista kerättiin tietoa webropol-kyselyllä kolmannessa vaiheessa. Yhteinen näkemys hyvin toimivasta konsultaatiomallista syntyi neljännessä vaiheessa. Kehittämistyön tärkeänä tuloksena hankkeesta syntyi uusi konsultaatiomalli perhetyön rajapinnalle neuvolan ja perheneuvolan väliseen yhteistyöhön.

Avainsanat: moniammatillinen yhteistyö, jaettu asiantuntijuus, varhainen vuorovaikutus

Lahti University of Applied Sciences
Master's degree in health care and social services

SAARES, SUSANNA & UKKONEN, SATU:
Expertise in the interface of family work. A model of consultation between family health center and family counseling center.

Master's Thesis in Health Care and Social Services
Development and Management, 99 pages, 6 appendices

Autumn 2011

ABSTRACT

This Master's Thesis is a research-development project in which the purpose was to develop family work in Lahti. The aim of the project was to develop a consultation model which would enable co-operation between nurses in family health centers, family workers and consultants in family counselling centers. This model of consultation is especially needed in situations where a nurse has concerns regarding baby's development, early interaction and the quality of parent's care for the baby. This research-development project is part of the project Seitti which is part of the national Kaste I-program in Finland.

Nurse's work in family health centers includes both observing interaction within a family and supporting child's healthy development and growth. They use special tools for early interaction work. According to the attachment theory, a child needs good enough emotional surroundings and plenty of positive experiences in order to have secure and balanced development. Child's positive development and growth is based on early interaction which is empathetic and pays attention to child's needs. Nurses have come across situations in which they have needed a second opinion regarding how to proceed with a family.

This project was carried out in the spring 2011. Developing proceeded through four stages following the principles of action research. In the first stage there were five area meetings, where nurses, family workers and consultants from the family counseling center met and discussed the challenges of their work with families. A workshop named "recalling the future" was carried out at the area meetings. Consultation between family health centers and family counseling center started with four phone appointments in the second stage. Information about the qualifications of multiprofessional work and experimentations of the consultation was gathered by a web enquiry in the third stage. A mutual understanding of a functional new model of consultation was created in the fourth stage. The important result of this research-development project was a new consultation model for multiprofessional work between family health center and family counselling center.

Key words: multiprofessional work, shared expertise, early interaction

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	LÄHTÖKOHDAT KEHITTÄMISHANKKEELLE	4
2.1	Hankkeen taustaa	4
2.1.1	Vauvaperhetyö Lahdessa	5
2.2	Hankkeen kohdeorganisaatiot	7
2.2.1	Lahden neuvola	7
2.2.2	Päijät-Hämeen perheneuvola	10
2.3	Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite	11
2.4	Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen malli	12
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA	14
3.1	Varhainen vuorovaikutus ja kiintymyssuhdeteoria	14
3.2	Vuorovaikutuksellinen mekanismi	16
3.2.1	Varhaisten kokemusten merkitys	18
3.2.2	Äidin masennus	20
3.2.3	Useita tukemisen muotoja ja malleja	22
3.3	Moniammatillinen yhteistyö	24
3.3.1	Jaettu asiantuntijuus	27
3.3.2	Moniammatillisen yhteistyön malli D'Amourin ym. mukaan	27
4	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	33
4.1	Hankkeen eteneminen ja aikataulu	33
4.2	Toimintatutkimus	36
4.2.1	Toimintaa ja tutkimusta	37
4.2.2	Reflektiivisen ajattelun toteutuminen hankkeessa	39
4.2.3	Yhteistyö ja yhteinen osallistuminen kehittämisen menetelminä	42
4.3	Aineiston kerääminen	43
4.3.1	Ensimmäinen vaihe – yhteiset palaverit ja aluetapaamiset	44
4.3.2	Toinen vaihe – puhelinkonsultaation pilotointi	45
4.3.3	Kolmas vaihe – toimijoiden kokemukset pilotoinnista	46
4.3.4	Neljäs vaihe – kerätyn tiedon tiivistäminen konsultaatiomalliksi	49
4.4	Yleistä aineiston analyysistä	49
4.4.1	Aluetapaamisten tuottaman materiaalin analyysi	51

4.4.2	Puhelinkonsultaation ja webropol-kyselyn tuottaman materiaalin analyysi	52
4.4.3	Yhteenvetopalaverin tuottaman materiaalin analyysi	52
5	KEHITTÄMISEN KAUTTA KONSULTAATIOMALLIKSI	53
5.1	Moniammatillisen yhteistyön tila	53
5.1.1	Jaetut päämäärät ja visio	55
5.1.2	Sisäistäminen	59
5.1.3	Johtaminen	61
5.1.4	Formalisointi	63
5.1.5	Yhteenvedo	64
5.2	Työntekijöiden toiveet moniammatillisesta yhteistyöstä	65
5.3	Kokemukset puhelinkonsultaatiosta ja webropol-kyselystä	68
5.4	Yhteenvetopalaverissa esiintulleet asiat	74
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOS: KONSULTAATION UUSI MALLI	76
7	POHDINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ	78
7.1	Pohdintaa tuloksista	78
7.2	Toteutus	84
7.2.1	Luotettavuus	85
7.2.2	Eettisyys	87
7.3	Kehittämishankkeen arviointia	88
7.4	Jatkosuositukset	89
	LÄHTEET	91
	LIITTEET	102
Liite 1	Puhelinkonsultaation info-lomake	
Liite 2	Havainnointilomake	
Liite 3	Puhelinkonsultaatiolomake	
Liite 4	Webropol-kyselyn kysymykset	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö pyrkii luomaan mahdollisuuksia vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisiin pitkän aikavälin tavoitteisiin Suomessa. Tällä hetkellä keskeinen työväline toiminnan kehittämisen suuntaamisessa on Kaste-ohjelma vuosille 2008-2011 (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009). Ohjelman alla toimii useita alan muita kehittämisohjelmia ja Päijät-Hämeen alueella toteutettava Seitti-hanke on näistä yksi. Se on Kasperihankkeen (Väli-Suomen lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kehittämishanke) osahanke. Seitti-hankkeessa painottuvia tavoitteita ovat perhetyön kehittäminen, sosiaalityön asiantuntijuuden vahvistaminen ja seudullisen yhteistyön kehittäminen. (Verso 2011).

Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke on osa Päijät-Hämeen Seitti-hanketta. Tutkimuksellisen kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää perhetyötä Lahdessa. Hankkeen tavoitteena on kehittää konsultaatiomalli, jonka avulla neuvolan terveydenhoitajat, perhetyöntekijät ja perheneuvolan työntekijät tekevät yhteistyötä. Hankkeessa rakennetaan yhteistyömalli tilanteisiin, joissa terveydenhoitajalla herää huoli vauvan kehityksestä ja vanhempien antaman vuorovaikutuksen ja tuen laadusta lapselle. Näitä huolenaiheita voidaan kutsua varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiksi. Hankkeen tuloksena syntyvä konsultaatiomalli on jatkuva moniammatillinen yhteistyörakenne. Useiden lähteiden mukaan varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvissä ongelmissa voidaan hyödyntää moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyö on myös asiakkaan etu. (Kangaspunta, Kilkku, Kaltiala-Heino & Punamäki 2005, 11-12; Kemppinen 2007; Mäntymaa 2006.)

Varhaisesta vuorovaikutuksesta sekä vanhemman ja lapsen välisestä kiintymyssuhteesta tiedetään paljon, siitä on olemassa runsaasti tutkimusta ja teoriaa. Kiintymyssuhdeteorian kehittäjän, John Bowlby'n (1969) mukaan vastasyntyneen vauvan maailmankuva alkaa rakentua sen hoivan ja turvallisuudentunteen varassa, jota hän vanhemmiltaan saa. Vauva tarvitsee toisen ihmisen tunnetilojen peilaimista ja runsaasti positiivisia kokemuksia. Eräs keskeinen ajatus teoriassa on lapsen biologinen tarve muodostaa voimakas tunneside häntä lähimpänä olevaan aikuiseen, erityisesti äitiin. Tämän kiintymyssuhteen merkitys lapsen kehitykselle nähdään teoriassa erittäin tärkeänä. (Bowlby 1969.)

Neuvolan terveydenhoitajilla on hyvät mahdollisuudet havaita perheen sisäiseen vuorovaikutukseen liittyviä asioita ja tukea lapsen kehitystä ja kasvua. Terveydenhoitajilla on myös asiantuntemusta tunnistaa ne perheet ja tilanteet, joissa lapsen terve psykososiaalinen kehitys on vaarassa häiriintyä. Heillä on käytössään varhaisen vuorovaikutuksen työmenetelmiä, joiden avulla he voivat arvioida varhaista vuorovaikutusta ja tukea vanhempia heidän kasvatustehtävässään. (Hastrup, Toikka & Solantaus 2005, 5; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011a.) Perustason työssä asiakasperheiden kanssa on kuitenkin tullut eteen tilanteita, joissa terveydenhoitajat kokevat omat keinonsa auttaa perhettä riittämättömiksi. Esimerkiksi vanhempien mielenterveysongelmat ovat vakava huolenaihe, joiden vaikutuksista perhe-elämään ja lapsiin ovat raportoineet muun muassa Solantaus ja Paavonen (2010). Perheneuvola on valmis tarjoamaan konsultaatioapua tilanteisiin, joissa terveydenhoitajat kokevat sitä tarvitsevansa. Useiden tutkimusten valossa on tärkeää, että varhaisen vuorovaikutuksen ongelmat tunnistetaan ja niihin puututaan varhain. (Kempainen 2007, 116-118; Mäntymaa 2006, 13-14.)

Perheneuvolassa tehdään ennaltaehkäisevää asiakastyötä, perhesuhteisiin ja vuorovaikutukseen liittyviä tutkimuksia ja hoitoja sekä vastataan lapsen kehitykseen ja kasvatukseen sekä parisuhteeseen ja vanhemmuuteen liittyviin kysymyksiin. Perheneuvolan toiminta kohdistuu leikki-ikäisiin ja sitä vanhempiin lapsiin, mutta toistaiseksi siellä ei ole tehty vaativaa vauvaperhetyötä. Tässä hankkeessa perheneuvola on mukana antamalla kahden työntekijän työpanoksen konsultaatioon. Molemmilla työntekijöillä on therapy-terapeutin pätevyys.

Varhaisen vuorovaikutuksen ongelmat liittyvät joko vanhempaan, vauvaan tai vanhempi-vauva-vuorovaikutussuhteeseen. Eriyisen vaativia varhaisen vuorovaikutuksen ongelmia voivat olla esimerkiksi äidin vaikea mielenterveydenhäiriö, vauvan ristiriitainen kiintymyskäyttäytyminen tai vihamielisyys vuorovaikutussuhteessa. Näiden ongelmien hoitoon on kehitetty varhaislapsuuden vuorovaikutuspsykoterapia. (Sarkkinen 2008.) Eriyisen vaativien varhaisen vuorovaikutuksen ongelmien hoitoa ei ole tällä hetkellä lainkaan Lahden, Oivan- (Asikkala, Hollola, Hämeenkoski, Kärkölä ja Padasjoki) ja Aavan-peruspalvelukeskusten (Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Pukkila, Orimattila, Sysmä) alueella. Alueen työntekijöillä on kuitenkin jo nyt käytössään varhaisen vuorovaikutuksen työmenetelmiä

ja erityisosaamista, ja tämä tutkimuksellinen kehittämishanke tulee viemään tämän osaamisen kehittämistyötä eteenpäin.

Kehittämishankkeessa ovat mukana äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajat ja kotipalvelun perhetyöntekijät, perheneuvolan työntekijät, Seitti-hankkeen suunnittelija ja opinnäytetyön tekijät. Opinnäytetyön tekijät eivät työskentele kohdeorganisaatioissa. He ovat mukana hankkeessa Seitti-hankkeen suunnittelijan ehdotuksesta ja omasta kiinnostuksesta aiheeseen. Seitti-hankkeen suunnittelija toimii tässä hankkeessa koordinaattorina eri osapuolten välillä ja huolehtii aluetapaamisten käytännön järjestelyistä. Prosessin aikana pyritään hyvään moniammatilliseen yhteistyöhön. D'Amourin ym. (2008) moniammatillisen yhteistyön mallia käytetään tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa arvioitaessa moniammatillisen yhteistyön tämänhetkistä tilaa sekä rakennettaessa konsultaatiomallia, joka on täysin uusi yhteistyön muoto eri asiantuntijoiden välillä Lahdessa. Keskeistä mallissa on se, että asiantuntijat voivat yhdessä tietonsa ja osaamisensa yhdistäen miettiä kuinka asiakasperhettä voidaan tukea ja auttaa, sekä sitä minkä avun piiriin perhe tulisi ohjata.

Kehittämistyön prosessi etenee neljän eri vaiheen kautta, joita ovat aluetapaamiset, puhelinkonsultaatiokokeilu, webropol-kysely ja lopuksi yhteenvetopalaveri. Jokaisessa kehittämishankkeen vaiheessa kerätään aineistoa, jonka avulla rakennetaan konsultaatiomallia. Tästä isomman hankekokonaisuuden alla rakennettava konsultaatiomallista tulee olemaan hyötyä lapsiperheiden parissa työskenteleville monien eri ammattiryhmien asiantuntijoille, jotka kehittävät moniammatillista yhteistyötään mm. puhelinkonsultaation muodossa.

2 LÄHTÖKOHDAT KEHITTÄMISHANKKEELLE

Tarve tämän opinnäytetyön aiheena olevalle kehittämishankkeelle syntyi vuonna 2009 päättyneen Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen –hankkeen loppuraportin esittämästä käytännön kehittämistarpeesta (Järvinen 2009). Hankkeen tarkoituksena oli laatia alueellinen varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen malli. Loppuraportin (Järvinen 2009) mukaan tavoitteena olisi luoda varhaisen vuorovaikutuksen asiantuntijatiimejä Oivan ja Aavan sekä Lahden ja Heinolan sosiaali- ja terveystoimen alueille. Asiantuntijatiimien avulla pyritäisiin kohti sujuvampaa yhteistyötä eri toimijoiden välillä.

2.1 Hankkeen taustaa

Tässä hankkeessa varhaisen vuorovaikutuksen asiantuntijatiimiin, ns. vavutiimiin, kuuluvat perheneuvolan psykologi ja sosiaalityöntekijä. Järvisen (2009, 12-13) mukaan vavutiimin keskeisenä tavoitteena olisi antaa tukea niissä tilanteissa, joissa peruspalvelujen henkilöstö kokee omien auttamiskeinojensa olevan riittämättömiä, tai he tarvitsisivat ammatillista tukea. Sekä neuvolan terveydenhoitajilla että perhetyöntekijöillä on kokemusta tilanteista, joissa heillä herää huoli varhaisesta vuorovaikutuksesta, mutta he kokevat tarvitsevansa tarkennusta siihen mistä apua saadaan, jos omat keinot asiakasperheen tukemiseksi eivät riitä.

Vaikka kaikki vanhemmat haluavatkin olla hyviä vanhempia lapsilleen, hyvä vanhemmuus ei kuitenkaan aina toteudu. Honkasen (2008, 228) mukaan hyvä vanhemmuus on vaarassa, jos vanhemmat käyttävät päihteitä, ovat mielenterveysongelmaisia, yksinhuoltajia, taloudellisissa vaikeuksissa, työttömiä tai tekevät liikaa työtä. Lisäksi riskitekijöitä ovat uusperhe, perheväkivalta tai huono parisuhde. Hyvän vanhemmuuden ollessa vaarassa, taustalta löytyy usein riskioleja vanhemman omassa lapsuudessa (Honkanen 2008, 228). Perheen suojaavia tekijöitä ovat Sarkkisen mukaan (2003, 27) parisuhteen toimivuus, isän osallistuminen perhe-elämään, vanhempien psyykinen ja fyysinen terveys sekä työssä käyminen. Toisaalta lapsiperheiden kasvavana ongelmana on vanhempien välinpitämättömyys lapsiaan kohtaan, johon kiintymyssuhdeongelmatkin keskeisesti liittyvät.

Arvellaan, että n. 10 %, joidenkin tutkimusten mukaan jopa 30 % neuvolaikäisistä lapsista kasvaa perheissä, joissa heidän psykososiaalinen kasvunsa ja kehityksensä vaarantuu tai heikentyy johtaen lapsen sosioemotionaaliseen oireiluun. (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen & Haapakorva 2005, 16-19; Puura, Tamminen, Mäntymaa, Virta, Turunen & Koivisto 2001, 4857-4859; Solantaus 2005, 3765-3770; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 98-99.)

Perheiden saatavilla on Lahdessa tällä hetkellä erilaisia ennaltaehkäiseviä palveluita, joihin kuuluvat mm. neuvolatyö, ennaltaehkäisevä perhetyö ja kolmannen sektorin toiminnot. Erilaisia toimijoita kentällä on paljon, mutta yhteistyö heidän välillään on vielä satunnaista eikä sitä koeta sujuvaksi. Yhtenäisyyttä tukevat ainoastaan valtakunnalliset ohjeet ja suositukset (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Niinpä onkin erittäin tärkeää kehittää eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Tässä hankkeessa rakennetaan konsultaatiomalli terveydenhoitajien, perhetyöntekijöiden ja perheneuvolan työntekijöiden välille tilanteissa, joissa terveydenhoitajalla tai perhetyöntekijällä herää huoli varhaisesta vuorovaikutuksesta asiakasperheessä. Konsultaatiomallin rakentaminen ja siihen liittyvä kehittämistyö on myös moniammatillisen yhteistyön kehittämistä, jossa mukana olevien organisaatioiden edustajien kanssa rakennetaan uudenlainen toimintatapa.

2.1.1 Vauvaperhetyö Lahdessa

Lahdessa toimii monenlaisia vauvaperhetyön muotoja. Neuvolatyössä on jo nyt käytössä hyviä menetelmiä varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvien huolenaiheiden tunnistamiseksi. Terveystenhoitajat tekevät muutakin tehostettua työtä varhaisen vuorovaikutuksen ongelmassa. Myös neuvolan perhetyö ja -ohjaus kuuluvat vuorovaikutustuen piiriin. Neuvolaterveydenhoitajat käyttävät ns. vavu-työskentelyä. Vavu tarkoittaa varhaisen vuorovaikutuksen tukemista perustason työssä sekä ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä lastenneuvolassa (Hastrup et al. 2005, 11-12; Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2011a). Vavu-työmenetelmien käytön tavoitteena neuvolatyössä on edistää perheiden hyvinvointia. Vavu-koulutuksen käyneellä työntekijällä on valmiuksia tunnistaa erityistä tukea tarvitsevat perheet, antaa heille heidän tarvitsemaansa tukea sekä tarvittaessa ohjata erityispalveluiden

piiriin. Neuvolan terveydenhoitajat tekevät äideille Lahdessa raskaudenaikaisen Vavu – haastattelun, joka on kehitetty ja testattu Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä –hankkeessa (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011a, Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 2009).

Raskaana olevien / synnyttäneiden äitien masennuksen tunnistamiseksi on kehitetty mielialalomake Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). EPDS-seula otettiin Lahdessa asteittain käyttöön keväällä 2011. Tutkimusten mukaan suurin osa masentuneista äideistä saattaa jäädä terveydenhoitajilta tunnistamatta ja erityisesti loppuraskauden masentuneisuuden todetaan ennustavat pysyviä huolia vuorovaikutuksessa (Kemppinen 2007, 81). Näin ollen masentuneisuuden seulominen on perusteltua.

Äitejä, joiden elämäntilanne vaarantaa sikiön terveyttä (esim. päihdeongelma), seurataan ja tuetaan jo äitiyspoliklinikalla toimivalla HAL (huume-, alkoholi- ja lääke) -poliklinikalla. Päihdeäidit ohjataan Lahdessa Dilan Timantit - avokuntoutuskeskukseen, joka tukee ja hoitaa päihdeongelmaisia äitejä ja heidän lapsiaan. Psykkisesti sairaat äidit ovat vakava huolenaihe sekä Lahdessa että valtakunnallisesti. Solantaus ja Paavonen (2009) ovat raportoineet vanhempien mielenterveysongelmien vaikutuksista perhe-elämään ja lapsiin. Mielenterveysongelmaisten vanhempien lapsilla on todettu enemmän masennusta ja ahdistuneisuutta sekä lapsuudessa että myöhemmin elämässään kuin terveitten vanhempien lapsilla (Solantaus & Paavonen 2009). Vanhemman psykkinen sairaus on riskitekijä lapsen terveille kasvulle ja kehitykselle ja se kuormittaa koko perhettä (Leijala 2004, 177). Luoman (2004) mukaan äidin raskaudenaikaiset masennusoireet ennustivat 8-9-vuotiaiden lasten tunne-elämän ja käytöksen ongelmia enemmän kuin synnytyksen jälkeinen masennus. Tällä hetkellä lahtelaisperheille tarjottavan vauvaperheyön tärkeys korostuu näiden tutkimusten valossa.

Vaikka vauvaperheiden tilanteet herättävät huolta, on terveydenhoitajalla kuitenkin keinoja ehkäistä äidin synnytyksen jälkeistä masennusta mm. ohjaamalla äitiä erilaisten itsehoitomenetelmien käyttöön. Tällaisia menetelmiä ovat esim. säännöllisen elämänrytmin noudattaminen, avun pyytäminen käytännön asioihin, ren-

toutuminen, sosiaalisten suhteiden lisääminen ja sellaisten asioiden tekeminen, joista äiti nauttii yhdessä vauvan kanssa. Lisäksi terveydenhoitaja voi ehkäistä masennusta tarjoamalla äidille psykososiaalisia keinoja (esim. erilaiset äiti-vauva-ryhmät), tunnistamalla masennuksen varhain EPDS-seulan avulla ja kokoamalla tarvittavan työntekijäverkoston. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011b.)

Toisaalta tällä hetkellä Lahdessa ei ole selkeää mallia siitä, koska ja millaisissa tilanteissa peruspalvelujen työntekijä voi konsultoida erityistason palveluiden työntekijää. Kun peruspalvelujen henkilöstölle, eli neuvolan terveydenhoitajille ja perhetyöntekijöille herää huoli varhaisesta vuorovaikutuksesta asiakasperheessä, olisi tärkeää päästä sopimaan etenemistavoista muiden asiantuntijoiden kanssa. Konsultoinnin ja huolen jakamisen kautta voidaan keskustella jatkotoimenpiteistä ja toimintamalleista.

2.2 Hankkeen kohdeorganisaatiot

Kehittämishankkeen kohdeorganisaatiot ovat Lahden neuvola ja Päijät-Hämeen perheneuvola. Lisäksi hankkeessa ovat mukana kotipalvelun perhetyöntekijät. Lapsiperheiden kotipalvelu Lahdessa tekee yhteistyötä äitiys- ja lastenneuvolan kanssa tarjoten muun muassa 1-5 ilmaista lapsiperheiden kotipalvelun käyntiä perheisiin (Viitokset-palvelu), joissa on alle vuoden ikäinen lapsi.

2.2.1 Lahden neuvola

Äitiys- ja lastenneurolat Lahdessa palvelevat lasta odottavien ja alle kouluikäisten lasten perheitä. Neuvolassa seurataan raskauden etenemistä, äidin ja tulevan vauvan terveyttä sekä syntyneen lapsen kasvua ja kehitystä. Neuvolan tehtävänä on myös sairauksien ennaltaehkäisy ja niiden varhainen toteaminen sekä koko perheen hyvinvoinnin edistäminen ja vanhemmuuden tukeminen. Äitiysneuvolan tehtävänä on myös edistää raskaana olevan naisen, sikiön ja vastasyntyneen lapsen sekä koko lasta odottavan perheen terveyttä ja hyvinvointia. (Lahden kaupunki; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos)

Neuvolassa tuetaan koko perhettä. Vanhempia tuetaan valmistautumaan vanhemmuuteen ja lapsen tuomiin muutoksiin perheessä sekä pyritään edistämään terveellisiä elintapoja perheessä. Myös parisuhteeseen ja vanhemmuuteen kiinnitetään huomiota. Terveydenhoitajan tehtävänä on herätellä tulevia vanhempia pohtimaan jo raskausaikana varhaiseen vuorovaikutukseen liittyviä asioita, siihen sisältyviä voimavaroja ja uhkia. Lisäksi terveydenhoitaja auttaa vanhempia ymmärtämään omaan vanhemmuuteensa vaikuttavia tekijöitä ja tarjoaa heille tukea uudessa elämäntilanteessa. (Armanto & Koistinen 2007, 140.)

Äidille tarjotaan normaalisti etenevän raskauden aikana neuvolassa 11-15 tarkastusta terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotolla. Äiti voi myös halutessaan osallistua valtakunnallisen seulontaohjelman mukaisiin raskauden aikaisiin sikiön kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksien seulontoihin. Neuvolakäynneillä seurataan raskauden etenemistä, ja äiti lähetetään jatkotutkimuksiin, mikäli raskaudessa ilmenee ongelmia. Neuvolatoimintaa säätelee asetus (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009), jonka mukaan odotusaikana järjestetään yksi laaja terveystarkastus, jossa arvioidaan molempien vanhempien hyvinvointia ja tuen tarpeita. Ensimmäistä lasta odottavan tai ensimmäisen lapsensa saaneen perheen luokse on lisäksi tehtävä asetuksen mukaan vähintään yksi kotikäynti. Tämän lisäksi ainakin ensimmäistä lastaan odottavalle perheelle on tarjottava moniammatillisesti toteutettua perhevalmennusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 20.)

Lastenneuvolan tehtävänä on edistää alle kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä terveyttä ja hyvinvointia. Neuvolassa järjestetään alle kouluikäisille vähintään 15 määräämääräistä tarkastusta, joista viisi tekee lääkäri yhdessä terveydenhoitajan kanssa. Tarkastuksista runsas puolet tehdään alle 1-vuotiaille lapsille, ja perheille suositellaan ylimääräisiä neuvolatarkastuksia tarpeen mukaan. Lastenneuvolassa seurataan ja edistetään lapsen fyysistä ja psykososiaalista kasvua ja kehitystä sekä tuetaan vanhempia turvallisessa, lapsilähtöisessä kasvatuksessa ja huolenpidossa sekä parisuhteen hoitamisessa. Lisäksi neuvolassa edistetään lapsen kasvu- ja ke-

hitysympäristön sekä perheen elintapojen terveellisyyttä. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2005.)

Osa tarkastuksista on laajoja terveystarkastuksia, joissa arvioidaan koko perheen hyvinvointia ja vanhempien tuen tarpeita. Nämä tapaamiset sisältävät perheen tarpeiden ja lapsen kehitysvaiheen mukaista terveystuontaa, ja niissä pyritään hyvään vuorovaikutukseen ja keskusteluun. Lisäksi lapsi saa neuvolassa rokotusohjelmaan kuuluvat rokotukset. Tapaamisissa pyritään huomioimaan koko perhe sekä havaitsemaan erityisen tuen tarpeet mahdollisimman varhain. Mikäli tapaamisissa huomataan lapsen kasvua, kehitystä ja terveyttä vaarantavia seikkoja, niihin on mahdollista puuttua riittävän varhain ja järjestää tarkoituksenmukainen tuki ja apu. Neuvolatyön punaisena lankana voidaan ajatella olevan perheen huolien, ongelmien ja tuen tarpeen tunnistaminen. Varhaisella ongelmiin puuttumisella pyritään ehkäisemään vaikeuksien paheneminen. (Armanto & Koistinen 2007, 366; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 98.)

Terveydenhoitajan tehtävänä on tunnistaa perhe, joka tarvitsee tukea varhaiseen vuorovaikutukseen. Varhaisen vuorovaikutuksen onnistumisesta kertoo se, kuinka vanhempi jakaa vauvan tunnetilat, mikä niiden sävy on sekä vanhemman ajatukset vauvasta. Mikäli vanhemmat eivät kykene asettamaan vauvan tarpeita etusijalle, se on merkki siitä, että perhe tarvitsee tukea varhaisessa vuorovaikutuksessa. (Sinkkonen & Kalland 2005, 241.) Terveydenhoitaja voi tukea vuorovaikutusta antamalla vanhemmille myönteistä palautetta toimivista tilanteista ja puuttamalla korjaavasti vanhemman ja vauvan kannalta huonosti toimivissa tilanteissa. Perheen vuorovaikutustaitoja tukemalla voidaan lisätä perheen hyvinvointia ja ennaltaehkäistä lapsen psykososiaalisten ongelmien syntymistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 86; Neuvolatyön kehittämisen- ja tutkimuskeskus 2010.)

Lastenneuvolassa tehdään moniammatillista yhteistyötä muiden lapsiperheiden parissa työskentelevien ammattiryhmien kanssa. Lahdessa terveydenhoitajat tekevät yhteistyötä muun muassa kaupungin lapsiperheiden kotipalvelun perhetyöntekijöiden kanssa. Perhetyöntekijät ovat mukana myös tässä hankkeessa kehittämässä konsultaatiomallia yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Yhteistyön sekä konsultaatiomahdollisuuksien rakentaminen ovat tärkeitä asioita kehitettäessä neuvo-

latoimintaa. (Viljamaa 2003, 35; Armanto & Koistinen 2007, 22) Haastetta neuvolatyöhön ja sen kehittämiseen Lahdessa lisää se seikka, että tällä hetkellä Lahden neuvolassa on meneillään sukupolvenvaihdos useiden terveydenhoitajien tullessa yhtä aikaa eläkeikään.

2.2.2 Päijät-Hämeen perheneuvola

Päijät-Hämeen perheneuvolan toiminta-ajatus on ”toteuttaa sosiaalihuoltolain mukaista kasvatusta ja perheneuvontaa sekä avioliittolain mukaista perheasiain sovittelua Lahden kaupungin, sekä kaupungin kanssa palvelusopimuksen tehneiden peruspalvelukeskusten väestölle” (Päijät-Hämeen perheneuvolan toimintakertomus 2009). Perheneuvolan toimintaympäristössä tapahtui muutos vuoden 2009 alusta, jolloin Lahden kaupunki teki sopimuksen Peruspalvelukeskus Oiva – liikelaitoksen, Peruspalvelukeskus Aavan ja Heinolan kaupungin kanssa. Sopimuksen mukaisesti edellä mainitulta väestöalueelta kaikki perheneuvolapalvelut ostetaan Lahden hallinnoimalta perheneuvolalta. (Päijät-Hämeen perheneuvolan toimintakertomus, 2009.)

Hallinnollisesti Päijät-Hämeen perheneuvola toimii hyvinvointipalvelujen alaisena seudullisena palveluyksikkönä. Perheneuvolan antamat palvelut ovat erittäin laaja-alaisia. Asiakastyöhön kuuluu ennaltaehkäisevä asiakastyö sekä lapsen kehitykseen ja kasvatukseen, aviopuolisoiden välisiin ongelmiin tai perheen rakenne- ja toimintahäiriöihin liittyvät tutkimukset sekä erilaiset terapiat, muun muassa theraplay-terapia (Suomen Theraplay-yhdistys ry 2011; Jernberg & Booth 2003). Theraplay-terapia on vuorovaikutuksellinen, erityisesti vuorovaikutuksen leikillisyyttä hyödyntävä terapia. Theraplay-terapiassa pyritään jäljittelemään pienen vauvan ja vanhemman terveessä ja tasapainoisessa suhteessa luonnostaan syntyvää aktiivista, läheistä ja positiivista vuorovaikutusta. (Suomen Theraplay-yhdistys ry. 2011.) Lisäksi perheneuvolassa on suunniteltu vuorovaikutushäiriöiden hoitoon perhekeskeisiä hoitoja, äidin vanhemmuuspsykoterapiaa, lapsen kotiin tehtäviä työmuotoja ja yhteistyötä tarvittavien tahojen kanssa (Turpeinen 2010).

Yhteistyötä tehdään jo nyt muiden perheiden parissa toimivien asiantuntijoiden kanssa. Perheneuvolasta saa myös asiantuntija-apua kasvatusta ja perheasioissa. Tutkimus- ja kehittämistoiminta sekä puheen tutkimukset ja puheterapia kuuluvat nekin perheneuvolan toimintaan. Perheneuvola toimii myös perheneuvonnan alueen tiedottajana sekä alan täydennyskoulutuksen antajana muulle sosiaalitoimelle. (Päijät-Hämeen perheneuvolan toimintakertomus, 2009.)

