

”Tiitiäinen metsäläinen pieni menninkäinen”

Esite Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrian poliklinikasta

Vilhelmiina Aittola ja Hanna-Mari Korkala

Sosiaali- ja terveysalan opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

KEMI 2013

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU, Sosiaali- ja terveysala

| | |
|--|---|
| Koulutusohjelma: | Hoitotyön koulutusohjelma |
| Opinnäytetyön tekijät: | Vilhelmiina Aittola ja Hanna-Mari Korkala |
| Opinnäytetyön nimi: | ”Tiitiäinen metsäläinen pieni menninkäinen”: Esite Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrian poliklinikasta |
| Sivuja (joista liitesivuja): | 51 (4) |
| Päiväys: | 15.4.2013 |
| Opinnäytetyön ohjaajat: | Elli Peteri ja Anne Puro |
| <p>Tämän projektin tarkoituksena oli tehdä esite Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrian poliklinikasta. Projektityö tehtiin yhteistyössä Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrian poliklinikan henkilökunnan kanssa. Projektin tuotoksena oli esite ja projektiraportti. Esitteen tavoitteena on antaa tietoa lasten psykiatrian poliklinikasta sen yhteistyökumppaneille, jotta he osaavat tarvittaessa ohjata apua tarvitsevat lapset ja heidän huoltajansa lasten psykiatrian poliklinikalle.</p> <p>Esitteessä kerrotaan Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrian poliklinikan toiminnasta, sen tarjoamasta hoidosta, ensimmäisestä yhteydenottokontaktista ja poliklinikan yhteystiedoista. Esitteestä tuli lasten psykiatrian poliklinikan henkilökunnan toiveiden mukainen. Esite on tiivis, selkeä ja helppolukuinen.</p> <p>Projektiraportissa kerrotaan lapsen hyvinvoinnista ja tasapainoisesta kehityksestä. Lapsen hyvinvoinnilla ja tasapainoisella kehityksellä on suuri merkitys lapsen psyykkeeseen. Työssä on käsitelty lasten yleisimpiä psyykkisiä sairauksia, joita hoidetaan Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella. Työssä kerrotaan erilaisista hoitomuodoista ja hoitotavoista, joita lasten psyykkisten sairauksien hoidossa käytetään. Tärkeänä osana työssä on moniammatillinen yhteistyö poliklinikan ja heidän yhteistyötahojen kesken.</p> | |
| Asiasanat: kiintymyssuhde, suojaavat tekijät, haavoittavat tekijät, lapsen psykiatriset ongelmat, moniammatillinen yhteistyö | |

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES, Education

| | |
|---|--|
| Degree programme: | Degree programme in Nursing |
| Authors: | Vilhelmiina Aittola ja Hanna-Mari Korkala |
| Thesis title: | ”Tiitiäinen metsäläinen pieni menninkäinen”: A brochure for the Child Psychiatry Outpatient Clinic in the Länsi-Pohja's Central Hospital |
| Pages (of which appendices): | 51 (4) |
| Date: | 15.4.2013 |
| Thesis instructors : | Elli Peteri and Anne Puro |
| <p>In this project the aim was to create a brochure for the Child Psychiatry Outpatient Clinic in the Länsi-Pohja's Central Hospital. The project was made in co-operation with the personnel of the clinic. The results of the project were a brochure and a project report. The goal of the brochure is to share information about the Child Psychiatry Outpatient Clinic to the co-operation partners to help them direct the children and their parents to the Child Psychiatry Outpatient Clinic when needed.</p> <p>The brochure includes information about the functions of the Child Psychiatry Outpatient Clinic in the Länsi-Pohja's Central Hospital, about the treatments available, about the first contact and the contact details of the clinic. The brochure turned out to comply the wishes of the personnel. The brochure is compact, clear and readable.</p> <p>The project report focuses on the wellbeing and balanced development of the child. The wellbeing and a balanced development have a strong influence on the psyche of a child. The report outlines the most common mental disorders treated in the Länsi-Pohja's Healthcare District. The report also presents various treatments and practices that are used in the mental healthcare of children. The important part is the work of the multidisciplinary team including the personnel of the clinic and their co-operation partners.</p> | |
| <p>Keywords: Attachment theory, protective factors, wounding factors, child's psychiatric problems, the multidisciplinary co-operation</p> | |

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| TIIVISTELMÄ | 2 |
| ABSTRACT | 3 |
| SISÄLLYS | 4 |
| 1 JOHDANTO | 5 |
| 2 LAPSEN HYVINVOINTI JA TASAPAINOINEN KEHITYS | 7 |
| 2.1 Kiintymyssuhde | 8 |
| 2.2 Lapsen kehitystä suojaavat tekijät..... | 11 |
| 2.3 Lapsen kehitystä haavoittavat tekijät | 13 |
| 3 PSYKKISESTI OIREILEVAT LAPSET | 15 |
| 3.1 Tunnehäiriöt | 15 |
| 3.2 Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen..... | 18 |
| 3.3 Traumatisoituminen | 20 |
| 3.4 Lapsen kohdistuva väkivalta ja seksuaalinen hyväksikäyttö | 22 |
| 3.5 Käytöshäiriöt | 23 |
| 3.6 Neurologiset häiriöt..... | 24 |
| 4 LASTEN PSYKKISTEN ONGELMIEN HOITO | 27 |
| 5 LAPSEN KEHITYSTÄ TUKEVA MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ | 30 |
| 5.1 Moniammatillinen yhteistyö | 30 |
| 5.2 Lasten psykiatrian poliklinikan tarjoamat palvelut ja hoito..... | 33 |
| 5.3 Toiminnasta tiedottaminen..... | 35 |
| 6 PROJEKTIN TOTEUTUS | 37 |
| 6.1 Tarkoitus ja tavoitteet..... | 37 |
| 6.2 Rajaus, liittymät ja organisointi | 37 |
| 6.3 Toteuttamisen ja työskentelyn kuvaus | 38 |
| 6.4 Tulosten ja prosessin arviointi | 40 |
| 6.5 Luotettavuuden tarkastelu ja eettisyys | 41 |
| 7 POHDINTA | 43 |
| LÄHTEET | 45 |
| LIITTEET | 48 |

1 JOHDANTO

*”Tiitiäinen metsäläinen pieni
 menninkäinen,
 Posket tehty puolukasta,
 tukka naavatuppurasta,
 silmät on siniset tähdet.
 Tiitiäinen metsäläinen pieni
 menninkäinen, keinu kuusen kainalossa,
 tuutu tuulen kartanossa,
 sammuta siniset tähdet!”*

~Kirsi Kunnas~

Lasten lisääntynyt psyykkinen oireilu on kasvava kansanterveydellinen ongelma. (Broberg, Almqvist & Tjus 2005, 7). Lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmat ovat tulleet entistä enemmän näkyviksi. Jopa 15:sta prosentilla kouluikäisistä lapsista ilmenee mielenterveyden häiriöitä, näistä kaksi- kolme prosenttia on vakavia. Lasten- ja nuorten henkinen pahoinvointi tulee esille erilaisin tavoin ja oireet vaihtelevat. Psykiatriisiin ongelmiin liittyviä oireita lapsella voivat olla muun muassa jatkuva väsymys, univaikeudet, mielialojen äkilliset vaihtelut, syömishäiriöt, ylivilkkaus, aggressiivisuus ja itsetuhoisen käyttäytyminen. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 147–148.)

Lapsi tarvitsee kasvuun ja kehitykseen häntä hoivaavan ihmisen. Se turvaa lapsen psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin. Vastasyntynyt vauva luo kiintymyssuhteen häntä hoivaavaan ihmiseen. Kiintymyssuhde on välttämätön lapsen kehityksen kannalta. Lapsen kyky surra ja jakaa tunteitaan vaikuttaa lapsen psyykkiseen kehitykseen. Vauvana luotu kiintymyssuhde vaikuttaa koko loppuelämäämme. (Broberg ym. 2005, 7.) Työssä kerrotaan kiintymyssuhteen eri muodoista ja niiden vaikutuksista lapsen elämään.

Myös perimällä on suuri vaikutus lapsen kehitykseen, esimerkiksi skitsofreniaa sairastavan vanhemman lapsella on noin viisitoistakertainen riski sairastua skitsofreniaan verrattuna lapseen, jolla on terveet vanhemmat. Lisäksi monet muutkin ympäristötekijät vaikuttavat lapsen kehitykseen. (Broberg ym. 2005, 63–64.)

Tämän projektityön tarkoituksena oli tehdä esite Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrian poliklinikasta. Esitteen tavoitteena on antaa tietoa lasten psykiatrisesta poliklinikasta sen yhteistyökumppaneille. Työ rajattiin siten, että siinä käsitellään Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrian poliklinikan asiakkaiden yleisimmät psyykkiset ongelmat ja niiden hoito. Valitsimme tämän opinnäytetyöaiheen, koska tulevana sairaanhoitajina olemme kiinnostuneita lasten psyykkisestä hyvinvoinnista, psyykkisistä ongelmista ja niiden hoidoista. Teimme projektityön, koska se kiinnosti meitä enemmän, kuin tutkimustyypisen työn tekeminen. Halusimme saada kokemusta projektityön teosta ja projektitiimissä työskentelystä.

Esitteen suuntautuessa yhteistyökumppaneille, moniammatillisen työn merkitys nousee esille. Moniammatilliseksi yhteistyöksi kutsutaan asiakaslähtöistä yhteistyötä, johon kuuluu monia eri asiantuntijoita ja organisaatioita. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 28–29.) Moniammatillista yhteistyötä tekevillä henkilöillä on yhteinen tehtävä ja työ suoritettavanaan, ongelmat tulee ratkoa ja päätös tehdään niin, että he yhdistävät tietonsa ja taitonsa päästäkseen tavoitteeseen. Tietojen ja osaamisten eri näkökulmat yhdistyvät moniammatillisen yhteistyön kautta. (Isoherranen ym. 2008, 33.)

2 LAPSEN HYVINVOINTI JA TASAPAINOINEN KEHITYS

Lapsella on oikeus hyvinvointiin ja tasapainoiseen elämään. Syntymän jälkeen lapsi on riippuvainen vanhemmistaan ja muusta ympäristöstä. Vanhempien velvollisuus on huolehtia, että tämä oikeus toteutuu. (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist 2000, 5.)

Lapsen ja nuoren psyykkiseen kehitykseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa lapsen biologinen varustus, yhteiskunnan voimavarat ja arvostukset sekä ympäristötekijät, joihin kuuluvat ihmissuhteet, elämänmuutokset ja traumaattiset kokemukset. (Räsänen, Moilanen, Tamminen, Almqvist, Piha & Kumpulainen 2010, 20.)

Jos lapsen kehitys häiriintyy, hän tarvitsee tukea hyvinvoinnissa ja kasvussa. Apua antavat lasten- ja nuorisopsykiatrian asiantuntijat. Näitä palveluja tarjoavat erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvat lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikat. Neuvoloissa, päiväkodeissa, kouluissa, terveyskeskuksissa ja muissa paikoissa, joissa hoidetaan lapsiasiakkaita, työntekijän tulee tunnistaa mielenterveyden häiriöt varhaisessa vaiheessa ja ohjata tarvittaessa lapsi tai nuori hoitoon. (Räsänen ym. 2000, 5.)

Lapsen psyykinen kehitys on kokonaisvaltainen kasvuprosessi. Aivan syntymästä lähtien pieni lapsi tutkii ympäristöään ja pyrkii vuorovaikutukseen häntä hoitavien ihmisten kanssa. Ensin vuorovaikutus perustuu kosketus- ja näköhavaintoon. Itkulla vauva viestii tunteitaan ja tarpeitaan. Lasta hoitavan henkilön tehtävänä on tulkita lapsen itkun syy ja vastata lapsen tarpeisiin. Näin vauva ymmärtää, että hänen tarpeisiinsa vastataan. (Räsänen ym. 2010, 37; Nurmi, Ahonen, Lyytinen A., Lyytinen P., Pulkkinen & Ruoppila 2006, 29.)

Noin parin kuukauden ikäisenä vauva alkaa äännellä ja hymyillä. Lapsi katsoo silmiin ja tutut kasvot, äänen ja kosketuksen tunnistaessaan hän voi hymyillä. Lapsen osoittama hymy toista ihmistä kohtaan on merkki sosiaalisesta toiminnasta. Se on kommunikaation lähtökohta ja vaikuttaa kielen oppimiseen. Lapsen puheen oppimisen kannalta vanhempien on tärkeä korostaa omaa puhettaan ilmeillä ja eleillä, puheen on hyvä olla yksinkertaista, hidasta, toistavaa ja keskeisiä kohtia painottavaa puhetta. Lapsen tarpeisiin vastaaminen herättää lapsessa luottamusta ja turvaa. Lapsen ja vanhemman kiintymyssuhde perustuu vastavuorovaikutukseen. Lapsen täytyy osata käsitellä myös tunnetiloja, joita syntyy, kun hän joutuu olemaan hetkellisesti erossa vanhemmistaan. Kun lapsen

perustarpeisiin vastataan, lapsi voi alkaa keskittyä uuden oppimiseen. (Nurmi ym. 2006, 29–30.)