Perheneuvolan henkilöstö koostuu psykologeista, sosiaalityöntekijöistä, puheterapeuteista ja toimistohenkilökunnasta.

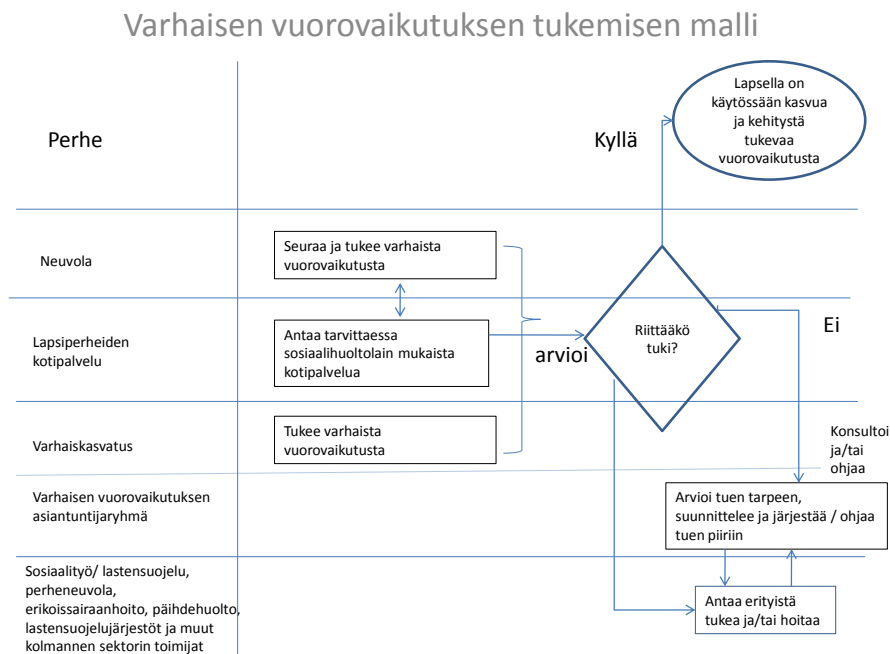
2.3 Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää perhetyötä ja näin edistää pikkulapsiperheiden hyvinvointia Päijät-Hämeen alueella. Täsmällisempänä tarkoituksena on antaa asiakasperheen kanssa yhteistyötä tekeville eri alojen asiantuntijoille lisää keinoja toimia moniammatillisessa yhteistyössä niin, että heidän työnsä olisi oikea-aikaista ja se lähtisi lapsiperheiden tarpeista.

Kehittämishankkeen tavoitteena on rakentaa konsultaatiomalli niihin tilanteisiin, joissa neuvolan terveydenhoitajilla tai perhetyöntekijöillä herää huoli vauvan kehityksestä ja vanhempien tarjoaman vuorovaikutuksen ja tuen laadusta. Kehittämistyö konsultaatiomallin rakentamiseksi etenee neljän eri vaiheen kautta. Konsultaatiomallin rakentamisen ensimmäiseen vaiheeseen liittyy useiden osatavoitteiden lisäksi yksi keskeinen tavoite, joka on moniammatillisen yhteistyön tämänhetkisen tilanteen selvittäminen. Kehittämistyö jatkuu toisessa vaiheessa puhelin-konsultaation pilotoinnilla. Kolmannessa vaiheessa kerätään tietoa konsultaatiokokeilusta webropol-kyselyn avulla. Neljännen vaiheen keskeisin tavoite on kehittää yhdessä konsultaatiomallia mukana olevien toimijoiden kesken ja luoda tämän kehittämisen kautta näkemys toimivasta konsultaatiosta (kuvio 3). Kehittämishankkeen tavoite, uusi konsultaatiomalli, rakentuu kaikkien näiden vaiheiden kautta. Konsultaatiomallin rakentamiseen osallistuvat neuvolan terveydenhoitajat, perhetyöntekijät, perheneuvolan työntekijät, Seitti-hankkeen suunnittelija ja opinäytetyön tekijät.

2.4 Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen malli

Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen –hankkeen loppuraportin (Järvinen 2009) tavoitteiden mukaisesti oli Lahden alueelle oli luotu prosessimallinnus varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen kuvion 1 mukaisesti. Tavoitteena oli, että erityinen varhaisen vuorovaikutuksen asiantuntijaryhmä toimii ohjaavana ja arvioivana toimijana varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen prosessissa. Neuvola, perhetyö ja varhaiskasvatus arvioivat varhaista vuorovaikutusta asiakasperheissä. Niissä tilanteissa, jolloin perustyöntekijät kokevat omat keinonsa riittämättömiksi, he voisivat pyytää konsultaatiota ja ohjausta varhaisen vuorovaikutuksen asiantuntijaryhmältä. Asiantuntijaryhmä voi antaa perustyöntekijöille neuvoja ja ohjausta asiakasperheen kanssa toimimiseen, tai ohjata perheen erityistä tukea ja hoitoa antavien toimijoiden piiriin (sosiaalityö, lastensuojelu, perheneuvola, erikoissairaanhoido, päihdehuolto, lastensuojelujärjestöt ja muut kolmannen sektorin toimijat).



Kuvio1. Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen malli

Tämä varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen malli ei ollut koskaan käytössä tässä muodossa. Koettiin, että mallia on ensin tarve kehittää ja kokeilla käytännössä. Näin ollen Lahden neuvolan, Päijät-Hämeen perheneuvolan sekä Seitti-hankkeen suunnittelijan käymissä neuvotteluissa päätettiin käynnistää tutkimuksellinen kehittämishanke. Hankkeessa asiantuntijaryhmänä toimivat perheneuvolan kaksi työntekijää, jolle resursoitiin konsultaation pilotointia varten puhelinajat. Tavoitteena oli saada aikaiseksi toimiva malli konsultaatiolle, jonka avulla asiantuntijat voivat yhdessä arvioida perheen tilanteen, laatia suunnitelman tarvittavasta tuesta ja ohjata perheen tuen piiriin.

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

3.1 Varhainen vuorovaikutus ja kiintymyssuhdeteoria

Varhaista vuorovaikutusta, lapsen psyykkistä kehitystä ja siihen liittyviä häiriöitä on tutkittu paljon sekä Suomessa että kansainvälisesti. Tiedetään, että lapsi tarvitsee kehittyäkseen hyvän emotionaalisen kasvuympäristön. Riittävän hyvä vuorovaikutus voidaan määritellä sellaiseksi äidin lapselleen luomaksi kasvuympäristöksi, jossa lapsi tuntee olevansa rakastettu ja ymmärretty. Äidiltä tämä vaatii emotionaalista sitoutumista, herkkyyttä tunnistaa vauvan varhaiset sosiaaliset viestit, taitoa lukea ja vastata vauvan viesteihin johdonmukaisesti sekä sopeuttaa oma käytös lapsen jatkuvasti muuttuviin tarpeisiin. (Bowlby 2007.)

Kiintymyssuhdeteoria on teoria kiintymisestä toisiin ihmisiin, erityisesti äitiin ja tämän kiintymyssuhteen merkityksestä lapsen kehitykselle. Keskeisenä ajatuksena teoriassa on lapsen biologinen turvallisuudentarve sekä tarve jäädä eloon muodostamalla kiinteä tunneside häntä lähimpänä olevaan aikuiseen, erityisesti äitiin. (Bowlby 1969.)

Vauvalla on syntymästään valmius reagoida sosiaaliseen stimulaatioon ja osallistua sosiaaliseen kanssakäymiseen häntä lähellä olevien ihmisten kanssa (Bowlby 1969, 216). Vauva myös havainnoi aktiivisesti ympäristöään. Kun havaintoihin liittyy affekteja, voimakkaita tunteita, kiihtymystäkin, niistä syntyy muistijälkiä vauvan aivoihin. Varhaiset kiintymyssuhteet luovat perustan lapsen minäkuvalle ja auttavat häntä kehittämään niin sanottuja sisäisiä työskentelymalleja. Työskentelymallit syntyvät merkityksellisistä ja tunnepitoisista hetkistä vauvan ja äidin välillä, ne ovat vauvan tapoja nähdä ja kokea ympäröivä todellisuus. Näitä sisäisiä työskentelymalleja vauva muodostaa häntä hoitavasta aikuisesta, itsestään ja suhteestaan ympäristöön rakentaessaan kiintymyssuhdetta. Kiintymyssuhteen katsotaan kehittyvän noin kolmen neljän vuoden ikään mennessä, jolloin lapsen ajattelun voivan olla pidempiä aikoja erossa ensisijaisesta hoitajastaan. (Launonen 2007, 19; Bowlby 1969, 205; Sinkkonen 2001, 36-37.)

Lapsen luoma kiintymyssuhde häntä hoitavaan aikuiseen voidaan tutkimuksissa mallintaa joko turvalliseksi tai turvattomaksi. Turvattomilla kiintymyssuhteilla on havaittu olevan yhteyksiä myöhempiin ihmissuhdeongelmiin, tunne-elämän ongelmiin, käyttäytymisen kontrollointiin ja kognitiiviseen kehitykseen. Ensisijainen kiintymyssuhde vaikuttaa siis lapsen hyvinvointiin ja mielenterveyteen pitkällä aikavälillä merkittävämmiin kuin mitkään muut suhteet. (Sinkkonen & Kalland 2005.)

Tiettyjen äidin piirteiden on todettu ennustavan ongelmia varhaisessa vuorovaikutuksessa. Kempin (2007, 5) mukaan esimerkiksi kontrolloivuus ja tunkeutu- vuus sekä hyvin vähäistä sitoutumista viestivä äiti, saattavat liittyä varhaisen vuorovaikutuksen ongelmiin. Kempin (2007, 120) tutkimuksen tuloksissa korostuvat varhaisen puuttumisen tärkeys sekä mahdollisuudet hoitaa vuorovaikutuksessa syntyneitä häiriöitä. Mäntymaan (2006, 57) tutkimuksessa todettiin äidin mielenterveysongelmien sekä huonon suhteen puolisoon liittyvän vuorovaikutuskäyttäytymisen puutteisiin. Masentunut äiti voi olla vuorovaikutuksessa epäsensitiivinen ja hänellä on todettu olevan enemmän negatiivisia kuin positiivisia ilmeitä. Hän juttelee vähemmän vauvalleen ja myös koskettelee vähemmän vauvaansa. Varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden havaitsemisen todettiin auttavan niitä lapsia jo ennaltaehkäisevästi, joiden psyykinen kehitys on vaarassa. Mäntymaan ja Puuran (2009, 707-711) mukaan vakavat vuorovaikutushäiriöt ovat jo itsessään psyykkisiä häiriöitä, ne eivät siis pelkästään ennusta riskejä lapsen psyykkisessä kehityksessä. Vuorovaikutushäiriöt voidaan tunnistaa seuraamalla vanhemman ja vauvan välisen vuorovaikutuksen toimivuutta sekä havainnoimalla tunneilmapiiriä.

Terveystoimijat havainnoivat neuvolatyössä mm. perheen sisäiseen vuorovaikutukseen liittyviä asioita. He ovat avainasemassa niiden perheiden tunnistamisessa, jotka tarvitsevat tukea varhaisessa vuorovaikutuksessa. Tutkimusten mukaan vuorovaikutushäiriöiden tunnistaminen riittävän varhaisessa vaiheessa olisikin erittäin tärkeää, koska tällöin ongelmiin voidaan puuttua ja aloittaa tarvittava apu. Kempin (2007, 109-110) mukaan terveystoimijat ovat kuitenkin varovaisia arvioidessaan äidin ja lapsen välistä vuorovaikutussuhdetta. He raportoivat vain lieviä huolia vuorovaikutuksessa, joita voivat olla esimerkiksi puuttuva ilo, kontrol-

loivuus tai passiivisuus vuorovaikutuksessa. He eivät jaa huoltaan lääkärin kanssa, eikä näitä äiti-lapsi-pareja ohjata lasten psykiatristen palvelujen piiriin. Hyvin suunnatulla varhaisella interventiolla tulisi voida tunnistaa riskissä olevat äiti-lapsi-parit ja intervention tulisi alkaa jo raskausaikana ja jatkua vauvan syntymän jälkeen. Ennaltaehkäisevän työn kehittämisessä on ensiarvoisen tärkeää taata terveydenhoitajien ja lääkärin tiimityö. Lisäksi terveydenhoitajien tulisi voida konsultoida ja saada ohjausta pikkulapsipsykiatrista palveluista, jonka avulla he voisivat yhdessä suunnitella juuri tietyille äiti-lapsi-parille räätälöityjä interventioita. (Kemppinen 2007, 117-118). Ennaltaehkäisevän työn kehittämisellä on kauaskantoisia seurauksia varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen kautta koko perheen hyvinvoinnin tukemiseen.

3.2 Vuorovaikutuksellinen mekanismi

Kiintymyssuhdeteorian mukaan pieni lapsi pysyttelee vaistomaisesti lähellä äitiään ja näin heidän välilleen muodostuu hyvin läheinen side, jatkuva ihmissuhde. Jatkovana ihmissuhteena voidaan pitää pysyvää suhdetta, joka kestää useita vuosia ja jossa erossa olon jaksot ovat niin lyhyet, että ne eivät aiheuta lapselle ahdistusta ja traumaa. Ensisijaisen ja toissijaisen kiintymyksen kohteen erottamiseen toisistaan liittyy kaksi tärkeää tekijää. Muutaman kuukauden ikäinen vauva valitsee Bowlbyn (2007) mukaan ensisijaiseksi kiintymyksen kohteekseen henkilön, joka reagoi nopeasti vauvan itkuun ja osallistuu sosiaaliseen, eloisaan leikkiin vauvan kanssa. Lisäksi ensisijaisen kiintymyksen kohteena oleva henkilö osaa parhaiten virittäytyä lapsen tunnetilaan, tuottaa tälle iloa sekä kykenee havaitsemaan herkimmin tämän tarpeet. Myös lapsi oppii melko luotettavasti ennakoimaan kiintymyksen kohteena olevan henkilön käyttäytymistä. Vauvalta kestää kauan ennen kuin se pystyy muodostamaan toissijaisia kiintymyksen kohteita. Ihmisen elämässä toissijaisen kiintymyksen kohteena on yleensä sisarus. (Bowlby 2007.)

Bowlby (2007) kuvailee ilon olevan tärkeä tekijä kiintymyksen muodostumisessa vauvan ensimmäisen elinvuoden aikana. Kun vanhempi muodostaa lapsensa kanssa dyadin, kahden yksilön parin, säätelee hän hyvin suurta myönteisten tunteiden

määrää vuorovaikutuksessa lapsensa kanssa. Kiintymyssuhteessa on siis olennaisesti kysymys vuorovaikutuksellisesta mekanismista, jonka avulla pystytään kehittämään suuri määrä myönteisiä tunteita. Positiivinen tunne on lapselle nautintoa, iloa, kiinnostusta ja jännitystä. Nämä tunteet johtavat optimaaliseen kasvuun. Vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksessa voidaan selvästi nähdä kahden mielen ja kahden kehon välinen vuorovaikutus. Samalla kun vanhemman ja lapsen mielet ja kehot ikään kuin tanssivat yhdessä, molempien kehojen järjestelmät säätelevät tilannetta yhdessä ja myös aktivoituvat. Ne liittyvät yhteen kehon autonomisen hermojärjestelmän avulla. (Bowlby 2007.)

Hyvässä ympäristössä kasvaessaan vauva ensin kiinnittyy ja vähitellen myös kiintyy hoivaajaansa. Vauvalla on voimakas, esiviritetty tarve vedota hänen lähellään oleviin ihmisiin. Hänellä on ns. kokemukseen valmistautunut käyttäytymisjärjestelmä. Vauva on heti syntymänsä jälkeen valmis aktiiviseen vuorovaikutukseen häntä lähellä olevien ihmisten kanssa. (Sinkkonen 2001, 29-34, Tamminen 2004, 23.) Vanhempi voi kannatella, säädellä, tavoitella ja peilata vauvansa eri tunnetiloja mm. liikkeidensä ja puheensa rytmillä sekä kehonsa lämmöllä. Vauva kykenee löytämään vanhempansa vastauksesta tulkinnan omaan tunnetilaansa ja kokee tulevansa ymmärretyksi. (Sinkkonen & Kalland 2005, 203.)

Vauvan on mahdollista saada informaatiota maailmasta kahden kanavan kautta. Toinen näistä kanavista on kognitiivinen, toinen affektiivinen. Vauvan kiinnittyminen hoivaajaansa aktivoituu heti syntymän jälkeen. Kiintymyssuhdeteorian mukaan vauva on hyvin dualistinen. Toisaalta vauva etsii aktiivisesti lähistöltään ihmistä, johon kiinnittyä, ja on toisaalta samanaikaisesti täysin riippuvainen ympäristön tuesta. Vauvan kiinnittymistä aikuiseen motivoi läheisyyden ja turvallisuuden tarve, vauva ei selviä ilman aikuisen hoivaa. Lapsen suhde ensisijaiseen hoivaajaansa organisoituu tietynlaiseksi rakenteeksi tai systeemiksi, joka aktivoituu aina, kun turvallisuudentunne on uhattuna. (Sinkkonen 2001, 29-34.) Vanhemman herkkyys vastata vauvansa viesteihin toimii turvallisena perustana kiintymyssuhteelle. Kun vauva kokee tilanteen uhkaavaksi, syntyy turvallisuuden tunne vanhemman kyvystä tulkita oikein vauvansa kokemuksia ja vastata hänen tarpeisiinsa asianmukaisesti. (Sinkkonen & Kalland 2005, 177- 180.)

Lapsi kiinnittyy oman turvallisuudentarpeensa vuoksi häntä lähimpänä olevaan aikuiseen. Lapsi kiinnittyy aina tähän aikuiseen jollakin tavalla, myös silloin kun hoivassa on puutteita tai lapsi joutuu kaltoinkohdeksi tai pahoinpidellyksi. Lapsi kiinnittyy siis myös laiminlyövään, etäiseen tai jopa vihamieliseen aikuiseen, koska parempaakaan ei ole tarjolla. (Sinkkonen 2001, 29-34; Niemelä, Siltala & Tamminen 2003, 93.)

Varhaiseen vuorovaikutukseen sisältyvät myös vanhempien odotukset ja toiveet siitä, kuinka he onnistuvat vuorovaikutuksessa vauvansa kanssa. Nämä vanhempien ajatukset vaikuttavat siihen, miten he käyttäytyvät vauvaansa kohtaan. Sternin (1995, 59) mukaan vauvan käyttäytyminen vuorovaikutuksessa vaikuttaa myös vanhempiin. Vauva vaikuttaa vuorovaikutukseen ja sen laatuun omalla temperamentillaan sekä toiminnallaan. Hän alkaa jo varhain sopeuttaa omaa käyttäytymistään vanhempansa käytökseen. Molemmat osapuolet mukautuvat vuorovaikutukseen tulkiten toisiaan keskinäisen virittäytymisen kautta. Vanhemman käyttäytyminen varhaisessa vuorovaikutuksessa on perusta lapsen tukirakenteiden kehitykselle. (Stern 1995, 59; Launonen 2007, 20- 21.)

Ensimmäisen vuoden aikana opitut mallit vuorovaikutuksesta, tunteiden ilmaisusta ja syy-seuraussuhteista ovat tärkeitä lapsen myöhemmän kehityksen ja psyykkisen selviytymisen kannalta. Lapsuuden tunnepitoiset kokemukset ja koetut tunteet pysyvät osana ihmisen persoonallisuutta läpi koko elämän. (Sinkkonen & Kalland 2005, 197.)

3.2.1 Varhaisten kokemusten merkitys

Ensimmäisten elinvuosien aikana erityisesti emotionaalisesti tärkeät ihmissuhdekokemukset, varhainen vuorovaikutus sekä siihen liittyvät tunnekokemukset näyttelevät merkittävää roolia lapsen kehityksessä. Ne vaikuttavat lapsen kehittyvien aivojen rakenteeseen sekä biologisesti että psykologisesti. Lisäksi ne ohjaavat aivojen toiminnallista kehitystä ja luovat pohjan aivojen myöhemmälle kehitykselle. Lapsen aivoissa syntyy hermoratoja ja assosiaatioyhteyksiä juuri tiettyjen solujen välille mahdollistaen ja muokaten joidenkin kokemusten korostumista tai vaimenemista. Varhainen vuorovaikutus, emotiot sekä aivojen toiminta muodos-

tavat kokonaisuuden, jolle perustuu lapsen psyykkinen kehitys. (Sinkkonen & Kalland 2005, 236- 237; Luoma, Mäntymaa, Puura & Tamminen 2003, 459.)

Itsesäätelyn oppiminen on tärkeä taito. Sinkkosen & Pihlajan (2000, 20-21) mukaan vauvan itsesäätelyn kehittymiseen vaikuttaa aivokuoren ja aivokuoren alaiseen limbiseen järjestelmään kuuluvien yhteyksien syntyminen. Vanhemmat voivat tukea vauvan aivojen optimaalista kehittymistä hoivaamalla vauvaansa eläytvästi ja virittäymällä vauvan tunnetiloihin sekä reagoimalla vauvansa tarpeisiin nopeasti. Itsesäätelykyky on tärkeä tekijä sosiaalisessa oppimisessa ja kanssakäymisessä muiden ihmisten kanssa.

Lapsen ensimmäinen elinvuosi on monella tapaa ainutlaatuista aikaa hänen koko myöhemmän kehityksensä kannalta. Vanhemmat vaikuttavat voimakkaasti tähän kehitykseen omalla toiminnallaan. Mäntymaan (2007, 44) mukaan lapsen aivoissa tapahtuu voimakkainta kasvua hänen ensimmäisen elinvuotensa aikana. Raskaus ja kaksi ensimmäistä elinvuotta ovat erittäin tärkeitä aivojen toiminnallisen kehityksen kannalta. Hermosolut ovat valmiina jo vauvan syntyessä, mutta yhteydet niiden välillä rakentuvat syntymän jälkeen. Näiden yhteyksien syntymiseen vanhemmat voivat vaikuttaa tarjoamalla vauvalle runsaasti varhaisia positiivisia kokemuksia, jolloin myös aivoihin syntyy jatkuvasti uusia hermosoluyhteyksiä. Vauvan aivot rakentuvat hänen varhaisten vuorovaikutuskokemustensa perusteella. Positiiviset kokemukset saavat aikaan mielihyvään liittyviä biokemikaaleja, jotka edistävät aivojen optimaalista kehitystä ja muokkaavat aivojen toiminnallista rakennetta. Niiden voidaan sanoa stimuloivan vauvan aivojen kasvua. Kun äiti kokee mielihyvää vuorovaikutuksessa vauvansa kanssa, aktivoituu vauvankin hermojärjestelmä kokemaan mielihyvää. (Gerhardt 2004, 55- 57; Puura 2011; Tamminen 2004, 22.)

Positiivisten kokemusten (esim. nautinto, ilo, kiinnostus ja jännitys) positiiviset vaikutukset lapsen kehitykselle tiedetään. Mitä tapahtuu lapsen kehitykselle, jos hän kohtaa varhain elämässään negatiivisia kokemuksia, kuten stressiä ja puutteita varhaisessa vuorovaikutuksessa? Nykyään tiedetään varhaisten negatiivisten kokemusten muuttavan aivojen rakennetta ja toimintaa. Muun muassa Mäntymaa (2007, 48) on tutkinut varhaisen stressin, traumaattisten kokemusten sekä varhai-

sen vuorovaikutuksen puutteiden ja häiriöiden vaikutusta vauvan aivotoimintaan. Ne voivat tutkimuksen mukaan aiheuttaa mm. solutuhoa aivojen limbisellä alueella, vähentää yhteyksiä aivojen eri osien välillä ja johtaa manteliumakkeen ja anteriorisen limbisen alueen kehityshäiriöihin. Nämä vahingollisten kokemusten aiheuttamat tuhot voivat näkyä myöhemmin lapsen stressivasteessa ja tunnejärjestelmässä. Ne voivat myös aiheuttaa poikkeavuutta hänen käyttäytymisessään ja tunnereaktioissaan. (Gerhardt 2004, 33; Luoma ym. 2003, 461- 464.)

3.2.2 Äidin masennus

Joillakin äideillä lapsen saamiseen liittyvä suuri elämänmuutos saattaa laukaista masennuksen. Äidin masennus on yksi tunnetuimmista elämäntilanteisiin liittyvistä sairauksista (Heikkinen, Henrikson, Löngvist, Marttunen & Partonen 2006). Tammentien (2009) mukaan n. 80 % synnyttäneistä äideistä herkistyy heti synnytyksen jälkeen, ja joillakin äideillä herkistyminen johtaa masennukseen. Äidin masennuksen voidaan ajatella olevan myös vauvan masennusta, toteavat Niemelä ym. (2003, 22). Tällöin äidin vuorovaikutus vauvan kanssa on hyvin vaisua ja ilmeetöntä. Äiti ei jaksaa tunnistaa vauvan rytmiä tai aistimuksellisia ilmaisuja, hän ei jaksaa ottaa niitä vastaan tai reagoida niihin. Masentunut äiti saattaa tukahduttaa omat aistimuksensa ja havaintonsa sulkien näin vauvan pois tietoisuudestaan. Vauva yrittää aikansa herätellä äitiä reagoimaan aktiivisten eleidensä avulla. Kun äidiltä ei tule reaktiota, ei vauvakaan enää jaksaa yrittää. Silloin Niemelän ym. (2003) mukaan äidillä ja vauvalla ”alkaa yhteinen hiljaisuus”. Sarkkinen (2010, 55) puolestaan kuvaa masentuneen äidin tapaustutkimuksessa kuinka puuttuva yhteinen ilo äiti-lapsi-parin välillä saa suhteen jäämään etäiseksi ja eittydyttäväksi, depressiiviseksi.

Useiden tutkimusten valossa näyttää siltä, että äidin masennuksella on seurauksia, jotka voivat varjostaa lapsen myöhempää elämää monin eri tavoin. Tästä syystä masennus tulisi tunnistaa varhain, siihen tulisi puuttua sekä etsiä keinoja auttaa äiti-lapsi-paria. Perfettin (2004) mukaan mahdollisimman varhainen puuttuminen ja apu sekä parantavat äidin masennuksen oireita että todennäköisesti myös vähentävät toistuvia masennusjaksoja.

Brittiläisessä pitkittäistutkimuksessa kävi ilmi, että äidin raskaudenaikainen masennus lisäsi merkittävästi lapsen väkivaltaisen käytöksen todennäköisyyttä nuoruusiässä. Se lisäsi myös tyttölapsen riskiä masentua raskausaikana ja käyttää raskaana ollessaan alkoholia sekä tupakoida. (Hay ym. 2010.) Lisäksi Halligan ym. (2007) ja Hay ym. (2008) ovat havainneet tutkimuksissaan, että äideistä, joilla on perinataalivaiheen (lapsen kehitysvaihe 23. raskausviikolta ensimmäisen syntymänjälkeisen viikon päättymiseen) masennusta, yli 80 %:lla esiintyy myös myöhempiä masennuskausia. Äidin toistuvat masennusjaksot taas liittyvät vahvasti lapsen nuoruusiän depression. Erityisen suurta huolta kannetaan äidin perinataalivaiheen masennuksen mahdollisista pysyvistä vaikutuksista lapsen kehitykseen.

Myös äidin masennuksen kestolla on merkitystä. Yhteenvetona Hiltusen (2003, 74-75) tutkimuksessa todettiin, että jatkuva äidin masennus ennakoii vuorovaikutusongelmia 10 kuukautta synnytyksen jälkeen. Masentuneiden äitien vuorovaikutuskäyttäytyminen oli tyhjää ja ilmeetöntä, ja he vaikuttivat olevan psyykkisesti poissaolevia. Synnytyksen jälkeisen masennuksen pitkittyminen näyttäisikin olevan uhka äidin ja lapsen väliselle positiiviselle ja aktiiviselle vuorovaikutukselle. Vain lyhytkestoisesti synnytyksen jälkeen masentuneiden äitien ja ei-masentuneiden äitien vuorovaikutuksessa tai lapsen kehityksessä ei löydetty eroja.

Meksikossa tehty interventiotutkimus tarjoaa kiinnostavan näkökulman vaikeasti masentuneen äidin tukemisen merkityksestä lapsen kokemaan stressiin. Korkea stressitaso lapsuudessa saattaa indikoida mahdollisia mielenterveysongelmia myöhemmin elämässä. Alueella tutkittiin köyhyydessä elävien 2-6-vuotiaiden lasten fysiologista stressitasoa ja sitä kuinka perheille annettava taloudellinen tuki vaikuttaa siihen. Taloudellisen tuen ajateltiin vaikuttavan äidin tilanteeseen ja helpottavan äidin masennusta, millä oli myönteistä vaikutusta lapsen stressitasoon. Tuloksista kävi ilmi, että perheissä, joille annettiin taloudellista tukea, lapsilla oli alhaisempi stressitaso, ja erityisesti taloudellisella tuella oli vaikutusta vaikeasti masentuneiden äitien perheissä. Lapsen stressitasolla näyttäisi olevan merkitystä tunne-elämän ja käyttäytymisen säätelyssä. Tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että pitkäkestoinen varhainen stressi häiritsee lapsen kehitystä niin, että stressin säätely häiriintyy ja lapsi altistuu ahdistukselle ja masennukselle.

myöhemmin elämässään. (Fernald & Gunnar 2009.) Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että kokonaisvaltainen tuki perheelle vaikuttaa myös lapsen psykososiaaliseen hyvinvointiin.

Vanhemman masennukseen liittyy aina myös vuorovaikutusriski. Useiden tutkimusten mukaan vanhemman masennuksen hoidon lisäksi pitäisi myös hoitaa vuorovaikutuksessa syntyneitä ongelmia, ja koko perheen tulisi saada asiantuntija-apua ja juuri heille räätälöityjä interventioita riittävän varhaisessa vaiheessa. Jos masennuksen ydin on äidin ja vauvan välisessä suhteessa, tulee Sarkkisen (2003) mielestä hoito suunnata tämän suhteen hoitamiseen. Suomessa on järjestetty useita koulutuksia varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen, arviointiin ja hoitoon. Niiden teemoja ovat mm. olleet johdatus varhaiseen vuorovaikutukseen ja pikkulapsipsykiatriaan, varhainen vuorovaikutus riskissä, varhaisen vuorovaikutuksen havainnointi ja arviointi sekä ongelmien tunnistaminen, tukeminen ja hoito. Esim. HYKS:in lastenpsykiatrian Sylkky-vauvaperhetyössä (Sarkkinen 2008) on havaittu, että vuorovaikutusriskin tunnistamiskyvyn parantuminen on lisännyt myös hoidollisen ja psykoterapeuttisen vauvaperhetyön tarvetta.

3.2.3 Useita tukemisen muotoja ja malleja

Yhteistyömalleja varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden tunnistamiseksi ja hoitamiseksi on rakennettu muissakin kaupungeissa kuin nyt Lahdessa. Esim. Kuopiossa LapsiKuopio- hankkeessa (Terve Kuopio 2009) kehitettiin mm. lastenneuvolapalveluja asiakaslähtöisemmiksi ja luotiin erityispalvelujen puhelinkonsultaatio lastenneuvoloiden ja varhaiskasvatuspalvelujen henkilöstölle.

Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen mahdollisuuksia on myös kartoitettu eri kunnissa mm. laajoissa hankkeissa, joihin myös Kaste-ohjelman alainen Kasperihanke kuuluu osahanke Seitin kanssa (Kasperihanke 2009, Verso 2011). Mahdollisuudet tukemiseen vaihtelevat paljon. On havaittu, ettei ainoastaan vanhemman masennuksen hoito välttämättä riitä korjaamaan vuorovaikutuksessa syntyneitä ongelmia. Mäntymaan (2006, 83) tutkimuksen tuloksista selviää, että psyykkisten oireiden tunnistaminen ajoissa on tärkeää, jotta lapsi sekä hänen perheensä voisi-

vat saada apua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, ennen kuin heidän ongelmansa pitkittyvät. Näin ollen riskiryhmät olisi tärkeä pystyä tunnistamaan ja suunnata niille interventioita mahdollisesti jo raskausaikana. Tässä työssä ovat neuvolan terveydenhoitajat avainasemassa. Varhaiset ja riittävän intensiiviset interventiot voivat ennaltaehkäistä äidin masennusta, ja ne voivat myös estää ongelmia vaikeutumasta. Helsingin seudulla terveydenhoitajat ohjaavat riskiäitejä jo raskausaikana perheneuvolaan, jossa heille annetaan perheen tarpeen mukaan räätälöityä intensiivistä ja psykoterapeuttista hoitoa (Turpeinen 2010).

HYKS:in lastenpsykiatriassa ollaan pitkällä varhaisen vuorovaikutuksen työn kehittämässä, ja Seitti-hankkeessa voidaankin hyödyntää HYKS:in vauvaperhetyöosaamista. Jorvin sairaalassa lastenpsykiatriassa on ollut käytössä varhainen vuorovaikutuksellinen ja hoidollinen Sylkky-vauvaperhetyö, joka voi toimia mallina vauvaperhetyön kehittämässä myös muissa kunnissa (Sarkkinen 2008). Sylkky-vauvaperhetyön teoriataustana on pitkälti varhaislapsuuden vuorovaikutuspsykologian keskeisimmän tutkijan ja kehittäjän Daniel Sternin (1995) käsite ”motherhood constellation”, äitiystila. Jorvissa vuorovaikutushoitoa ovat saaneet sekä raskaana olevat äidit että vauvaperheet.

Sylkky-vuorovaikutushoidon indikaatiot. HYKS:in lastenpsykiatrian Sylkky -vauvaperhetyön kuvauksessa esitetään raskaudenaikaisen Sylkky -vuorovaikutushoidon indikaatioita. Vanhempaan liittyvät ongelmat ovat usein erilaisia mielenterveysongelmia, kuten mielenterveyden häiriöitä äidin taustassa tai ajankohtaisesti. Lisäksi raskauden kieltäminen kokonaan tai osittain, vaikea pahoinvointi, äidin vaikeus kääntyä sisäänpäin ja ”suostua” raskaaksi sekä hänen tuhoavat elämänvalintansa indikoivat vuorovaikutusongelmia.

Riskitekijöitä ovat myös hedelmättömyyshoidoin tai adoption kautta vanhemmaksi tuleminen, vauvan odottaminen yksin ja ei-toivottu tai vahinkoraskaus. Äidin raskauden ajan mielikuvaprosessin vaikeudet (äitiyteen tai vauvaan liittyen), sikiövauvaan kiintymisen vaikeudet sekä vauvan tulon ja vanhemmuuteen siirtymiseen liittyvä voimakas ristiriitaisuus ovat myös riskitekijöitä. Sikiövauvan kuolema, aikaisemmin lapsensa menettäneiden uuden vauvan odotus, erilaiset akuutit

menetykset, voimakas synnytyspelko sekä raskauteen ja vauvan odotukseen liittyvät parisuhdeongelmat indikoivat myös häiriöitä varhaisessa vuorovaikutuksessa.

Vauvan ja vanhemman vuorovaikutussuhteen häiriö voi saada alkunsa myös keskeisesti vauvaan liittyvistä tekijöistä. Näitä vauvaan liittyviä ongelmia ovat mm. vauvan keskosuus, sairaus, vamma, syömisongelmat tai –häiriöt, rauhoittumis-, nukahtamis- ja uniongelmat. Lisäksi vauvan itkuisuus, koliikki, vetäytyneisyys, masennus, kontaktiongelmat, autismiriski ja muut neurobiologiset ongelmat indikoivat ongelmia, kuten myös vauvan pelokkuus, arkuus, pakonomainen mukautuvuus ja ristiriitainen kiintymyskäyttäytyminen. Vauva-vanhempi-vuorovaikutussuhteeseen liittyviä ongelmia ovat raportin mukaan kietoutuneisuus, irrallisuus, ahdistuneisuus, vihamielisyys tai pahoinpitelevyys. Näitä vuorovaikutushoidon eri indikaatioita hyödynnetään tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen toisen vaiheen puhelinkonsultaatiolomakkeen laatimisessa.

3.3 Moniammatillinen yhteistyö

Varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden lisäksi tukea tarvitsevassa perheessä saattaa olla myös vanhempaan liittyviä ongelmia, kuten mielenterveyshäiriöitä. Tällaisessa tilanteessa, jossa liikutaan ns. ”huolen harmaalla vyöhykkeellä”, tarvitaan usein monenlaisen osaamisen ja tietotaidon yhdistämistä, moniammatillista yhteistyötä. (Arnkil 2005, 26.) Huolen vyöhykkeistö on verkostomenetelmä, joka toimii apuvälineenä yhteistyön kehittämiseksi. Huolen harmaa vyöhyke on tuntuvan huolen vyöhyke, jossa työntekijän huoli on tuntuva ja se kasvaa edelleen. (Stakes 2009.)

Moniammatillinen yhteistyö voi olla esim. eri toimijoiden suunnitelmallista vuorovaikutusta, yhdessä tekemistä ja toiminnan arvioimista, jossa hyödynnetään eri ammattiryhmien ydiosaamista. Samalla toiminnot selkiytyvät ja eri toimijoiden asiantuntijuus sekä osaaminen saavat arvostusta. Moniammatillinen yhteistyö vaatii työntekijältä ammattitaitoa, motivaatiota, eri yhteistyömenetelmien hallintaa sekä yhä enemmän tietoa omasta alasta. Siiran (2005, 26-28) mukaan työntekijät tarvitsevat yhteistyön onnistumiseksi esimiestensä tukea, pitkäjänteistä harjaan-

tumista ja riittävästi aikaa. Moniäänisyys, erilaisten näkemysten kuuleminen ja yhteistyö voivat olla moniammatillisen toiminnan voimavaroja. Yhteistyötä voidaan parantaa laatimalla yhdessä tavoitteet toiminnalle ja perehtymällä riittävästi toisten toimijoiden tekemään työhön. (Taajamo ym. 2005, 19-21.)

Moniammatillisen yhteistyön käsite on erittäin laaja ja moniulotteinen, ja siksi sitä on vaikea määritellä. Moniammatillista yhteistyötä voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta, joita ovat monitieteinen-, tieteiden välinen- ja poikkitieteellinen lähestymistapa (Veijola, Isola & Taanila 2006, 186). Monitieteisen lähestymistavan mukaan eri alojen asiantuntijat osallistuvat yhteistyöhön, mutta he työskentelevät erillään eikä heidän välillään ole välttämättä lainkaan vuorovaikutusta. Tieteiden välisessä lähestymistavassa eri alojen asiantuntijat vastaavat itsenäisesti oman alansa tehtävistä, mutta toiminta suunnitellaan yhdessä ja tietoja jaetaan pyrkimyksenä päästä yhteiseen päämäärään. Poikkitieteellisessä lähestymistavassa kaikki asiantuntijat työskentelevät yhdessä keskustellen. Lisäksi eri toimijat ovat tietoisia omasta ja toisten rooleista sekä erityisosaamisesta. (Veijola ym. 2006, 186.) Tässä hankkeessa moniammatillista yhteistyötä voidaan tarkastella poikkitieteellisestä näkökulmasta.

Moniammatillisen yhteistyön avulla voidaan ylittää hallinnollisia rajoja, jolloin asiantuntijoiden välinen yhteistyö tapahtuu verkostoitumalla ja heidän osaamistaan pyritään hyödyntämään mahdollisimman tehokkaasti. Näin ollen on mahdollista keskittää voimavarat, arvioida asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisesti ja puuttua ongelmiin jo varhaisessa vaiheessa. Erityisesti lapsiperheiden ennaltaehkäisvässä tukemisessa ja varhaisessa puuttumisessa tukea tarvitsevien perheiden ongelmiin tarvitaan monenlaisen osaamisen yhdistämistä. Jos terveyden, mielenterveyden ja sosiaalialan ammattilaiset yhdistävät osaamisensa moniammatillisen yhteistyön avulla, päällekkäiset toiminnot saattavat vähentyä. Tällöin asiakkaan kulkeminen työntekijältä toiselle, usein monien eri palvelupisteiden välillä, vähenee. Asiakkaasta tulee näin yhteinen. Moniammatillinen tiimi, joka toimii onnistuneesti perustason ja erityistason rajapinnalla, voi tarjota osaamista perustasolla niin, ettei asiakasta tarvitse ohjata erityistason osaamisen pariin. (Kangaspunta ym. 2005, 12, 58.)

Tampereella toteutettu Hyvinvointineuvola-hanke (2002-2004) on hyvä esimerkki moniammatillisesta yhteistyöstä. Hanke poiki useita jatkoehdotuksia. Kaikkiin kuntiin tulisi raportin mukaan saada moniammatillisia tiimejä lasten ja lapsiperheiden tueksi. Esimiesten ja poliittisten päätöksentekijöiden tulisi sitoutua uudelleenlaiseen toimintatapaan takaamalla riittävät resurssit toteuttaa uusia työmuotoja. Työntekijät tarvitsevat tiedollisen ja kokemuksellisen perehdyttämisen tiimityöhön. Kaikkien neuvoloiden toimintamalliksi tulisi raportin mukaan ottaa Hyvinvointineuvolamalli, jossa moniammatillinen tiimi, psykososiaalista hyvinvointia kartoittavat lomakkeet, raskauden aikaiset kotikäynnit ja vanhempien vertaisryhmät muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Perheneuvolan asiantuntemusta toivottiin voitavan käyttää jatkossakin tiimien ja erityispalvelujen välisenä linkkinä. (Kangaspunta ym. 2005, 60.)

Ammattihenkilöstön, oman alansa asiantuntijoiden välisestä kommunikaatiosta ei ole edelleenkään olemassa riittävän laajaa tietämystä. Eri toimijat näkevät asiakkaan tilanteen oman professionsa kautta. Tämä voi olla esteenä moniammatilliselle yhteistyölle. Yhteistyöyritykset kääntyvät kilpailutilanteiksi, joissa toimijat jäävät puolustamaan omaa kantaansa ilman tutustumista toisen profession näkökulmaan. Jos moniammatillisen yhteistyön merkitystä ei tiedosteta, riskinä voi olla, että toisen profession näkökulma nähdään hyökkäyksenä omaa osaamista ja toimintatapaa vastaan. Tässä hyökkäys / puolustus –asetelmassa moniammatillisen yhteistyön kehittyminen on mahdotonta. Työelämä vaatii jatkuvaa vuorovaikutusta ja yhteistyötä erilaisten toimijoiden välillä. Yhteistyö terminä sisältää ajatuksen jakamisesta, ja yhteisestä ponnistelusta kohti yhteistä päämäärää. Toiminnan pitää tapahtua harmonisessa ja luottamuksellisessa hengessä. (D'Amour, Ferreda-Videla, Rodriguez & Beaulieu, 2005; Hall, 2005.)

Kansallisella tasolla sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut suosituksen, jonka mukaan kuntien tulisi panostaa varhaisen puuttumisen menetelmien käyttöönottoon lasten, lapsiperheiden ja nuorten kohdalla. Suosituksessa tuodaan esiin toimivan, yli kunnan sektorirajojen ulottuvan yhteistyön tärkeys. Kuntia suositellaan kehittämään lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluita valtakunnallisten ohjeistusten mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006.) Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyö onkin lisääntynyt viime vuosina. Tästä huolimatta asiakastyöhön

kaivataan lisää moniammatillista yhteistyötä. Terveystenhoitajien työn tueksi tulisi kehittää toimiva ja nopeasti perheen tilanteeseen reagoiva verkostotyömalli, joka mahdollistaisi perheelle oikeanlaisen tuen antamisen heti ongelmien ilmaantuessa. (Heimo 2002.)

3.3.1 Jaettu asiantuntijuus

Asiantuntijuuden jakamista tarvitaan tilanteissa ja ongelmissa, joissa asiat ovat liian monimutkaisia yhden työntekijän selvitettäväksi. Tyypillisimmillään jaettu asiantuntijuus toteutuu erilaisissa vaativissa työelämän tilanteissa, joissa työntekijät jakavat tietonsa, taitonsa ja aikansa yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi ja osaamista yhdistämällä suorittavat vaativan tehtävän paremmin. Uuden tiedon kehittäminen ja ongelmien ratkaisu tapahtuu yhteistyössä, jolloin tulos on useamman ihmisen tietojen synteesi ja jaettua asiantuntijuuden jakaminen on oppimisen kannalta hyödyllistä. Uuden tiedon syntyminen edellyttää, että olemassa oleva tieto kasvaa ja muuttuu toisenlaiseksi, jolloin myös jokaisen ryhmän jäsenen tiedot muuttuvat ja kehittyvät prosessin edetessä. (Collin, Korhonen, Penttinen & Valkiala 2003.)

Jaettu asiantuntijuus (myös *interprofessional knowledge*) on edellytys moniammatillisen yhteistyön syntymiselle ja kehittymiselle sekä verkostojen toiminnalle. Uutta toimintaa ja oppimista voi tapahtua vain silloin, kun asiantuntijat tuovat oman tietämyksensä eri ammattialojen väliselle rajapinnalle. Tällä rajapinnalla on mahdollisuus peilata omaa asiantuntijuutta muiden asiantuntijuuteen ja päästä kehittämään yhteistä toimintaa. (Helakorpi, Kilpiö, Haho & Vänttinen 2007; Milburn & Colyer 2007)

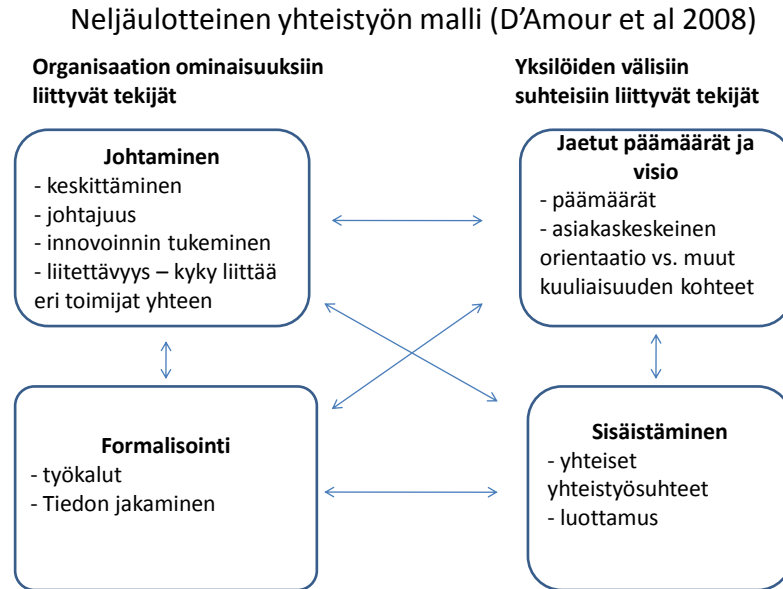
3.3.2 Moniammatillisen yhteistyön malli D'Amourin ym. mukaan

Työelämässä tarvitaan yhä enemmän ymmärtämystä yhteistyön prosessista ja niistä käsitteellisistä työkaluista, joiden avulla paremman yhteistyön kehittäminen on mahdollista. D'Amour ym. (2008) on luonut moniammatillisen yhteistyön raken-

teen mallin, jonka avulla on mahdollista arvioida ja analysoida moniammatillisen ja organisaatioiden välisen yhteistyön syvyyttä ja toimivuutta. (D'Amour, Goulet, Labadie, San Martín-Rodriguez & Pineault 2008.)

Moniammatillinen yhteistyö on tärkeä tekijä asiakasperheiden hyvinvoinnin tukemisessa mm. vanhempi-lapsi vuorovaikutussuhteen häiriöissä. Yhteistyön tulisi perustua sille oletukselle, että toimijat haluavat toimia yhdessä tarjotakseen asiakkaalleen parempaa hoitoa tai palvelua. Vaikka tavoite asiakkaan paremmasta hoidosta on tunnistettavissa ja eri toimijoiden yhteinen, kullakin toimijalla on omat intressinsä hoitoketjussa sekä tarve tiettyyn autonomiaan ja itsenäisyyteen yhteistoiminnan sisällä. Nämä henkilökohtaiset tai ammattiryhmään ja ammatti-identiteettiin liittyvät tavoitteet ja toiveet voivat asettua yhteistyön esteeksi. (D'Amour et al 2008.)

D'Amourin ym. (2008) moniammatillisen yhteistyön mallissa (kuvio 2) esitetään, että yhteistyötä voidaan analysoida neljässä ulottuvuudessa kymmenellä indikaattorilla. Ulottuvuuksista kaksi käsittelee yksilöiden välisiä suhteita ja kaksi organisaation ominaisuuksia. Nämä neljä ulottuvuutta ovat 1) jaetut päämäärät ja visiot, 2) sisäistäminen 3) formalisoiminen (virallistaminen) ja 4) johtaminen. (D'Amour et al 2008.) Kuviossa nuolet kuvaavat sitä, kuinka moniammatillisessa yhteistyössä kaikki tekijät vaikuttavat toisiinsa.



Kuvio 2. Moniammatillisen yhteistyön malli (D'Amour et al 2008)

Jaettuihin päämääriin ja visioihin liittyviä yhteistoiminnan indikaattoreita ovat päämäärät ja asiakaskeskeinen orientaatio vs. lojaalisuus muita kohtaan. Moniammatillisen yhteistyön toimivuuden edellytyksenä on, että toimijoiden kesken vallitsee yksimielisyys siitä, mitkä ovat toiminnan tavoitteet ja päämäärät. Yhteisten tavoitteiden tunnistaminen ja jakaminen ovat yhteistyön perusta. Kun toimitaan eri ammattiryhmien asiantuntijoiden kesken, voi yhteisen näkemyksen löytäminen olla joskus haasteellista. Vaikka lojaaliuden asiakasta kohtaan pitäisi vahvimmin ohjata toimintaa, voivat lojaalius ammattikuntaa, organisaatiota tai omia arvoja kohtaan vaikeuttaa päämäärän saavuttamista. Eri lojaaliuden kohteista pitäisi pystyä neuvottelemaan ja tekemään sopimus siitä, mitkä lojaalisuudet otetaan huomioon yhteisiä päämääriä tavoiteltaessa. (D'Amour et al 2008.)

Sisäistämisen ulottuvuudella tässä moniammatillisen yhteistyön mallissa tarkoitetaan sitä, että ryhmässä tunnistetaan eri ammattiryhmien asiantuntijuudet ja näiden ammattiryhmien väliset riippuvuussuhteet. Kun nämä suhteet ymmärretään, voidaan luoda luottamus toisen ammatillaisen asiantuntijuutta kohtaan. Jotta yhteistyö saataisiin toimimaan, eri toimijoiden tulee tuntea toisensa henkilökohtaisesti ja ammatillisesti. Näin saadaan aikaan kokemus yhteistyöryhmään kuulumisesta.

Jotta tätä oppimista voisi tapahtua, kokoontumisille ja tapaamisille tulee luoda mahdollisuuksia. (D'Amour et al 2008.)

Toiminnan vahvistaminen ja virallistaminen (formalisointi) on tärkeää, kun halutaan vahvistaa ja kirkastaa eri toimijoiden velvollisuudet ja vastuut sekä huolehtia niiden jakamisesta yhteistyöorganisaatiossa. Toiminnan virallistamiseen kuuluu oleellisena organisaatioiden väliset sopimukset ja protokollat. Sujuvan yhteistyön ja voimavarojen maksimaalisen käytön edellytyksenä on se, että kaikki toimijat tietävät, mitä heiltä odotetaan. Tiedon jakaminen ts. jaettu asiantuntijuus vähentää ammattiryhmien välistä epäluottamusta. (D'Amour et al 2008.)

Johtamisen tulee tukea yhteistyötä. Johto näyttää suuntaa ja tukee ammattilaisia heidän luodessaan uusia tapoja tehdä moniammatillista yhteistyötä. Johtamisen ulottuvuuteen liittyvinä indikaattoreina D'Amour ym. (2008) mainitsee keskittämisen, johtajuuden (leadership), innovoinnin tukemisen ja kyvyn liittää eri toimijat yhteen (liitettävyys). Keskushallinnon ja poliittisen johdon tukea ja ohjausta tarvitaan ponnistellessa kohti moniammatillista yhteistyötä ja sen uusia muotoja. Usein jo tieto siitä, että toiminnalle on olemassa johdon tuki edistää organisaatioiden välistä toimintaa. Uudet yhteistyön muodot vaativat usein olemassa olevien työskentelytapojen muutosta. Tällä muutokselle tulee luoda mahdollisuudet. Vaikka muutoksista ei tulisikaan pysyviä, niitä tulee voida kokeilla. On pystyttävä luomaan foorumeita, joissa moniammatillista yhteistyötä voidaan harjoittaa ja luoda.

Siitä, miten edellä kuvatut indikaattorit ilmenevät moniammatillisen ryhmän yhteistyössä, voidaan luonnehtia millä yhteistyön tasolla ryhmä on. D'Amourin ym. (2008) luomassa typologiassa on kolme tasoa, joilla indikaattorit ilmenevät erilaila (taulukko 1).

D'Amourin ym. (2008) moniammatillisen yhteistyön mallia käytetään tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa arvioitaessa moniammatillisen yhteistyön tämänhetkistä tilannetta sekä kehitettäessä konsultaatiomallia, joka on täysin uusi yhteistyön muoto eri asiantuntijoiden välillä Lahdessa. Mallin avulla laaditaan

havainnointilomake aluetapaamisiin ja mallista nousee myös osa webropol-kyselyn kysymyksistä.

Taulukossa 1 on esitetty moniammatillisen yhteistyön eri indikaattorit D'Amourin ym. (2008) mukaan, sekä kuvailtu niiden eri ilmenemismuotoja, joista voidaan päätellä millä tasolla yhteistyössä ollaan. Esimerkiksi indikaattori ”kyky liittää toimijat yhteen” ilmenee moniammatillisen yhteistyön tasolla 1 (potentiaalinen yhteistyö) siten, että eri toimijoiden välisiä keskustelufoorumeita ei ole olemassa. Yhteistyön kehittäminen on siis käytännössä mahdotonta, vaikka potentiaalia olisikin olemassa. Aktiivisen yhteistyön tasolla (taso 3) keskustelufoorumeita on olemassa runsaasti.

Taulukko 1. Moniammatillisen yhteistyön tasot

	Indikaattori	Aktiivinen yhteistyö Taso 3	Kehittyvä yhteistyö Taso 2	Potentiaalinen yhteistyö Taso 1
Jaetut päämäärät ja visio	Päämäärät	Konsensus, kokonaisvaltaiset tavoitteet	Joitakin jaettuja päämääriä	Ristiriitaiset päämäärät, yhteisen päämäärän puuttuminen
	Asiakaskeskeys vs muut lojaalisuudet	Asiakaskeskeinen orientaatio	Ammatilliset tai organisaatioon liittyvät intressit johtavat toimintaa	Henkilökohtaiset intressit johtavat toimintaa
Sisäistäminen	Yhteistyösuhteet	Useita mahdollisuuksia tavata, yhteisiä niveltoimintoja	Harvoin mahdollisuuksia tavata, vähän niveltoimintoja	Ei tapaamismahdollisuuksia, ei yhteisiä niveltoimintoja
	Luottamus	Luottamus on luotu	Luottamus hakee muotoaan	Ei luottamusta
Johtaminen	Keskittäminen	Keskushallinto tukee konsensusta	Keskushallinolla ei ole selkää kuvaa ja roolia	Ei keskushallintoa mukana
	Johtajuus	Jaettu johtajuus	Hajautunut johtajuus	Monopolistinen johtajuus
	Innovoinnin tukeminen	Olemassa olevaa asiantuntijuutta, joka tukee yhteistyötä ja innovointia	Hajanainen asiantuntijuus	Ei asiantuntijuutta, joka voisi tukea yhteistyötä ja innovointia
	Kyky liittää toimijat yhteen	Useita foorumeita keskustelulle ja osallistumiselle	Tiettyjen aiheiden ympärillä mahdollista keskustella	Keskustelufoorumeita ei ole
Formalisointi	Virallistamisen työkalut	Yhteiset sopimukset ja säännöt	Ei yhteisiä sopimuksia, tai niistä neuvotellaan	Ei sopimuksia, tai niitä ei kunnioiteta -konflikteja
	Tiedon jakaminen	Yhteinen infrastruktuuri, joka mahdollistaa informaation jakamisen	Tiedon jakamisen infrastruktuuri tekeillä, olemassa oleva ei vastaa tarkoitusta, tai sitä ei käytetä oikein	Tiedon jakamiseen tarvittava infrastruktuuri puuttuu

4 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke eteni vaiheittain (kuvio 3), ja sen viitekehystenä käytettiin toimintatutkimusta. Kussakin hankkeen vaiheessa selvitettiin lopullista konsultaatiomallia varten eri asioita eri toimijoilta. Kerätty aineisto käsiteltiin teoriaohjaavasti.

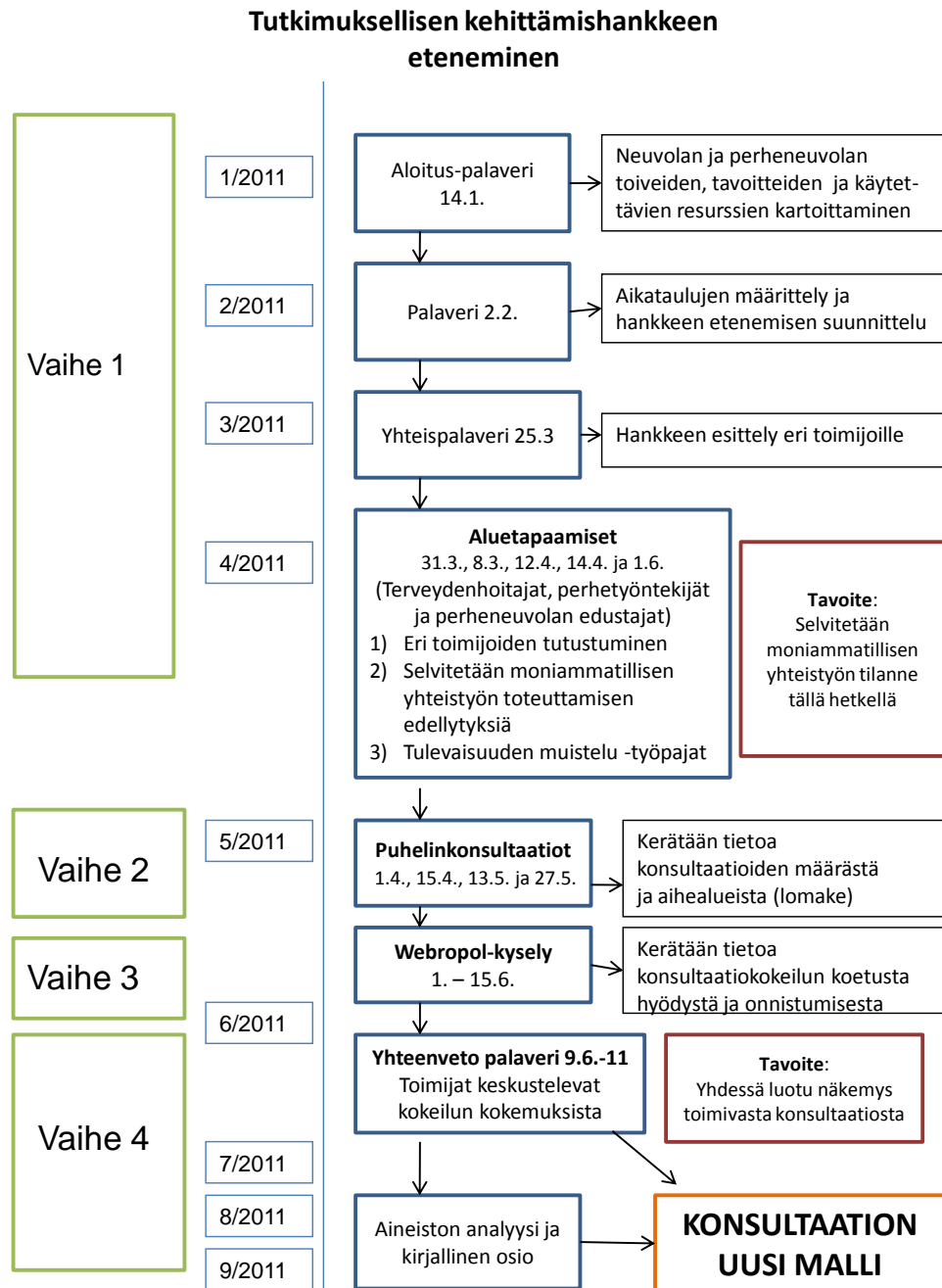
4.1 Hankkeen eteneminen ja aikataulu

Ensimmäisessä vaiheessa käynnistettiin hanke ja selvitettiin aluetapaamisissa missä vaiheessa tällä hetkellä ollaan moniammatillisessa yhteistyössä. Indikaattorit, joita tapaamisissa tarkasteltiin, olivat jaetut päämäärät ja visio, sisäistäminen, johtaminen ja formalisointi, jotka D'Amour ym. (2008) ovat kehittäneet mallissaan moniammatillisesta yhteistyöstä.

Toisessa vaiheessa selvitettiin puhelinkonsultaation avulla yhteydenottojen määrä, niiden aiheet sekä se, mihin asiakasperhe puhelun jälkeen ohjautuu.

Kolmannessa vaiheessa selvitettiin webropol-kyselyn avulla toimijoiden kokemukset puhelinkonsultaatiosta. Webropol-kyselyn kysymysten painotukset olivat toimijoiden kokemuksissa konsultaatiokokeilusta sekä niissä samoissa D'Amourin ym. (2008) mallin mukaisissa indikaattoreissa, joita tarkasteltiin jo aluetapaamisissa.

Neljäs vaihe oli yhteenvetopalaveri, jota varten rakennettiin alustava konsultaatiomalli aluetapaamisissa ja webropol-kyselyssä saatujen tulosten pohjalta. Tavoitteena oli saada aikaan yhteinen näkemys hyvin toimivasta konsultaatiomallista. Hankkeen aikana tietoa kertyi myös siitä, mitkä asiat tällä hetkellä Lahden alueen lapsiperhetyöhön liittyen askarruttavat ja huolettavat hankkeessa mukana olevia toimijoita. Hankkeessa tehdyn yhteisen kehittämistyön tulos, uusi konsultaatiomalli, valmistui viimeisessä vaiheessa.



Kuvio 3. Tutkimuksellisen kehittämishankkeen eteneminen

Tutkimuksellinen kehittämishanke aloitettiin 2011 tammikuussa, jolloin käynnistyi ensimmäinen vaihe. Konsultaatiomallin suunnittelua jatkettiin helmikuussa 2011 järjestetyssä palaverissa Päijät-Hämeen perheneuvolassa. Palaverissa perheneuvola tarjosi kahden työntekijän työpanoksen konsultointiin, joka päätettiin toteuttaa puhelinkonsultaationa. Aikataulutukseen liittyvistä asioista sovittiin myös silloin. Aloituspalaverissa keskusteltiin mm. eri toimijoiden odotuksista ja

toiveista, perhetyöntekijöiden roolista, yhteistyön tiivistämisestä, vavu-työskentelystä perheissä sekä vuorovaikutuspolusta Lahdessa. Perheneuvolan työntekijöiden mielestä Lahden terveydenhoitajat ovat pisimmällä vavu-työssä ja myös perhetyöntekijöiden roolia pidettiin merkittävänä vauvaperheiden kanssa tehtävässä työssä. Perheneuvolan sosiaalityöntekijä ja psykologi pitivät uutta ikäryhmää, vauvoja, haasteellisena, sillä tällä hetkellä perheneuvolassa hoidetaan yli kolmevuotiaita lapsia.

Kaikki toimijat tapasivat toisensa 25.3.2011 pidetyssä kokouksessa, jossa tehtiin palveluprosessia tutuksi ja esiteltiin hanke eri toimijoille. Kokouksessa esittäytyivät psykiatriset sairaanhoitajat, neuvolan psykologi sekä alueen kolmannen sektorin toimijoista muun muassa Dilan Timantit-avokuntoutuskeskus ja Lahden Ensi- ja turvakodin Baby Blues-vauvaperhetyö. Dilan Timantit tarjoavat palveluita päihdetaustaisille odottaville äideille sekä pikkulapsiperheille. Pyrkimyksenä on myös antaa tukea masentuneille äideille ja heidän lapsilleen ryhmätoiminnan avulla. Dilan Timantit toimintaa järjestää Diakonialaitos Lahti, jonka toimintaa rahoittaa Lahden Diakoniasäätiö. (Diakonialaitos Lahti.) Baby Blues –vauvaperhetyö on tarkoitettu masentuneille, vastasyntyneen tai haastavahoitoisen vauvan äideille ja perheille (Lahden ensi- ja turvakoti 2010).