Lapsen oppimisen pohjalta syntyvä muisti on mukana kaikessa lapsen sosiaalisessa ja älyllisessä toiminnassa. Jokaista kokemusta lapsi ei pysty tallentamaan erillisinä mieleen vaan kokemuksesta syntyy sisäinen mielikuva. Pysyvien mielikuvien avulla lapsi pystyy muistamaan menneitä kokemuksia ja ennakoimaan tulevaa. Lapsi katsoo mallia muista ihmisistä ja toimii vastaavissa tilanteissa samankaltaisesti. Muistissa voi esiintyä merkittäviä eroja henkilöiden välillä ja tämä saattaa heijastua myös lapsen kognitiiviseen kehitykseen, esimerkiksi, jos lapsen muistissa on ongelmia, uusien asioiden oppiminen voi tällöin olla hankalampaa. (Nurmi ym. 2006, 49, 52.)

Sosiaalisten taitojen avulla lapsi kykenee positiivisella tavalla ratkaisemaan ongelmia ja saavuttamaan päämääränsä. Lapsella tulee olla empatiakykyä, hänen tulee pystyä arvioimaan ja ennakoimaan toimintansa seurauksia. Lapsella pitää olla kyky ymmärtää omia tunteitaan ja tuoda niitä esille oikealla tavalla. Sosiaaliset taidot määrittävät lapsen kognitiiviset taidot, minäkuvan ja toiminnan ryhmässä. Sosiaalinen käyttäytyminen on onnistunutta, jos se on ulospäin suuntautunutta ja siihen kuuluu harkittua toimintaa, tunteiden hallintaa sekä ryhmätyöskentelytaitoa. Lapsen sosiaalisiin taitoihin kuuluu hallita leikki niin ryhmässä kuin yksinkin. Leikkien kautta lapsi kokee yhteenkuuluvuuden tunnetta ja saa luotua ystävyysuhteita. Lapsen omassa perheessään tapahtuva vuorovaikutus on ehdottoman tärkeää. Se edistää lapsen sosiaalisia taitoja. Vanhemman pitää asettaa lapselle haasteita ja tavoitteita, jotta lapsi oppii ja kehittyy. On kuitenkin tärkeää, että vanhemmat eivät aseta liian suuria vaatimuksia lapselle hänen ikäänsä nähden. (Nurmi ym. 2006, 54–55.)

2.1 Kiintymyssuhde

John Bowlby on englantilainen psykiatri, joka loi 1950-luvulla teoriaa lasten sosiaalis-emotionaalisesta kehityksestä. Hän yhdisteli etiologisia ja systeemiteoreettisia käsitteitä sekä kognitiivisen psykologian tutkimustuloksia. Bowlbyn mielestä kiintymyssuhde on olennainen tekijä lajin kehityksen kannalta. Evoluution edetessä lapsen ja vanhemman välimatka on säilynyt mahdollisimman pienenä. Lasta on suojellut vanhemman fyysinen läheisyys. Kiintymyssuhteessa biologisena tarkoituksena on suojata lapsen hengissä

säilyminen. Lapsen kokiessa hätää tai uhkaa, hän etsii vanhempansa läheisyyttä. Bowlbyn mukaan kiintymyssuhde on lapsen emotionaalinen side äitiä tai muuta hoitajaa kohtaan. (Kouvo & Silvén 2003, 2-3.)

Kun lapsi oppii luottamaan aikuiseen siten, että hän huomaa, kuinka häntä huomioidaan ja hänen tarpeisiinsa vastataan oikealla tavalla, syntyy lapsen ja vanhemman välille turvallinen ja luottavainen kiintymyssuhde. Tällaisessa vuorovaikutussuhteessa kasvattaja reagoi lapsen fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin sensitiivisesti. Sensitiivisyys tarkoittaa kasvattajan herkkyyttä havainnoida lasta ja vastata hänen tarpeisiinsa. Turvallisuus syntyy lapselle siitä, että hänen toiveitaan käsitetään ja ettei häneltä odoteta liikoja. Jos lapsi on elänyt turvallisessa, luottavaisessa kiintymyssuhteessa, hän kykenee myös aikuisena antamaan rakkautta muille ja myös vastaanottamaan sitä. Tällainen ihminen pystyy ilmaisemaan tunteensa avoimesti ja suoraan. Lisäksi hän uskaltaa kohdata tulevaisuudessa myös oman lapsensa tunteet ja tarpeet. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2008, 36–38.)

Turvattomassa, välttelevässä kiintymyssuhteessa, lapsi oppii, ettei vanhempi reagoi hänen tarpeisiinsa. Lapsi oppii kieltämään avun tarvetta, erityisesti kielteisten tunteidensa ilmaisua. Kun lapsi on oppinut, ettei hänen kielteisten tunteiden osoittamisesta ole mitään hyötyä, hän alkaa sopeutua siihen, että hänen on selviydyttävä vaikeista tunteistaan yksin. Näin ollen hän pyrkii löytämään itsenäisiä keinoja tunteidensa säätelyyn. Oikeasti lapsi ei ole valmis vielä itsenäiseen tunteidensa säätelyyn, siksi lapsi kokee että on helpompaa välttää tunteitaan tai kieltää ne kokonaan. Lapsi saattaa hakea kasvattajansa hyväksyntää esimerkiksi hymyllä, kiltteydellä, ahkeruudella ja tottelevaisuudella. Lapsi voi helposti alkaa syyttämään itseään, jos hän joutuu vaivaamaan aikuista. Jos lapsi on joutunut kokemaan pettymyksiä ja on saanut vain huonoa palautetta, vaikka hän olisi toiminut kuinka hyvin tahansa, hän alkaa syyttää itseään. Joskus kuitenkin lapsen kielteiset tunteet saattavat kasaantua liikaa ja lapsi voi alkaa oireilla yllätyksellisesti, esimerkiksi raivoamalla, itkemällä tai uhmaamalla rajoja. (Vilen ym. 2008, 38–39.)

Välttelevässä kiintymyssuhteessa vanhempi on yleensä väsynyt, kiireinen tai masentunut. Hän ei pysty tarjoamaan lapselleen mahdollisuutta ilmaista tunteitaan ja tarpeitaan. Aikuinen voi uskoa, että lapsesta voi tulla itsekäs, jos häntä alkaa kehuskella. Lisäksi aikuinen voi ajatella, että lapsi rauhoittuu parhaiten omassa rauhassa, eikä tarvitse vanhemman hyssyttelyä. (Sinkkonen 2004, 1867; Vilen ym. 2008, 38.) Turvattomassa ja

välttelevässä kiintymyssuhteessa kasvanut lapsi, saattaa oireilla myös aikuisena. Rakkauden vastaanottaminen ja sen antaminen muille saattaa olla aikuisiällä vaikeaa. Hän haaveilee rakkaudesta, mutta pelkää sitä, koska hänen on vaikea uskoa, että kukaan ymmärtäisi häntä. Mahdollisesti joskus omalle lapselleen hän haluaa olla ideaalivanhempinen, mutta pelkää epäonnistuvansa siinä. (Vilen ym. 2008, 39.)

Kun lapsi kokee jatkuvasti, että vanhempi on epäjohdonmukainen reaktioissaan, voi kyseessä olla turvattomassa- ristiriitaisessa kiintymyssuhteessa elävä lapsi. Vanhempi on epäjohdonmukainen esimerkiksi siksi, koska hän ei tiedä, miten lapsen kanssa kuuluisi olla tai hänen oma elämäntilanteensa vaihtelee todella paljon ja se vaikuttaa johdonmukaisuuteen. Aikuinen saattaa olla täysin välinpitämätön, ankara ja välillä aneleva, kun lapsi kiukuttelee. Aikuinen ei tällöin tiedä, mitä pitäisi tehdä. Lapsen on vaikeaa ennustaa, miten vanhempi vastaa hänen tarpeisiinsa eikä hän tiedä, miten pitäisi suhtautua muihin. (Vilen ym. 2008, 40.)

Tunteet korostuvat ristiriitaisessa kiintymyssuhteessa. Lapsi hakee ymmärrystä tarpeilleen voimakkailla tunnereaktioilla, hän joko suuttuu ja kiljuu tai osoittaa liioiteltuja myönteisiä tunteitaan aikuista kohtaan. Lapsen malli perustuu siihen, että asioihin voimakkaasti reagoimalla saa haluamansa. Ulospäin tämä näkyy lapsella tunteiden ailahteluina ja heikkona itsesäätelykykyinä. (Vilen ym. 2008, 40–41.)

Turvattomassa kiintymyssuhteessa lapsi ilmaisee vain vähän tunteitaan, koska hän kokee, että hänen on selviydyttävä tunteidensa kanssa yksin. Hän on hyvä hillitsemään itseään, mutta ääritapauksissa hän voi menettää yhteyden tunteisiinsa. Ristiriitaisessa kiintymyssuhteessa kasvanut lapsi hakee usein aikuisenakin toisen hyväksyntää voimakkain tuntein. Lapsi kokee arvottomuutta, kun häntä ei huomioida. Lapsi luulee, että hänestä ei olla kiinnostuneita, jos hän ei tuo voimakkaasti omia tunteitaan esiin. Tällaisen lapsen on usein vaikea hillitä itseään. Ristiriitaisessa kiintymyssuhteessa elänyt lapsi kokee elämänsä olevan täynnä vaaroja, eikä hänellä ole keinoja suojautua niiltä. Lasta kasvattava vanhempi tai vanhemmat ovat ristiriitaisessa kiintymyssuhteessa impulsiivisia ja epäjohdonmukaisia. (Sinkkonen 2004, 1867.)

Jäsentymättömässä eli integroitumattomassa kiintymyssuhteessa lapsen ja aikuisen välinen kiintymyssuhde ei ole päässyt kunnolla edes syntymään, esimerkiksi sen vuoksi että vanhemmat eivät ole kyenneet vastaamaan lapsen perushoitamiseen liittyviin tarpeisiin.

Lapsen elämä on traumaattista. Vanhempi tai vanhemmat ovat yleensä alkoholin liika-käyttäjiä tai psyykkisesti sairaita, joten lapsesta huolehtiminen ei onnistu. Lapsi voi elää epäpuhtauden keskellä, eikä hän saa edes ruokaa ja juomaa riittävästi. Lapsi joutuu kärsimään niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Tällaisissa tapauksissa olisi tärkeää, että lapsi pääsisi mahdollisimman pian turvalliseen hoitoon, kodin ulkopuolelle. On kuitenkin valitettavaa, että lasta useimmiten pompotellaan edestakaisin kodin ja turvakodin välillä. Näin ollen aikuiset vaihtuvat lapsen elämässä jatkuvasti, eikä hän pääse luomaan kehenkään luottavaista kiintymyssuhdetta. (Vilen ym. 2008, 41.)

Jäsentymättömässä kiintymyssuhteessa elävän lapsen on vaikea muodostaa kuvaa itsestään tai itsestä toisen kanssa. Lapsi saattaa alkaa hakea lohtua keneltä tahansa vieraalta ihmiseltä tai vaihtoehtoisesti vetäytyä täysin yksinäisyyteen. Tämä kiintymyssuhdemalli on lapsen kannalta aina vaarallinen, aikuisuuteen kasvamisessakin tulee yleensä olemaan ongelmia. Varhainen tuen saanti ja terapeutin hoito ovat erityisen tärkeitä tällaisille ihmisille. (Vilen ym. 2008, 41–42.)

2.2 Lapsen kehitystä suojaavat tekijät

Emmy Werner, amerikkalainen tutkija, on tutkinut vaikeissa olosuhteissa kasvaneita lapsia heidän syntymästä aikuisikään asti. Hän on tullut siihen tulokseen, että lapsessa ja ympäristössä on tekijöitä, jotka selittävät lapsen hyvän kehityksen huolimatta siitä, että he kasvavat riskiympäristössä, vaikka heidän sisarensa kehittyvät epäsuotuisasti. Riskiympäristössä kasvaneita ja siitä selviytyneitä lapsia kutsutaan Ruotsissa voikukkalap-siksi. Nämä lapset ovat kuin voikukkia, jotka puskevat asfaltin läpi, niukasta ravinnosta huolimatta. Ne kasvavat omin voimin ylöspäin kohti valoa. Voikukkalapset ovat lannistumattomia ja se auttaa lasta luomaan itselleen virikkeitä, virikkeettömässäkin ympäristössä. Lapset eivät sisäistä ympäristön kielteisiä puolia, vaan he hyödyntävät tilaisuudet saada hyviä vaikutteita perheen ulkopuolisilta. Tarvittaessa voikukkalapset osaavat poistua oikeaan aikaan kielteisestä ympäristöstä. (Broberg ym. 2005, 85–86.)

Runsaat sosiaaliset taidot, temperamentti sekä kokemukset ovat suojaavia tekijöitä lapsen psyykkiselle kehitykselle. Jotta lapsi pystyy ymmärtämään tapahtumia sekä kykenee suunnittelemaan toimintaansa, tulee hänellä olla ongelmanratkaisukykyä. Ennakoinnilla

lapsi suojaa itseään ja sen avulla hän estyy loukkauksilta. Älyllinen kyky auttaa pohtimaan tapahtumia ja lapsi ymmärtää, että tapahtumat eivät ole hänen syytään. Vahva minätunne on lapselle tärkeä suojaava tekijä. Sen avulla lapsi tuntee itsensä arvokkaaksi, eikä hänen minuutta voi kukaan tuhota. Lapsi tarvitsee yhteenkuuluvuuden tunnetta, johon sisältyy elämän mielekkyyttä, käsitettävyyttä, yhteyden kokemista sekä uskoa parempaan tulevaisuuteen. (Broberg ym. 2005, 86–87.)