Maalis- ja huhtikuussa 2011 järjestettiin neljä aluetapaamista, joissa perheneuvolan työntekijät esittäytyivät terveydenhoitajille, joita on 28 Lahden alueella. Yhdessä tapaamisessa oli mukana n. 8-9 terveydenhoitajaa, perheneuvolan työntekijät, Seitti-hankkeen suunnittelija sekä opiskelijat. Lisäksi järjestettiin yksi tapaaminen Lahden kaupungin kotipalvelun 17 perhetyöntekijälle. Keskustelut kirjattiin ylös mahdollisimman tarkkaan ja niistä kerättiin tietoa, joka myöhemmin analysoitiin. Aiheesta saatiin monipuolista ja kuvailevaa tietoa seuraamalla työntekijöiden vuoropuhelua. Aluetapaamisten avulla terveydenhoitajien, perhetyöntekijöiden ja perheneuvolan työntekijöiden yhteistyölle oli mahdollista luoda luonteva pohja.

Puhelinkonsultaation toteutusaika oli 1.4.2011 - 27.5.2011 neljänä perjantaina klo 9-11. Konsultaatiokokeilu toteutettiin löysällä ohjeistuksella ja matalan kynnyksen-periaatteella perheneuvolan työntekijöiden toiveesta (puhelinkonsultaation

info-esite, liite 1). Konsultaatiokokeilun tärkeimpänä tavoitteena oli yhdessä miettiä millaista tukea asiakasperhe tarvitsee.

Puhelinkonsultaatioiden päätyttyä toteutettiin webropol-kysely, jolla kerättiin tietoa konsultaatiokokeilun koetusta hyödystä ja kokemuksista. Kyselyn avulla haluttiin vielä tarkentaa moniammatillisen yhteistyön edellytyksiä neuvolan ja perheneuvolan välisessä työskentelyssä.

Yhteenvetopalaveri pidettiin kesäkuussa. Tällöin käytiin läpi alustava palaute puhelinkonsultaatiokokeilun jälkeen toteutetusta web-kyselystä sekä ehdotus konsultaatiomalliksi.

4.2 Toimintatutkimus

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa viitekehyksenä käytettiin toimintatutkimusta. Toimintatutkimuksen ”isänä” pidetään amerikkalaista sosiaalipsykologi Kurt Lewiniä. Hän esitteli toimintatutkimuksen käsitteen (Action research) 1940-luvun lopulla. (Heikkinen 2001, 173.) Toimintatutkimuksesta ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää. Yksi yritys määritellä toimintatutkimus, on ajatella se lähestymistapana, jossa tutkija pyrkii ratkaisemaan yhdessä tutkittavana olevan yhteisön kanssa jonkin yhteisössä ilmenevän ongelman. Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa ongelmana voidaan nähdä se, että selkeä malli konsultaatiosta puuttuu tilanteessa, jossa neuvolan terveydenhoitajilla tai perhetyöntekijöillä herää huoli varhaisesta vuorovaikutuksesta asiakasperheessä. Tämä ongelma pyritään ratkaisemaan hankkeen aikana niin, että eri asiantuntijat kehittävät yhdessä konsultaatiomallin.

Eskolan (2005, 127-128) mukaan toimintatutkimus on yhteistoiminnallista ja kaikki yhteisön jäsenet huomioivaa. Tutkija voi myös esimerkiksi auttaa yhteisön jäseniä kehittämään oman toimintansa reflektointia ja sitä kautta työyhteisön ammattikäytäntöjä. Kun puhutaan toimintatutkimuksen yhteydessä toiminnasta, sillä tarkoitetaan yleensä sosiaalista toimintaa. Ensisijaisena tutkimuksen tarkoituksena on siis kehittää ihmisten yhteistoimintaa. Toimintatutkimuksessa ei erotella toi-

mintaa ja teoriaa erikseen, ne ovat saman asian kaksi eri puolta. Toimintatutkimus lähtee ajatuksesta, että teoria on sisällä käytännössä ja päinvastoin. (Heikkinen 2001, 171.)

Australiassa kehitetty toimintatutkimuksen muoto näkee toimintatutkimuksen yhteiskuntaa muuttavana voimana, jopa kansalaisliikkeen tapaisena ihmisten yhteenliittymänä. Tämän suuntauksen tunnetuimpia nimiä ovat Wilfred Carr ja Stephen Kemmis. Toimintatutkimuksen päämääränä on tasa-arvon ja emansipaation, yksilöiden vapaan itsemääräämisoikeuden edistäminen. Painotettavia asioita ovat ihmisen valtaistuminen, valtautuminen ja osallistuminen (emancipation, empowerment, participatory action research). Tässä toimintatutkimuksen muodossa painotetaan prosessin yhteisöllisyyttä ja demokraattisuutta ja tavoitteena on kriittisten yhteisöjen luominen. Tavoitteena on vapaan kommunikaation tilan syntyminen tutkimuksen kohteena olevan yhteisöön. Pyrkimyksenä on se, että ratkaisut tehdään mahdollisimman avoimessa ja vapaassa keskustelussa kaikkien asiaosaisten kesken. (Heikkinen 2001, 174.)

Myös tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa on nähtävissä tämän toimintatutkimussuuntauksen mukainen ratkaisujen etsiminen yhteisöllisesti ja avoimesti keskustellen. Terveystenhoitajilla tiedetään olevan kokemuksia tilanteista, joissa heillä on herännyt huoli vauvan kehityksestä ja vanhempien tarjoaman vuorovaikutuksen laadusta. He ovat mahdollisesti kokeneet tällaisessa tilanteessa tarvitsevänsä konsultaatioapua muilta asiantuntijoilta. Heillä voidaan ajatella olevan myös käsitys siitä, mitä hyvin toimiva konsultaatio olisi. Oletuksena on myös, että sekä terveydenhoitajilla että perheneuvolan työntekijöillä on kiinnostusta olla mukana kehittämässä hyvin toimivaa moniammatillista yhteistyötä konsultaatiomallin kehittämisen muodossa yhdessä keskustellen.

4.2.1 Toimintaa ja tutkimusta

Toimintatutkimus on tutkimusstrateginen lähestymistapa joka voi käyttää välineinä erilaisia tutkimusmenetelmiä. Toimintatutkimukselle on tunnusomaista toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus. Pääpaino ei ole tutkimuksella, vaan toi-

minnan kehittämällä. Pyrkimyksenä on saavuttaa välitöntä, käytännöllistä hyötyä tutkimuksesta. (Heikkinen 2001, 170.) Tässä hankkeessa rakennettavan konsultaatiomallin käynnistämisestä ajatellaan olevan välitöntä käytännön hyötyä lapsiperheiden kanssa tehtävässä työssä Lahdessa.

Toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa kerättiin tutkimusaineistoa useassa eri vaiheessa erilaisilla menetelmillä. Aluksi lähdettiin muodostamaan tutkimuksellisen kehittämishankkeen aineiston keruuseen soveltuvaa strategiaa. Mitä tietoa tarvitaan konsultaatiomallin kehittämistyöhön? Tietoa päätettiin kerätä perheneuvolan työntekijöiden, terveydenhoitajien sekä perhetyöntekijöiden neljässä aluetapaamisessa, puhelinkonsultaatiosta sekä webropol-kyselyllä puhelinkonsultaation päättymisen jälkeen. Aineistoa kertyi myös viimeisestä yhteenvetopalaverista. Kun sekä perheneuvolan johtajalta että neuvolan osastonhoitajalta tuli lupa käyttää valittuja tiedonkeruumenetelmiä, aloitettiin lomakkeiden ja kyselyn teko sekä päätettiin miten ja milloin saatua tietoa analysoidaan. Tutkimusotteeksi valittiin moni-menetelmäinen tutkimus (triangulaatio) eli tutkimuksessa käytettiin sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia menetelmiä. Työssä pyrittiin yksinkertaisuuteen ja selkeyteen, sillä tutkimuksessakin yksinkertainen on kaunista. (Kananen 2008, 12.)

Tämän jälkeen hankkeessa edettiin toimintatutkimuksen toimintaperiaatteiden mukaan siten, että tutkimuksen aineistoa kerättiin eri tapaamisten yhteydessä, aineistoa työstettiin, ja työstettyä aineistoa käytettiin hyväksi jatkokäsittelyssä. Yhdessä kerätyn ja aikaansaadun uuden tiedon avulla kehitettiin uusi toimintamalli. Kehittämishankkeeseen ja sen keskeisiin käsitteisiin haettiin eri näkökulmia kirjallisuuslähteiden, aikaisempien tutkimusten sekä kehittämishankkeiden avulla. Yhteisissä palaverissa eri toimijoiden kanssa määriteltiin konsultaatiomallin tarve ja tarjonta, jonka jälkeen suunniteltiin toimintaprosessit, joiden avulla uusi konsultaatiomalli käynnistetään. Kehittämistehtävän edetessä tavoitteena oli myös määritellä toiminnan arviointikriteerit, joiden avulla toimintaa voidaan jatkossa evaluoida (Anttila 2005, 443).

Cohen ja Manion (teoksessa Metsämuuronen 2000, 28.) määrittelevät toimintatutkimuksen todellisessa maailmassa tehtäväksi pienimuotoiseksi interventioksi ja

kyseisen intervention vaikutusten lähemmäksi tutkimukseksi. Toimintatutkimuksen avulla pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia, parantamaan sosiaalisia käytäntöjä sekä ymmärtämään niitä entistä syvällisemmin esimerkiksi työyhteisössä. Toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua (situational), yleensä yhteistyötä vaativaa (collaborative), osallistuvaa (participatory) ja itseään tarkkailevaa (self-evaluative). Pyrkimyksenä on löytää vastaus johonkin käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan. Tutkimuksella voidaan myös pyrkiä kehittämään olemassa olevia käytäntöjä paremmiksi.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa voidaan havaita monia eri toimintatutkimuksen elementtejä. Kehittämishankkeessa käytettiin erilaisia tutkimusmenetelmiä. Konsultaatiomallin kehittäminen nähtiin sellaisena toiminnan kehittämisenä, jolla oli tarkoitus saavuttaa käytännön hyötyä. Konsultaatiomallin rakentaminen oli yhteistoiminnallista, ihmisten yhteistoimintaa kehittävää. Kehittämistyö ja ratkaisut tehtiin mahdollisimman avoimessa ja vapaassa keskustelussa kaikkien asianosaisten kesken. Keskustelut toteutuivat mm. aluetapaamisissa, joita järjestettiin terveydenhoitajien, perheneuvolan työntekijöiden, perhetyöntekijöiden ja tutkijoiden kesken. Tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa käytännön ongelma pyrittiin ratkaisemaan rakentamalla yhdessä konsultaatiomalli.

4.2.2 Reflektiivisen ajattelun toteutuminen hankkeessa

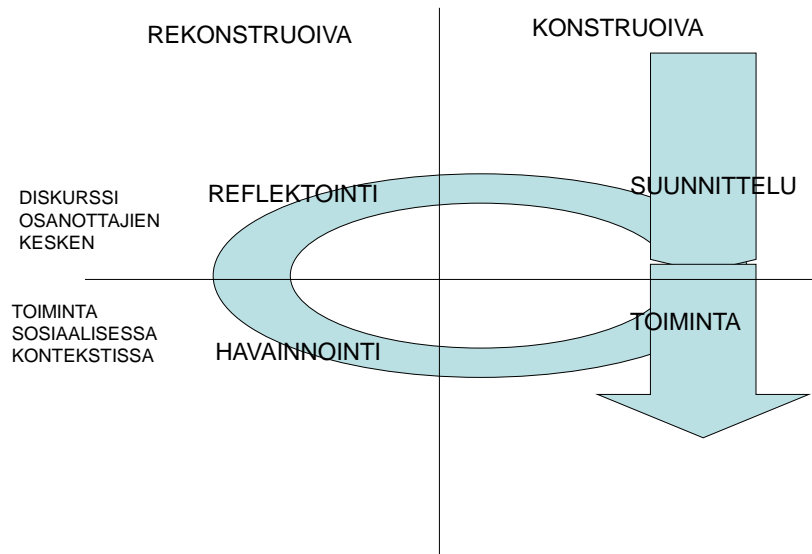
Toimintatutkimusta määrittäviä piirteitä Carrin ja Kemmisin mukaan ovat:

1. Tutkimuksen kohteena on sosiaalinen käytäntö, joka on altis muutoksille.
2. Toiminta etenee suunnittelun, toiminnan havainnoinnin ja reflektoinnin spiraalisena kehänä, jossa jokaista vaihetta toteutetaan sekä suhteistaan toisiinsa systemaattisesti ja kriittisesti.
3. Osallistujat ovat jokaisessa vaiheessa vastuullisia toiminnastaan ja sen intensiteetistä sekä muille osallistujille että itselleen

(Metsämuuronen 2000, 29.)

Eräänä toimintatutkimuksen keskeisenä piirteenä mainitaan reflektiivisyys (Heikkinen 2001, 175-177; Kiviniemi 1999, 63-67). Toimintatutkimuksen lähtökohtana on reflektiivinen ajattelu. Tutkimuksessa pyritään uudenlaiseen toiminnan ymmärtämiseen ja sitä kautta toiminnan kehittämiseen. Erityisen hyvin toimintatutkimus sopii sellaisiin tilanteisiin, joissa halutaan rikkoa organisaatiossa muotoutuneita rutiineja. Rutiinit ovat rikottavissa, kun löydetään reflektiivinen tarkastelutapa, jossa tavanomaiset käytänteet nähdään uudessa valossa. Reflektiivisessä toiminnassa ihminen tarkkailee itseään ja toimintaansa kauempaa, kuin sivustakatsojana. Näin hänellä on paremmat mahdollisuudet havaita uusia toimintamahdollisuuksia. Aaltola ja Syrjälä (1999,19) puhuvat reflektiivisyydestä ja toimintatutkimuksesta ihmisen vapautumisen välineenä. Konsultaatiomallin rakentaminen neuvolan ja perheneuvolan välille tilanteissa, joissa neuvolassa herää huoli varhaisesta vuorovaikutuksesta, voidaan nähdä kehittämistyönä, pilotointina ja uudenlaisena toimintana, jossa rikotaan aikaisempia rutiineja. Konsultaatiota on mahdollista myös käyttää peilinä perustason ja erityistason työntekijöiden välillä eli se on reflektiivistä toimintaa.

Toimintatutkimus kuvataan usein kehänä tai spiraalina. Puhutaan itsereflektiivisyyden kehästä, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seuraavat toisiaan. Tämä kehä toteutuu kerta toisensa jälkeen ajassa etenevänä spiraalina (kuvio 4).



Kuvio 4. Toimintatutkimuksen vaiheet Carrin ja Kemmisin mukaan (Heikkinen 2001, 176)

Toimintatutkimuksen syklit eivät aina etene systemaattisesti ja ennakoidulla tavalla. Voi olla, että toimintavaiheessa esiin tulevat uudet kehittämiseen liittyvät ongelmat pakottavat tutkijan palaamaan suunnitteluvaiheeseen. Tutkimus voi saada matkan aikana uusi suuntia, joita ei ole voitu ennakoida tutkimusta suunniteltaessa. Koskaan ei voida olla varmoja, mitä tutkimuksen lopussa on saavutettu tai mitä seuraavassa vaiheessa tulee tapahtumaan. Tässä toimintatutkimuksen viehätys ehkä piileekin. Tutkimusongelma voi joustavasti muuntua sen mukaan, miten kehittämistarpeet muuttuvat tai nousevat esiin. (Saari 2007, 123-124; Heikkinen 2001, 178; Kiviniemi 1999, 68; Heikkinen & Jyrämä 1999, 38.)

Toimintatutkimuksen yhteisöllisyys ja sen korostaminen nousee siitä, että tutkijat osallistuvat yhdessä tutkimukseen. Yhteisöllisyys voi tarkoittaa myös yllätyksellisyttä. Kiviniemi (199,74) mainitsee yllätyksellisyyden aineiston keruun yhteydessä. Tarkkoja suunnitelmia ei voi tehdä, kun ei tiedetä, mihin tutkimuksen mukana mennään. Erityisesti Kemmis on kutsunut omaa toimintatutkimuksen lähestymistapaa osallistavaksi toimintatutkimukseksi (participatory action research) (Heikkinen & Jyrämä 1999, 49 – 50). Osallistaminen yhdistetään Heikkisen

(2001, 180) mukaan yhteisöllisyyteen, koska yhteisössä kaikki sen jäsenet osallistuvat (tai heidän toivotaan osallistuvan) päätöksentekoon ja toimintatapojen muokkaamiseen.

Toimintatutkimuksen keskeiset piirteet toteutuivat tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa. Hankkeen aikana toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seurasivat toisiaan. Tämä kehä toteutui kerta toisensa jälkeen, ja näin konsultaatiomalli rakentui eri vaiheiden kautta.

4.2.3 Yhteistyö ja yhteinen osallistuminen kehittämisen menetelminä

Tutkimuksen objektiivisuus ei toteudu perinteisessä mielessä toimintatutkimusta tehdessä. Yleensä tutkimusta tehtäessä tutkija tekee havaintojaan kohteesta ikään kuin salaa, kohdetta häiritsemättä. Näin pyritään saamaan selville mahdollisimman todellinen kohteen tapa toimia. Toimintatutkimuksessa sen sijaan toimitaan avoimesti. Tutkimuskohteelle kerrotaan mitä ollaan tekemässä, tutkijan ja kohteen välillä on myös aktiivista vuorovaikutusta. (Eskola 2005, 127.)

Toimintatutkimuksessa tutkija on osa tutkimuskohdettaan, mukana yhteisössä jota tutkii. Toiminta ja sen muutos perustuu osallistujien omaan reflektioon ja haluun kehittää omaa työtään. Kehitysideat nousevat yhteisöstä ja sen tarpeista, ei tutkijan. Yhteisön jäsenet ikään kuin vapautetaan toimimaan omaksi hyväkseen. Tutkija on mukana tässä muutoksessa. (Eskola 2005, 128.) Kemmisin ja McTaggartin (2000, teoksessa Saari 2007, 121) mukaan tutkijan on tietoisesti ja avoimesti pyrittävä vaikuttamaan tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön tai yhteisöön. Kun tutkija toimii tietoisesti, toimintatutkimuksen aikana saavutetut muutokset todentuvat hänelle, eivätkä ne jää epäselviksi myöskään arviointivaiheessa.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa tutkittavat ovat osallistujia muutos- ja tutkimusprosessissa. Tutkijoiden ja tutkittavien suhteen perustana on yhteistyö ja yhteinen osallistuminen. Lisäksi hanke suuntautuu käytäntöön ja se on ongelmakeskeistä. Tutkimusprosessi on myös syklinen. Ensin on valittu päämäärät, sitten tutkitaan ja kokeillaan käytännön mahdollisuuksia (pilotoimalla puhe-

linkonsultaatio) edetä päämääriin. Tämän jälkeen yhteenvetopalaverissa taas arvioidaan ensiaskelia ja muotoillaan sekä tarkennetaan päämääriä ym. Tutkimusprosessissa vuorottelevat suunnittelu, toiminta ja toiminnan arviointi. (Kuula 1999, 218.)

Tutkimuksellisen kehittämishankkeen edetessä pohditaan, reflektoidaan ja kehitetään työtä, kehitellään vaihtoehtoja ongelman ratkaisemiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Lisäksi tuotetaan uutta tietoa, jonka pätevyyttä arvioidaan keskustelemalla, kokeilemalla käytännössä sekä rinnastamalla sitä aikaisempaan tietoon. Kokemukset ja niihin liittyvää tietoa julkistetaan myös yhteisön ulkopuolelle. Nämä edellä mainitut asiat ovat tunnusomaisia toimintatutkimukselle. (Heikkinen ja Jyrkämä 2001, 183.)

Lahdessa ei ole aiemmin ollut konsultaatiomallia moniammatillisen yhteistyön muotona. Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen uutuusarvona onkin tämän konsultaatiomallin rakentaminen. Malli rakentuu kerätyn aineiston sekä yhteisen kehittämistyön avulla. Tutkimuksellinen kehittämishanke sisältää tutkimusta, johon tarvitaan teoriaperustaa, jolla selitetään menetelmällisiä ratkaisuja. Meitä ympäröivä maailma, empiria, ei voi olla irrallaan teoriasta: teoria selittää maailmaa. Jos nähdään, että teoria selittää ympäröivää todellisuutta, arki-ilmiöiden mallintaminen puolestaan kuvaa teoriaa. Teorian avulla on mahdollista vaikuttaa asioihin välillisesti ja se tarjoaa myös mahdollisuuden ennustaa asioita. Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen taustateoriat mahdollistavat sen, että aineistosta löytyviä asioita voidaan ennustaa. Näin ollen teorian voidaan nähdä olevan keskeisessä osassa kehittämistyön kaikissa vaiheissa. Myös analyysi on mukana koko prosessissa. (Kananen 2008, 9-12.)

4.3 Aineiston kerääminen

Konsultaatiomallin kehittämistyötä varten tarvittiin runsaasti monipuolista aineistoa. Aineiston keruussa lähdettiin liikkeelle kehittämishankkeen tavoitteesta rakentaa konsultaatiomalli neuvolan ja perheneuvolan välille. Kehitettävästä asiasta haluttiin muodostaa kokonaisvaltainen käsitys ja saada siihen eri näkökulmia,

jonka vuoksi useiden eri tutkimusmenetelmien käyttö on perusteltua. Tutkimusaineiston kerääminen useassa eri vaiheessa erilaisilla menetelmillä sisältyy myös toimintatutkimuksen periaatteisiin.

Aluksi muodostettiin tutkimuksellisen kehittämishankkeen aineiston keruuseen soveltuva strategia, jonka avulla oleellinen tieto saataisiin esiin kehittämishankkeen eri vaiheissa. Tietoa päätettiin kerätä perheneuvolan työntekijöiden, terveydenhoitajien ja perhetyöntekijöiden viidessä aluetapaamisessa, puhelinkonsultaatiokokeilusta sekä webropol-kyselyllä puhelinkonsultaation päättymisen jälkeen. Aineistoa kertyy myös viimeisestä yhteenvetopalaverista.

4.3.1 Ensimmäinen vaihe – yhteiset palaverit ja aluetapaamiset

Yhteiset palaverit toimijoiden kanssa tammi-, helmi- ja maaliskuun aikana kuuluvat tutkimuksellisen kehittämishankkeen ensimmäiseen vaiheeseen (kuvio 3).

Varsinainen tutkimusaineiston kerääminen aloitettiin ensimmäisessä vaiheessa aluetapaamisissa. Seitti-hankkeen suunnittelija esitteli aluetapaamisen aluksi hanketta ja johdatteli osallistujia aiheeseen. Tämän jälkeen perheneuvolan työntekijät ottivat tapaamisen vetovastuun. Aluetapaamiseen oli varattu yhteensä aikaa 1,5 h, josta työpajan osuus oli noin 15 minuuttia tapaamisen lopussa. Tutkimusaineistoa aluepalavereissa kerättiin kahdella menetelmällä, joista ensimmäinen oli muistioiden kirjoittaminen keskusteluista. Tärkeimpänä tämän vaiheen tavoitteena oli selvittää millaista moniammatillinen yhteistyö on tällä hetkellä perheneuvolan ja neuvolan välillä. Lisäksi aineistoa ajateltiin kertyvän työntekijöiden toiveista ja ajatuksista konsultaatiota koskien. Terveystenhoitajien ja perheneuvolan työntekijöiden (vavutiimin) tapaamisen tarkoituksena oli myös kohdata kasvokkain, jotta soittamisen kynnyksellä puhelinkonsultaatiokokeilun aikana olisi mahdollisimman matala. Tapaamisessa esiteltiin myös konsultaatiomallin kehittämiseen liittyvä opinnäytetyö.

Toisena menetelmänä aluetapaamisten aineiston keräämisessä käytettiin tulevaisuuden muistelu-työpajaa, jonka keskustelut nauhoitettiin. Kyseessä on ennakoitdialoginen, selkeyttävä verkostopalaveri-menetelmä, joka on osallistava ja rat-

kaisukeskeinen työkalu (kuvio 3). Tämä menetelmä on kehitetty sarjassa Terveystien ja hyvinvoinninlaitoksen Verkostotutkimus ja kehittämismenetelmät –ryhmän valtakunnallisia kehittämishankkeita. Ennakointidialogin avulla on mahdollista kehittää eri toimijoiden välistä yhteistyötä (Eriksson, Arnkil & Rautava 2006).

Tulevaisuuden muistelu-työpaja toteutettiin viidessä eri aluetapaamisessa ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelu oli mielekäs toteuttaa, koska aluetapaamisissa tilanne, puhelinkonsultaatiokokeilun käynnistyminen, oli yhteinen alueen kaikkien terveydenhoitajien kesken. Ryhmähaastattelua käytetään tyypillisesti silloin kun henkilöillä oletetaan olevan kokemusta tutkittavasta aiheesta. Aiheesta, tutkittavasta ilmiöstä, voidaan saada esiin uusia, tuoreita näkökulmia ryhmähaastattelun avulla. (Anttila 2006, 198.) Tutkijoiden tarkoituksena oli saada konsultaatiomallin kehittämistyön kannalta tärkeää tietoa työpajan avulla. Tulevaisuuden muistelu -työpaja oli vuorovaikutustilanne, jonka kulkua ei voinut etukäteen tietää. Näiden työpajojen keskustelut nauhoitettiin. Työpajan nauhoittamiseen oli kysytty esimiehiltä lupa sähköpostilla etukäteen, osallistujilta lupaa oli kysytty myös etukäteen sähköpostilla sekä sitä kysyttiin vielä suullisesti tapaamisen alussa.

Työpajassa esitetty kysymys terveydenhoitajille ja perhetyöntekijöille:

- Kuvitellaan, että on kulunut vuosi tästä päivästä ja puhelinkonsultaatio on jatkuva moniammatillisen yhteistyön muoto, joka toimii hyvin. Miten se vaikuttaa Sinun työhösi?

Neljässä ensimmäisessä aluetapaamisessa olivat paikalla perheneuvolan työntekijät, neuvolan terveydenhoitajat, Seitti-hankkeen suunnittelija ja opinnäytetyöntekijät. Viimeisessä viidennessä aluetapaamisessa olivat paikalla perheneuvolan työntekijät, lastensuojelun perhetyöntekijät, Seitti-hankkeen suunnittelija ja opinnäytetyön tekijät.

4.3.2 Toinen vaihe – puhelinkonsultaation pilotointi

Puhelinkonsultaatiokokeilun käynnistyttyä alkoi toinen vaihe, jossa konsultaatiota kerättiin tietoa. Puhelinkonsultaatiota varten laadittiin selkeä lomake (liite 3),

jonka tekemisessä hyödynnettiin Sylkkyyt!-raportissa (2007) esitettyjä vuorovai-
kutushoidon indikaatioita. Perheneuvolan työntekijä täytti lomakkeen jokaisen
konsultaatiopuhelun jälkeen. Yhteydenottojen määrän, niiden aihealueiden sekä
jatkotoimenpiteiden lisäksi puhelulomakkeelle kirjattiin ylös yhteydenoton tar-
peellisuus perheneuvolan näkökulmasta. Tämän vaiheen tavoitteena oli saada ai-
neistoa yhteydenottojen määrästä, aiheesta sekä siitä mihin asiakasperhe ohjautuu
puhelun jälkeen.

4.3.3 Kolmas vaihe – toimijoiden kokemukset pilotoinnista

Konsultaatiokokeilun päättymisen jälkeen siirryttiin kolmanteen vaiheeseen, jossa
haluttiin selvittää toimijoiden kokemukset puhelinkonsultaation onnistumisesta ja
hyödyistä. Tätä tietoa kerättiin webropol-kyselyn avulla, joka suoritettiin koko-
naistutkimuksena Lahden terveydenhoitajille ja perhetyöntekijöille (liite 4). Kyse-
ly pyrittiin laatimaan siten, että se täyttäisi hyvän kyselyn kriteerit (Heikkilä,
2008). Kysymyksissä kysyttiin vain yhtä asiaa kerrallaan, ja kaikilla kysymyksillä
oli selkeä merkitys tutkimuksen kannalta. Kyselystä oli tarkoitus tehdä helposti
vastattava, jotta siihen saataisiin mahdollisimman paljon vastauksia. Myös vastaa-
jien osallistumisen merkitystä konsultaatiomallin kehittämistyössä haluttiin koros-
taa saatekirjeessä. Kysely testattiin ennen sen julkaisemista. Webropol-kyselyn
kysymykset muodostettiin aluetapaamisten aineiston analyysin sekä D'Amourin
ym. (2008) mallin pohjalta.

Ensimmäisenä webropol-kyselyssä kysyttiin, oliko vastaaja käyttänyt konsultoin-
timahdollisuutta kokeilun aikana. Mikäli vastaaja oli käyttänyt puhelinkonsulta-
tiota, häneltä kysyttiin tähän konsultaatiotapahtumaan liittyviä väittämiä. Aluksi
oli tarkoitus, että kaikki vastaajat vastaavat myös näihin konsultaatiota koskeviin
kysymyksiin. Kyselystä saatiin kuitenkin palautetta, jonka mukaan kysymyksiin ei
voi vastata jos ei ole käyttänyt konsultaatiota. Samassa palautteessa kritisoitiin
sitä, että arviointiasteikko oli vain neljäportainen, vaihtoehto ”ei samaa eikä eri
mieltä” puuttui. Kyselyä ei kuitenkaan muutettu viisiportaiseksi, koska helpot ”en
osaa sanoa”-vastaukset haluttiin välttää. Ensimmäisen sarjan kysymyksiin vas-
taaminen kuitenkin rajattiin toiveen mukaan niihin, jotka käyttivät puhelinkonsul-

taatiota hyväkseen ja soittivat perheneuvolaan soittoaikoina. Puhelinkonsultaatiota arvioivia kysymyksiä olivat

Puhelinkonsultaatio oli hyödyllinen.

Puhelutilanteessa syntyi luottamusta.

Puhelun aikana syntyi yhteinen näkemys tilanteesta.

Puhelinkonsultaatioaikoja oli riittävästi.

Moniammatillista yhteistyötä arvioivat kysymykset laadittiin aluetapaamisten muistioiden ja tulevaisuuden muistelu –työpajojen nauhoitteiden materiaalin pohjalta. Aineistosta tuli esiin D’Amourin ym. (2008) mallin mukaisten indikaattoreiden perusteella taulukon 2 mukaiset kysymykset. Johtamisen indikaattoria ”keskittäminen” käsittelevä kysymys jäi loppuvaiheessa pois varsinaisesta kyselystä, koska keskushallinnon roolia koskevaa kysymystä ei nähty relevanttina kehittämistyön kannalta. Kysymyksiin vastattiin samalla Likertin neliportaisella asteikolla.

Taulukko 2. Webropol-kyselyn teemat operationalisoituna D'Amourin ym. (2008) mallin mukaan

	Indikaattori	Webropol-kyselyn kysymys
Jaetut päämäärät ja visio	Päämäärät	Neuvolan ja perheneuvolan välisellä toiminnalla on yhteinen päämäärä.
	Asiakaskeskeys vs muut lojalisuudet	Yhteistyö neuvolan ja perheneuvolan välillä nousee työntekijän tarpeista. Yhteistyö neuvolan ja perheneuvolan välillä nousee työyhteisön tarpeista.
Sisäistäminen	Yhteistyösuhteet	Yhteispalavereihin osallistumiselle on mahdollisuuksia. Yhteispalavereihin osallistumiselle on aikaa.
	Luottamus	Neuvolan ja perheneuvolan työntekijöiden välillä on luottamusta.
Johtaminen	Keskittäminen	
	Johtajuus	Perustyötä ohjataan voimakkaasti ”ylhäältä”, esimiestasolta.
	Innovoinnin tukeminen	Työn omaehtoiselle kehittämiselle on mahdollisuuksia.
	Kyky liittää toimijat yhteen	Virtuaalisille yhteistyötavoille olisi tarvetta (esim. intranetin välityksellä)
Formalisointi	Virallistamisen työkalut	Ammatillista ohjausta on saatavilla.
	Tiedon jakaminen	Työntekijä tietää, minkä palvelun piiriin lapsiperheet voidaan ohjata eri tilanteissa.

Edellisten kysymysten lisäksi webropol-kyselyyn liitettiin kaksi avointa kysymystä, joiden avulla haluttiin saada vielä lisätietoa yhteistyötä tukevista asioista ja konsultaatiomallin käytännön toteuttamisesta.

Mitkä tekijät tukevat yhteistyötä eri toimijoiden (esim. neuvola ja perheneuvola) välillä?

Millainen konsultaatiomalli olisi mielestäsi toimiva?

Webropol-kysely julkaistiin puhelinkonsultaation päätyttyä kesäkuun alussa ja se oli avoinna n. kesäkuun puoleen väliin asti. Vastauksia oli tullut ainoastaan 7 yhteenvetopalaveriin mennessä. Nämä vastaukset tuotiin kuitenkin jo 9.6.2011 pidettyyn yhteenvetopalaveriin. Kyselyyn tuli yhteensä 15 vastausta sen sulkeutumiseen mennessä.

4.3.4 Neljäs vaihe – kerätyn tiedon tiivistäminen konsultaatiomalliksi

Kehittämishankkeen neljäs vaihe oli yhteenvetopalaveri, jossa tarkoituksena oli käydä läpi puhelinkonsultaatiokokeilun kokemuksia, webropol-kyselyn tuloksia sekä ehdotus uudeksi konsultaatiomalliksi. Yhteenvetokeskustelussa esiin tulleet toiveet kirjattiin ylös ja huomioitiin konsultaatiomallin rakentamisessa. Vuoropuhelun toivottiin selkiyttävän yhteistä näkemystä siitä, millainen hyvin toimiva konsultaatiomalli voisi olla. Neljännessä vaiheessa kaikki se tieto, joka oli tullut esiin tutkimuksellisen kehittämishankkeen aikaisemmissa vaiheissa, tiivistyi yhteiseksi näkemykseksi konsultaatiomallista.

4.4 Yleistä aineiston analyysistä

Tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa pyrittiin laatuun eli tutkimuksen tulkin-tojen kestävyteen ja syvyyteen. Aineiston käsittelyssä pyrittiin eri näkökulmien ja lähteiden käyttämiseen eli aineistotriangulaatioon, sillä se tarjosi monipuolisen datapohjan. Menetelmätriangulaatio oli perusteltua tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa myös kokonaiskuvan ja erilaisten näkökulmien muodostamiseksi

kehitettävästä asiasta. Analyysivaiheessa pyrittiin löytämään aineistosta esim. rakenteita, säännönmukaisuuksia, teemoja tai malleja. Lisäksi aineistosta voitiin hakea esim. toiminnan logiikkaa, prosesseja, selitystä ilmiölle, samanlaisuutta tai erilaisuutta. Kanasen (2008, 39) mukaan saadun tiedon työstäminen ei ole pelkästään analyysiä, vaan se on myös synteisiä, jonka avulla ajatuksia kootaan yhteen ja niiden välille pyritään muodostamaan loogisia yhteyksiä.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa aineiston analyysi oli alutetapaa-
misten muistioiden, työpajanauhoitteiden ja kyselyjen avointen kysymysten tuot-
taman aineiston osalta sisällönanalyysiä. Kerätyn aineiston sisällön analyysin ta-
voitteena oli pyrkiä kuvaamaan sanallisesti mm. ääninauhojen sisältöä. Yleinen
menetelmä aineiston sanalliseksi muuntamisessa on ensimmäisessä vaiheessa ai-
neiston litterointi eli sana sanalta kirjalliseen muotoon saattaminen. Tämän jäl-
keen aineistoon on helpompi perehtyä uudestaan ja uudestaan. Riittävän aineis-
toon perehtymisen jälkeen aloitetaan pelkistettyjen ilmausten etsiminen. Aineiston
kieltä käännetään tutkijan kielelle mahdollisimman tarkasti alkuperäistä tekstiä
kunnioittaen. Kun pelkistetyt ilmaukset saadaan listattua, näistä ilmauksista ryh-
dytään etsimään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Vaihe vaiheelta kirjallinen
aineisto ja sen sisältö saadaan muunnettua erilaisia ilmiöitä kokoaviksi käsitteiksi.
(Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109.)

Jos aineistoanalyysi tehdään puhtaasti aineistolähtöisesti, voidaan analyysissä
erottaa kolme päävaihetta. Ensin aineisto pelkistetään eli redusoidaan, tämän jäl-
keen aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan ja ryhmittelyn pohjalta luodaan teo-
reettisia käsitteitä (abstrahointi). Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa
puhelinkonsultaation mallia kehitettäessä tausta-ajattelussa oli voimakkaasti mu-
kana D'Amourin ym.(2008) moniammatillisen yhteistyön malli. Aineisto käsitel-
tiin teoriaohjaavasti. Tässä analyysimuodossa teoreettisten käsitteiden luomista
ohjaa jokin teoria ja tausta-ajattelu. Kun kerätystä aineistosta haluttiin löytää hy-
vin toimivan moniammatillisen yhteistyön elementtejä, analyysia ohjasi olemassa
oleva tieto hyvin toimivasta yhteistyöstä. Mikäli taustateoriassa ei olisi ollut ole-
massa valmista mallia ja typologiaa, aineiston analyysi olisi todennäköisesti toteu-
tunut aineistolähtöisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-119.)

Kun aineistoa tutkitaan laadullisella menetelmällä, aineiston kokoa ei Vilkan (2005, 115) mukaan säätele määrä, vaan laatu. Analyysivaihetta ja tiedonkeruuvaihetta ei voinut erottaa toisistaan, vaan ne kietoutuivat toisiinsa vaikuttaen toinen toiseensa tässäkin kehittämishankkeessa. (Kananen 2008, 58.)

4.4.1 Aluetapaamisten tuottaman materiaalin analyysi

Aluetapaamisten työpajojen nauhoitteet litteroitiin. Lisäksi aluetapaamisten keskusteluista laadittiin tarkat muistiot. Kun dialogi aluetapaamisissa kerätyn aineiston kanssa aloitettiin, alkoi aineistosta tulla esiin merkityksellisiä asioita D'Amourin ym. (2008) mallin mukaisesti. Analysointi aloitettiin työpajoista saadun litteroidun aineiston analyysillä. Aineistosta lähdettiin etsimään D'Amourin ym. (2008) moniammatillisen mallin mukaisia indikaattoreita, joiden avulla voidaan luonnehtia millä yhteistyön tasolla ollaan. D'Amourin ym. (2008) luomassa typologiassa on kolme tasoa, joilla indikaattorit ilmenevät eri lailla (taulukko 1). Aluetapaamisten aineistosta oli mahdollista poimia jokaiseen indikaattoriin liittyviä asioita. Nämä puheenvuorot ryhmiteltiin indikaattorien mukaan. Tulkintaan vaikutti sekä esiymmärrys asiasta että kirjallisuuteen perustuva tieto aiheesta. Lisäksi nauhoista etsittiin sisällön analyysin avulla yhteisiä tekijöitä ja teemoja, jotka koettiin tärkeinä kehittämistyön kannalta. Näihin tekijöihin vaikuttamalla oli tavoitteena saavuttaa toivottu tilanne, tiivistää ja kehittää moniammatillista yhteistyötä.

Aluetapaamisia varten laaditun havainnointilomakkeen (liite 2) laatimisessa käytettiin myös moniammatillisen yhteistyön mallia (D'Amour et al. 2008). Havainnointilomakkeita ei kuitenkaan täytetty tapaamisissa, vaan lomaketta päätettiin hyödyntää aineiston analyysissä nostamalla keskustelusta esiin eri indikaattoreihin liittyviä ilmiöitä ja puheenvuoroja.

Prosessissa arvioitiin jatkuvasti analyysiä ja kykyä hahmottaa teorian ja käytännön välinen yhteys. Tämä oli edellytyksenä aineiston ja siitä tehtävien tulkintojen ja luokittelun saamiseksi yhteensopiviksi teoriaperustan kanssa. (Kananen 2008,

17.) Tulevaisuuden muistelu -työpajojen aineiston analyysivaiheessa selkiytyivät myös tulevan webropol-kyselyn kysymykset.

4.4.2 Puhelinkonsultaation ja webropol-kyselyn tuottaman materiaalin analyysi

Puhelinkonsultaatiokokeilun aikana puheluita tuli ainoastaan kolme (3), joten lomakkeiden analyysi oli hyvin yksinkertainen prosessi. Webropol-kyselyyn vastasi 15 työntekijää, jolloin vastausprosentiksi tuli 33 %. Kyselyssä osa kysymyksistä oli Likertin asteikolla vastattavissa, ja ne analysoitiin käyttäen frekvenssijakaumia. Webropol-ohjelman avulla kyselyn vastauksista saatiin tiedot vastausmäärästä ja ne olivat muutettavissa prosenttiosuuksiksi eri vastausvaihtoehtojen suhteen. Osa kysymyksistä oli avoimia, ja ne analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla.

4.4.3 Yhteenvetopalaverin tuottaman materiaalin analyysi

Yhteenvetopalaverissa olivat läsnä perheneuvolan työntekijät, neuvolan esimies, Seitti-hankkeen suunnittelija sekä opinnäytetyön tekijät. Palaverissa käytiin läpi puhelinkonsultaatiokokeilun kokemuksia, webropol-kyselyn tuloksia sekä tutkijoiden ehdotus uudeksi konsultaatiomalliksi. Avoimessa ja vapaassa keskustelussa tulivat esiin toiveet siitä, miten konsultaatio tulevaisuudessa tulisi toteuttaa. Toiveet kirjattiin ylös ja ne huomioitiin mallin rakentamisessa. Palaverissa esiteltiin hahmotelma konsultaatiomallista ja yhdessä aktiivisen vuoropuhelun avulla saatiin aikaan toimijoiden kanssa yhteinen näkemys siitä millainen hyvin toimiva konsultaatiomalli voisi olla. Toiveet konsultaation toteutuksesta tulevaisuudessa huomioitiin myös kerätyn aineiston analyysissä.

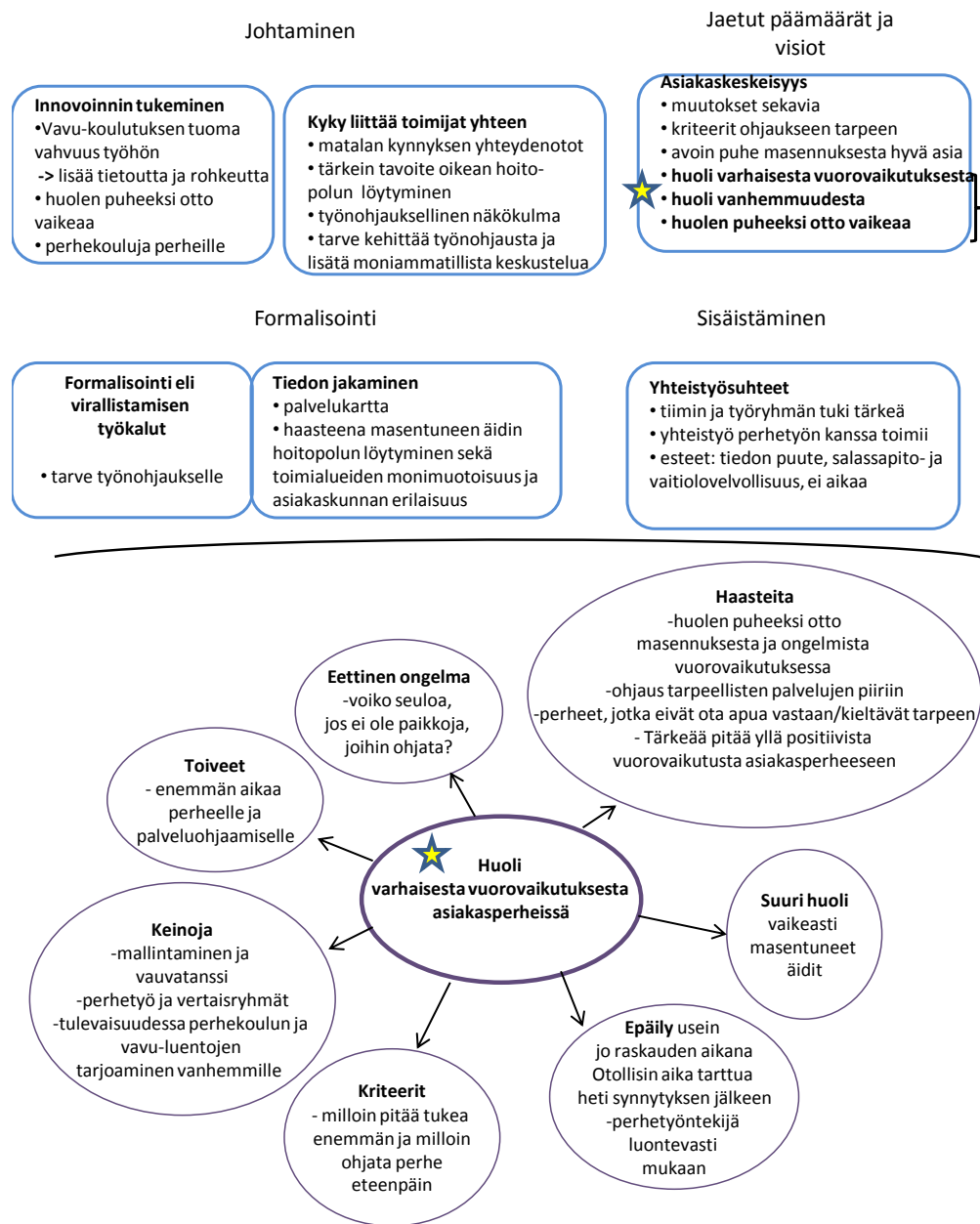
5 KEHITTÄMISEN KAUTTA KONSULTAATIOMALLIKSI

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa pääpaino ei ollut tutkimuksessa, vaan toiminnan kehittämisessä. Kehittäminen etenee aiemmin kuvailtujen vaiheiden kautta (kuvio 3) koko ajan tavoitehakisesti. Lopulta hankkeen päättyessä eri kehittämisvaiheiden tuottaman tiedon avulla saadaan rakennettua konsultaatiomalli. Ensimmäisen vaiheen tavoitteena oli selvittää moniammatillisen yhteistyön tila tällä hetkellä. Toisen ja kolmannen kehittämisvaiheen kautta edetään viimeisen vaiheen tavoitteeseen, jossa pyritään saamaan aikaan yhteinen näkemys hyvin toimivasta konsultaatiomallista.

5.1 Moniammatillisen yhteistyön tila

Moniammatillisen yhteistyön kannalta asiakaskeskeisyys on erityisen haasteellista terveydenhoitajien ja perhetyöntekijöiden asiakkaina olevissa perheissä. Asiakaskeskeisyyteen liittyen erityisesti huoli vanhemmuudesta sekä huolen puheeksi otto korostuivat. Aluetapaamiskeskusteluissa nousi erityisen voimakkaasti esiin huoli varhaisesta vuorovaikutuksesta asiakasperheissä. Aluetapaamisissa käydyistä keskusteluista saatu tieto tiivistyi seuraavaksi kuvioksi, jossa esitellään moniammatillisen yhteistyön osatekijät (kuvio 5). Lisäksi kuviossa on nähtävissä varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvät teemat.

Moniammatillisen yhteistyön osatekijöitä aluetapaamisten keskusteluiden perusteella



Kuvio 5. Yhteenvedo moniammatillisuuden tilaa käsittelevistä tuloksista

D'Amourin ym. (2008) mallin mukaisesti jäsenneltyä, sekä varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen liittyviä tekijöitä neuvola- ja perhetyössä.

5.1.1 Jaetut päämäärät ja visio

Yksilöiden välisistä suhteista D'Amourin ym. (2008) mallin mukaisesti tarkasteltavissa olivat yhteistyön jaetut päämäärät ja visio (kuvio 5). Asiakaskeskeisyyden käsite nousi toistuvasti esiin jaettujen päämäärien ja visioiden yhteydessä.

Päämäärät. Keskusteluissa tuli esiin eri toimijoiden yhteinen ja yksimielinen tavoite löytää yhdessä keinoja auttaa ja tukea asiakasperheitä. Tapaamiset toimivat kanavana jakaa huolen aiheita, tunnistaa yhteinen tavoite sekä aloittaa työ sen saavuttamiseksi. Konsultaatio nähtiin hyvänä yhteistyövälineenä tämän päämäärän saavuttamiseksi.

Asiakaskeskeisyys. Aluetapaamisten keskusteluissa painottuivat erityisesti asiakassuhteet. Vaikutti siltä, että kaikki terveydenhoitajat pitivät hyvää vuorovaikutusta asiakkaaseen tärkeänä ja heidän orientaationsa oli hyvin asiakaskeskeinen. Neuvolatyön uusi haaste on mm. laajennetut terveystarkastukset, jotka pohdituttivat hoitajia. Myös uusien mittareiden tuleminen ja monet muutokset tuntuvat työntekijöistä sekavilta. Toisaalta mm. EPDS- seula on käytössä ja seula koettiin hyväksi välineeksi. Seuloja tehdessään hoitajat varaavat riittävästi aikaa myös tulosten purkamiselle keskustellen asiakkaan kanssa. Esimerkiksi eräs hoitaja kertoi asiakkaansa saaneen seulasta 22 pistettä, eikä hoitaja olisi välttämättä tarkastuksen yhteydessä huomannut äidin alakuloisuutta. Seulan avulla oli mahdollista keskustella asiasta enemmän. Pisteiden jälkeen asia oli hoitajan mielestä jotenkin konkreettisempi ja helpompi käsitellä. Suurin huoli seulan käyttämiseen on liittynyt siihen, mihin ohjata äiti seulonnan jälkeen. Pohdittiin, mitä tehdään, kun huoli herää, mihin otetaan yhteyttä ja miten.

Terveydenhoitajat kuvasivat arkista työtään erittäin tiiviiksi, ”*ei siinä kerkeä ylimääräisiä asioita paljon selvittelemään*”. Asiakasperheen kohtaamiselle luo paineita se, että koko perheen hyvinvointia pitäisi pystyä tukemaan varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen ohessa. Varhaista vuorovaikutusta nostetaan esiin neuvolakäynneillä, ja terveydenhoitajat toivoisivatkin kriteereitä siihen, milloin on syytä tukea perhettä enemmän, tai ohjata perhe eteenpäin. Palveluohjaaminenkin vaatii aikaa. Pitäisi olla enemmän aikaa perheelle ja vuoropuhelulle perheen kanssa.

Aina asiakkaalla ei ole edes voimia hoitaa asioita itse ja näissä tilanteissa terveydenhoitaja voi yhdessä soittaa asiakkaan kanssa perheneuvolaan varatakseen aikaa.

Huolen puheeksi ottaminen koetaan joskus vaikeaksi. Terveydenhoitajien mukaan on hyvin haastavaa kertoa asiakasperheelle epäily ongelmista vuorovaikutussuhteessa tai huoli masennuksesta. Yhtäläillä terveydenhoitajat kokevat haasteellisena äitien ohjaamisen tarpeellisten palveluiden piiriin. Haastavuus tilanteissa syntyy siitä, että on tärkeää ylläpitää positiivista vuorovaikutusta asiakkaaseen negatiivisista asioista huolimatta ja myös siksi, että asiakkuus jatkuu huolen puheeksi ottamisen jälkeen. Terveydenhoitajat pohtivat kuinka ottaa puheeksi vaikeat asiat niin, että asia ymmärretään ja yhteistyö voi luontevasti jatkua. Toisaalta vaikka asiakas on saattanut ärsyntyä puuttumisesta, on tilanteista aina selvitty hyvin ja yhteistyö on jatkunut.

Terveydenhoitajalta vaaditaan kuitenkin rohkeutta ja uskallusta tuoda esiin huoli vuorovaikutussuhteen kehittymisestä ja laadusta tai muista kielteisistä asioista. Ne ilmaistaan harvoin suoraan. Yksi keino on kuvailla vanhemmalle hänen käytöstään sekä vauvan reagointia siihen. Toinen ratkaisu on esimerkin näyttäminen ja suositeltavan toiminnan mallintaminen asiakkaan kanssa.

Terveydenhoitajien työtä hankaloittaa se, että osa huoliperheistä ei itse koe elämässään olevan haasteita, eivätkä ole valmiita ottamaan aina apua vastaan. Haasteena näissä tilanteissa on huolen esille ottaminen ja huolen ymmärtäminen sekä miten tarjota apua perheelle. Terveydenhoitajat pohtivat mistä voi saada lisätukea, välineitä tai konsultaatiota asioiden eteenpäin viemiseksi.

Toisaalta huolen puheeksi ottamiseen on liittynyt mös turhautumista ja ahdistumista, koska aiemmin ei ole ollut paikkoja, mihin ohjata lapsia ja perheitä varhaisen vuorovaikutuksen ongelmissa. Terveydenhoitajat ovat joutuneet hyvin vaikean eettisen pulman eteen pohtiessaan voivatko seuloa, puuttua perheen ongelmiin, jos ei ole tarjota apua. Tälläkin hetkellä tilanne koetaan vähän sekavana. Positiivista on, että pikku hiljaa alkaa tulla uusia palveluita varhaiseen vuorovaikutuksen tukemiseen ja hoitoon. Terveydenhoitajat kokivat hyvinä väylinä perheiden oh-

jaamisen perhetyöhön, Peukaloisiin (Ensi- ja turvakodin päiväryhmä 0-2-v. lapsille), Dilan Timanttien-ryhmään ja erilaisiin vertaisryhmiin. Lisäksi terveydenhoitajan on mahdollista ohjata asiakas psykiatrisen sairaanhoitajan tai kriisikeskuksen palveluiden piiriin. Eräällä alueella pidetään äideille syliryhmiä ja tarvittaessa varhaisen vuorovaikutuksen tuen tarvitsijat pyritään ohjaamaan ryhmään.

Todettiin, että ns. perhekoulut, jotka tarjoavat tukea perheen vuorovaikutussuhteisiin, olisivat tarpeellinen tuen muoto joillekin perheille. Varhaisen vuorovaikutuksen menetelmänä hoitajat pohtivat esim. vauvatanssia, jota voisi hyödyntää neuvolakäynneillä ohjaustilanteissa. Se voisi tuoda näkyviin yhdessä olon tärkeyden. Vanhemmille voisi olla myös luentoja varhaisesta vuorovaikutuksesta.

Vuorovaikutukseen liittyvien häiriöiden lisäksi perheillä on muitakin ongelmia. Tällä hetkellä esim. parisuhdeasiat tuntuvat olevan erityisesti esillä. Terveydenhoitajien mielestä on selkeästi niitä perheitä, joilla menee hyvin ja niitä, joilla menee todella huonosti. Avioero-perheet ovat yksi huolen aihe. Perheet eroavat yllättäen. Terveydenhoitajien mielestä tulisi tietää, miten tukea parisuhdetta, mitkä ovat esim. kriittiset merkit, milloin pitäisi ohjata tuen piiriin.

Esimerkkinä terveydenhoitajan näkemys parisuhteeseen liittyvistä huolenaiheista: *”Nää on ainakin nää parisuhdeasiat... , mutta miten lähestyä niitä asioita. Ne on monta kertaa niille vanhemmille aika arkoja ja herkkiäkin alueita... Kokemuksia on että on näyttänyt että kaikki menee hienosti, hymyillään ja kaikki on kunnossa ja ei mitään huolia. Sit yks kaunis kerta äiti tulee, istahtaa siihen ja purskahtaa itkuun kun kysyy mitä kuuluu. ”Mä olen jättänyt avioerohakemuksen”. Jotenkin tuntuu siltä että olisko mun pitänyt huomata jotain aikaisemmin. Kyllä mä tiedän että kulissit osataan pitää pystyssä mut että miten kysyä siinä matkan varrella, miten otetaan nää asiat huomioon. Niissä puitteissa mitä ehditään.”*

Terveydenhoitajilla on selkeästi myös huoli nykyvanhemmuudesta. Vanhemmat ostavat kaikenlaisia tavaroita vauvanhoidon helpottamiseksi, mutta saattavat unohtaa yhdessä olon ja vauvan sylissä pidon merkityksen. Yhteiskunnan kiire ja suorituskeskeisyys näkyy siten, että vauva on eräänlainen projekti muiden projektien joukossa.

Todettiin, että onneksi nykyään puhutaan paljon avoimemmin äitien masennuksesta. Usein epäily masennuksesta ja tulevista vuorovaikutusongelmista näkyy jo raskauden aikana. Otollisin aika tarttua vuorovaikutuksen häiriöihin on suoraan synnytyksen jälkeen, jolloin perheen on luontevampaa hyväksyä esimerkiksi perhetyöntekijä perheen avuksi. Terveystenhoitajat kyselevätkin äideiltä hyvin luontevasti heidän jaksamistaan joka neuvolakäynnillä. Isät ovat usein mukana äitien kanssa neuvolassa tai ensimmäisellä kotikäynnillä ja isäkuukautta käytetään. Neuvoloissa on havaittu, että isät kantavat huolta äitien jaksamisesta ja tuovat huolen usein julki neuvolakäynnillä. Tällöin on helppo keskustella myös isän kanssa äidin jaksamisesta, ja siitä mitä synnytyksen jälkeinen masennus tarkoittaa, miten se voi näkyä kotona ja milloin pitää ottaa yhteyttä neuvolaan. Myös vavuhaastattelussa masennus otetaan puheeksi. Vaikeasti masentuneet asiakkaat ovat edelleen haasteellinen ryhmä ja ilman selkeää hoitopolkua.

Haasteelliseksi koettiin myös ne äidit, jotka ovat jatkuvasti alavireisiä niin, että alavireisyys näkyy jo lapsissa, ja miten tämä huoli tulisi nostaa esille. Äidille se saattaa olla ”normaali” tavanomainen tila ja hän ei itse koe mitään tarvetta puuttua tilanteeseen. Miten tuoda huoli lapsista esille? Erityisen haasteellisia ovat myös ulkomaalaiset puoliset sekä sellaiset perheet, missä kaikki on erityisen hyvin tai äidin EPDS- seulan pisteet ovat 0 eli elämä on ”täydellistä ja upeaa”. Ei ole oikeastaan mitään, mihin voisi puuttua, vaikka todellisuudessa vaistoaa asioiden olevan toisin. Myös äkilliset perheen tilanteet muutokset voivat johtaa salailuun, esim. vakavat sairastumiset perheen sisällä. Nämä asiat vaikuttavat varhaiseen vuorovaikutukseen.

Perheneuvolan asiakkailla on usein kasvatukseen, perheongelmiin tai lasten kehitykseen liittyviä haasteita. Perheet tarvitsevat apua usein nopeasti ja perheneuvolassa katsotaan avun kiireellisyyden tarve. Perheneuvolakäynnillä on usein koko perhe paikalla, mutta käyntien osallistujat rakentuvat perheen tarpeen mukaan. Kotikäyntejä perheisiin tehdään harkinnanvaraisesti, tällä hetkellä hyvin harvoin. Asiakkaat ottavat itse yhteyttä perheneuvolaan, vaikka heidät olisi ohjattu palvelun piiriin. Yhä useammin isät ottavat ensimmäisenä yhteyttä perheneuvolaan.

5.1.2 Sisäistäminen

Yksilöiden välisistä suhteista D'Amourin ym. (2008) mallin mukaisesti sisäistämiseen liittyen tarkasteltiin yhteistyösuhteita (kuvio 5), joissa työyhteisön tuella näytti olevan suuri merkitys.

Yhteistyösuhteet. Kun työntekijällä herää huoli, luontevin apu löytyy työyhteisöstä ja vuoropuhelusta muiden työntekijöiden kanssa. Tukea saadaan niin tiimistä kuin erilaisista työryhmistäkin. Pulmallisista tilanteista voi keskustella työtovereiden kanssa. Suuren huolen herätessä on apu usein löytynyt työyhteisöstä ja keskusteluista.

Usein tukea tarvitsevilla perheillä on hyvin niukka sosiaalinen verkosto, eivätkä he saa vertaistukea tai apua arkeen tutuiltaan. Näille perheille on tarjota kotipalvelun perhetyön Viitoset-palvelu. Perhetyön mahdollisuuden hyödyntämisen resurssit ovat tällä hetkellä hyvät ja perhetyöntekijöitä markkinoidaan perhevalmennuksessa. Moniammatillinen työ perhetyön kanssa toimii nyt hyvin. Mikäli perheessä käy perhetyöntekijä, pitävät terveydenhoitaja ja perhetyöntekijä yhteyttä perheen asioista tapauskohtaisesti. Perhetyöntekijä voidaan kutsua mukaan neuvolaan samalle käynnille tai lähteä tarvittaessa perhetyöntekijän kanssa yhteiselle kotikäynnille perheen luokse.

Keskusteltiin myös niistä huoliperheistä, jotka eivät jaksakaan hakeutua palveluiden piiriin. Näiden perheiden kohdalla voisi palveluihin hakeutumista helpottaa, jos perheneuvolan työntekijä voisi tulla neuvolakäynnille mukaan. Terveydenhoitajat myös pohtivat yhteistyön tiivistämistä perhetyön Viitosten kanssa viidennen kerän jälkeen esim. järjestämällä vielä yksi yhteinen tapaaminen niin, että läsnä olisivat terveydenhoitaja ja perhetyöntekijä yhdessä perheen kanssa. Tapaamisessa mietittäisiin tuen tarpeen jatkumista ja perheen tilannetta. Joillakin perheillä olisi tarvetta pidemmällekin tuelle, mutta joskus esteeksi nousee palvelun maksullisuus. Huonokuntoiset vanhemmat eivät jaksakaan toimittaa tuloksetyksiä, ja päätyvät joskus ratkaisuun, etteivät jatka palvelua, koska siitä tarvitsee maksaa.

Yhteistyöpalaverit nousivat myös keskusteluissa esille. Perustyötä eli asiakastapaamisia on paljon, niitä ei voi siirtää eikä venyttää myöhäiseksi yhteistyötapaamiseen osallistumisen vuoksi. Lisäksi terveydenhoitajat sijaistavat toinen toisiaan ja se tuo jatkuvia muutoksia aikatauluihin. Usein yhteistyötapaamiset ovat ne, mistä on helpoin vähentää. Vaikka aika ja mahdollisuudet ovat vähissä, usein yhteistyö kuitenkin antaa paljon. Hyviä kokemuksia onnistuneesta moniammatillisesta yhteistyöstä on ollut mm. psykiatrisen sairaanhoidon kanssa.

Eräällä alueella yhteistyön kuvailtiin toimivan hyvin niin lastensuojelun kuin päivähoitonkin kanssa. Lastensuojelun kanssa on esim. tapaaminen kaksi kertaa vuodessa. Aiemmin tiimeissä on ollut mukana myös perheneuvolan työntekijä. Se koettiin hyväksi ja toimivaksi tavaksi. Jollain alueella yhteistyön lastensuojelun kanssa kuvaillaan toimivan ”jollain tasolla”. Usein kuitenkin yhteistyön esteeksi saattaa lastensuojelun kanssa tulla tiedon puute, kun tieto ei kulje mm. vaitiolovelvollisuuden vuoksi. Aina ei voida keskustella asiakkaista yhdessä.

Perheneuvolan työntekijät esittäytyivät aluetapaamisissa ja kertoivat perheneuvolan palveluista. He kysyivät terveydenhoitajilta varhaisen vuorovaikutuksen näyttäytymistä neuvoloissa. Keskustelua syntyi siitä minkä ikäisten lasten asioissa konsultaatiota voi käyttää. Häiriöt varhaisessa vuorovaikutuksessa eivät kosketa ainoastaan vauvaperheitä, vaan voi olla kyse isommastakin lapsesta. Samoin vauvan synnyttyä perheessä saattaa tulla ongelmia sisarusten kanssa. Varhainen vuorovaikutus koskettaakin hyvin laajaa kohdejoukkoa. Terveydenhoitajat kokevat konsultaatiomahdollisuuden perheneuvolaan tarpeellisena.