Perheessä ja sen ulkopuolella esiintyvistä varjopuolista huolimatta, jotkut vanhemmat osaavat kasvattaa lapsensa ja antaa heille turvaa ja toivoa valoisammasta tulevaisuudesta. Jos vanhemmat eivät huolehdi lapsesta, lapsi voi tarvita ulkopuolista apua. Perheen ulkopuolelta tuleva suojaava tekijä voi olla toinen aikuinen, esimerkiksi isoäiti, hoitotäti, naapuri, opettaja tai muu aikuinen. Suojaava tekijä ulkopuolelta auttaa lasta, hän voi antaa lapselle turvapaikan. Lapsi on usein lojaali vanhempiaan kohtaan, eikä halua ilmiantaa heitä. Perheen ulkopuolelta tuleva apu, voi olla lapselle pelastus. Riskiympäristössä elävä lapsi tarvitsee päiväkodissa ja koulussa hyvän vuorovaikutussuhteen koulun tai päiväkodin työntekijän kanssa. Työntekijän tulee välittää oppilaasta ja koulun tulee ilmaista selkeästi lapsen tavoitteet ja tukea lasta pääsemään niihin. (Broberg ym. 2005, 88–89.)

Hyvä fysiikka eli lapsen notkeus, nopeus ja motorinen taitavuus vahvistavat lapsen itsetuntoa. Hyvällä fysiikalla on vaikutusta lapsen kohteluun kaveripiirissä. Kun lapsi hallitsee oman kehonsa, se vahvistaa itseluottamusta ja siten suojaa masennusoireilta. Lapselle on tärkeää tunne siitä, että hän pystyy vaikuttamaan elämäänsä. Lapsi uskoo omiin kykyihin ja hän selviytyy erilaisista ongelmista. (Broberg ym. 2005, 247.)

Lapsen kehitystä suojaava tekijä voi olla esimerkiksi päiväkodin antama tuki vanhemmille lapsen kasvatustehtävään. Kasvuturve- projekti oli vuosina 2001- 2003 kestävä Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama projekti Turun päiväkodeissa, jonka tavoitteena oli etsiä uusia menetelmiä lasten vanhempien tukemiseen heidän kasvatustehtävässään. (Keskinen & Virjonen 2004, 8-9.) Sateenkaari Koto- päiväkodin työntekijöille tehdyssä tutkimuksessa käy ilmi, että 88 % vastanneista haluaa, että perheille on tarjolla nopeasti tukea vanhemmuuden suhteen ja vanhemmilla on matala kynnys pyytää sitä. Projekti on auttanut perheitä hakeutumaan jatkotutkimuksiin. 88 % vastaajista oli sitä mieltä, että perhetyö on ongelmien ennaltaehkäisyä. (Keskinen ym. 2004, 65–66.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos toteuttaa hanketta nimeltä toimiva lapsi ja perhe. Siinä tutkitaan ja kehitetään perus- ja erityispalveluita, jotka tukevat lasten hyvinvointia. Hankkeen tavoitteena on tukea lasten hyvinvointia ja ehkäistä ongelmia sekä tukea vanhemmuutta. Hanke on alkanut vuodesta 2001 ja kestää vuoden 2015 loppuun. Yhteistyötahoja hankkeessa ovat muun muassa A-klinikkasäätiö, Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosityksikkö, Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetushallitus ja Auta Lasta ry. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

2.3 Lapsen kehitystä haavoittavat tekijät

Lapsen psykologiseen kehitykseen vaikuttaa perimä, sikiöajan ympäristö sekä synnytyksen aikaiset ja jälkeiset tapahtumat. Perimä ei välttämättä yksistään aiheuta lapselle psyykkistä sairautta, vaan siihen voidaan tarvita lisäksi jokin ympäristövaikutteinen tekijä. Psykologinen haavoittuvuus on yksilölle ominainen persoonallisuuden piirre ja se on kehittynyt hänen geneettisten edellytystensä pohjalta vuorovaikutuksessa. Joillakin lapsilla voi olla perimää psykologiselle haavoittuvuudelle. Nämä lapset tarvitsevat vain vähän stressitekijöitä sairastuakseen psyykkisesti. Lapset, joilla ei ole perinnöllistä haavoittuvuutta, voivat omata paljonkin ympäristöllisiä stressitekijöitä, ilman että he sairastuvat psyykkisesti. Perimällä on suuri vaikutus lapsen kehitykseen, esimerkiksi skitsofreniaa sairastavan vanhemman lapsella on noin viisitoistakertainen riski sairastua skitsofreniaan verrattuna lapseen, jolla on terveet vanhemmat. (Broberg ym. 2005, 60–63.)

Monet ympäristötekijät vaikuttavat lapsen kehitykseen, mutta kaikki haavoittuvuus ei ole perinnöllistä. Sikiöaikana äidin päihteidenkäyttö vaikuttaa lapsen fyysiseen ja psyykkiseen kehitykseen haittaavasti. Äidin korkea ikä altistaa lapsen geneettisille häiriöille ja voi vahingoittaa sikiötä kohdussa, kun istukka ei toimi kunnolla eikä sikiö saa tarpeeksi ravintoa istukan kautta. Tämä voi aiheuttaa lapsen pienikokoisuuden. Ennen 37. raskausviikkoa syntynyt lapsi ei ole vielä sopeutunut kohdun ulkopuoliseen elämään ja se voi olla riskitekijä tulevaisuudessa lapsen psyykkiselle kehitykselle. (Broberg ym. 2005, 63–64.)

Kun odottavan äidin stressihormonit ovat koholla, voi siitä seurata sikiölle haavoittuvuutta, joka vaikuttaa lapsen tulevassa elämässä hänen selviytymiseen stressitilanteissa.

Lapsen haavoittuvuutta voi aiheuttaa erilaiset synnytyskomplikaatiot mm. synnytyksen aikainen sikiön hapenpuute. Lapsen kasvuympäristöllä ja kohtelulla on vaikutusta aivojen rakenteeseen ja lapsen haavoittuvuuteen. (Broberg ym. 2005, 65–66.) Jos vanhemmat tai lasta hoitavat henkilöt kohtelevat lasta välinpitämättömästi tai hyljeksivät lasta, voi lapsi tuntea itsensä arvottomaksi. (Nurmi ym. 2006, 30).

3 PSYKKISESTI OIREILEVAT LAPSET

Suuri osa psyykkisesti oireilevista lapsista kärsii pidemmälle ajalle ulottuvasta psyykkisestä pahoinvoinnista ja ongelmat muuttavat useimmiten muotoaan. Esimerkiksi koulussa lapsi voi olla hiljainen ja sulkeutunut, mutta kotona hän on aggressiivinen häirikö. Lapsen käyttäytyminen voi siis muuttua eri ympäristöissä. Siksi lasten psyykkisten häiriöiden diagnosointi on vaikeaa. (Broberg ym. 2005, 19–20.) Lasten yleisimmät mielenterveydenhäiriöt voidaan jakaa tunne-elämän häiriöihin ja käytöshäiriöihin. Tunne-elämän häiriöissä lapsi ei ilmaise suoraan ahdistusta, vaan se voi esiintyä esimerkiksi aggressiona kohdistuen omaan itseensä. Käytöshäiriöissä lapsi tuo pahaa oloaan ilmi käyttöksellään. (Räsänen, Moilanen, Tamminen, Almqvist & Kumpulainen 2004, 201.)

Lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmat ovat tulleet entistä enemmän näkyviksi. Jopa 15:sta prosentilla kouluikäisistä lapsista ilmenee mielenterveyden häiriöitä, näistä kaksi- kolme prosenttia on vakavia. 1990-luvulla vallinnut lama on jättänyt jälkensä suomalaisen yhteiskuntaan heikentämällä ihmisten hyvinvointia. Tämä on aiheuttanut turvattomuutta ihmisillä töiden suhteen, työttömyys ja sen uhka on heikentänyt perheiden emotionaalista ilmapiiriä sekä taloudellista tilannetta. Lasten- ja nuorten henkinen pahoinvointi tulee esille erilaisin tavoin ja oireet vaihtelevat. Psykiatriin ongelmiin liittyviä oireita lapsella voi olla muun muassa jatkuva väsymys, univaikeudet, mielialojen äkilliset vaihtelut, syömishäiriöt, ylivilkkaus, aggressiivisuus ja itsetuhoinen käyttäytyminen. (Friis ym. 2004, 147–148.)

3.1 Tunnehäiriöt

Ennen kouluikää lapsilla voi olla pelkoja, kuten eläinten ja pimeän pelkoja. Jos pelko on fobinen, on siitä vaikea päästä irti. Se on vakava ja mahdollisesti sosiaalista selviytymistä vaikeuttava pelko. Joihinkin pelkoihin voi lisäksi liittyä paniikkihäiriö. (Räsänen ym. 2004, 201–202.) Paniikkihäiriössä tulee odottamattomia ahdistuskohtauksia, joissa esiintyy erilaisia hengitysvaikeuksia, sydänoireita ja kuoleman pelkoa. Jotkut pelot aiheuttavat paniikkihäiriökohtauksen, kuten julkisten paikkojen pelko. Lapsen pelkoon tulee suhtautua vakavasti ja tulee aina selvittää onko kyseessä todellinen pelko eli fobia. (Broberg ym. 2005, 186–187.)

Ahdistuneisuushäiriöistä kärsivät lapset voivat olla ujoja, takertuvia, emotionaalisesti kypsytymättömiä, yliriippuvaisia vanhemmistaan ja heidän voi olla vaikea sopeutua muiden lasten joukkoon. Lapsilla voi olla pelkoa siitä, että hän menettää perheensä tai kuolee itse. Lisäksi voi olla myös eroahdistusta, jossa lapsi ei halua irtaantua lähimmäisen ihmisen luota. Eron uhatessa voi lapsella ilmetä fyysisiä tuntemuksia, kuten päänsärkyä, vatsakipua ja oksentelua. Lapsi voi tuntea pelkoa vieraita ihmisiä kohtaan, myös uudet sosiaaliset tilanteet voivat ahdistaa lasta. Lasta voi ahdistaa perheen uusi jäsen; sisarkateus on vakavaa, jos häiriön kesto ja voimakkuus ovat poikkeavia ja kateus häiritsee sosiaalista kanssakäymistä. Lapsen sisarkateus alkaa yleensä puolen vuoden kuluessa sisaruksen syntymästä. Jos sisarkateus kestää yli kuukauden, on tilanteeseen puututtava. Joitakin lapsia voi ahdistaa koulunkäynti, esimerkiksi pelko koulukiusatuksi joutumisesta. Varsinainen koulupelko aiheuttaa ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta johtuen usein eroahdistuksesta lähimmäistä kohtaan. Koulupelkoa kärsivät ovat usein emotionaalisesti kypsytymättömiä. Jokapäiväiset sosiaaliset tilanteet tuottavat lapselle ongelmia, jotka saattavat ilmetä lapsen aggressiona muita ihmisiä kohtaan. (Räsänen ym. 2004, 202–204.)

Pakko-oireiseen häiriöön kuuluu pakkoajatukset ja pakkotoiminnot. Niitä esiintyy suurimmalla osalla ihmisistä jossain elämän vaiheessa. Pakkoajatuksista ja –toiminnoista tulee ongelma silloin, kun niitä ei pysty lopettamaan. Lisäksi ne ovat haitallisia, jos pakko-oireet hidastavat ja vaikeuttavat elämää. Pakkoajatukset tulevat ilmi väkisin tulevana sanoina, lauseina, lauseparsina ja ajatuksina. Mielessä voi olla tiettyjä huolia liittyen esimerkiksi väkivaltaan ja onnettomuuteen. Pakkoajatuksina voivat olla myös tietyt numerosarjat tai jotkin laulunsanat, jotka ovat jatkuvasti mielessä. (Räsänen ym. 2004, 208–209.)

Pakkotoimintoihin liittyy siisteys, erilaisten asioiden varmistaminen ja pakonomaisesti suoritettavia rituaaleja. Rituaaleja voivat olla esimerkiksi jatkuva käsien pesu tai useaan kertaan toistuva varmistelu kotoa poistuessa, ettei sähkölaitteita jää päälle ja että ovi tulee varmasti lukkoon. Lisäksi lapsen pakkotoiminnot voivat ilmetä nukkumaan laitossa, heräämisessä, vaatteiden pukemisessa sekä kouluun lähtemisessä. Pahimmillaan lapsi käy päivän aikana suihkussa 20–30 kertaa ja vaihtaa vaatteet puhtaisiin tunnin välein. Lapsi pyrkii usein salaamaan pakko-oireensa tai vähättelee niitä. Toiminnot saattaa ahdistaa myös lapsen perhettä ja he yrittävät auttaa lasta menemällä mukaan lapsen rituaaleihin. Rituaalit kuuluvat normaaliin lapsen kehitykseen, mutta niihin on puututtava,

jos ne alkavat haitata jokapäiväistä elämää. Pakkoajatukset yleensä johtavat pakkotoimintoihin, mutta pakkotoimintoja voi esiintyä myös ilman pakkoajatuksia. Pakko-oirehäiriöön voi liittyä myös muita psyykkisiä sairauksia, kuten syömishäiriöt, Touretten oireyhtymä eli yhtäkkiset ja nopeat tahattomat liikkeet ja äänet sekä muut nykimishäiriöt ja ahdistushäiriöt. (Räsänen ym. 2004, 209–210.)

Lapselle ruokailu on tärkeää ja se on merkittävä sosiaalinen tapahtuma perheen kesken. Syömättömyydellä lapsi voi hallita perhettä, jolloin vanhemmat menettävät kontrollinsa lapseen. Syömishäiriöt vaikuttavat lapseen fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti. Syömishäiriön syyt voivat olla psyykkisiä tai jostain sairaudesta johtuvia. Syömishäiriöitä ovat liikalihavuus, ahmimishäiriö eli bulimia ja lapsuuden laihuushäiriö eli anoreksia. (Räsänen ym. 2010, 320–321.) Lapsilla voi esiintyä valikoivaa syömättömyyttä, jossa lapsi syö vain tiettyjä ruokia, yleensä makeisia ja muita herkkuja. Lapsi onnistuu manipuloimaan huomion itselleen ruokailun ajaksi ja näin ollen vanhemmat yrittävät ratkaista ongelman antamalla lapselle herkkuja. (Friis ym. 2004, 101.)

Valikoiva puhumattomuus on poikkeavaa käyttäytymistä, jolloin lapsi kieltäytyy puhumasta. Lapsella ei tällöin ole elimellistä vikaa puheen ymmärtämisen tai tuottamisen suhteen. Lapsi on oppinut puhumaan, mutta kieltäytyy puhumasta esimerkiksi sosiaalisissa tilanteissa. Puhumattomuuden voi laukaista jokin fyysinen tai psyykinen trauma, myös uudet tilanteet ja asiat voivat aiheuttaa lapsen puhumattomuuden, esimerkiksi koulun aloittaminen. Yhteisiä luonteenpiirteitä näillä lapsilla ovat ujous, herkkyyys, ennakkokuuloisuus, itsepäisyys sekä pelokkuus uusia ja outoja asioita kohtaan. Lisäksi lapsia kuvaillaan passiivisiksi, tunne-elämältään kypsymättömiksi sekä helposti ahdistuneiksi ja masentuneiksi. Kotona lapsi voi käyttäytyä tavanomaista vilkkaammin ja olla puheliaampi sekä käyttäytyä aggressiivisesti. Sosiaaliset tilanteet tuottavat lapselle ongelmia. (Räsänen ym. 2004, 212.) Torey Haydenin kirjoittama kirja Aavetyttö kertoo tositarinaa varjomaailmaan sulkeutuneesta tytöstä, joka kärsii valikoivasta puhumattomuudesta. Torey Haydenin kirjoittamissa kirjoissa käsitellään lasten erilaisia psykiatrisia ongelmia ja suurin osa niistä perustuu tositapahtumiin.

Lapsella esiintyvät psykoosit ovat harvinaisia. Psykoosissa olevan lapsen ajattelu, tunteet ja havainnot ovat vääristyneitä. Lapsen ajattelu on outoa ja sekavaa. Lapsella voi ilmetä harha-ajatuksia ja kokemuksia, jotka eivät ole todenmukaisia. Psykoosi voi olla jonkin elimellisen sairauden aiheuttama, esimerkiksi aivoperäisestä sairaudesta aiheutu-

va tai jonkin traumaperäisen tapahtuman, kuten läheisen kuoleman seurausta. Yleensä psykoosin takana on skitsofreniaan sairastuminen. Skitsofrenia on lapsilla harvinainen. Se alkaa yleensä äkillisesti psykoosina tai sitä voi edeltää erilaisia prodromaali eli ennakko-oireita, muun muassa masentuneisuutta, syrjäytyneisyyttä, erilaisia harhoja ja mielialan vaihteluja. Skitsofrenia on pojilla yleisempi kuin tytöillä. Lapsen kehnot elämän olot lisäävät sairastumisen riskiä ja sairastumista voi lisätä myös geneettinen alttius skitsofrenialle. (Friis ym. 2004, 133–134.)

3.2 Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen

Mielialahäiriössä lapsen mielialat vaihtelevat. Mielialahäiriöihin kuuluu masennushäiriöt ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Masennus voidaan jaotella lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Yleisiä oireita ovat masentunut mieliala, kyvyttömyys tuntea mielihyvää ja mielenkiintoa, kyvyttömyys nauttia elämästä, voimattomuus ja väsymys, sekä aktiivisuuden väheneminen. Lisäksi muita oireita voivat olla keskittymis- ja tarkkaavaisuushäiriöt, itsetunnon heikkous, syyllisyyden ja arvottomuuden tunne, pessimistisyys, itsetuhoisuus ja itsemurha- ajatukset, huonontunut ruokahalu sekä unihäiriöt. Lievässä masennuksessa yleisiä oireita on kaksi ja sen lisäksi muita oireita kaksi. Kestoltaan lievä masennusjakso on vähintään kahden viikon pituinen, oireet tuntuvat häiritseviltä ja ne vaikuttavat jonkin verran jokapäiväiseen elämään ja ihmissuhteisiin. (Räsänen ym. 2004, 218–219.)

Keskivaikeassa masennuksessa ilmenee kaksi yleistä oiretta ja lisäksi kolmesta neljään muuta oiretta. Masennus kestää vähintään kaksi viikkoa. Keskivaikea masennus haittaa normaalia elämää, esimerkiksi lapsella koulutyöskentely ja sosiaaliset suhteet voivat kärsiä. Vaikea masennus voi olla joko ilman psykoottisia oireita tai masennusta, johon liittyy psykoottista oireilua. Kun psykoottisia oireita ei ole, vaikeassa masennuksessa on tällöin kolme yleistä oiretta ja lisäksi neljä muuta oiretta. Oireiden ollessa hyvin vaikeita, vaikea masennus voidaan diagnosoida alle kaksi viikkoa kestäneen oireilun perusteella. Kun vaikeassa masennuksessa ilmenee psykoottisia oireita, on ihmisellä tällöin deluusioita eli harhaluuloja ja hallusinaatioita eli aistiharhoja. Hallusinaatiot ovat yleensä haju-, tai kuuloharjoja. (Räsänen ym. 2004, 219.) Deluusioita kutsutaan harhaiseksi ajatteluksi ja se tarkoittaa epänormaalien uskomusten vallassa elämistä. Potilas ei voi päästää irti harhaisesta ajattelustaan. (Lask, Taylor & Nunn, 2003, 113.) Deluusiot liit-

tyvät yleensä ajatukseen synnistä, köyhyydestä tai uhkaavasta katastrofitilanteesta, josta masentunut on vastuussa. (Räsänen ym. 2004, 219.)

Masennuksen oireet muotoutuvat lapsen kehitysvaiheen mukaan ja liittyvät lapsen kielien ja motoriikan, sekä ilmaisukyvyn kehitykseen. Lapsen temperamentilla on myös merkitystä oireiden muotoutumiseen. Lapsen masennuksen havaitsee hänen käyttäytymisestään. Lapsi yleensä yrittää estää masennuksen esiin tuloa ja yrittää selviytyä siitä itse. Kolme- viisi vuotiaalla lapsella masennus näkyy motorisena levottomuutena, ärtyvyytenä ja suurina mielialan vaihteluina. Lapsen leikit ovat yleensä synkkiä, epätoivoisia ja tuhoisia, jotka liittyvät kuolemaan. Kun lapsi ei voi jakaa masennuksen oireita muiden kanssa, tällöin oireet yleensä pahenevat aggressiivisuuteen ja tuhoavaan käytökseen. Leikki-ikäisellä lapsella voi esiintyä taantumista opituissa asioissa, kiinnostus uuden oppimiseen heikkenee, samoin sosiaaliset leikit muiden kanssa vähenevät. Masentunut lapsi on yleensä vanhempiin takertunut, jolloin voi esiintyä eroahdistusta vanhemmista. Lapsi ajattelee, ettei kukaan välitä hänestä. (Räsänen ym. 2004, 220.)

Kuusi- kaksitoista vuotiaalla lapsella masennus näkyy hänen ilmeiden ja eleiden lisäksi leikissä. Leikin sisältö on tyhjää, se sisältää kritiikkiä, menetystä, hylkäämistä ja henkilökohtaista vahingoittumista. Lisäksi itsemurha ja kuolema ovat usein esillä leikissä. Masennuksen oireita voivat olla psykosomaattiset oireet, väsymys ja ikävystyneisyys. Yleensä lapsen koulusuoritukset heikkenevät eikä hän pysty käyttämään omia älyllisiä taitoja ja kykyjä hyväkseen. Usein kaverisuhteet kärsivät, lapsi yrittää saada itselleen myönteistä huomiota piilottaakseen oman masennuksen. Kouluikäisellä, masentuneella lapsella voi esiintyä itsemurhauhkauksia sekä -yrityksiä. (Räsänen ym. 2004, 220–221.)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä masennus ja mielialan uudelleen kohoaminen vaihtelevat. Vaihtelut depression ja maanisen vaiheen kesken ovat nopeita, lisäksi häiriön kesto vaihtelee jatkuvasti ja se on kroonista. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on vaikea diagnosoida, koska lapsen käyttäytyminen vaihtelee suuresti, esimerkiksi lääkäri käynnillä lapsi voi vaikuttaa terveeltä ja hyvinvoivalta lapselta, mutta lapsi on kotona vanhempien kertoman mukaan selvästi masentunut. Kaksisuuntainen mielialahäiriö on periytyvää. (Räsänen ym. 2004, 226.)

Itsetuhoinen käyttäytyminen kohdistuu itselle tehtyyn vahinkoon tai itse aiheutettuun kuolemaan. Itsetuhoisuuteen liittyy halu tappaa itsensä tai se voi ilmetä ajatuksena

omasta kuolemasta sekä tuhoutumisesta. Itsetuhoinen henkilö ei välitä omasta turvallisuudestaan eikä hyvinvoinnistaan. Lapsi voi tahallaan ajautua vaaratilanteeseen, josta seurauksena voi olla kuolema. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi ryntääminen liikenteen sekaan, hyppääminen tai putoaminen korkealta, hirttäytyminen, ampuminen tai myrkyllisten aineiden käyttö, muun muassa alkoholi, huumeet ja liuottimet. Toiseksi yleisin lapsen sairaalahoitoon joutumisen syy on myrkytykset. On vaikeaa tunnistaa, oliko lapsella tarkoitus vahingoittaa itseään vai oliko tapahtuma vahinko. (Räsänen ym. 2004, 227–228.)

Itsetuhoiset lapset kärsivät yleensä masennuksesta, jos lapsi tuntee itsensä avuttomaksi tai arvottomaksi, hän voi ajautua itsetuhoon. Lapsilla, jotka kärsivät käytöshäiriöistä, esiintyy epäsosiaalisuutta, joka johtaa ristiriitoihin muiden ihmisten kanssa. Lisäksi tällaisilla lapsilla on yleensä ongelmia koulussa. Nämä yhdessä voivat aiheuttaa lapsen itsetuhoisuutta. (Räsänen ym. 2004, 228.)

Perheellä on suuri merkitys lapsen hyvinvointiin. Lapset, joilla esiintyy itsetuhoa, ovat yleensä lähtöisin perheestä, jossa on monenlaisia ongelmia. Ongelmia voivat olla perheen huono sopeutuminen elämän muutoksiin ja kyvyttömyys ratkaista ongelmia mielekkäällä tavalla. Lisäksi perheen keskeinen vuorovaikutus on huonoa, tunteiden esille tuominen on heikkoa, eivätkä perheenjäsenet osaa tukea toisiaan. Lapsen kokema väkivalta tai seksuaalinen hyväksikäyttö altistavat myös itsetuhoisuudelle. (Räsänen ym. 2004, 229.)

3.3 Traumatisoituminen

Sigmund Freud on tuonut trauma- käsitteen psykologiaan. Traumaksi kutsutaan voimakasta tapahtumaa elämässä, joka vaikuttaa ihmiseen äkillisesti ja pitkään. Traumassa tapahtuu voimakkaita ärsykeitä, jotka ylittävät ihmisen sietokyvyn, kyvyn hallita kiihtymisen tunteita ja työstää niitä. Freudin mukaan ihmisellä on kilpi tai este, joka suojaa ulkoisilta ärsykeiltä ja näitä ärsykeitä ihmisen mieli pystyy sietämään. Jos tämä raja ylitetään, on tapahtuma silloin trauma. (Saari 2000, 16.)

Trauman tunnusmerkki on se, että tapahtumaa tai tilannetta ei voi ennustaa. Se tapahtuu kuin salama kirkkaalta taivaalta, eikä siihen voi valmistautua psyykkisesti etukäteen.

Ihmisellä on suuri määrä erilaisia voimavaroja. Nämä voimavarat voidaan ottaa käyttöön äärimmäisissä tilanteissa. Yksi tällainen voimavara on valmistautua etukäteen järkyttävään tapahtumaan. Ammateissa, joissa reagoidaan hälytyksiin ja vastaanotetaan niitä, korostuu etukäteen varautuminen. Tällaiset työntekijät kykenevät psyykkisesti valmistautumaan tulevaan tapahtumaan ja pystyvät toimimaan tilanteessa. Jos tilanteeseen ei voi etukäteen valmistautua, järkyttää se enemmän. Traumassa tapahtuma on kontrolloimaton, siihen on mahdotonta vaikuttaa omalla toiminnallaan, tapahtumat koettelevat ja muuttavat elämänarvoja. (Saari 2000, 22–27.)