Luottamus. Keskusteluissa tuli esiin se, että eri ammattiryhmien asiantuntijuudet tunnistettiin. Paikalla olleet työntekijät luottivat toistensa ammattitaitoon, osaamiseen ja yhteistyön sujumiseen. Henkilökohtainen ja ammatillinen tutustuminen, luottamuksellinen ilmapiiri ja kokemus yhteistyöryhmään kuulumisesta rakensivat perustan toimijoiden yhteistyölle.

5.1.3 Johtaminen

Organisaation ominaisuuksiin liittyvät tekijät D'Amourin ym. (2008) mallin mukaisesti ovat innovoinnin tukeminen ja kyky liittää toimijat yhteen (kuvio 5). Innovoinnissa nousi esiin erityisesti koulutusten tuoma tietous ja rohkeus. Kykyyn liittää toimijat yhteen nousi esiin puhelinkonsultaatiokokeilu sekä tarve moniammatilliselle keskustelulle. Keskittäminen eli keskushallinnon roolia koskeva indikaattori, ja johtajuuden indikaattori eivät tulleet esiin keskusteluissa.

Innovoinnin tukeminen. Työntekijät kertoivat vavu-koulutuksen tuomasta vahvuudesta työhön, siitä miten koulutus toi lisää tietoutta ja vahvisti rohkeutta tehdä vavu-työtä ja ottaa työmenetelmiä, esim. vavu-haastatteluja, käyttöön. Terveystenhoitaja voi toteuttaa vavutyötä jokaisessa asiakaskohtaamisessa.

Kyky liittää toimijat yhteen. Perheneuvolan työntekijät kertoivat, että heille voi soittaa mahdollisimman matalalla kynnyksellä, anonymistikin, kun huoli herää lapsesta tai perheen tilanteesta. Ei tarvitse olla kyse vain pienemmästä lapsesta tai vauvasta, vaan voi soittaa isommankin lapsen kohdalla ilmenevistä varhaisen vuorovaikutuksen haasteista.

Konsultaatiotilanteessa ei välttämättä ole antaa valmiita vastauksia, mutta perheneuvolan työntekijä ja terveydenhoitaja tai perhetyöntekijä saavat mahdollisuuden pohtia yhdessä asiakasperheen tilannetta, mitä voisi tehdä ja miten, mitkä asiat huolettavat jne. Samalla perheneuvolassa voidaan arvioida, mitä palveluita heillä olisi sillä hetkellä tarjota perheelle.

Puhelinkonsultaation toivotaan olevan matalakynnyksistä apua, jota voisi verrata työyhteisön ja työkavereiden väliseen keskustelevaan näkemysten vaihtoon. Terveystenhoitajien mielestä puhelinkonsultaatiosta voidaan saada ulkopuolisen ja objektiivisen näkökulman lisä sekä apua palvelutarjonnan kartoittamiseen ja palvelun valintaan.

Terveystenhoitajat kokevat perhetyöntekijöiden ja perheneuvolan työntekijöiden (puhelinkonsultoinnin) yhteistyön tärkeänä, sillä perhetyöntekijällä on usein todemmukaisempi kuva perheen arjesta ja vuorovaikutussuhteista kotioiloissa.

Puhelinkonsultaatiolla voi olla tilausta huolen indikaattorien ja mittariston määrittelyssä. Puhelinkonsultaatiolomakkeen (liite 3) esittely oli terveydenhoitajien mielestä tarpeellista, sillä lomakkeessa oli näkyvänä erilaiset syyt, joiden perusteella voi soittaa ja käydä keskustelua asiakkaan tilanteesta.

Vaikka puhelinkonsultaation tärkein tavoite on auttaa hoitopolkujen löytymisessä ja asiakkaan ohjauksessa, terveydenhoitajat nostivat yhtä oleelliseksi myös työhohjauksellisen näkökulman. Puhelinkonsultaation tuella voi myös miettiä sitä, kuinka tukea asiakasta neutraalisti ja positiivisessa yhteistyön ilmapiirissä. Terveydenhoitajat kokevat puhelinkonsultoinnin hyvänä yhteistyömuotona, koska asioiden kanssa on niin yksin työhohjauksen puuttuessa. Työhohjausta ei ole kuin vavu-koulutetuilla terveydenhoitajilla tällä hetkellä.

Puhelinkonsultaation aika koettiin haasteellisena, sillä terveydenhoitaja ei voi varata työajastaan aikaa soittamiselle, vaan ainoa vaihtoehto on soittaa asiakkaiden välissä. Terveydenhoitajien ehdotus oli sovitella etukäteen puhelinaikoja, jos mahdollista. Terveydenhoitaja voisi viestittää konsultaatiotarpeesta vavutiimille sähköisesti, ja samalla viikolla vavutiimiltä tulisi vastaus milloin puhelinaika olisi. Esitys tarvitsee pohtimista ja suunnittelua. Jatkossa konsultaatioyhteyksissä olisi hyvä tulla palautetta siitä, minkä palvelun piiriin perhe on ohjautunut.

Terveydenhoitajien tiimeissä koettiin tarvetta moniammatilliselle keskustelulle. Näihin tiimeihin voisi pyytää muita mukaan. Terveydenhoitajien mielestä olisi tarpeellista, että erityistason työntekijällä olisi aikaa tulla neuvolaan. Tämä pitäisi kuitenkin huomioida erityistason työntekijöiden resursseissa. Työhohjausta tulisi kehittää. Samoin kasvotusten tapahtuvia ”työhohjauksellisia” keskustelua/konsultointeja voisi olla myös jatkossa tiimeissä. Konsultaation lisäksi toivottiin lisäkoulutuksia esim. huolen puheeksi ottamisesta ja parisuhdeasioissa. Kun laajennetuissa tarkastuksissa tulee esille parisuhdehuolia, pitäisi neuvolassa olla sekä

tietoa että taitoa tukea ja ohjata perhettä eteenpäin. Tällä hetkellä monissa asioissa asiakasperhettä voidaan ainoastaan kannatella.

5.1.4 Formalisointi

D'Amourin ym. (2008) mallin mukaisesti formalisoinnissa tarkasteltiin tiedon jakamista sekä formalisointia eli virallistamisen työkaluja (kuvio 5). Tiedon jakamiseen liittyen keskusteluissa painottui tarve saada palvelukartta. Virallistamisen työkaluissa näkyi tarve työnohjaukselle.

Tiedon jakaminen. Palvelukartta eri palveluista, joiden pariin asiakasperheen voi ohjata, selkiyttäisi terveydenhoitajien mielestä työtä. Aiemmin on ollut haasteellista puuttua asioihin, kun ei ole ollut paikkaa, mihin perheitä ohjata. Masentuneen äidin hoitopolku alkaa kuitenkin vähitellen selkiytyä ja palveluitakin on saatavilla.

Neuvolatyön haasteena on toimialueiden monimuotoisuus ja erilaisuus asiakaskunnan rakenteessa. Asiakaskunnassa on myös havaittavissa nuorten ensisynnyttäjien määrän kasvu. Myös alueen terveydenhoitajat ovat vaihtuneet usein, ja tietyille alueille kasautuu tietynlaisia haasteita. Jollain alueella näyttäytyy perheiden huonovointisuus selkeämmin ja esim. ydinkeskustassa on paljon päihdeäitejä.

Syksyllä perheneuvola aloittaa uudenlaisen toimintatavan, jossa perheet saavat nopealla ajalla ensin arviointiajan, jolloin on tarkoitus kartoittaa huolen kiireellisyys. Perheneuvolassa alkaa myös perhekoulu, joka on suunnattu tarkkaavaisuushäiriöisille lapsille ja heidän perheilleen.

Virallistamisen työkalut. Vavu-koulutuksen aikainen työnohjaus koettiin tärkeäksi. Terveydenhoitajia huolestutti, mitä tapahtuu sitten kun työnohjaus loppuu.

5.1.5 Yhteenveto

Yhteenvetona moniammatillisuuden tilaa käsittelevistä tuloksista (kuvio 5) voidaan todeta terveydenhoitajien olevan asiakaskeskeisesti (jaetut päämäärät ja visio) orientoituneita. Eri palveluiden kenttä näyttäytyy edelleen sekavana terveydenhoitajille. Myös muutokset koetaan sekavina, mutta uudet työvälineet koetaan myös tarpeellisina, kuten EPDS-seula. Asiakaskeskeisyyteen liittyen painottui myös huoli varhaisesta vuorovaikutuksesta perheissä sekä huoli nykyvanhemmuudesta ja siitä kuinka tunnistaa esim. parisuhdeongelmat. Huolen puheeksi ottaminen koettiin usein vaikeaksi. Avointa keskustelua masennuksesta pidetään hyvänä.

Yhteistyösuhteissa (sisäistäminen) pidetään tärkeänä tiimin ja työryhmän tukea ja vuoropuhelua. Yhteistyö perhetyöntekijöiden kanssa koetaan hyväksi, ja resurssit perhetyön hyödyntämiseen ovat tällä hetkellä hyvät. Yhteistyön esteiksi koetaan tiedon puute sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuus. Moniammatilliselle yhteistyölle ja palavereille ei koeta olevan aikaa, mutta kun yhteistyötä on tapahtunut, on siitä ollut hyviä kokemuksia.

Innovointia (johtajuus) tukevat mm. koulutukset. Vavu-koulutuksen koetaan tuoneen vahvuutta työhön, se on lisännyt sekä tietoutta että rohkeutta. Huolen puheeksi otto koetaan edelleen vaikeaksi. Terveydenhoitajat toivovat perhekouluja vanhemmille.

Kykyyiin liittämään toimijat yhteen (johtajuus) toivottiin matalan kynnyksen yhteydenottoja konsultaation aikana. Terveydenhoitajat kokivat ulkopuolisesta ja objektiivista näkökulmasta olevan apua palveluiden kartoittamiseen ja valintaan. Hoitopolun löytymistä pidettiin konsultaatiokokeilun tärkeimpänä tavoitteena, mutta tärkeäksi koettiin myös konsultaation työnohjauksellinen näkökulma. Työnohjauksen kehittämisen ja moniammatillisen keskustelun tarve tuli myös esiin keskusteluissa. Terveydenhoitajien ja perhetyöntekijöiden työssään kohtaamat varhaisen vuorovaikutuksen huolet ovat nykyisin niin monitasoisia ja vaikeita (kuvio 5), että työn tueksi olisi hyvä saada ammatillista tukea myös muilta samojen asioiden kanssa työskenteleviltä asiantuntijoilta.

Tiedon jakamiseen (formalisointi) liittyen toimialueiden monimuotoisuus ja asiakaskunnan rakenteen erilaisuus koettiin haasteellisina asioina. Masentuneen äidin hoitopolku alkaa kuitenkin hahmottua terveydenhoitajille. Lisäksi formalisoinnissa, virallistamisen työkaluissa nousi esiin työnohjauksen tärkeys.

5.2 Työntekijöiden toiveet moniammatillisesta yhteistyöstä

Aluetapaamisiin osallistui Lahden alueen yhteensä 45 neuvolaterveydenhoitajasta ja perhetyöntekijästä 41 henkilöä. Osallistumisprosentti oli 91 %. Kehittämistyössä haluttiin saada terveydenhoitajien ja perhetyöntekijöiden ääni kuuluviin ja tapaamisten toteuttaminen toimi tässä hyvin. Keskusteluiden ja tulevaisuuden muistelu –työpajojen kautta saatu tieto kertoo vahvasti ”kentän äänen” tämänhetkisestä tilanteesta ja tulevaisuuden toiveista. Aluetapaamisten yhteydessä toteutettujen tulevaisuuden muistelu –työpajojen keskustelujen nauhoitteista oli löydettävissä moniammatillisen yhteistyön malliin liittyviä lausumia (kuvio 6). Keskustelun ohjeistuksena oli kuvailla tilannetta keväällä 2012, jolloin konsultaatio eri toimijoiden välillä varhaisen vuorovaikutuksen huolen herätessä toimii hyvin. Seuraavassa on kuvattu kuhunkin pääryhmään liittyviä havaintoja. Nämä työntekijöiden näkemykset kuvaavat toivetilaa. Näiden näkemysten tarkastelu voi olla hyödyksi rakennettaessa uusia toimintoja asiantuntijoiden välille, jollainen myös konsultatiomalli on.

Konsultaatiomalliin liittyviä työntekijöiden
ideoita ja toiveita

Johtaminen

- Työajan järjestely - mahdollisuus tehdä odotetut työtehtävät ja toteuttaa moniammatillista yhteistyötä
- Konsultaatiolle aikaresursseja
- vauvaperheiden palveluohjaaja

Jaetut päämäärät ja visiot

- Yhteinen päämäärä – kukaan työntekijä ei jää yksin huolensa kanssa

Formalisointi

- Palvelukartta pikkulapsiperheiden palveluista
- Moniammatilliselle yhteistyölle on toimintamalleja, mm. yhteistyöpalavereja, aluetapaamisia

Sisäistäminen

- Yhteistyösuhteet/ -mahdollisuudet on tiedostettu eri toimijoiden piirissä
- Vastuuta asiakkaista voidaan jakaa
- informaation siirto on joustavaa

Kuvio 6. Yhteenvedo työntekijöiden ideoista ja toiveista konsultaation suhteen

Jaetut päämäärät ja visiot. Kaikki vauva- ja pikkulapsiperheiden kanssa töitä tekevät voivat konsultoida toisiaan ja toimijat miettivät yhdessä asiakkaiden ohjausta. Kukaan ei koe jäävänsä ongelmatilanteissa yksin. Päämääränä on asiakkaan, eli koko asiakasperheen hyvinvointi. Yhteistyötä helpottaa se, että eri toimijat ovat ”naamatuttuja”, ja vuoden aikana on järjestetty mahdollisuuksia tavata eri toimijoita kasvokkain. Se luo tunnetta yhdessä tekemisestä, ”olla samassa veneessä”. Vastuu asiakasperheen ohjaamisesta ja tukemisesta on monen asiantuntijan jakama. Kukaan ei tunne toimivansa yksin.

”Niin siinä tulee semmonen tunne, että kun sais koko tälle väelle joka on kentällä... et me ollaan samassa veneessä. Et pystyis siirtämään sit seuraavalle, ettei tartte kaikkea hoitaa, jos tulee parisuhdeongelma niin et tartte kaikkea osata.”

”Meil on kriisipäivystystä ja kriisihoitoa aikuisille, mutta meil ei oo sitä perheille eikä lapsille. Että se pitäis saada aikaan...”

Sisäistäminen. Eri toimijoilla on sisäistynyt tieto olemassa olevista yhteistyösuh- teista. Konsultaatiotarpeen syntyessä esimerkiksi neuvolassa tiedetään, keneen voidaan olla yhteydessä. Tämä konsultoiva taho on valmistautunut siihen, että heihin voidaan olla yhteydessä ja heillä on varattuna resursseja, joilla voidaan auttaa yhteisiä asiakkaita. Eri ammattilaiset ovat valmiita kysymään neuvoa han- kalissa tilanteissa, eikä vaikeiden asioiden kanssa joudu painimaan yksin. Tämä vaatii myös luottamusta siihen, että joku muukin henkilö / palvelu pystyy autta- maan asiakasta. Hankalissa tilanteissa on lupa siirtää asiakas jonkin muun palve- lun piiriin tuntematta huonoa omaatuntoa asiasta. Myös informaatio eri toimijoi- den välillä siirtyy joustavasti.

”Sen on jotenkin huomannut niinkun päiväkodin henkilökunnankin kaa kun ollaan tavattu niin kyl se yks tai kaks tuntii joka siihen menee vuodesta niin kyl se palkitsee moninkertaisesti. Et vaikka sitä aina jotenkin ajatellaan täällä omissa yksioissa ei oo sitä aikaa, mutta jotenkin niin paljon helpompi on aina ottaa yhteyttäkin kun tällai oppii niinkun ... naamatutuiks tulee...”

Johtaminen. Johtamiseen liittyvissä näkemyksissä toivottiin työntekijälle parem- pia aikaresursseja. Paremmilla aikaresursseilla tarkoitettiin sitä, että työntekijällä olisi paremmat mahdollisuudet tehdä kaikki työtehtävät joita häneltä odotetaan. Puheenvuoroissa tuli ilmi, että työntekijät tuntevat riittämättömyyttä lisääntyvän työmäärän tuodessa paineita. Yhteistyön tekeminen eri toimijoiden kanssa vaatisi osallistumista erilaisiin palavereihin, mutta niihin osallistumiselle ei käytännössä ole aikaresursseja. Jos perustyöntekijä istuu palaverissa, asiakastyöt jäävät teke- mättä. Käytännön ratkaisuna olisi työntekijöiden määrän lisääminen.

Edellä kuvattuun työajan riittämättömäksi kokemiseen liittyen tulevaisuudessa toivottiin enemmän mahdollisuuksia kehittää omaa työtä. Hyviä ideoita esimer- kiksi eri ammattikuntien väliseen yhteistyöhön voi työyhteisössä syntyä, mutta niiden jatkokehittelylle ei käytännössä riitä aikaa.

Konsultaatiomallin kehittyminen vuoden aikana on johtanut siihen, että konsultaa- tioapua on mahdollista saada nopeasti ja joustavasti esimerkiksi puhelimitse. Joh-

tamiseen liittyvä toive puheenvuoroissa liittyi siihen, että työajan lomaan olisi mahdollista saada sellaisia välejä, joiden aikana voisi konsultaatiopyynnön lähettää esimerkiksi sähköpostilla tai soittaa perheneuvolaan. Nykyisellä työaikajärjestelyllä tämä on hankalaa.

”Mut jos täs saa nyt niinkun visioida, niin puhelinkonsultaatio olis kerran viikossa, että vois saada - jos on jotain - niin sais nopeesti yhteyttä.”

Puheenvuoroissa kuvattiin myös tilanne, jossa on olemassa vauvaperheiden palveluita koordinoiva palveluohjaaja, joka tietää vauva- ja pikkulapsiperheiden palveluiden tarjonnan Lahden alueella, ja jolta voi kysyä minkä palveluiden piiriin asiakasperheen voisi ohjata. Tämä palveluohjaaja mahdollistaisi eri toimijoiden yhteistyötä.

”Semmonen et se vois olla sellanen taho joka vois jotenkin ... tai yleensäkin kaipais et olis sellanen jolla olis vähän kaikki langat käsissä, johon vois kokonaisvaltaisesti näis asioissa olla yhteydessä ja vois yhdessä pohtia, kun nää avun tahot on niin levällään ja eri suunnilla...”

Formalisointi (vahvistaminen, virallistaminen). Erilaiset palvelut ovat kaikilla tiedossa esimerkiksi sähköisesti päivitettävän palvelukartan muodossa. Moniammatillinen yhteistyö on virallisesti hyväksytty toimintamuoto, sille on luotu mahdollisuuksia esimerkiksi säännöllisten yhteistyöpalaverien muodossa ja yhteisesti sovittujen konsultaatiotapojen ja –kanavien avulla.

5.3 Kokemukset puhelinkonsultaatiosta ja webropol-kyselystä

Puhelinkonsultaatiokokeilun aikana puheluita tuli kolme (3). Ensimmäinen puhelusta oli vanhempaan / vanhempiin liittyvä sekä vauva-vanhempi – vuorovaikutussuhteeseen liittyvä. Jatkotoimenpiteinä olivat jatko neuvolassa, ohjaus lastensuojeluun sekä muu (Ensi- ja turvakodin Säröperhetyö ja maahanmuuttajille suunnattu mamu-työ). Toisen puhelun aihe liittyi vauvaan ja jatkotoimenpiteinä olivat jatko neuvolassa sekä perhetyö. Kolmannen puhelun aihe liittyi van-

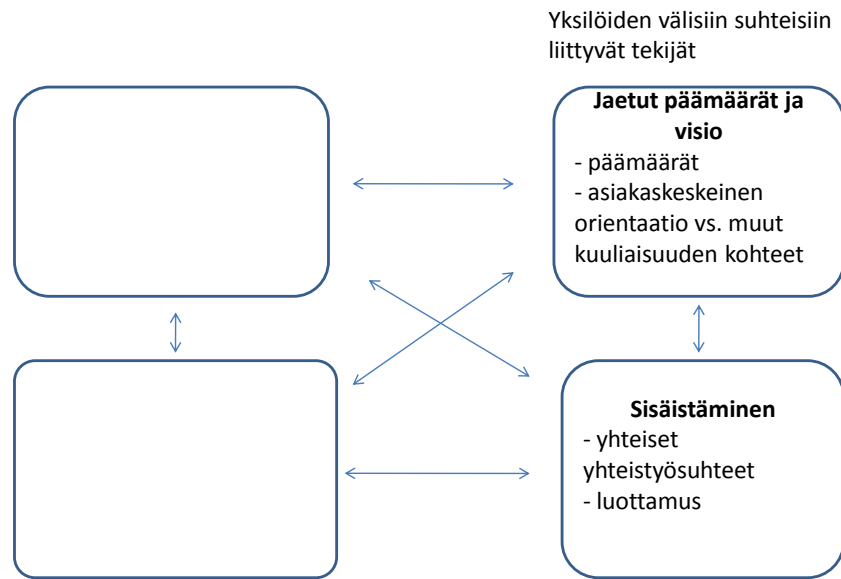
hempaan / vanhempiin (kietoutuneisuus 2-vuotiaaseen) sekä lapseen (nukahtamis- ja uniongelmat, vetäytyneisyys, autismiriski). Jatkotoimenpiteiksi sovittiin perhetyöntekijöiden kotiin tekemä työ (Viitokset-palvelun tarjoama perhetyöntekijän käynti kerran viikossa).

Vaikka puhelinkonsultaatiokokeilun aikana puheluita tuli ainoastaan kolme, koettiin puhelinkonsultaatio webropol-kyselyn vastausten perusteella tärkeänä yhteistyön muotona. Kaikki puhelut olivat aiheellisia ja tilanteet perheissä vaativat puuttumista ja jatkotoimenpiteitä. Konsultaation avulla kukin perhe pystyttiin ohjaamaan tarpeellista tukea tarjoavan palvelun piiriin.

Webropol-kyselyssä puhelinkonsultaation käyttöön liittyviin kysymyksiin ei siis voinut tulla montaa vastausta, koska konsultaatioyhteydenottoja oli kokeilun aikana vain kolme. Nyt vastanneita oli yksi. Vastaja oli täysin samaa mieltä siitä, että puhelinkonsultaatio oli hyödyllinen ja itse konsultaatiotilanteessa syntyi luottamusta osapuolten välillä. Puhelun aikana oli myös syntynyt yhteinen näkemys tilanteesta, josta keskustelua oli käyty. Puhelinkonsultaatioaikojen riittävydestä vastaaja oli jokseenkin samaa mieltä.

Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyviin kysymyksiin vastasi 15 henkilöä 45 terveydenhoitajasta ja perhetyöntekijästä, joille webropol-kyselyn vastauslinkki lähetettiin. Vastausprosentti oli 33,3 %. Ensimmäisen moniammatillista yhteistyötä käsittelevien kysymysten sarjan (taulukko 3) kysymykset käsittelivät yksilöiden välisiin suhteisiin liittyviä tekijöitä D'Amourin ym. (2008) luokituksessa. Kysymyksillä haettiin tietoa toiminnan päämääristä, asiakaskeskeisyydestä, yhteistyösuhteista ja luottamuksesta (kuvio 7).

Neljäulotteinen yhteistyön malli (D'Amour et al 2008)



Kuvio 7. Moniammatillisen yhteistyön osatekijät 1 (D'Amour et al 2008)

Taulukossa 3 on luettavissa ensimmäisen kysymyssarjan vastausten jakauma eri vastausvaihtoehtojen suhteen.

Taulukko 3. Webropol-kyselyn tulokset yksilöiden väliisiin suhteisiin liittyvistä tekijöistä

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	Yhteensä
Neuvolan ja perheneuvolan välisellä toiminnalla on yhteinen päämäärä.	0	0	3	12	15
Yhteistyö neuvolan ja perheneuvolan välillä nousee työntekijän tarpeista.	2	2	8	3	15
Yhteistyö neuvolan ja perheneuvolan kanssa nousee työyhteisön tarpeista.	2	5	6	2	15
Yhteispalaveriinhin osallistumiselle on mahdollisuuksia.	0	3	11	1	15
Yhteispalaveriinhin osallistumiselle on aikaa.	1	6	7	1	15
Neuvolan ja perheneuvolan työntekijöiden välillä on luottamusta.	0	2	7	6	15

Suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämän ”Neuvolan ja perheneuvolan välisellä toiminnalla on yhteinen päämäärä” kanssa. Mielenkiintoisia olivat vastaukset seuraaviin kysymyksiin, jotka koskivat sitä, mistä tarpeista yhteydenotot perheneuvolaan syntyvät.

Tulokset osoittavat, että yhteydenotot lähtevät myös työntekijän tai työyhteisön tarpeista, vaikka taustalla olisikin asiakasperheen tilanne. Lähes $\frac{3}{4}$ vastaajista oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä väittämän ”yhteistyö neuvolan ja perheneuvolan välillä nousee työntekijän tarpeista” kanssa. Työyhteisön tarpeista lähtevänä yhteistyötä piti yli puolet vastaajista.

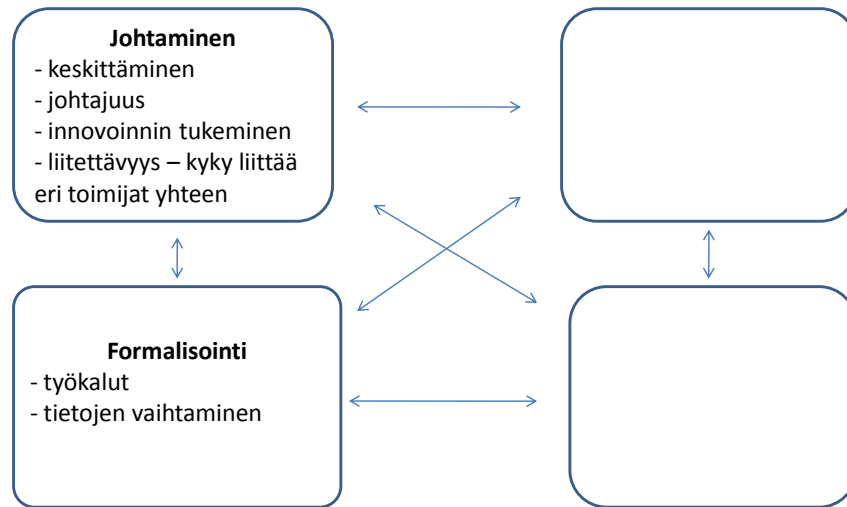
Kyselyn vastausten perusteella yhteistyölle on periaatteessa olemassa mahdollisuuksia ja tilaisuuksia, mutta käytännössä niihin osallistumiselle ei ole riittävästi mahdollisuuksia. Tämä asia tuli esille myös aluetapaamisten keskusteluissa. Työntekijät tiedostavat yhteistyöpalavereiden merkityksen ja niihin haluttaisiin osallistua, mutta käytännössä se ei ole mahdollista.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että neuvolan ja perheneuvolan välillä vallitsee luottamus. Tätä käsitystä tukee myös aluetapaamisten keskusteluista saatu aineisto sekä yhteenvetopalaverissa käyty keskustelu toimijoiden kesken. Perheneuvolan työntekijät toivat esiin terveydenhoitajien ja perhetyöntekijöiden ammattitaidon ja sitoutuneisuuden asiakkaisiin. Myös terveydenhoitajat ja perhetyöntekijät ottivat esiin perheneuvolan työntekijöiden ammattitaidon ja kokemuksen merkityksen yhteistyön onnistumisessa.

Toisessa kysymyssarjassa (taulukko 4) kysymykset käsittelivät organisaation ominaisuuksiin liittyviä tekijöitä. D’Amourin ym. (2008) mallin mukaisia indikaattoreita, joihin kysymyksillä haettiin vastauksia, olivat keskittäminen, johtajuus, innovoinnin tukeminen, kyky liittää toimijat yhteen, virallistamisen työkalut sekä tietojen vaihtaminen (kuvio 8).

Neljäulotteinen yhteistyön malli (D'Amour et al 2008)

Organisaation ominaisuuksiin
liittyvät tekijät



Kuvio 8. Moniammatillisen yhteistyön osatekijät 2. (D'Amour et al 2008)

Taulukko 4. Webropol-kyselyn tulokset organisaation ominaisuuksiin liittyvistä tekijöistä

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä	Yhteensä
Perustyötä ohjataan voimakkaasti ”ylhäältä”, esimiestasolta.	1	8	5	1	15
Työn omaehtoiselle kehittämiselle on mahdollisuuksia.	0	4	11	0	15
Virtuaalisille yhteistyötavoille olisi tarvetta (esim. intranetin välityksellä).	0	5	7	2	15
Ammatillista ohjausta on saatavilla.	3	9	3	0	15
Työntekijä tietää, minkä palvelun piiriin lapsiperheet voidaan ohjata eri tilanteissa.	0	9	5	1	15

Yli puolet vastaajista oli täysin tai jokseenkin eri mieltä siitä, että perustyötä ohjataan voimakkaasti esimiestasolta (taulukko 4). Myös oman työn kehittämiseksi koettiin olevan mahdollisuuksia.

Indikaattorin ”kyky liittää toimijat yhteen” tutkimisessa haluttiin ottaa esille uuden toimintatavan käyttöönotto ja sen koettu mielekkyys. Tämä uuden teknologian hyväksikäyttö tuli esille aluetapaamisten keskusteluissa. Suurin osa vastaajista oli väittämän ”virtuaalisille yhteistyötavoille olisi tarvetta” kanssa jokseenkin samaa mieltä tai jokseenkin eri mieltä. Selkeää kannanottoa virtuaalisten menetelmien käytön puolesta ei siis tullut vastauksissa esiin.

Formalisointiin liittyvä virallistamisen työkalut –indikaattori sijoitettiin aluetapaamisten kautta saadun aineiston valossa tähän tutkimukseen siten, että yhteisten sopimusten ja sääntöjen konkretisointi on konsultaatiomallin / asiantuntijatiimin toimintaa ammatillisessa ohjaamisessa. Konkreettisesti tämä tarkoittaa sitä, että perustyön tekijät saavat ohjausta omaan työhönsä asiantuntijatiimiltä / perheneuvolalta. Tälle ammatilliselle ohjaukselle olisi enemmän tarvetta, kuin mitä tällä hetkellä on tarjolla.

Tiedon jakaminen nähtiin tämän hankkeen sisällä siinä, miten eri toimijat ovat tietoisia toistensa toiminnasta ja eri palveluiden tarjoamista mahdollisuuksista asiakasperheille. Vastaajista yli puolet oli jokseenkin eri mieltä väittämän ”Työntekijä tietää, minkä palvelun piiriin lapsiperheet voidaan ohjata eri tilanteissa” kanssa. Tämä epävarmuus siitä, mihin asiakasperheet tulisi ohjata, tuli esiin myös aluetapaamisten keskusteluissa. Tähän tilanteeseen tarvittaisiin muutosta, jotta asiakkaiden ohjaaminen olisi tarkoituksenmukaisempaa ja sujuvampaa.

Ensimmäiseen avoimeen kysymykseen ”Mitkä tekijät tukevat yhteistyötä eri toimijoiden välillä” vastauksia tuli kymmenen (10). Vastauksissa tuli esiin tarve palvelukartalle. Se toimisi uudelle työntekijälle myös työhön perehdyttäjänä. Tällä hetkellä palvelukenttä koetaan sekavaksi ja pirstaloituneeksi. Myös erilaisten työmuotojen näkyväksi tekeminen, selkeät yhteiset sopimukset asiakkaan hoitopoluista sekä avoin keskusteleva yhteistyö eri toimijoiden välillä nähtiin tärkeänä. Vastauksissa tuotiin esiin avoimuuden, keskustelevuuden ja asiakaslähtöisyyden

tarve. Tuttuus koettiin voimavaraksi, yhteistyö neuvolan ja perheneuvolan välillä on aiemminkin ollut sujuvaa.

Toinen avoin kysymys oli ”Millainen konsultaatiomalli olisi mielestäsi toimiva.” Tähän kysymykseen vastauksia tuli kolmetoista (13). Vastauksissa tuli esiin samoja asioita kuin aluetapaamisten keskusteluissa, eli nopean ja joustavan puhelinkonsultaation mahdollisuus. Lisäksi toivottiin yhteistyötä perheneuvolan työntekijöiden kanssa esim. niin, että perheneuvolan työntekijä voisi tulla kotikäynnille asiakasperheen luo perhetyöntekijän kanssa.