Lapsen trauman voi aiheuttaa jokin uhkaava tapahtuma tai tekijä. Näitä voivat olla esimerkiksi onnettomuus, kuolema, seksuaaliriisto tai väkivallan uhriksi joutuminen. Uhkatilanteesta johtuvasta ahdistuksesta voi ilmetä ruumiillisia oireita, käytöksen muuttamista ja erilaisia tunnereaktioita. Lähes kaikki, jotka ovat joutuneet trauman kokeneiksi kärsivät stressihäiriön oireista. Stressihäiriön oireita voivat olla tapahtuman jatkuva mielessä olo, ylivireisyys ja trauman aiheuttajan välttely. Trauman kokeminen voi johtaa väkivaltaiseen käyttäytymiseen, aineiden väärinkäyttöön tai suurentuneeseen onnettomuusriskiin. Trauman kokemiseen vaikuttavat lapsen ikä, persoonallisuus, perinnöllisyys, aikaisempi trauman kokeminen ja trauman kokeneen lapsen avun saanti. (Räsänen ym. 2004, 430–431.)

Läheisen kuolema merkitsee lapselle tyhjyyden tunnetta ja hylätyksi tulemisen tunnetta. Lapsen on vaikea ymmärtää tapahtunutta. Lapsen käsitys kuolemasta riippuu hänen iästään ja psyykkisestä sekä emotionaalisesta kehityksestä. Kaksi- neljä vuotiaat lapset eivät todellisuudessa käsitä kuolemaa. Lapsella on kuitenkin paljon epätodellisia käsityksiä kuolemasta, lapsi voi luulla kuolleen heräävän henkiin, jos hän niin kovasti toivoo. Lapsi uskoo kuoleman olevan tilapäinen ilmiö, kuitenkin viidestä ikävuodesta eteenpäin lapsi alkaa vähitellen ymmärtää kuoleman lopullisena tilana. Neljästä ikävuodesta eteenpäin murrosikään saakka lapselle kehittyy vähitellen kognitiivinen sekä emotionaalinen käsitys kuolemasta. (Räsänen ym. 2004, 231.)

Nykyaikana kuolemaa nähdään kotioloissa melko vähän, koska sairaat ihmiset hoitetaan hoitolaitoksissa. Tämän vuoksi kuoleman käsitys hämärtyy. Epätodellisia ja väkivaltaisia kuolemia nähdään paljon televisiosta ja tietokonepeleistä, joita suurin osa lapsista nykyään katsoo. Hyvä tapa kertoa lapselle kuolemasta on kertoa siitä sadun kautta. Satujen avulla lapsen on helpompi käsitellä kuolemaa ja siihen liittyviä tunteita.

Lapsella on omat mielikuvansa siitä, mitä kuoleman jälkeen taivaassa tapahtuu. Mielikuvat ovat usein niin sanotusta toisesta maasta, jossa kulkeminen edestakaisin maan ja taivaan välillä onnistuu. Lapsi kuvittelee usein myös, että taivaassa kaikki toiveet käyvät toteen, eikä ongelmia ole. (Räsänen ym. 2004, 231.)

Onnettomuuksista johtuvat lasten reaktiot ovat riippuvaisia siitä, miten aikuiset reagoivat tapahtuneeseen ja siitä, miten aikuiset huolehtivat lasten tarpeista. Usein aikuiset aliarvioivat lasten traumaan reagoimista ja sitä, että lasten täytyy tietää mitä on tapahtunut ja mitä tulee tapahtumaan. Aikuisten suojellessa lapsia tapahtuneelta he voivat valehdella, kierrellä asiaa, tai vaieta kokonaan asiasta. Lapset saattavat työstää trauman aiheuttamia tunteita leikin avulla. Lasten kanssa tulee keskustella tapahtuneesta, koska lapset tarvitsevat näitä tietoja ja tosiasioita tapahtuneesta, jotta tapahtumaa voi työstää. (Dyregrov 1994, 122–123.)

3.4 Lapseen kohdistuva väkivalta ja seksuaalinen hyväksikäyttö

Lapseen kohdistunut väkivalta voi olla monenlaista, joko fyysistä tai psyykkistä väkivaltaa tai lapsen perustarpeisiin liittyvää laiminlyöntiä ja lapsen hyljeksintää. Lapsi voi joskus kohdata myös seksuaalista hyväksikäyttöä. Suomessa kaikki lapsiin kohdistuva väkivalta on kiellettyä. Lapseen kohdistuva fyysinen väkivalta voi olla joko kasvatuksellisia kuritustoimenpiteitä tai ruumiillista kuritusta. Tutkimuksissa todetut lapsella olevat mustelmat ja murtumat ovat yleensä epätavallisissa paikoissa ja näin voi herätä epäilyksiä lapseen kohdistuvasta fyysisestä väkivallasta. Väkivalta voi olla myös kemiallista, joka tarkoittaa lapsen rauhoittamista esimerkiksi kaasulla tai lääkkeillä. Toisaalta kemiallista väkivaltaa voi olla myös se, että lapselle jätetään antamatta hänen tarvitsemansa lääkkeet. Lapsen tullessa hoitoon myrkytyksen vuoksi on vaikea tietää, onko kyseessä lapseen kohdistuva kemiallinen väkivaltaisuus vai onko kyseessä tapaturma. (Räsänen ym. 2004, 90–91.)

Henkinen väkivalta voi olla hoivan, rakkauden ja huolenpidon puutetta. Lisäksi lapsen henkinen sitominen ja itsenäistymisen rajoittaminen sekä lapsen pelottelu ja uhkailu on henkistä väkivaltaa. Jotta lapsi saadaan toimimaan niin kuin halutaan, lasta kiristetään rakkauden menettämällä. Syrjintä ja hyljeksintä ovat myös henkistä väkivaltaa, joita lapsi voi kohdata niin perheessä, koulussa kuin kavereidenkin kesken. Kun lapsen pe-

rustarpeet jätetään täyttämättä, voidaan puhua lapsen laiminlyönnistä. Sitä kohdataan niin fyysisesti kuin psyykkisestikin. Kun laiminlyönti on fyysistä, tällöin lapsi ei usein saa riittävää huolenpitoa, muun muassa ravitsemus on heikkoa, hygieniasta ei huolehdita, eikä vaatteita vaihdeta. Usein myös lapsen turvallisuudesta ei huolehdita, lisäksi kielletään huolehtimasta lapsen terveydestä tai sairaudesta. Lapsia laiminlyövät vanhemmat ovat usein masentuneita ja persoonallisuudeltaan poikkeavia. (Räsänen ym. 2004, 91–92.)

Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö tarkoittaa tilannetta, jossa aikuinen käyttää lasta hyväkseen saadakseen itse seksuaalista tyydytystä. Jos hyväksikäyttäjä on perheen jäsen, puhutaan inestistä. Kaikki seksuaalinen toiminta, joka tapahtuu aikuisen ja lapsen välillä kuuluu lapsen seksuaaliseen hyväksikäyttöön. Myös lapsipornografia, lapsiprosituutio ja lapsen pakottaminen alasti kuvattavaksi on seksuaalista hyväksikäyttöä. (Räsänen ym. 2004, 93.) On todettu, että seksuaalisesti hyväksikäytetyistä lapsista noin kolmasosa joutuu hyväksikäytön uhriksi ennen viiden vuoden ikää, hyväksikäytetyistä lapsista 60 prosenttia joutuu hyväksikäytetyksi ennen yhdeksän vuoden ikää ja 95 prosenttia ennen 13 vuoden ikää. (Räsänen ym. 2010, 96.)

Lapsella voi esiintyä seksuaalisen hyväksikäytön jälkeen seuraavanlaisia oireita: sosiaalinen eristäytyminen, luottamisen vaikeus muihin ihmisiin, kavereussuhteiden huonontuminen, huono itsetunto, lapsen ja vanhemman väliset kiintymyssuhteet häiriintyvät, epäasiallinen seksuaalinen käytös, kehityksen taantuminen, koulumenestyksen huononeminen, käytöshäiriöt, ärtyisyys, masentuneisuus, ahdistuneisuus, liiallinen aktiivisuus ja joskus psykoottisuus. Lapsen kertoessa hänen tulleen seksuaalisesti hyväksikäytetyksi on asia otettava vakavasti, lapset harvoin valehtelevat tällaista. Lapsen mahdolliset käytösoireet voivat kertoa seksuaalisesta hyväksikäytöstä ja siksi niiden huomioiminen on erityisen tärkeää. (Räsänen ym. 2004, 93.) Seksuaalinen suojaikäraja on 16 vuotta lain mukaisesti. Jos seksuaalinen hyväksikäyttö tapahtuu perhepiirissä ja se koskee alle 18-vuotiasta lasta, on kyseessä rikos. (Tiitinen 2011.)

3.5 Käytöshäiriöt

Käytöshäiriöinen lapsi on epäsosiaalinen, hyökkäävä toisia kohtaan ja käyttäytyy uhmakkaasti ja aggressiivisesti. Mikäli käytöshäiriö on hoitoa vaativaa, tulee oireiden kes-

tää kuusi kuukautta tai enemmän, lisäksi lapsen käytöksen tulee haitata lapsen normaalia sosiaalista kanssakäymistä ja kontakteja, sekä oireita tulee olla useampi. Käytöshäiriöt esiintyvät muun muassa liiallisena tappelemisena, kiusaamisena, ihmisiin tai eläimiin kohdistuvana kaltoin kohteluna, toisen tai oman omaisuuden tuhoamisena, tulipalojen sytyttelynä, varasteluna, valehteluna, useasti toistuvina kiukunpuuskina ja tottelematta jättämisenä. (Räsänen ym. 2010, 265.)

Käytöshäiriöiden rinnalla kulkee myös käsite uhmakkuushäiriö. Uhmakkuushäiriön ja kätöshäiriön ero on yleensä lapsen iässä ja siinä, keneen lapsen vaikeudet kohdistuvat. Uhmakkuushäiriöstä kärsivän lapsen ongelmat suuntautuvat yleensä kotiin ja vanhempiin, kun taas käytöshäiriöisen lapsen ongelmat ovat usein kouluun ja koko yhteiskuntaan suuntautuvia ongelmia. Käytöshäiriöstä kärsivät lapset ovat yleensä vanhempia, kuin lapset, jotka kärsivät uhmakkuushäiriöstä. Uhmakkuushäiriötä pidetään usein myöhemmällä iällä esiintyvän käytöshäiriön edeltäjänä. (Broberg ym. 2005, 295.)

Jos lapsella diagnosoidaan käytöshäiriö, lapsella esiintyy tällöin useita pitkäkestoisia oireita, eivätkä ne saa olla iälle tai kehitystasolle tyypilliseksi tulkittavaa käytöstä. Lapsi ei välitä siitä, mitä aikuiset hänelle sanovat, hän ärsyyntyy helposti ja ajautuu usein sekä aikuisten, että kavereiden kanssa ristiriitatilanteisiin. Aggressiiviset purkaukset ovat käytöshäiriöiselle lapselle yleisiä ja hän menettää helposti itsehillintänsä. Koska käytöshäiriö alkaa yleensä vasta lapsen kasvaessa isommaksi, oireet ovat tällöin yleensä vakavempia ja lapsi itse kärsii tilanteesta enemmän kuin muut hänen ympärillään. Yhteentotot ja tappelut alkavat muuttua aggressiivisemmiksi ja lapsi saattaa alkaa jo varhaisessa vaiheessa vaarantamaan omaa terveyttään päihteiden avulla. Käytöshäiriöiset lapset ovat raskaita lapsen vanhemmille ja koko yhteiskunnallemme. Käytöshäiriöt ovat yksi vakavimmista lapsilla esiintyvistä mielenterveydenhäiriöistä. Syitä tähän ovat käytöshäiriöiden haasteellinen hoito ja paranemisen huono ennuste. Lisäksi tällä hetkellä on laajalti viitteitä siitä, että lasten käytöshäiriöön liittyvä käyttäytyminen siirtyy usein aikuisilta lapsille. (Broberg ym. 2005, 296.)

3.6 Neurologiset häiriöt

Lapsella voi olla erilaisia oppimisen häiriöitä. Oppimishäiriössä normaalitietojen ja taitojen oppiminen on häiriintynyt lapsen kehityksen alusta alkaen. Autismi, Aspergerin

oireyhtymä ja ADHD ovat neurologisia sairauksia, joihin voi kuulua oppimisen häiriöitä. (Friis ym. 2004,129.) ADHD on ylivilkkauden ja tarkkaavaisuushäiriön yhdistelmä. ADHD- lapsilla oman vuoron odottaminen tai pettymysten sietäminen on hyvin vaikeaa, koska lapsi ei kykene hillitsemään omia tunteitaan, eikä pysty pysäyttämään impulssejaan. Koulussa tai päiväkodissa ADHD voi ilmetä esimerkiksi siten, että lapsen on saatava palkinto hänen suoriuduttuaan jostain annetusta tehtävästä. Lisäksi lapsi ei malta odottaa annettuja ohjeita, eikä hän pysty keskittymään keskustelemaan muiden ihmisten kanssa. ADHD lasten koulumenestys kärsii tästä sairaudesta johtuen. Esimerkiksi lukemisen oppiminen voi olla hankalaa. Näin ollen lapsi voi tuntea huonoa itsetuntoa, koska muut samanikäiset lapset pärjäävät häntä paremmin koulussa. Erään tutkimuksen mukaan joillakin ADHD:ta sairastavilla lapsilla oli todettu masennuksen merkkejä jo seitsemän vuotiaana ja masennusten määrä oli lisääntynyt lasten ollessa 10vuotiaita. ADHD:ta sairastavat kärsivät tunne-elämän häiriöistä ja heillä on yleensä ongelmia sosiaalisissa suhteissa. Nämä ongelmat saattavat jatkua vielä aikuisiälläkin. (Broberg ym. 2005, 274–276.)

Autistisella lapsella lapsen aivotoiminta on puutteellista ja näin ollen lapsi ei ymmärrä, mitä toiset ihmiset ajattelevat ja tuntevat. Autistinen lapsi ei ole kiinnostunut inhimillisistä suhteista ja puheen merkitys katoaa lapselta. Autistinen ei ymmärrä syyseuraussuhteita, eikä hän ymmärrä asioiden merkityksiä. Autistiset lapset puhuvat yleensä paljon ja toistavat kuulemansa, mutta eivät osaa ilmaista itseään. Lapsen käytös on kaavamaisista ja hänellä on paljon tiettyjä rituaaleja, esimerkiksi jonkin asian muuttuminen voi aiheuttaa autistiselle järkytyksen. Lapsi on kiinnostunut oudoista ja yksipuolisista asioista, hän voi esimerkiksi maistella ja haistella leikki- esineitä, eikä ymmärrä niiden sosiaalista käyttötarkoitusta. Sosiaaliset kanssakäymiset ovat vaikeita autistiselle, esimerkiksi pelkän katsekontaktin luominen on hankalaa. (Friis ym. 2004, 130–131.)

Aspergerin oireyhtymästä kärsivällä lapsella on sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmia, jolloin lapsi ei osaa luoda vuorovaikutusta katsekontaktilla, kehon asennolla eikä kasvojen eleillä. Hänellä ei ole empatiakykyä eikä hän pysty luomaan ja ylläpitämään suhteita kavereihin. Ryhmässä toimiminen on Asperger-lapselle vaikeaa. Aspergerin oireyhtymää sairastavalle lapselle on tärkeää omat tietyt rutiinit ja kaavat ihan kuin autistisellekin. Kaavojen ja rutiinien rikkoutuessa hän menee pois tolaltaan. Jos asia ei koske Aspergerin oireyhtymää sairastavan mielenkiinnon kohdetta, häntä ei kiinnosta keskittyä. Aspergerin oireyhtymän oireet esiintyvät voimakkaimmillaan seitsemästä yhdeksään

ikävuoteen. Masennusoireita voi ilmaantua sosiaalisten taitojen puuttumisen vuoksi, oireet jatkuvat yleensä koko elämän ajan. (Friis ym. 2004, 132–133.)

4 LASTEN PSYKKISTEN ONGELMIEN HOITO

Optimaalisesti toteutuneita psykiatrisia hoitoprosesseja kuvastavat parhaiten seuraavat ominaisuudet: välitön apu kriisissä, sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisussa, joustavuus ja liikkuvuus hoitopäätöksissä, työntekijöiden vastuullisuus, hoidon psykologisen jatkuvuuden turvaaminen, epävarmuuden sietäminen sekä dialogisuus keskustelun muotona. (Seikkula & Arnkil 2009, 47.) Lasten psykiatrisen hoidon tarkoituksena on löytää vuorovaikutusketjun avainkohdat, jotka voivat olla biologisia, psykologisia tai sosiaalisia. Hoidon tavoitteena on kääntää kielteiseen suuntaan menevä kehitys myönteiseen suuntaan meneväksi. Hoitomuodot määräytyvät sen mukaan, mikä on psykiatrisen ongelman taustalla. Hoitomuotoja voivat olla esimerkiksi perheterapia, jolla pyritään vaikuttamaan perheen väliseen kommunikointiin ja yksilöpsykoterapia, jolla hoidetaan lapsen mieltä. Rinnalla voidaan tarvittaessa käyttää lääkehoitoa, jonka tarkoitus on pyrkiä vaikuttamaan biologisesti. Hoitomuodoista valitaan lapselle yksilöllisesti sopivin muoto. Eri hoitomuodot tukevat toisiansa ja siksi niitä käytetään usein yhdessä. (Räsänen ym. 2010, 399–401.)

Psykoterapiaa käytetään paljon lasten psykiatrisessa hoidossa, se on vuorovaikutuksellinen hoito- ja kuntoutusmuoto. Erilaisia psykoterapioita ovat psykodynaaminen ja kognitiivis-käyttäytymistieteellinen yksilöpsykoterapia, ryhmäpsykoterapia ja perhepsykoterapia. Psykoterapian avulla pyritään lievittämään ja poistamaan mielenterveyden häiriöitä ja niiden aiheuttamaa pahaa oloa. Lisäksi pyritään vahvistamaan lapsen itsetuntoa ja edesauttamaan toimintakyvyn lisääntymistä, sekä itsenäistä selviytymistä. (Räsänen ym. 2010, 401–402.) Hoitoja, jotka keskittyvät lasten ja nuorten ajattelun ja käytöksen muuttamiseen, käytetään enenevässä määrin lasten ja nuorten mielenterveyshoidossa. Tämä tarkoittaa, että on yleisesti siirrytty käyttämään kohdistettuja ja tavoitteellisia interventioita eli ongelman esille ottamista. Nämä interventiot on osoitettu toimivan tehokkaasti. (Garralda & Hyde 2003, 45.)

Lapsen psykiatrisessa hoidossa lapsen perheellä on suuri rooli lapsen hoitoketjussa. Vanhempien ohjausta ja neuvontaa käytetään lapsen yksilöpsykoterapiassa. Siinä keskitytään lapsen ja perheen vuorovaikutussuhteeseen ja pyritään siihen, että vanhemmat ymmärtäisivät lapsen käytöksen ja osaisivat suhtautua lapsen oireisiin ja reaktioihin asianmukaisesti. Työskentely edellyttää vanhempien hyvän hoitomyönteisyyden lisäksi vanhempien välisen suhteen toimivuutta. Jos vanhempien suhteessa on ongelmia, se voi

heijastua lapsen psyykkeeseen. Joskus vanhempien pariterapialla voi olla suuri apu lapsen ongelmien selvittämiseen. (Räsänen ym. 2010, 403.)

Perheterapiaa käytetään silloin, kun lapsen psyykkiset ongelmat johtuvat perheen keskeisestä huonosta vuorovaikutussuhteesta. Hoidon tavoitteena on yhdessä perheen kesken etsiä uusia vuorovaikutussuhdetaitoja, jotka edistävät kaikkien perheen jäsenten psyykkistä kasvua ja kehityksen mahdollisuutta. Jotta perheterapia toimisi, tulee perheen luottaa siihen, että terapeutti työskentelee perheen hyväksi. Perheterapiaan osallistuu koko perhe. Joskus perheterapiaan voidaan kutsua myös isovanhemmat tai muut läheiset ihmiset mukaan. Yleensä perheterapian työryhmään kuuluu kolme terapeuttia, joista yksi työskentelee perheen kanssa ja kaksi muuta havainnoivat perheen ja terapeutin välistä vuorovaikutusta joko samassa tai erissä tilassa. Terapiassa on riski, että yksin työskentelevä terapeutti juuttuu perheen esille tuomiin näkökulmiin, sekä jumiuuu perheen sisäiseen vuorovaikutukseen. Terapeutit jotka havainnoivat keskustelua, estävät tätä. Perheterapiaa käytetään hoitona sekä avo- että osastopuolella. Perheterapiatekniikoita on erilaisia, terapian kesto vaihtelee niin kuin myös istuntojen tiheys. Istuntoja pidetään kuitenkin yleensä 3-4 viikon välein ja terapian kokonaiskesto on yleensä alle vuoden mittainen. (Räsänen ym. 2010, 403–405.)

Lasten psykiatrisessa hoidossa voidaan käyttää avoimen dialogin hoitomallia (Liite 1). Dialoginen hoitomalli rakentuu perhekeskeisille tapaamisille eli hoitokokouksille. Hoitokokouksissa keskinäisessä dialogissa kohtaavat terapiatyöryhmä, asiakas ja hänen tärkeimmät läheisensä. (Haarakangas 2008, 107.) Dialogisessa terapiakeskustelussa perheen kieltä kuunnellaan ja seurataan sellaisenaan. Keskustelussa voidaan toistaa asiakkaan kertomaa sanasta sanaan. Tällä tavoin terapiatyöryhmä toistaa asiakkaan sanoja, asiakkaan omiksi tutuiksi sanoikseen. Samalla asiakas voi kuulla jotain, jonka lähtökohhta on hänen omissa kokemuksissaan ja hän kertaa jotain uutta, koska ulkopuolinen henkilö toistaa hänen sanomansa. Riittävän hidas rytmi keskusteluissa on tärkeää, silloin hoitokokouksessa mukana oleville jää tilaa kunkin ilmaisun vastaanottamiseen sekä sen sisäiseen pohdintaan. (Seikkula ym. 2009, 56.)

Avoimen dialogin perusajatus elää hoitokokouksissa. Hoitokokouksia järjestellään mahdollisimman vähän etukäteen, tavoitteena on luoda kaikkien hoitokokoukseen osallistujien menneisyys mahdollisimman samankaltaiseksi kyseisessä kriisissä. Hoitokoukshuoneessa kaikki istuvat ympyrässä, jotta kaikilla on näköyhteys toisiinsa. Keskus-

telun aloittaa yleensä se joka tietää asiakkaasta eniten, esimerkiksi omahoitaja. Aluksi käydään yhdessä läpi ongelma, jota ollaan nyt hoitamassa. Asiakkaan haastattelu alkaa tilanteen pääpiirteisen läpikäymisen jälkeen. Dialogisuuden synnyttämisessä haastattelun teemoja ei suunnitella etukäteen, vaan seuraava kysymys syntyy edellisen vastauksen perusteella. Kaikkia hoitokokoukseen osallistujia rohkaistaan kertomaan oma näkemyksensä tilanteeseen. Keskustelun vetäjät huolehtivat myös, että omaiset saavat kertoa oman näkemyksensä. Rauhallinen etenemistahti ja mahdolliset konkreettiset kuvaukset tapahtuneesta ovat tärkeitä. Keskustelun edetessä joku työntekijöistä voi ilmaista halun pohtia työntekijöiden kesken ajatuksiaan. Asiakkaalta on hyvä kysyä lupa tähän. Työntekijöiden reflektiivinen keskustelu voi alkaa myös hyvin spontaanisti luonnollisen keskustelun yhteydessä. Kun työntekijät ovat riittävästi keskustelleet reflektiivisesti keskenään, tulee keskustelu päättää kysymällä asiakkaalta ja hänen läheisiltään, haluavatko he kommentoida työntekijöiden keskustelua. Siinä turvataan, että asiakkaalla ja hänen läheisillään on mahdollisuus vaikuttaa siihen, millaisen merkityksen työntekijät asiakkaan kriisistään saavat. (Seikkula ym. 2009, 56–57.)

Yleensä työntekijöiden välisen reflektiivisen keskustelun jälkeen hoitokokous lähenee loppuaan. Hoitopäätökset ja mahdollinen lääkitysten määrääminen on hyvä käsitellä hoitokokouksen loppupuolella. Hoitokokoukset pyritään lopettamaan asiakkaan sanoihin, mutta ennen sitä työntekijät yleensä kysyvät: onko vielä jotain, mitä meidän olisi hyvä tässä kokouksessa käsitellä? Hoitokokouksen päättyessä on hyvä mahdollisimman konkreettisesti käydä läpi kokouksessa tehdyt päätökset. (Seikkula ym. 2009, 58.)

5 LAPSEN KEHITYSTÄ TUKEVA MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Sosiaali- ja terveysalalla tarvitaan kehittyneitä yhteistyön muotoja. Tämän on mahdollistanut teknisten välineiden kehittyminen, joka on saanut aikaan uudenlaisten yhteyksien ja verkostojen luomisen. Asiakkaat vaativat, että heitä hoidetaan kokonaisvaltaisesti ja että heitä hoitavat asiantuntijat tekevät yhteistyötä myös organisaatorajojen ulkopuolelle. Moniammatilliseksi yhteistyöksi kutsutaankin asiakaslähtöistä yhteistyötä, johon kuuluvat monia eri asiantuntijoita ja organisaatioita. (Isoherranen ym. 2008, 28–29.)

5.1 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisen yhteistyön käsitettä alettiin käyttää Suomessa 1990-luvulla. Sitä voidaan tarkastella useista eri näkökulmista. Sitä voidaan myös pitää niin sanottuna sateenvarjokäsitteenä, joka pitää sisällään useita eri yhteistyömuotoja. Moniammatillista yhteistyökäsitettä voidaan kuvata myös näin: Siinä on työntekijöillä yhteinen tehtävä ja työ suoritettavanaan, ongelmat tulee ratkoa ja päätös tehdä niin, että he yhdistävät tietonsa ja taitonsa, jotta tavoitteeseen päästään. Tietojen ja osaamisten eri näkökulmat yhdistyvät moniammatillisen yhteistyön kautta, joita systeemisen kokonaisuuden rakentaminen tarvitsee. Keskeisenä asiana yhteistyössä tulee esille, kuinka saadaan koottua yhteen kaikki tieto ja taito. Tavoitteena on saada mahdollisimman kokonaisvaltainen käsite asiakkaan tilanteesta. Moniammatillisen yhteistyön tulisi siis kattaa mahdollisuus tärkeän tiedon kokoamiselle, prosessoinnille sekä yhteisen tavoitteen pystyttämiseksi. (Isoherranen ym. 2008, 33.)