5.4 Yhteenvetopalaverissa esiintulleet asiat

Yhteenvetopalaverissa kesäkuussa 2011 olivat läsnä perheneuvolan työntekijät, neuvolan esimies, Seitti-hankkeen suunnittelija sekä opinnäytetyön tekijät. Palaverin tarkoituksena oli *vetää yhteen kehittämishanke, esittää ehdotus konsultaatiomalliksi sekä ottaa esiin webropol-kyselyyn palaveriin mennessä tulleita vastauksia*. Lisäksi käytiin läpi yleisemmällä tasolla *puhelinkonsultaatiokokeilun kokemuksia*. Avoimessa ja vapaassa keskustelussa tuli esiin toiveet siitä, *miten konsultaatio tulevaisuudessa tulisi toteuttaa*. Toiveet kirjattiin ylös ja ne huomioitiin mallin rakentamisessa. Palaverissa esiteltiin hahmotelma konsultaatiomallista ja yhdessä aktiivisen vuoropuhelun avulla saatiin aikaan toimijoiden kanssa *yhteinen näkemys* siitä millainen hyvin toimiva konsultaatiomalli voisi olla. Toiveet konsultaation toteutuksesta tulevaisuudessa huomioitiin myös kerätyn aineiston analyysissä. Aluetapaamisista saatu aineisto yhteistyön nykytilan tasosta, puhelinkontakteista kerätty tieto yhteydenottojen aiheista ja aiheellisuudesta sekä webropol-kyselyn kautta kerätyt kokemukset kertoivat aineistona siitä, *miten konsultaatio toimi* tämän kokeilun aikana.

Tärkeänä asiana keskustelussa nousi esiin puhelinkonsultaatiokokeilun aikana tulleet *kolme puhelua*. Nämä kolme puhelua tulivat kahdella ensimmäisellä soittokerralla. Kaikkiin kolmeen puheluun oli liittynyt *erittäin suuria huolenaiheita* asiakasperheissä. Palaverissa puhuttiin mm. asiakastilanteiden ahdistavuudesta työntekijöille. Vaikeiden asioiden kanssa tehdään yksin työtä. Tällä hetkellä ter-

veydenhoitajille ei tarjota työnohjausta. Tällaisessa tilanteessa koetaan tärkeäksi, että on joku paikka johon soittaa ja jakaa huoli. Toisen ammatti-ihmisen kanssa puhuminen selkiinnyttää ja auttaa jäsentämään tilannetta. Usein huoliperhe jää vielä terveydenhoitajan kannateltavaksi ennen kuin ohjautuu tarvitsemansa avun pariin. Keskimäärin resurssit Lahdessa ovat kuitenkin hyvät perhetyön osalta.

Webropol-kyselyn perusteella, johon yhteenvetopalaveriin mennessä oli tullut 7 vastausta, toivottiin internettiin *palvelukarttaa*, josta löytyisivät kaikki kaupungin toimijat. Palvelukartasta keskusteltiin jo aiemmin aluetapaamisten yhteydessä. Palvelukartan työstäminen on erittäin suuritöinen hanke ja se voisi olla esim. yamk-opinnäytetyön aihe. Vastaajien mielestä tärkeää konsultaatiossa ei niinkään ole se tapa, jolla sitä annetaan, vaan sen joustava ja riittävän tiheä saatavuus.

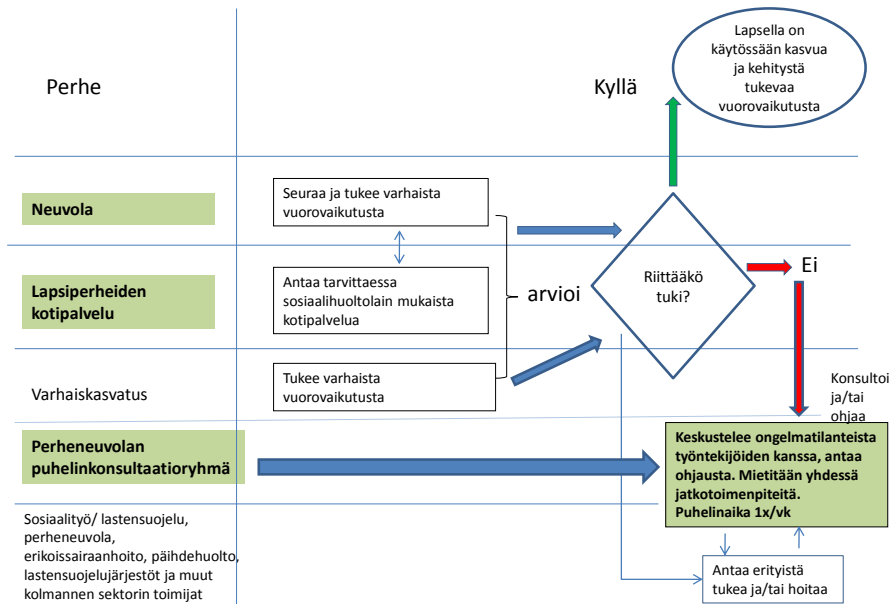
Lisäksi keskusteltiin aluetapaamisten kokemuksista perheneuvolan työntekijöiden näkökulmasta. Heidän mielestään aluetapaamisissa oli hyvää vuoropuhelua ja ammatillista keskustelua sekä peilausta. Aluetapaamiset tuntuivat olevan monelle tuulettamisen paikkoja ja kasvokkain kohtaamista pidettiin tärkeänä. Perheneuvolan työntekijöiden näkemys oli, että terveydenhoitajilla on mahdollisuus tunnistaa asiakasperheen pulmia ja ottaa huoli puheeksi. Terveydenhoitajat vaikuttavat myös erittäin sitoutuneilta asiakkaisiin. Yhteistyö terveydenhoitajien kanssa koetaan hedelmälliseksi ja sen jatkuminen nähdään tärkeänä.

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOS: KONSULTAATION UUSI MALLI

Uusi konsultaatiomalli rakentui useiden eri vaiheiden ja kehittämistyön syklien kautta. Tämä malli eroaa aiemmasta mallista (kuvio 1) siinä, että varhaisen vuorovaikutuksen asiantuntijaryhmäksi on nimetty perheneuvolan puhelinkonsultaatioryhmä, jolle on resursoitu säännöllinen puhelinaika kerran viikossa. Tämä ryhmä keskustelee puhelimitse ongelmatilanteissa terveydenhoitajan tai perheyöntekijän kanssa, antaa ohjausta ja pohtii yhdessä työntekijän kanssa jatkotoimenpiteitä. Puhelinkonsultaatiokokeilun päätyttyä todettiin, että puhelinkonsultatio on hyvä siksi, että työntekijät pääsevät puhumaan huolen aiheena olevasta asiasta reaaliajassa, ja keskustelu voi edetä joustavasti. Tämä ei olisi mahdollista esimerkiksi sähköpostikeskustelussa. Kun toimijat olivat aluetapaamisten kautta tulleet tutuiksi, sekä tietoisuus varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden moninaisuudesta oli lisääntynyt, oli helpompi ottaa yhteyttä niissäkin tapauksissa, joissa ongelma tuntui perustuvan tekijästä vähäpätöiseltä. Uusi varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen prosessi (kuvio 9) näyttää seuraavalta.

Uudessa konsultaatiomallissa korostuu neuvolan, lapsiperheiden kotipalvelun ja perheneuvolan välille syntynyt yhteistyön kanava. Aikaisempaan malliin (kuvio 1) verrattuna muutos ei näytä merkittävän suurelta, mutta käytännön työn kannalta muutos on iso. Nyt rakennettu konsultaatiomalli on jatkuva moniammatillinen yhteistyörakenne. Aikaisemmassa varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen prosessissa hiukan abstraktiksi jäänyt varhaisen vuorovaikutuksen asiantuntijaryhmä on nyt korvattu perheneuvolan puhelinkonsultaatioryhmällä. Uudella nimikkeellä on vähennetty myös perustyöntekijä – asiantuntija-asetelmaa, joka helposti mielletään sellaiseksi, jossa toinen työntekijä neuvoo toista. Tässä mallissa korostuu asiantuntijuuden jakaminen yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Konsultaation avulla asiantuntijoilla on paremmat mahdollisuudet tarjota perheelle tukea riittävän varhain tai jo ennaltaehkäisevästi. Ennaltaehkäisevä tuki perheelle tulee kunnalle huomattavasti edullisemmaksi kuin korjaavat tai kuntouttavat tukimuodot (Järvinen 2009, 11).

Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen uusi malli



Kuvio 9. Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen uusi malli.

Muutosta aiempaan malliin on siis tapahtunut siinä, että puhelinkonsultaation resurssointi on parantunut. Perheneuvolan työntekijöille on resursoitu syksyllä 2011 konsultaatiota varten 1 h viikossa joulukuun 2011 asti. Päiväksi sovittiin torstai. Lisäksi käytössä on perhetyöntekijöiden normaali puhelinaika päivittäin. Terveystyöntekijöiden ja perheneuvolan työntekijöiden puhelinaikojen yhteensovittaminen on haasteellista, mutta syksyn jatkokehityksellä pyritään löytämään toimivampi malli konsultaatiolle. Perheneuvolan työntekijät toivoivat tällä hetkellä väljää kriteeristöä niihin asioihin, joihin konsultaatiosta haetaan tukea ja/tai peilausta. Varhaisen vuorovaikutuksen huoliin liittyvien asioiden lisäksi yhteyttä voi ottaa myös tilanteissa, joissa huolet liittyvät esim. parisuhteeseen tai perhetilanteisiin, jos perheen lapsi on alle 1-vuotias. Perheneuvolan työntekijät ja neuvolan esimies tapaa toisensa tammikuussa 2012 ja käyvät läpi syksyn puhelinkonsultaation kokemukset. Tällöin kehittämistyössä käynnistyy uusi sykli.

7 POHDINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ

7.1 Pohdintaa tuloksista

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tärkeä tulos on yhdessä kehitetty konsultaatiomalli neuvolan ja perheneuvolan välille tilanteisiin, joissa terveydenhoitajalla tai perhetyöntekijällä herää huoli varhaisen vuorovaikutuksen häiriöstä perheessä. Tämän kehittämistyön voidaan katsoa olevan Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) antaman suosituksen mukaista lapsiperheiden palveluiden kehittämistä ja erityisesti varhaisen puuttumisen menetelmän kehittämistä. Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke on osoitus siitä, että kehittämistyöhön on haluttu panostaa Lahdessa. Konsultaatio toimii terveydenhoitajan ja perhetyöntekijän työn tukena ja helpottaa asiakasperheen ohjaamista oikean avun piiriin heti ongelmien ilmaantuessa. Tammisen (2009) mukaan varhaislapsuudessa tehdyt interventiot ovat taloudellisesti monta kertaa kannattavampia kuin mitkään myöhemmät interventiot.

Tämä hanke lisäsi kaivattua moniammatillista yhteistyötä asiakastyöhön. Hankkeessa kehitetty konsultaatiomalli on myös esimerkki toimivasta moniammatillisesta yhteistyöstä. Moniammatillinen yhteistyö vaatii toimijoilta mm. ammattitaitoa, motivaatiota ja yhä enemmän tietoa omasta alasta, eikä muutoksen ja yhteisen näkemyksen aikaansaaminen aina ole yksinkertaista. Myös muiden toimijoiden työhön perehtyminen on edellytys moniammatillisen yhteistyön kehittymiselle (Taajamo ym. 2005). Lisäksi D'Amourin ym. (2005) mukaan on tyypillistä, että toimijat näkevät asiakkaan tilanteen oman professionsa kautta, mikä tuo omat haasteensa kehittämistyölle. Tässä hankkeessa nämä haasteet eivät muodostuneet yhteistyön esteeksi. Alusta lähtien oli selvää, että eri toimijoilla oli kiinnostusta olla mukana kehittämässä moniammatillista yhteistyötä. Hankkeessa onnistuttiin tekemään yhdessä kansallisten suositusten mukaista kehittämistyötä ja rakentamaan toimiva konsultaatiomalli.

Mertala (2011) on omassa väitöstutkimuksessaan kiinnittänyt huomiota siihen seikkaan, että eri professioiden rajapinnalla toteutuvan yhteistyön muodot vaativat

syntyäkseen organisaatioiden taloudesta vastuuta kantavien tahojen suvaitsevaa tahtotilaa. Myös poliittisella arvoilmapiirillä on suuri vaikutus siihen, miten D'Amourin ym. (2008) typologian mukaiset organisaation ominaisuuksiin liittyvät tekijät toteutuvat. Vaikka eri organisaatioiden työntekijöillä riittäisi halua ja tahtoa moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseen, se ei aina riitä. (Mertala 2011.) Tämän hankkeen toteutumisen taustalla on nähtävissä vastuullisten tahojen myönteinen tahtotila viedä eteenpäin moniammatillista yhteistyötä ja mahdollistaa konsultaation rakentaminen eri asiantuntijoiden välille.

Hankkeessa kehitetty konsultaatiomalli tarjoaa terveydenhoitajalle ja perhetyöntekijälle tukea varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden havaitsemisessa ja niihin puuttumisessa. Äidin masennus on tärkeä tunnistaa, sillä se saattaa tutkimusten mukaan vaikeuttaa turvallisen kiintymyssuhteen ja hyvän vuorovaikutuksen syntymistä sekä lisää lapsen riskiä masentua (Luoma 2004; Mäntymaa & Puura 2009; Solantaus & Paavonen 2009). Varhaisen vuorovaikutuksen häiriöt altistavat lapsen Mäntymaan & Puuran (2009) mukaan psyykkisen kehityksen häiriöille. Näin ollen varhaisen vuorovaikutuksen häiriöiden havaitsemisella ja niihin puuttumisella voidaan auttaa niitä lapsia jo ennaltaehkäisevästi, joiden psyykkinen kehitys on vaarassa. Häiriöiden tunnistamisessa terveydenhoitajia voi auttaa myös Sylkky-vuorovaikutushoidon indikaatioiden kuvaus (Sarkkinen 2008). Tässä hankkeessa indikaatioita käytettiin puhelinkonsultaatiolomakkeen laadinnassa, ja lomake esiteltiin aluetapaamisissa myös terveydenhoitajille. Kun indikaatiot tiedetään, voidaan neuvolasta tarvittaessa ottaa konsultaatiomallin mukaisesti yhteys perheneuvolaan, ja eri professionien rajapinnalla etsiä keinoja auttaa asiakasperhettä.

Tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa haluttiin selvittää moniammatillisen yhteistyön taso käyttämällä apuna D'Amourin ym. (2008) mallia. Kerätystä runsaasta aineistosta löytyi mallin mukaisia indikaattoreita, mutta yhteistyön tasoa ei aineiston perusteella pystytty selvittämään. Tason selvittäminen olisi todennäköisesti vaatinut syvällisempää ja kontrolloidumpaa aineiston keruuta, jota ei tässä hankkeessa ollut mahdollisuutta toteuttaa. Aineistosta löytyi kuitenkin runsaasti moniammatilliseen yhteistyöhön liittyviä ilmiöitä.

Kerätystä laajasta aineistosta oli poimittavissa *organisaation ominaisuuksiin ja yksilöiden välisiin suhteisiin liittyviä tekijöitä* moniammatillisen yhteistyön rakenteen, D'Amourin ym. (2008) mallin, mukaisesti. Eri toimijat tunnistivat tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa ne yhteiset tavoitteet (*yksilöiden välisiin suhteisiin liittyvät tekijät*), joille yhteistyö perustui (D'Amour et al 2008). Tämä oli tärkeä tekijä kehittämistyön onnistumisessa. Lisäksi *sisäistämisessä* voidaan nähdä se, että toimijat tunnistivat eri ammattiryhmien asiantuntijuudet ja näin yhteisessä kehittämistyössä pääsi syntymään luottamusta toisen asiantuntijuutta kohtaan. Nämä tekijät painottuivat aluetapaamisten keskusteluissa.

Terveydenhoitajien työssä painottuu *asiakaskeskeisyys (jaetut päämäärät ja visiot)*. Neuvolatyössä on lapsen ja perheen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen lisäksi tärkeää asiakasperheen huolien, ongelmien ja tuen tarpeen tunnistaminen. Kehittämistyön kannalta heidän näkemyksensä oli tärkeä kuulla tässä hankkeessa. Terveydenhoitajat tuottivatkin runsaasti tietoa tärkeistä ja ajankohtaisista heitä huolettavista asioista, joiden pohjalta laadittiin kuvio 5. Kuvioista selviää, että konsultaatimallin rakentaminen oli erittäin perusteltua, sillä se on konkreettinen väline varhaiseen puuttumiseen. Konsultaatiomalli on juuri sellaista osaamisen ja tietotaidon yhdistämistä, jota tarvitaan liikuttaessa huolen harmaalla vyöhykkeellä. (Stakes 2009.)

Lahdessa terveydenhoitajat ovat ottaneet kuluvaan vuoden sisällä käyttöönsä EPDS-seulan, jonka avulla he voivat kartoittaa äidin mielialan ja tunnistaa mahdollisen masennuksen. Seulan käyttöönotto on tärkeä asia, sillä varhainen puuttuminen ja masennuksen hoito voivat sekä parantaa masennuksen oireita että vähentää toistuvia masennusjaksoja (Perfetti 2004). Terveydenhoitajilla on myös ollut tarjota äideille erilaisia psykososiaalisia keinoja, joiden tiedetään vaikuttavan äidin mielialaan positiivisesti, kuten esim. eri järjestöjen äiti-vauva-ryhmät. Äidin masennuksen hoidon lisäksi pitäisi Sarkkisen (2003) mukaan hoitaa myös vuorovaikutuksessa syntyneitä ongelmia. Koko perheen tulisi saada asiantuntija-apua ja juuri heille räätälöityjä interventioita riittävän varhaisessa vaiheessa. Tässä hankkeessa kehitetyn konsultaatiomallin ottaminen käyttöön parantaa perheiden mahdollisuuksia saada oikea-aikaista asiantuntija-apua ja hoitoa vuorovaikutushäiriöihin Lahden alueella.

Vuorovaikutushäiriöiden tunnistaminen on erittäin tärkeää. Leppäsen ym. (2010) mukaan laadultaan tai määrältään riittämätön vuorovaikutus on haitallista sekä lapsen kognitiiviselle että psyykkiselle kehitykselle. Kemppisen (2007) tutkimuksessa kävi ilmi, että terveydenhoitajat ovat varovaisia arvioidessaan äidin ja lapsen välistä vuorovaikutusta ja he raportoivat vain lieviä huolen aiheita. Tässä hankkeessa tuli ilmi, että terveydenhoitajien mukaan on hyvin haastavaa kertoa äidille epäily vuorovaikutusongelmista tai masennuksesta. Huolen puheeksi otto ei aina ole helppoa, sillä on tärkeää pitää yllä positiivista vuorovaikutusta asiakkaaseen negatiivisista asioista huolimatta. Terveydenhoitajat kertoivat vuorovaikutuksen häiriöiden näkyvän usein jo odotusaikana, ja otollisin aika puuttumiseen on heidän mielestään heti synnytyksen jälkeen. Sarkkisen (2008) mukaan vuorovaikutushäiriöiden hoito voidaan kuitenkin varhaisimmillaan aloittaa jo raskausaikana. Vavu-haastattelu on hyvä menetelmä, jonka avulla tilanteeseen voidaan puuttua. Lisäksi huolen puheeksi ottamiseen voisi tuoda lisää varmuutta terveydenhoitajien esille ottaman vavu-koulutuksen lisäksi Huoli puheeksi-koulutus (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009a). Varhaiseen puuttumiseen on kehitetty Varpu-hankkeessa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009b) voimavarakeskeisiä ja vuoropuheluun perustuvia dialogisia menetelmiä, jotka tähtäävät huolen varhaiseen puheeksi ottamiseen asiakkaan kanssa ja asiakkaan, hänen läheistensä sekä työntekijöiden avoimeen yhteistyöhön. Kehittämishankkeen päättymisen jälkeen Lahdessa on alettu suunnitella Vavu- ja Huoli puheeksi-koulutusten järjestämistä terveydenhoitajille yhteistyössä Lahden ammattikorkeakoulun kanssa.

Jos terveydenhoitaja havaitsee asiakasperheessä varhaisen vuorovaikutuksen häiriöitä, hän voi myös ehdottaa vanhemmalle muita toimintamalleja sekä antaa tietoa vauvan kehityksestä, tarpeista ja havainnointikyvystä. (Armanto & Koistinen 2007, 383; Kalland 2002, 226.) Tässä hankkeessa terveydenhoitajat toivat hyvänä keinona esiin vauvan kanssa toimimisen mallintamisen, jonka toivotaan siirtyvän vanhemman ja vauvan väliseen vuorovaikutukseen. Mallintaminen, vanhemman toiminnan kyseenalaistaminen ja vauvan äänenä toimiminen on koettu taloudelliseksi ja toimiviksi menetelmiksi neuvolatyössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 86). Myös perhetyöntekijät käyttävät näitä menetelmiä työssään.

Tässä hankkeessa terveydenhoitajat toivat aluetapaamisten keskusteluissa esiin myös huolensa vanhempien parisuhdeongelmista, vanhempien yllättäen tulevista eroista ja nykyvanhemmuudesta, jossa lapsi nähdään projektina muiden joukossa. Tämä huoli ei ole liioiteltu, sillä Ylilehdon (2005) mukaan huono parisuhde voi altistaa masentuneisuuden kehittymiselle raskauden aikana tai synnytyksen jälkeen. Toisaalta terveydenhoitajat myös kertoivat, että isät tulevat nykyään useammin mukaan neuvolakäynneille ja ottavat avoimesti puheeksi esim. huolen äidin jaksamisesta. Isien osallistuminen nähdään tärkeänä, ja se on myös Sarkkisen (2003, 27) mukaan yksi perheen suojaavista tekijöistä. Hyvä suhde puolisoon voi suojata masennukselta tai auttaa toipumaan siitä (Ylilehto 2005).

Formalisointi pitää sisällään eri toimijoiden velvollisuudet ja vastuut, sen että kaikki toimijat tietävät mitä heiltä odotetaan. Näissä tekijöissä oli nähtävissä ristiä terveydenhoitajien kohdalla. Toisaalta terveydenhoitajat tiesivät mitä heiltä odotetaan mm.uusien työmenetelmien (esim. EPDS-seula) ja monien muiden muutosten suhteen, mutta toisaalta he kokivat resurssien olevan riittämättömiä ja tilanteen olevan osin sekavakin. *Virallistamisen työkaluihin* liittyen painottui työohjauksen tarve.

Lisäksi *formalisointiin* liittyen sekä webropol-kyselyn että aluetapaamisten yhteydessä pidettyjen työpajojen tuloksissa tuli esiin tarve lapsiperheiden palveluista kertovalle palvelukartalle. Palveluiden kirjo on Lahden seudulla suuri, ja siinä tapahtuu muutoksia vuosittain. Yhdessä pohdittiin mahdollisuutta rakentaa verkopohjainen palvelukartta, joka olisi kaikkien työntekijöiden ja ehkä myös asiakkaiden saatavilla. Tällaisen jatkuvasti elävän ja muuttuvan palvelukartan suurimpana haasteena on sen päivittäminen. Toimiakseen palvelukartta tarvitsee nimetyn päivittäjän, jolle on varattu tietty aikaresurssi päivitystoimia varten. Päivittäminen ei onnistu muiden työtehtävien ohella. Perustyöntekijät haluavat kyllä kehittää omaa työtään, jollaiseksi tämän palvelukartan päivittämistyökin voitaisiin nähdä. Oman työn kehittäminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kehittäminen tehdään muiden työtehtävien kustannuksella, mikäli ehditään ja jaksetaan.

Webropol-kyselyyn tulleista vastauksista koskien *formalisointia*, tiedon jakamista, kävi ilmi työntekijän mahdollisesti kokema epävarmuus siitä, miten hän parhaiten

toimisi asiakkaan kanssa. Työntekijä näyttäisi kokevan tarvitsevansa ammatillista peilaamista myös jonkun muun tahon kuin lähityöyhteisön jäsenen kanssa. Tätä näkemystä tukevat myös aluetapaamisissa käydyt keskustelut. Työntekijät kokevat vahvasti, että yhteistyöpalaverihin on mahdollisuuksia, mutta ristiriitaista kyllä, niihin osallistumiselle ei kuitenkaan löydy aikaa. Konsultaatiokokeilulla koettiin olevan myös työnohjauksellinen funktio kaupungin taholta järjestetyn työnohjauksen puuttuessa tällä hetkellä. Ryhmämuotoisen työnohjauksen järjestäminen on kehittämishankkeen päättymisen jälkeen ollut pohdinnan alla.

Vavu-koulutus sekä muut toimijoiden asiantuntijuutta vahvistavat koulutukset voidaan nähdä D'Amourin ym. (2008) mallin mukaisesti työntekijöiden *innovoinnin tukemisena*. Työntekijät kokivat koulutukset tarpeellisina ja kertoivat niiden tuoneen lisää tietoutta ja rohkeutta uusien työmenetelmien käyttöön.

Puhelinkonsultaation vahvuudeksi koettiin se, että ammattilaiset voivat reaaliaikaisesti miettiä yhdessä erilaisia mahdollisuuksia ja toimintatapoja, joilla asiakasperhettä voidaan auttaa parhaiten. Työntekijöiden mukaan asia etenee keskustellen nopeammin kuin sähköpostiviestein. Työntekijät kertoivat, että hankalaksi puhelinkonsultaation tekee kuitenkin sopivien puhelinaikojen löytäminen. Eri organisaatioissa on erilaiset aikataulut ja työajan järjestelyt, joten ratkaisut puhelinaikoihin pitää löytää yhdessä. Sopiva käytäntö löytyy kokeilemalla ja keskustelemalla. Tämän hankkeen myötä syntynyt malli on yksi mahdollisuus toimia. Tuleva vuosi tulee kertomaan miten se toimii ja ollaanko vuoden päästä lähempänä sitä työntekijöiden toivetilaa, jota tulevaisuuden muistelu-työpajoissa kuvailtiin.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa on tullut esiin tärkeitä teoreettiseen viitekehykseen liittyviä ilmiöitä sekä runsaasti uutta tietoa, jonka avulla on voitu tehdä kehittämistyötä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Hankkeen aikana prosessoidut asiat tiivistyivät lopulta konsultaatiomalliksi, jossa toimitaan perustason ja erityistason työn rajapinnalla ja tehdään mahdolliseksi yhdistetyn osaamisen tarjoaminen asiakasperheiden hyväksi (Kangaspunta ym. 2005, 58). Tällä rajapinnalla työskentely tarjoaa myös työntekijöille mahdollisuuden peilata omaa asiantuntijuuttaan muiden asiantuntijuuteen.

7.2 Toteutus

Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke eteni toimintatutkimuksen periaatteita mukaillen. Kevään aikana toteutuivat toimintatutkimukselle tyypilliset toimintavaiheet: suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi. Eri toimijat, jotka olivat kehittämässä konsultaatiomallia, kokoontuivat eri kokoonpanoilla kevään aikana useamman kerran. Osassa tapaamisista suunniteltiin toiminnan käytännön toteuttamista, jonka jälkeen toimintaa lähdettiin toteuttamaan.

Puhelinkonsultaation pilotointia suunniteltaessa tammikuussa 2011 tultiin siihen tulokseen, että varhaisen vuorovaikutuksen asiantuntijanryhmän paikkaa lähtee hoitamaan työpari perheneuvolasta. Heille järjestyi työaikaresurssi puhelunkonsultaatiota varten, ja näin ei tarvinnut perustaa erillistä monijäsenistä asiantuntijaryhmää. Aluetapaamiset päätettiin aloittaa, jotta terveydenhoitajien kynnys ottaa yhteyttä perheneuvolaan olisi mahdollisimman matala konsultaatiokokeilun aikana. Tämä konsultaation matala kynnys oli yksi toiminnalle asetetuista ennakkotoiveista. Konsultaation joustavuutta oli suunnitteluvaiheessa vaikea arvioida, koska toiminta oli uutta, eikä kokemusta sopivista puheluajoista ollut olemassa.

Aluetapaamisissa keskusteltiin puhelinkonsultaatiosta, ja jo tässä vaiheessa esitettiin erilaisia mahdollisuuksia kehittää toimintaa edelleen. Keskusteluissa arvioitiin kriittisesti tämänhetkistä tilannetta neuvolan, perhetyön ja perheneuvolan välisessä konsultaatiossa sekä arvioitiin käynnissä olevaa kokeilua ja suunniteltiin toiminnan tulevaisuutta. Erityisesti kesäkuun 2011 alussa pidetyssä yhteenvetopalaverissa yhdessä kehitelty toimintamalli kiteytti kevään aikana kokeillun ja arvioitun konsultaatiomallin.

Toiminnan kehittämisen kannalta seuraava sykli alkaa syksyllä 2011 uuden konsultaatiomallin käyttöönotolla ja tammikuussa 2012 toimijat kokoontuvat arvioimaan uudelleen toiminnan onnistumista. Ennen yhteistapaamista voisi olla hyödyllistä kerätä kokemuksia uuden mallin toimivuudesta esimerkiksi uudella webkyselyllä tai aluetapaamiskierroksella.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa yhtenä aineistonkeruumenetelmänä olleen webropol-kyselyn heikkoudeksi osoittautui se, että siitä ei saatu riittävästi tietoa puhelinkonsultaation koetusta onnistumisesta. Kyselyssä ei osattu ottaa huomioon sitä, että puhelinyhteydenottoja kokeilun aikana tuli ainoastaan kolme ja näistä kolmesta soittajasta vain yksi vastasi kyselyyn. Webropol-kyselyn suunniteltu vastausaika oli liian lyhyt, mutta onneksi sitä pystyttiin pidentämään joustavasti. Myös kyselyn ajankohta oli siinä mielessä hankala, että osa työntekijöistä oli jäämässä kesälomalle, ja kyselyyn ei tämän vuoksi ehditty vastata. Webropol-kyselyn kautta saadun aineiston anniksi jäivät moniammatillisen yhteistyön eri tekijöihin liittyvät kiinnostavat ilmiöt. Nämä ilmiöt nivoutuivat yhteen muun tiedon kanssa, mutta moniammatillisen yhteistyön tasoa ei pystytty aineiston perusteella selkeästi määrittelemään.

7.2.1 Luotettavuus

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa käytettiin sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen menetelmiä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat Janhosen & Nikkosen (2003, 36) mukaan tutkija ja hänen taitonsa, aineiston laatu ja sen analyysi sekä se kuinka tutkimustulokset esitellään. Aineistoa kertyi tässä hankkeessa runsaasti ja se oli laadultaan hyvää. Tämä vaikutti myös aineistosta tehtyjen tulkintojen laatuun. Aineiston sisällönanalyyseissä oli tavoitteena pelkistää aineisto niin, että se kuvaisi mahdollisimman luotettavasti tutkittavia ilmiöitä. Aineistoa pelkistettäessä sieltä tulivat esiin juuri ne ilmiöt ja käsitteet, joita kehittämistyön kannalta tarvittiin. Se, että tietoa saatiin tarkastelun kohteena olevista ilmiöistä, moniammatillisen yhteistyön eri osatekijöistä sekä kiintymyssuhteeseen ja varhaiseen vuorovaikutukseen liittyvistä huolista, tukee kehittämistyön validiutta. (Krause & Kiikkala 1996, 72.)

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa aineistoa pyrittiin keräämään monipuolisesti. Tämä pyrkimys toteutui ja se lisää osaltaan tutkimuksen validiteettia. Etenkin aluetapaamisten keskustelut polveilivat runsaina, ja hyödyllistä sekä kuvailevaa aineistoa kertyi myös aiheista, joista sitä ei pyritty keräämään. Tämäkin aineisto koettiin kuitenkin tärkeäksi ja sitä tuotiin esiin aineiston analyyseissä.

Aluetapaamisten tuottamassa aineistossa ja webropol-kyselyn vastauksissa oletettiin, että toimijat kertoivat mielipiteensä rehellisesti. Toimijoille lähetettiin ennen aluetapaamisia sähköpostilla saatekirje, jossa heille kuvailtiin kehittämishanketta, hankkeen tavoite (konsultaatiomalli) ja heidän osuutensa aineiston tuottamisessa.