Moniammatillista yhteistyötä tehdessä on seuraavat asiat aina huomioitava: Asiakaslähtöisyys, tiedon sekä eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, roolien rajojen muutokset ja verkostojen huomioiminen. Moniammatilliset tiimit organisoivat moniammatillista yhteistyötä. Tiimit antavat tarvittavan joustavan, asiakaslähtöisen rakenteen, tiedon keräämisen ja sen käsittelemisen. Tiimityöskentely koetaan positiivisena lisäpanoksena ja sitä tarvitaan silloin, kun siitä todella ajatellaan olevan lisähyötyä. Jokaisella tiimiläisellä on erityinen tietopohja. Tiimityöskentely mahdollistaa oman tietopohjan tunnistamisen ja sen kokoamisen yhteen muiden tiimiläisten tietopohjien kanssa. Tiimit järjestävät yhteisiä tapaamisia ja yhteistoimintansa

arviointeja. Tämä auttaa mahdollistamaan hyvin moniammatillisen yhteistyön idean toteutumista. (Isoherranen ym. 2008, 35–36.)

Yhdessä työskennellessä, jokaisen roolit on määriteltävä selkeästi, sillä se lisää työskentelyn tehokkuutta poistamalla työntekijöiden välisiä ristiriitoja ja päällekkäistä työskentelyä. Joskus tapahtuu roolirajojen ylityksiä, joka tarkoittaa yhteisöjen, organisaatioiden sekä roolien rajoja koskevien sääntöjen sovittuja ylityksiä joustavasti ja kokonaisvaltaisesti työskenneltäessä. Verkostot yhdistävät joukon ihmisiä, kohteita tai tapahtumia, joita ei ole ennalta määritelty. Verkostot mahdollistavat asiakaslähtöisen tiedon kulun verkostojen välillä. Jos verkostossa toimivat henkilöt rakentuvat eri hallintoalan edustajista, voidaan käyttää nimitystä poikkihallinnollinen verkostotyö, johon voivat osallistua esimerkiksi päiväkodin, koulun, terveystoimen ja sosiaalitoimen edustajia. Moniammatillisessa verkostotyössä voivat olla mukana julkisten palveluiden lisäksi myös yksityisen sektorien toimijoita. Verkostotyössä tulee aina ottaa huomioon asiakkaan oma sosiaalinen verkosto. (Isoherranen ym. 2008, 36–37.)

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lasten psykiatrinen hoito tapahtuu avohoitona kuuden kunnan alueella: Kemi, Keminmaa, Simo, Tornio, Tervola, Ylitornio. Lasten psykiatrian poliklinikan yhteistyötahoja sairaanhoitopiirin alueella ovat muun muassa sosiaalitoimi, koulut, päiväkodit, terveyskeskukset, neuvolat, lastenosastot ja – poliklinikat, yksityiset lääkärit ja vanhemmat (Liite 2). Tarvittaessa hoitajat voivat liikkua näiden kuuden kunnan alueella apua tarvitsemaan paikkaan. Ostopalveluna käytetään osastohoitoa Oulun yliopistollisesta sairaalasta tai Lapin keskussairaalasta. Hoito- ja kuntoutuskoti Sateenkaari Keminmaassa on väliportaan laitoshoidon hoito. Yhteistyötä tehdään alueen perheneuvolojen kanssa, joiden avulla voidaan toteuttaa jatkohoitoa. Terapiapalvelut ostetaan yksityisiltä palveluiden tuottajilta tai saadaan kunnilta. Puhe-, toiminta- ja fysioterapiapalvelut sekä lasten neurologian palvelut saadaan Länsi-Pohjan keskussairaalasta. Lasten seksuaalista hyväksikäyttöä koskevat tutkimukset, eli SeRi -tutkimukset tuotetaan osittain omana palveluna, pääasiassa ne on keskitetty Oulun yliopistolliseen sairaalaan. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian poliklinikan perehdyttämiskansio 2012, 6-8.) Anna Suutarlan tekemässä terveyskasvatuksen pro gradu – tutkielmassa käy ilmi, että julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilla on suuri merkitys lasten hyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämässä. (Suutarla 2001, 86.)

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lasten psykiatrian poliklinikan toimintaperiaatteita ovat helposti saatavat ja tavoitettavat palvelut, liikkuvuus, yhteistyöhakuisuus ja lapsi- sekä perhekeskeisyys. Palvelut ovat kaikkien saatavilla, asiakkaaksi pääsemiseen ei tarvita lähetettä. Työpari- tai työryhmä työskentelee lääkärijohtoisesti moniammatillisen tiimin kanssa tekemällä yhteistyötä perheen ja muiden verkostojen kanssa. Palveluilla ja moniammatillisella työnjaolla tarjotaan laadukas, tarpeenmukainen ja onnistunut hoito. Lasten psykiatrian poliklinikka käyttää avoimen dialogin hoitomallia. Tutkimuksessa ja hoidossa on tärkeää lapsen kuuleminen ja lapsen etu. Kriisitilanteissa apua saa nopeasti, joustavasti ja kiireettömästi hoitotakuun puitteissa. Hoitotakuu on kolme viikkoa. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian poliklinikan perehdyttämiskansio 2012, 7.)

Lasten psykiatrian poliklinikalla ennaltaehkäistään, tutkitaan ja hoidetaan lasten psyykkisiä häiriöitä sekä järjestetään kuntouttavia palveluja ja tuetaan mielenterveyttä. Palvelut tarjotaan moniammatillisesti ja lapsilähtöisesti kunnioittaen vanhemmuutta. Työ tehdään lähellä perheen arkea ja mukaan otetaan perheen muita verkostoja. Tutkimuksessa ja hoidossa otetaan huomioon lapsen koko elämäntila, joka sisältää hänen vahvuudet, vaikeudet, kodin, ystävät, koulun ja harrastukset. Hoidon kannalta on tärkeää tarvittaessa tehdä kotikäyntejä, niiden avulla voidaan ymmärtää paremmin perheen ja lapsen tilannetta. Myös lapsen tapaaminen hoitajan kanssa kahden kesken kuuluu hoitoon. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian poliklinikan perehdyttämiskansio 2012, 6.)

Lapsen psykiatrian poliklinikka jaetaan neljään päästrategiaan: vaikuttavuus, asiakas, prosessit ja henkilöstö. Vaikuttavuus on verkostoituvaa yhteistyötä ja moniammatillista työnjakoa, joiden avulla järjestetään ja tuotetaan erikoissairaanhoidon palveluita alueen lapsille sekä vauva- ja lapsiperheille. Asiakkaille tuotetaan erikoissairaanhoidon palveluita, jotka ovat laadukkaita, sujuvia ja terveyttä edistäviä. Palvelut ovat saatavilla nopeasti ja helposti. Prosessilla kuvataan palveluita. Resurssien oikea kohdentaminen kehittää toimintaa muuttuvia tarpeita varten. Henkilöstön työhyvinvointi on tärkeää. Hyvä työpaikka tukee osaavaa ja moniammatillista henkilökuntaa järjestämällä koulutusta ja ylläpitämällä työhyvinvointia. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian poliklinikan perehdyttämiskansio 2012, 6-7.)

5.2 Lasten psykiatrian poliklinikan tarjoamat palvelut ja hoito

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lasten psykiatrian poliklinikan tehtävänä on tuottaa, järjestää ja kehittää terveyttä ja hyvinvointia tukevia erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluja. Lasten psykiatrian poliklinikka tarjoaa hoitoa 0-13vuotiaille lapsille, heidän perheilleen, vauvaperheille sekä raskaana oleville perheille. Tavoitteena on vaikuttaa myönteisesti vauva- ja lapsiperheissä tekemällä yhteistyötä kuntien, perusterveydenhuollon, sosiaali- ja koulutoimen sekä Erva- alueen eli erikoisvastuualueen sairaanhoitopiirin kanssa. Lasten psykiatrian poliklinikka tutkii ja hoitaa lapsuusikäisten vakavia käyttäytymisen ja tunne-elämän häiriöitä, joista merkinä voi olla muun muassa: itsetuhoisen käytös, syömishäiriö, keskivaikea- tai vaikea masennus, psykoottinen oireilu, traumatisoituminen, voimakas aggressiivisuus, arvaamattomuus, ylivilkkaus, keskittymättömyys ja muut tarkkaavuuden ongelmat. Poliklinikka tarjoaa myös konsultaatioapua. Poliklinikalle voi soittaa nimettömänä ja kysyä apua tilanteeseen. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian poliklinikan perehdyttämiskansio 2012, 6-8.)

Yleensä lasten psykiatrian poliklinikalle tulee soitto tai lähete yhteistyötaholta, esimerkiksi päiväkodista tai koulusta (Liite 3). Poliklinikalla asian vastaanottanut henkilö vie asian eteenpäin hoitotiimille ja samalla tehdään hoidon kiireellisyysarviointi. Kiireellisyys kriteerejä ovat itsetuhoisuus, vetäytyminen, psykoosiepäily, karkaileminen, lapsi väkivallan näkijänä/tekijänä/kokijana, vakavat kriisit, aggressiivisuus ja lähetteen arvio. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian poliklinikan perehdyttämiskansio 2012, 9.)

Lapsen hoitoon sovitaan hoitava työryhmä, joka ottaa vastuun potilaan/ perheen hoitoprosessista ja työskentelee lääkärijohtoisesti. Asian ollessa kiireellinen perheelle sovi- taan selvittely- ja tutkimusaika viikon sisällä yhteyden otosta poliklinikalle. Muussa tilanteessa hoitoon ohjaaminen tapahtuu hoitotakuun sisällä. Ensitapaamisessa polikli- nikalla on mukana lapsi, perhe ja lasta hoitava työryhmä. Tällöin selvitetään lapsen ja perheen tilannetta. Alkutilanteen selvittelyn jälkeen tehdään hoidollinen tutkimusjakso ja vastataan lapsen huoleen. Tähän sisältyy lapsen kuuleminen ja perheelle tuen antami- nen. Työryhmän jäsen tekee kotikäynnin perheen luo ainakin kerran. Lapsen tilanteesta riippuen jatkossa sovitaan tarpeen mukaisia tapaamisia ja tehdään hoitosuunnitelma. Hoidon edetessä lapsen tilannetta seurataan ja arvioidaan, hoito voi päättyä tai lapsi voi vanhetessaan siirtyä nuorisopsykiatrian puolelle. Hoidossa voidaan käyttää muitakin

hoitavia tahoja, kuten perheneuvoloita ja erilaisia kuntoutus- ja terapiamuotoa. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian poliklinikan perehdyttämiskansio 2012, 9.)

Yleisimpiä hoitoon ja tutkimukseen hakeutumisen syitä ovat lapsen masennus, itsetuhoisuus, pelokkuus, ahdistuneisuus, pienten lasten uni- ja syömisongelmat, vakavat, toistuvat ongelmat koulussa ja päivähoitossa sekä erilaiset vuorovaikutuksen häiriöt ja neuropsykiatrinen oireilu. Lapsen ja perheen tilannetta katsotaan aina kokonaisuutena eikä ainoastaan oirekuvien perusteella. Lapsen masentuneisuutta ja sisäänpäin kääntyneisyyttä voi olla vaikea havainta, koska oireet voivat jäädä huomiotta. Levottomuus ja aggressiivisuus näkyvät ulospäin, jolloin ne havaitaan helpommin ja niihin reagoidaan nopeammin. Lapsen kehitystaso ja mahdolliset somaattiset perussairaudet vaikuttavat tilanteen arviointiin. Aiemmat hoitokontaktit, hoitopolut ja perheen historia merkitsevät hoidon suunnittelussa. Havaittuihin ongelmiin on tärkeää puuttua varhaisessa vaiheessa. Tiivis yhteistyö on tärkeää perheen ja muun lähiverkoston kanssa. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian poliklinikan perehdyttämiskansio 2012, 10.)

Moniammatillista yhteistyötä hyödynnetään lapsen hoidossa, työryhmään kuuluu yleensä lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitaja. He tutustuvat lapsen elämäntilanteeseen, myös vanhemmat otetaan mukaan hoitoon. Lapselle suoritetaan yksilölliset tutkimukset, joita ovat muun muassa lapsen haastattelu ikää ja kehitystasoa vastaavissa puitteissa, esimerkiksi lapsen leikkimisen tarkkailu, somaattinen neurologinen tutkimus, tarpeen mukaan psykologin tutkimus sekä muut erityistutkimukset, esimerkiksi lastenneurologin tekemä tutkimus. Joskus hoidon tarpeen ja tilanteen arvioimisen avuksi käytetään osastotutkimusta, joka yleensä kestää kuudesta kahdeksaan viikkoa Oulun yliopistollisessa sairaalassa tai Lapin keskussairaalassa. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian poliklinikan perehdyttämiskansio 2012, 12.)