Luotettavuutta voidaan myös tarkastella tutkimuksellisen kehittämishankkeen toteuttamisen kautta. Reliabiliteetti voidaan todeta mm. niin, että useampi tutkija päätyy samaan tulokseen (Hirsjärvi ym. 2004, 213). Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa kaksi henkilöä päätyi samoihin johtopäätöksiin analysoidessaan konsultaatiokokeilusta, aluetapaamisista, webropol-kyselystä sekä yhteenvetopalaverista saatua materiaalia.

Kerätty aineisto sekä tapa, jolla sitä käsiteltiin, vaikuttivat luonnollisesti aineiston analyysiin. Burnardin (1995, 278) mukaan tekstuaalisen aineiston, jota aluetapaamisista kertyi, lukeminen on jo tulkintaa. Aineistoa luettiin läpi useaan kertaan analyysivaiheessa. Tutkimusmenetelmiin palattiin myös usein aineistoa kerätessä ja analysoitaessa hankkeen eri vaiheissa. Näin tulkintaa viettiin eteenpäin ja pystyttiin myös tarkentamaan käsitteitä, mm. aineistosta D'Amourin ym. (2008) mallin mukaisesti esiin tulevia moniammatillisen yhteistyön tekijöitä. Aineistoa myös verrattiin kehittämishankkeen taustateorioihin, ja niiden välillä voitiin todeta olevan yhdenmukaisuutta.

Aluetapaamiset järjestettiin neuvoloissa sekä yhden kerran perheneuvolassa. Tapaamisiin osallistui 91 % Lahden alueen neuvolaterveydenhoitajista ja perhetyöntekijöistä. Loistavan osallistumisprosentin perusteella voidaan todeta, että tapaamisissa saatiin kattavasti tietoa perustyön tilasta ja toiveista sekä moniammatillisen yhteistyön nykytilasta. Tapaamispaikat olivat rauhallisia ja tapaamisten ilmapiiiri vaikutti vapautuneelta ja avoimelta. Kaikkien aluetapaamisten keskusteluissa nousivat esiin samat teemat, joten mukana olleilla toimijoilla oletettiin olevan selkeä käsitys tutkittavasta asiasta.

Määrällisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat Heikkilän (2008) mukaan huolellinen suunnittelu ja tarkkaan harkittu tiedonkeruu esimerkiksi kyselyn avulla. Kysymysten tulee mitata tutkimuskysymysten kannalta oikeita asioita. Webro-

pol-kyselyn luotettavuus toteutui sekä määrällisten että avointen kysymysten osalta.

Konsultaatiomallin rakentaminen edellytti operationalisointia, jonka tavoitteena oli linkittää tutkimuksellisen kehittämishankkeen taustateoriat käytäntöön. Webropol-kyselyn pohjana käytettiin valmista D'Amourin ym. (2008) mallia, ja kyselyn toimivuus myös testattiin etukäteen. Kyselylomakkeessa tulivat monipuolisesti esiin moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät ilmiöt. Kyselylomake on hyödynnettävissä, jos konsultaatiomallin toimivuutta halutaan testata jatkossa kehittämistyön seuraavien syklien aikana. Kyselylomakkeella saadut tulokset ovat toistettavissa eli lomake oli reliaabeli. Kyselylomakkeella voitiin tutkia juuri niitä asioita, joita oli tarkoituskin tutkia eli lomake oli myös validi. Lomakkeen vastausten perusteella tehtyjä johtopäätöksiä voidaan näin ollen pitää luotettavina. Webropol-kyselyn vastausprosentti jäi alhaiseksi (33,3 %). Se ei kuitenkaan alenna kyselyn tuottaman aineiston arvoa, koska vastauksissa oli nähtävissä yhteneväisyys aluetapaamisten aineiston tulosten kanssa.

Konsultaatiomallin rakentaminen toteutui aikataulussaan, joten myös tältä osin validiteetin voidaan katsoa toteutuneen. Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa tehtyä tutkimusta voidaan kokonaisuutena pitää luotettavana.

7.2.2 Eettisyys

Kehittämishankkeen eettisistä ratkaisuista ovat vastuussa opinnäytetyön tekijät. Vehviläinen-Julkunen (1998) korostaa laadullisen tutkimuksen eettisistä painotuksista erityisesti luottamuksellisuutta, anonymiteetin säilyttämistä sekä tutkimuksessa mukana olevien oikeutta tietää tutkimuksen tarkoituksesta ja tulosten julkaisemisesta.

Tutkimuksellinen kehittämishanke perustui toimijoiden suostumukseen olla mukana. Toimijoille lähetettiin sähköpostilla saatekirje ennen aluetapaamista, jossa heiltä pyydettiin lupa kerätä aineistoa. Lisäksi lupa kysyttiin vielä suullisesti ennen jokaista aluetapaamista. Kuulan (2006, 106-107) mukaan tutkimusta varten

haastateltaville henkilöille tulee antaa riittävästi informatiivista tietoa liittyen tutkimukseen sekä kertoa, jos haastattelu esim. äänitetään. Nämä asiat toteutuivat tässä kehittämishankkeessa. Toimijoille kerrottiin myös, etteivät he olisi tunnistettavissa valmiista raportista. Ääninauhojen data tuhottiin heti litteroinnin jälkeen. Aineistoa ovat käsitelleet ainoastaan opiskelijat ja aineiston analyysissä sekä tulosten raportoinnissa on pyritty totuudellisuuteen.

7.3 Kehittämishankkeen arviointia

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen vahvuudeksi osoittautui nopea ja ennakkoluuloton liikkeelle lähtö. Tarve konsultaatiolle oli olemassa ja yhtä mahdollista konsultaatiotapaa lähdettiin pilotoimaan nopealla aikataululla ja kevyellä ohjeistuksella. Tavoitteena oli saada neuvoloiden terveydenhoitajat ja perhetyöntekijät tietoisiksi puhelinkonsultaatiomahdollisuudesta ja tutustuttaa toimijat toisiinsa aluetapaamisten avulla. Kun puhelimeen vastaava henkilö on ennestään tuttu, on helpompi ottaa yhteyttä. Aluetapaamisten henki oli vahvasti sellainen, että eri toimijat ja alansa asiantuntijat ovat tekemässä samansuuntaista, pikkulapsiperheiden hyvinvointiin tähtäävää ennaltaehkäisevää työtä. Keskustelut käytiin avoimessa ja luottamuksellisessa ilmapiirissä, ja esiin tulleet mielipiteet olivat selkeitä ja hyvin perusteltuja työntekijöiden omasta näkökulmasta.

Kehittämishankkeen aikana kerätty aineisto osoittautui varsin laajaksi ja sisällöltään antoisaksi. Aluetapaamisista kerättävän aineiston piti alun perin olla tulevaisuuden muistelu-työpajoista kerättävät ääninauhat. Aluetapaamisten alussa käydyssä vapaassa ja avoimessa keskustelussa esiin nousseet teemat päätettiin myös kirjata tarkkaan ylös. Näin saatiin selkeämpi käsitys siitä, mikä moniammatillisen yhteistyön nykytilanne työntekijöiden näkökulmasta on. Tulevaisuuden muistelussa tulivat puolestaan esiin toiveet tulevaisuudelle, mihin asioihin haluttaisiin muutosta.

Kehittämishankkeen aikana kerättyä aineistoa analysoimassa oli kaksi henkilöä. Vaikka kumpikin heistä analysoi ääninauhojen sisältöä ja aluetapaamisten muistioita tahollaan, samat teemat nousivat esiin. Aineiston analyysiin vaikutti ennako-

tieto D'Amourin ym. (2008) moniammatillisen yhteistyön typologiasta ja moniammatillista yhteistyötä määrittelevistä indikaattoreista. Tämä ennakkotietämys ei kuitenkaan ollut haitaksi, koska kehittämistehtävän luonteeseen kuului juuri moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ja edistäminen.

Hankkeen voidaan sanoa edistäneen Lahden alueella tehtävää moniammatillista yhteistyötä. Konsultaatiomallin rakentamisessa tuli selkeästi esiin moniammatillisen yhteistyön ja jaetun asiantuntijuuden tarpeellisuus lasten ja lapsiperheiden tukemiseksi tehtävässä työssä. Uusien työmuotojen ja menetelmien toteuttamisessa on usein ongelmana riittävien resurssien saaminen. Tässä hankkeessa haluttiin panostaa moniammatilliseen yhteistyöhön eri asiantuntijoiden välillä ja puhelinkonsultaatioon tarjottiin riittävät resurssit. Yhteisellä kehittämistyöllä saatiin aikaiseksi tärkeä tulos, onnistuttiin rakentamaan puhelinkonsultaatio neuvolan ja perheneuvolan välille, johon tehtiin heti pilottonin jälkeen parannuksia.

7.4 Jatkosuositukset

Varhaisen vuorovaikutuksen häiriöt näkyvät myös lasten päivähoidossa. Päivähoidon puolelta onkin tullut toive konsultaatiolle, mutta tässä vaiheessa uusia toimijoita ei vielä voida ottaa mukaan. Tämä saattaa tulla mahdolliseksi Kaste II-ohjelman hankkeessa. Seuraavan hankkeen sisällä tutkitaan myös sitä kuinka verkosto nyt toimii. Neuvolan esimies kertoi yhteenvetopalaverissa Lahdessa marraskuussa 2011 käynnistyvästä Välittäjä -hankkeesta, joka on osa Kaste-ohjelmaa (Välittäjä 2009). Välittäjä-hanke on mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke. Hankkeen tavoitteena on mm. kehittää ja jalkauttaa peruspalveluiden varhaisvaiheen päihde- ja mielenterveystyön toimintamalleja ja palvelurakenteita sekä vahvistaa päihde- ja mielenterveystyön osaamista mm. terveydenhoitajien kohdalla. Myös tämä hanke tukee varhaisen vuorovaikutuksen häiriöihin puuttamista.

Tässä hankkeessa tuli esiin se, että terveydenhoitajat kokevat yhteistyön esim. lastensuojelun kanssa usein vaikeaksi salassapitovelvollisuuden vuoksi. Taajamon ym. (2005, 75) mukaan moniammatillisen yhteistyön esteenä voikin olla salassa-

pito- ja vaitiolovelvollisuus. Tähän ongelmaan tulisi löytyä tulevaisuudessa ratkaisu, sillä se voi olla esteenä suositusten mukaiselle moniammatillisuuden lisäämiselle.

Lahden lapsiperheille tällä hetkellä tarjolla olevat eri palvelut halutaan paremmin työntekijöiden tietoon esim. sähköisesti päivitettävän palvelukartan muodossa. Palvelukartan rakentaminen on haasteellinen tehtävä ja se voisi olla esim. yamk-opinnäytetyön aihe.

Puhelinkonsultaatio neuvolan ja perheneuvolan välillä käynnistyy jälleen kesän tauon jälkeen syksyllä 2011 uuden konsultaatiomallin mukaisesti ja sen on tarkoitus olla jatkuva moniammatillinen yhteistyörakenne. Konsultaation toimivuutta olisi syytä mitata uudestaan, kun toiminta on jo vakiintuneempaa ja yhteydenottoja on tullut enemmän. Kokemusperäistä tietoa puhelinkonsultaation onnistumisesta voitaisiin kerätä mahdollisesti paremmin vuoden päästä. Olisi tärkeää saada tietoa siitä kuinka moniammatillinen yhteistyö on jatkunut ja kuinka hyvin asiakasperheille on yhdessä pystytty löytämään hoitopolkuja. Pystyvätkö asiantuntijat reagoimaan perheiden tilanteisiin riittävän nopeasti konsultaation avulla?

Tulevaisuus näyttää kuinka verkostoituminen jatkuu ja eri alojen asiantuntijoiden välinen kommunikaatio toimii vaativissa työelämän tilanteissa. Tässä hankkeessa syntyneessä konsultaatiomallissa tullaan hyödyntämään jo olemassa olevia alueellisia yhteistyöverkostoja pikkulapsiperheiden kanssa tehtävässä työssä. Tähän mennessä perheillä ei ole ollut mahdollisuutta saada hoitoa erityisen vaativiin vuorovaikutushäiriöihin Lahden, Oivan- ja Aavan-peruspalvelukeskusten alueella. Konsultaation avulla asiantuntijoiden on mahdollista luoda yhteinen näkemys siitä, kuinka erityisen vaativien varhaisten vuorovaikutushäiriöiden hoitoa tulisi alueella kehittää. Jatkossa tähän kehittämistyöhön olisi todennäköisesti tarpeen ottaa mukaan uusia toimijoita jakamaan näkemyksiä ja asiantuntijuutta perhetyön rajapinnalla.

LÄHTEET

Painetut lähteet:

Aaltola, J & Syrjäla, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. & Huttunen, Rauno & Moilanen, Pentti (toim.) Siinä tutkijamissä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena Kustannus.

Anttila, P. 2005. Ilmaisuu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Hamina: Akatiimi.

Armanto, A. & Koistinen, P. 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi.

Arnkil, T. 2005. Teema: Moniammatillisuus. Dialogi 1/2005.

Bowlby, J. 1969. Attachment and loss: vol. 1, Attachment. New York: Basic Books.

Burnard, P. 1995. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. Nurse Education Today, 1996, 16.

D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. & Beaulieu, M-D. 2005. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional Care 5/2005, 116-131.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J-F., San Martin-Rodriguez, L. & Pineault, R. 2008. A Model and typology of collaboration between professions in healthcare organizations. BMC Health Services Research 8/2008.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.

Fernald, LCH. & Gunnar, MR. 2009. Poverty-alleviation program participation and salivary cortisol in very low-income children. *Social Science and Medicine* 68 (12), 2180-2189.

Gerdhardt, S. 2007. *Rakkaus ratkaisee*. Helsinki: Edita.

Hall, P. 2005. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care* 5/2005, 188-196.

Halligan, SL., Murray, L., Martins, C. & Cooper, PJ. 2007. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *J Affect Disord* 2007, 97, 145-54.

Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva A. 2005. *Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa*. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Hastrup, A., Toikka, S., & Solantaus, T. 2005. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perustason työssä. *Vavu-hankkeen loppuraportti*. Stakes Aiheita 8/2005.

Hay, DF., Pawlby, S., Waters, CS. & Sharp D. 2008. Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *J Child Psychol Psychiatry* 2008, 49, 1079-88.

Hay, DF., Pawlby, S., Waters, CS., Perra, O. & Sharp, D. 2010. Mother's antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child dev.* Jan-Feb, 81 (1), 149-65.

Heimo, E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevien lapsiperheiden tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. *Seurantatutkimus vuosina 1997-2002*. *Annales Universitatis Turkuensis* 184.

Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkinen, H. L.T. & Jyrkämä, J. (1999) Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. & Huttunen, Rauno & Moilanen, Pentti (toim.) Siinä tutkija missä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena Kustannus, 25-62.

Heikkinen, H. L. T. 2001. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Kirjassa Aaltola J. & Valli, R. (toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus.

Heikkinen, M., Henrikson, M., Löngvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. 2006. Psykiatria. 2-4.painos. Hämeenlinna: Karisto.

Hiltunen, P. 2003. Maternal postnatal depression, causes and consequences. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 733.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. Uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Honkanen, H. 2008. Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: Bookwell Oy.

Jernberg, A & Booth, P, 2003. Theraplay - Vuorovaikutusterapian käsikirja. Jyväskylä: Psykologien Kustannus Oy.

Kalland, M. 2002. Kiintymyssuhdeteorian kliininen merkitys: soveltaminen erityistilanteissa. Teoksessa Sinkkonen, Jari – Kalland, Mirjam (toim.) Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY.

Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kangaspunta, R., Kilkku, N., Kaltiala-Heino, R. & Punamäki, R-L. 2005. Lapsiperheiden psykososiaalinen tukeminen. Pirkanmaan mielenterveystyön hankkeen Peruspalvelutiimi- ja perheen hyvinvointineuvola- projektin loppuraportti 2002-2004. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/2005.

Kangaspunta, R., Kilkku, N., Kaltiala-Heino, R. & Punamäki, R-L. 2004. Psykososiaalisen tuen tarve äitiys- ja lastenneuvolatyön haasteena – Kokemuksia Perheen hyvinvointineuvola –projektista. Suomen Lääkärilehti 38.

Kemppinen, K. 2007. Early maternal sensitivity. Continuity and related risk factors. Kuopion yliopiston julkaisuja. Sarja D, osa 412.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. & Huttunen, Rauno & Moilanen, Pentti (toim.) Siinä tutkijamissä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena kustannus.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. 2005. Opas työntekijöille. Julkaisuja 3. painos. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.

Launonen, K. 2007. Vuorovaikutus – kehitys, riskit ja tukeminen kuntoutuksen keinoin. Kehitysvammaliitto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Leijala, H. 2004. Psyykkisesti sairias vanhempit ja lapsi. Teoksessa Söderholm, A., Halila, R., Kivitiie-Kallio, S., Mertsola, J. & Niemi, S. 2004. Lapsen kaltoinkohtelu. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim, 177-186.

Leppänen, J. M., Peltola, M. J., Mäntymaa, M., Koivuluoma, M., Salminen, A., & Puura, K. 2010. Cardiac and behavioral evidence for emotional influences on attention in 7-month-old infants. *International Journal of Behavioral Development*, 34, 547-553.

Luoma I., Mäntymaa M., Puura K. & Tamminen T. 2003. Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 119. vuosikerta, Maaliskuu 6/2003, 459–465.

Luoma, I. 2004. From Pregnancy to Middle Childhood. What Predicts a Child's Socio-Emotional Well-Being? Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 1002.

Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. *Metodologi –sarja* 4. Methelp, Vöru.

Milburn, P.C. & Colyer, H. 2007. Professional knowledge and interprofessional practice. *Radiography* 14/2008, 318-322.

Mäntymaa, M. 2006. Early mother-infant interaction. Determinants and predictivity. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 1144.

Mäntymaa, M. 2007. Lapsen mieli, aivot ja vuorovaikutus. Teoksessa Schulman, M., Kalland, M., Leiman, A-M., Siltala, P. (toim.) *Lastenpsykoterapia ja sen vuorovaikutukselliset ulottuvuudet*. Helsinki: Therapeia-säätiö.

Mäntymaa, M. & Puura, K. 2009. Pikkulapsella psyykinen häiriö? *Suomen lääkäri* 8/2009, 707-711.

Niemelä, P., Siltala, P. & Tamminen T, 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Juva: WS Bookwell Oy.

Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. STM Julkaisuja 2009.

Perfetti, J. 2004. Postpartum Depression: identification, screening, and treatment. Wisconsin Medical Journal 2004, Volume 103, No. 6.

Puura K., Tamminen T., Mäntymaa M., Virta E., Turunen M-M. & Koivisto A-M. 2001. Lastenneuvolan terveydenhoitaja vauvaperheen tuen tarpeen havaitsijana. Suomen Lääkärilehti 47(56), 4855–4861.

Saari, E. 2007. Mitä – pitääkö tutkijan olla myös käytännön toimija? Kirjassa Viinamäki, L. & Saari E. (toim.) 2007. Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteellisen tutkimukseen, s. 121 – 151. Helsinki: Tammi.

Sarkkinen, M. 2003. Masentunut äiti – tyydyttävän äitiydenkokemuksen ulkopuolella. Teoksessa Niemelä, Pirkko - Siltala, Pirkko - Tamminen, Tuula (toim.): Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus. Helsinki: Tammi.

Sarkkinen, M. 2010. Tyydyttävän äitiyden ulkopuolella - fenomenologishermeneuttinen tapaustutkimus uudelleensynnyttäjän masennuskokemuksesta. Turun yliopisto. Psykologian laitos. Lisensiaatintyö.

Sinkkonen, J. & Kalland, M. (toim.) 2005. Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen. Helsinki: WSOY.

Sinkkonen, J. 2001. Lapsen puolesta. Juva: WS Bookwell Oy.

Sinkkonen, J. & Pihlaja, P. (toim.). 2000. Ulos umpikujasta. Miten auttaa tunnehäiriöistä lasta? Juva: WSOY.

Solantaus, T. 2005. Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset. Mitä

terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä? Osa I. Suomen Lääkärilehti, 60 (38), 3765 - 3770.

Solantaus, T. & Paavonen, J. 2010. Preventive interventions in families with parental depression. Children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 883-892.

Solantaus, T., Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee, WR. & Paavonen EJ. 2009. Safety, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Families with Parental Depression. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11 (4), 15-24.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. Helsinki: Yliopistopaino.

Stern, D. 1995. *Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Taajamo, T., Soine-Rajanummi, S. & Soininen, R. 2005. Kehittykö moniammatillisuus? Raportti Päijät-Hämeen hyvinvointineuvola-hankkeen kehittämistyöstä. Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso.

Tammentie, T. 2009. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus perheeseen ja perheen vuorovaikutussuhde lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 1440.

Tamminen, T. 2004. *Olipa kerran lapsuus*. Helsinki: WSOY.

Tamminen, T. 2009. Varhaislapsuuden kokemukset ovat ratkaisevia. *Suomen Lääkärilehti* 8/2009, 675.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Helsinki: Tammi.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Hoitotieteen tutkimus metodiikka. (toim.) Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Juva: WSOY.

Veijola, A., Isola, A. & Taanila, A. 2006. Monimmatillinen perhetyö edellyttää keskustelua. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti, 2006, 43.

Viljamaa, M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tampereensis 585.

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

Ylilehto, H. 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus - salpautunut ilo. Naisten lapsivuodeajan kokemusten salutogeeninen tarkastelu. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 714.

Julkaisemattomat lähteet:

Bowlby, Sir R. 2007. Mihin tarvitaan isää? Kiintymysteoria ja isän merkitys. Luennot Euroopan juhlaseminaarissa 1.-2.2007.

Järvinen, R. 2009. Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen –hankkeen loppuraportti.

Turpeinen, M. 2010. Eräitten isompien paikkakuntien perheneuvoloiden vautyön vertailua.

Elektroniset lähteet:

Collin, J., Korhonen, K., Penttinen, L. & Vakiala, V. 2003. Lisää jaetusta asiantuntijuudesta [viitattu 3.4.2011]. Saatavissa: <http://www.tutkiva.edu.hel.fi/lisaajae.html>.

Diakonialaitos Lahti. Saatavissa: http://www.dila.fi/diakonia/dila_timantit/

Eriksson, E, Arnkil, T. E. & Rautava, M. 2006. Ennakointidialogeja huolten vyöhykkeellä. Verkostokonsultin käsikirja – ohjeita verkostomaiseen työskentelyyn [viitattu 10.8.2011]. Stakesin työpapereita 29/2006. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T29-2006-VERKKO.pdf>

Helakorpi, S. Verkotot ja muuttuva asiantuntijuus [viitattu 30.6.2011]. Saatavissa: <http://openetti.aokk.hamk.fi/seppoh/ak-maailma/kever.pdf>.

Kasperihanke 2009. [Viitattu 2.10.2011.] Saatavissa: <http://www.kasperihanke.fi/>

Lahden ensi- ja turvakoti 2010. [Viitattu 2.10.2011.] Saatavissa: <http://www.lahdenensijaturvakoti.fi/babyblues.php>

Lahden kaupunki, sosiaali- ja terveystyöpalvelut [viitattu 23.3.2011]. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/9DB83E8DEBF52CDAC2256E7E00310A30>.

Mertala, S. 2011. Yhdessä tietämisen episodeja – Terveystyöhuollon kompleksiset työympäristöt [viitattu 10.9.2011]. Väitöskirja. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Saatavissa: https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/69686/Mertala_Doria_Acta73.pdf?sequence=1.

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus 2010. Neuvolatyö [viitattu 16.7.2011]. Saatavissa: <http://neuvolakeskus.stakes.fi/FI/neuvolatyo/index.htm>.

Päijät-Hämeen perheneuvolan toimintakertomus 2009. Saatavissa: <http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/D3D6E1438A419A33C2256E7E003CE8EF>

Sarkkinen, M.2008. Sylkkyyn! –raportti 2007 [viitattu 13.3.2011]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1;31;33>.

Siira, M. (toim.). 2005. Moniammatillisuus – lisää byrokratiaa vai asiakkaan aitoa auttamista [viitattu 15.4.2011]. Dialogi 1, 26 – 30. Saatavissa: <http://dialogi.stakes.fi/NR/rdonlyres/BBCB5211-8404-49B0-BCDF-5207AEB2232C/0/dialogi20051.pdf> .

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Neuvolat [viitattu 12.8.2011]. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto/neuvolat.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille [viitattu 1.4.2011]. Helsinki: Edita Prima Oy. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1098955086116/passthru.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Raskaudenaikainen vuorovaikutusta tukeva haastattelulomake ja lapsen syntymää seuraava vuorovaikutusta tukeva haastattelulomake [viitattu 1.4.2011]. Helsinki: Edita Prima Oy. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1098955086116/passthru.pdf>.

Stakes 2009. Huolen vyöhykkeistö - apuväline avoimen yhteistyön kehittämiseksi [viitattu 11.8.2011]. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/verkostomenetelmat/FI/vyohykkeisto/index.htm>.

Suomen Theraplay-yhdistys ry. Theraplay pähkinänkuoressa [viitattu 1.4.2011]. Saatavissa: <http://www.theraplay.fi/>.

Terve Kuopio 2009. LapsiKuopi –hanke [viitattu 10.4.2011]. Saatavissa: <http://tervekuopio.fi/lapset-ja-nuoret>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009a. Huolen puheeksiottaminen [viitattu 1.9.2011]. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/verkostomenetelmat/FI/puheeksiottaminen/index.htm>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009b. Varhainen puuttuminen (Varpu) vastuunottoa omasta toiminnasta toisten tukemiseksi [viitattu 10.9.2010].

Saatavissa: <http://groups.stakes.fi/VERK/FI/Varpu/index.htm>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011a. Varhaista vuorovaikutusta tukeva Vavumenetelmä [viitattu 23.3.2011]. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/vavu.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011b. Miten voin auttaa masentunutta äitiä hoitopolun avulla [viitattu 15.4.2011]?

Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/toimintatavat/masentuneen_aidin_hoitopolku.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 28.5.2009/380 [viitattu 20.3.2011]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090380>.

Verso 2011. Lapsi- ja perhetyö, Seitti [viitattu 10.1.2011].

Saatavissa: http://verso.palmenia.helsinki.fi/paijat_hame/perhetyo.asp.

Välittäjä 2009 –hanke [viitattu 10.6.2011].

Saatavissa: www.valittajahanke.fi/fi/valittaja-hanke.

LIITTEET

Liite 1

**PUHELINKONSULTAATIO
NEUVOLAN TERVEYDENHOITAJILLE JA
PERHETYÖNTEKIJÖILLE**

Kun vauvan kehitys ja vanhempien tarjoaman varhaisen vuorovaikutuksen ja tuen laatu asiakasperheessä herättävät sinussa huolta, eivätkä omat keinosi tunnu riittävän...

ota rohkeasti yhteyttä perheneuvolaan!

Soittoajat:

1.4.2011 klo 9-11

15.4.2011 klo 9-11

13.5.2011 klo 9-11

27.5.2011 klo 9-11



Katriina Aalto

(03) 818 3708

Merja Sipilä

(03) 818 3719

Liite 2

HAVAINNOINTILOMAKE

Aluetapaaminen _____.____.2011

Indikaattori	
Päämäärät	
Asiakaskeskeisyys vs muut lojaalisuudet	
Yhteistyösuhteet	
Luottamus	
Keskittäminen	
Johtajuus	
Innovoinnin tu- keminen	
Kyky liittää toimi- jat yhteen	
Virallistamisen työkalut	
Tiedon jakaminen	

Liite 3

PUHELINKONSULTAATIO

Päivä ___.__.2011

Yhteydenoton aihe / huolen aihe (rastita ja alleviivaa)

vanhempaan / vanhempiin liittyvä

esim. mt-ongelmat äidin taustassa tai ajankohtaisesti, raskauden kieltäminen, äidin tuhoavat elämäntavat, vaikeus kääntyä sisäänpäin, vauvan odottaminen yksin, voimakas synnytyspelko, parisuhdeongelmat

vauvaan liittyvä

esim. keskosuus, sairaus, vamma, syömisongelmat, rauhoittumis-, nukahtamis- ja uniongelmat itkuisuus, vetäytyneisyys, masennus. autismiriski pelokkuus, pakonomainen mukautuvuus, ristiriitainen kiintymyskäyttäytyminen

vauva-vanhempi –vuorovaikutussuhteeseen liittyvä

esim. irrallisuus, ahdistuneisuus, vihamielisyys, pahoinpitelyvyys, kietoutuneisuus

muu, mikä _____

Onko yhteydenoton aiheena oleva huoli aiheellinen?

Kyllä

Ei

Jatkotoimenpiteet

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

jatko neuvolassa

ohjaus perheneuvolaan

ohjaus lastensuojeluun

ohjaus lastenpsykiatriaan

Baby blues -vauvaperhetyö

Löydä timantit -avokuntoutuskeskus

muu, mikä _____

Liite 4

WEBROPOL-KYSELY

Sivu 1

Vavu-konsultaatio

Tämän kyselyn avulla rakennetaan konsultaatiomallia työvälineeksi lapsiperheiden parissa työskentelevien asiantuntijoiden välille Päijät-Hämeen alueella. Lisäksi kyselyllä kartoitetaan toteutuneen puhelinkonsultaatiokokeilun kokemuksia.

Tutkimuksen tekijöinä ovat Lahden ammattikorkeakoulun opiskelijat Susanna Saares ja Satu Ukkonen. Tutkimus tehdään osana Seitti-hanketta. Kysely tehdään Päijät-Hämeen perheneuvolan puhelinkonsultaatiokokeilussa mukana olleille työntekijöille sekä Lahden kaupungin terveydenhoitajille ja perhetyöntekijöille. Kysely tehdään konsultaatiomallin kehittämistyötä varten. Kehittämistyön kannalta on erittäin tärkeää, että mahdollisimman moni vastaisi tähän kyselyyn, jotta kaikkien toimijoiden mielipiteet tulevat kirjatuksi ja huomioituksi konsultaatiomallia rakennettaessa. Tulokset raportoidaan valmiissa konsultaatiomallia käsittelevässä opinnäytetyössä. Vastaajien henkilöllisyys ei tule esiin tulosten raportoinnissa. Kyselyn vastaamiseen on aikaa 8.6.2011 asti.

Kiitämme hyvin sujuneesta yhteistyöstä ja vastauksistanne jo etukäteen!

Susanna Saares (susanna.saares(a)phnet.fi) ja Satu Ukkonen (satu.ukkonen(a)gmail.com)

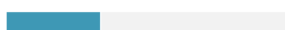
1. Käytin puhelinkonsultaatiomahdollisuutta kokeilun aikana *

- Kyllä
 Ei

Sivu 2

Vavu-konsultaatio**2. Arvioi**

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Puhelinkonsultaatio oli hyödyllinen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puhelutilanteessa syntyi luottamusta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puhelun aikana syntyi yhteinen näkemys tilanteesta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puhelinkonsultaatioaikoja oli riittävästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Sivu 3

Vavu-konsultaatio

3. Arvioi seuraavia väittämiä:

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Neuvolan ja perheneuvolan välisellä toiminnalla on yhteinen päämäärä.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö neuvolan ja perheneuvolan välillä nousee työntekijän tarpeista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteistyö neuvolan ja perheneuvolan välillä nousee työyhteisön tarpeista.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteispalaverihin osallistumiselle on mahdollisuuksia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yhteispalaverihin osallistumiselle on aikaa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuvolan ja perheneuvolan työntekijöiden välillä on luottamusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sivu 4

Vavu-konsultaatio

4. Arvioi seuraavia väittämiä:

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Perustyötä ohjataan voimakkaasti voimakkaasti "ylhäältä", esimiestasolta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työn omaehtoiselle kehittämiselle on mahdollisuuksia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Virtuaalisille yhteistyötavoille olisi tarvetta tarvetta (esim. intranetin välityksellä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ammatillista ohjausta on saatavilla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työntekijä tietää, minkä palvelun piiriin lapsiperheet voidaan ohjata eri tilanteissa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sivu 5

Vavu-konsultaatio

Kuvaille varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen näkökulmasta omassa organisaatiossasi...

5. Mitkä tekijät tukevat yhteistyötä eri toimijoiden (esim. neuvola ja perheneuvola) välillä?

Sivu 6

Vavu-konsultaatio

6. Millainen konsultaatiomalli olisi mielestäsi toimiva?