Lapsen hoitosuunnitelma tehdään yhdessä perheen ja hoitavan työryhmän kesken. Hoitomuotoja ovat perheterapia, jossa pyritään vaikuttamaan perheen keskinäiseen vuorovaikutukseen, erilaiset yksilöpsykoterapiat, joissa pyritään keskustelemalla vaikuttamaan lapsen mielen sisäiseen maailmaan ja psykiatrisesti suuntautunut toimintaterapia. Yleisimpiä ostopalveluterapiamuotoja voivat olla musiikkiterapia, taideterapia, ratsastusterapia, seikkailuterapia ja fysioterapia. Terapian ohessa voidaan joutua käyttämään lääkehoitoa. Lääkehoitoa käytetään vähän, ettei lapsi tottuisi saamaan helpotusta pahaan oloon tableteista. Joskus tilanne voi jatkua liian vaikeana lapselle ja hänen perheelleen,

tällöin lääkitys on tarpeen. Käytettäviä lääkkeitä lasten psykiatriassa ovat ADHD-oireisiin käytettävät metyyliifenidaattihydrokloridi ja atomoksetiini, Ahdistus- ja masenusoireisiin käytettävät selektiivisesti serotoniinin takaisinottoa estävät depressioläkkeet ja vaikeaan käyttäytymishäiriöön käytettävä risperidoni, jota käytetään harvoin. Annostus laitetaan lapsen painon ja hoitovasteen mukaan. Ennen lääkityksen aloittamista tutkitaan lapsen somaattinen tila ja otetaan tarvittavat laboratoriokokeet (täydellinen verenkuva, maksa-arvot, rasva-arvot sekä sydänfilmi). Veriarvoja kontrolloidaan puolen- yhden vuoden välein lääkityksen ajan ja sen loputtua. Viimeinen vaihtoehto hoitomuotona on osastohoito. Osastohoito toteutetaan lasten psykiatrisella osastolla ostopalveluna Oulun yliopistollisessa sairaalassa tai Rovaniemellä Lapin keskussairaalassa. (Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lastenpsykiatrian poliklinikan perehdyttämiskansio 2012, 13.)

Sosionomit Matti Rampa ja Miia-Marika Pisto tutkivat opinnäytetyössään sitä, millä perusteilla satakuntalaiset lapset saivat psykoterapiapäätöksen vuosina 2004–2007. Tutkimuksessa käy ilmi, että Satakunnan sairaanhoitopiirin myöntämien maksusitoumusten määrä oli pieni ja psykoterapeuttiseen hoitoon osoitettu taloudellinen panostus oli vähäistä. Terapiapäätöksiä tehtiin vuosina 2004–2007 Satakunnan sairaanhoitopiirissä 59. Lapset olivat 5–13-vuotiaita, joista heitä oli 41 poikaa ja 18 tyttöä. Lapset pääsivät terapiaan vasta kouluikäisinä. Yleisimmät diagnoosit näiden lasten terapian tarpeen takana olivat käytös- ja tunnehäiriöt sekä kiintymyssuhteiden häiriöt. Sosiaali- ja terveysministeriön teki selvityksen vuonna 2007, jossa ilmenee, että terapeuttien puute on suurin syy siihen, ettei terapiaa järjesty ja toinen syy on se, ettei terapialle ole maksajaa. (Seppänen 2012.)

5.3 Toiminnasta tiedottaminen

Moniammatillisessa yhteistyössä on tärkeää, että tiedetään ja tunnetaan yhteistyötahojen toiminnasta ja niiden tarjoamista palveluista. Siksi on tärkeää, että on olemassa erilaisia esitteitä, josta yhteistyötahot saavat tarvittavaa tietoa. Esitteessä kerrotaan organisaation toiminnasta ja palveluista, joita organisaatio tarjoaa. Esite tuotetaan aina tarpeeseen. Esitettä katsoessa lukijan tulee nähdä ensi silmäyksellä, mistä esitteessä on kyse. Esitteen ulkoasusta sovitaan yhteistyötahon kanssa. Esitteen ulkonäkö ja sisältö kertovat

esitteen tekijöistä: mustavalkoinen esite saattaa kertoa tekijöiden laiskuudesta, tai osamattomuudesta. (Kuvaja 2008, 24.)

Esitteitä on olemassa kahden tyyppisiä: Yritysesitteitä, joissa esitellään yrityksen tarjoamia palveluita houkuttelevasti ja tuote- esitteitä, joissa esitellään jotain tiettyä tuotetta. Esitteessä yrityksestä annetaan uskottava, ammattimainen ja vakuuttava kuva. Esitteessä käy ilmi, missä asioissa yritystä kannattaa käyttää, yrityksen tyyli ja tapa toimia sekä yrityksen yhteystiedot. (Rope 2000, 326–327.)

6 PROJEKTIN TOTEUTUS

6.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Projektin tarkoituksena on saavuttaa tietty päämäärä. Jos päämäärä ei ole selvä ei voi asettaa realistisia tavoitteita työlle. Päämäärän kyseenalaistaminen on hyvä tapa lähestyä päämäärää. (Karlsson & Marttala 2002, 24–25.) Projektin tavoitteen tulee olla konkreettisesti ja yksiselitteisesti määritetty, jotta väärinkäsityksiä ei synny. Projektin tavoite kertoo, mitä projektilla on tarkoitus saada aikaan. Ilman selkeää tavoitetta projektia ei voi aloittaa. Tavoitteen muotoilemiseen tulee suhtautua vakavasti ja kun tavoite on määritetty, siitä pyritään pitämään kiinni. (Karlsson ym. 2002, 63.)

Tämän projektityön tarkoituksena oli tehdä esite Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrisesta poliklinikasta. Esitteen tavoitteena on antaa tietoa lasten psykiatrisesta poliklinikasta sen yhteistyökumppaneille, jotta he osaavat ohjata tarvittaessa apua tarvitsevat lapset ja heidän huoltajansa lasten psykiatrian poliklinikalle. Esitteessä kerrotaan Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrian poliklinikan toiminnasta, sen tarjoamasta hoidosta, ensimmäisestä yhteydenottokontaktista ja poliklinikan yhteystiedoista. Lasten psykiatriselta poliklinikalta saa konsultaatioapua asiakastapauksissa. Poliklinikkaa voi konsultoida kertomatta potilaan nimeä.

6.2 Rajaus, liittymät ja organisointi

Projektin päämäärää selventävät rajaukset. Rajaukset ovat osa päämäärän tulosta. Esimerkiksi linjaorganisaatioiden tai muiden sidosryhmien vastuualueet voidaan määritellä rajauksina. Jos projektin alussa poisrajattua tekijää katsotaankin tarpeelliseksi käyttää projektissa, niin siitä tulee mainita erityisessä raportissa. (Karlsson ym. 2002, 63–64.)

Projektiryhmässä työskentelee henkilöitä, joille projekti on tuttu työskentelymuoto ja he taitavat tiimityöskentelyn. Osa projektiryhmästä osallistuu työntekoon vain muutamia tunteja viikossa tai tietyissä projektin vaiheissa. Projektiryhmän jäsenten on oltava yhtä mieltä työtehtävästä, työmäärästä ja päämäärästä. (Karlsson ym. 2002, 86.)

Projektityö rajattiin siten, että siinä käsitellään Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrian poliklinikan asiakkaiden yleisimmät psyykkiset ongelmat ja poliklinikan tarjoama hoito. Projektin tuotoksena on esite, joka suunnataan poliklinikan yhteistyökumppaneille. Sen katsottiin olevan tällä hetkellä tarpeellisempi kuin esitteen, joka olisi suunnattu poliklinikan asiakkaille ja heidän huoltajilleen. Esitteessä kerrotaan lasten psykiatrisen poliklinikan toiminnasta, poliklinikan tarjoamasta hoidosta, milloin ja miten ottaa yhteyttä, konsultaatiomahdollisuuksista sekä poliklinikan yhteystiedot.

Projektityön tilaajana on Länsi- Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrian poliklinikka. Poliklinikalta työelämän yhdyshenkilöinä toimivat projektin alkuvaiheessa psykiatrinen sairaanhoitaja Jaanamari Leppäjärvi ja lastenpsykiatrian ylilääkäri Marja-Leena Ernvall. Projektin edetessä työelämän yhdyshenkilö vaihtui Virpi Paanaseen. Hän on psykiatrinen sairaanhoitaja. Projektin työntekijöitä ovat Vilhelmiina Aittola ja Hanna-Mari Korhala. Opinnäytetyötä ohjaavat Kemi-Tornion ammattikorkeakoululta sosiaali- ja terveysalan yksiköstä Elli Peteri ja Anne Puro.

6.3 Toteuttamisen ja työskentelyn kuvaus

Projektin teossa käytetään apuna erilaisia tietoteknisiä sovelluksia ja tietokoneohjelmia. Kuitenkaan tietokone ei korvaa omaa ajattelua. Projektien aikataulujen ja kustannusten välisen suhteen arviointiin liittyy projektinhallintatyökaluja. (Virtanen 2000, 111–112.) Kun projekti on valmis, se luovutetaan tilaajalle. Tilaaja, projektiryhmä ja käyttäjäsikö katsovat, että valmis projektityö vastaa tilausta. Lopputuloksen tarkastelussa käydään läpi työn ominaisuudet ja toiminnot sekä katsotaan, että työ on tehty määrittelyjen mukaisesti. Jos työn lopputuloksen tarkastelussa huomataan virheitä ja puutteita, ne listataan luovutusprotokollaan. Tällöin sovitaan myös miten ja mihin mennessä puutteet korjataan. Projektityön koekäyttäjäsosta sovitaan myös lopputarkastuksessa. (Ruuska 2006, 242–243.)

Aloitimme opinnäytetyön aiheen etsinnän toukokuussa 2011. Laitoimme sähköpostia Länsi-Pohjan keskussairaalan eri osastojen ja poliklinikkojen osastonhoitajille. Saimme useita eri ehdotuksia opinnäytetyömme aiheeksi. Valitsimme lasten psykiatrisen poliklinikan ehdottaman aiheen, koska se oli aiheista kiinnostavin. Lasten psykiatria oli meille uusi asia, emmekä olleet siihen aiemmin perehtyneet. Tänä päivänä puhutaan paljon

mediassa lasten ja nuorten psyykkisistä ongelmista ja heidän hoitoon pääsystä. Meitä kiinnosti, miten hoito Länsi-Pohjan alueella toteutuu. Valitsimme projektityyppisen työn, koska se kiinnosti meitä enemmän, kuin tutkimustyyppisen työn tekeminen. Halusimme saada kokemusta projektityön teosta ja projektitiimissä työskentelystä. Pidimme tärkeänä projektimme tarkoitusta ja tuotosta mikä siitä syntyi. Esite jää Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrisen poliklinikan käyttöön. On hyvä, että esitteestä on hyötyä lasten psykiatrisen poliklinikan yhteistyötahoille.

Yhteistyömme Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrisen poliklinikan kanssa on ollut tärkeää. Heiltä tulleet korjaus- tai muutosehdotukset on otettu huomioon ja heitä tiedotettiin usein työmme etenemisestä. Ensimmäiselle tapaamiselle lasten psykiatrian poliklinikalle menimme kesäkuussa 2011, silloin keskustelimme projektin toteutuksesta ja tavoitteista. Mietimme yhdessä, mitä yhteistyötahoille suunnattava esite sisältäisi. Syksyllä 2011 aloimme työstää projektisuunnitelmaa, joka hyväksyttiin joulukuussa 2011. Tammikuussa 2012 kävimme lasten psykiatrian poliklinikalla esittämässä hyväksytyyn projektisuunnitelman ja samalla keskustelimme työn jatkumisesta. Kirjoitimme kolme kappaletta hankkeistamissopimuksia 8.2.2013 (Liite 4). Niistä yksi kappale jäi projektityöntekijöille, yksi projektin tilaajalle ja yksi ohjaaville opettajille. Keväästä 2012 kevääseen 2013 työstimme kirjallista osiota sekä esitettä. Kävimme projektin teon aikana kuusi kertaa tapaamisissa lasten psykiatrian poliklinikalla ja ohjauksessa koululla ohjaavien opettajien luona seitsemän kertaa.

Keräsimme opinnäytetyöhömmö teoretietoa alan kirjallisuudesta, erilaisista tutkimuksista ja artikkeleista. Työelämän tietoa saatiin lasten psykiatrian poliklinikan henkilökunnalta. Esite on ollut nähtävillä poliklinikan viikkopalaverissa, jossa kaikki poliklinikan työntekijät saivat tuoda esille omia ajatuksia ja ideoita esitteeseen. Nämä asiat vaikuttivat esitteen sisältöön. Esitteestä tuli lasten psykiatrian poliklinikan näköinen ja heidän toivomustensa mukainen.

Projektityö dokumentoidaan ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseukseen. Lasten psykiatrian poliklinikka jakaa esitteet heidän yhteistyökumppaneille ja poliklinikalle jää esitteestä sähköinen versio, jota he voivat tietojen muuttuessa muokata. Poliklinikka hoitaa esitteiden painatuksen ja jakamisen yhteistyötahoille. Yksi esite liitettiin projekti-raporttiin. Projektityöstä pidettiin seminaari Kemi-Tornion ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan yksikössä 3.5.2013.

6.4 Tulosten ja prosessin arviointi

Arvioinnilla selvitetään miten projekti on onnistunut. Arviointi ei perustu sattumanvaraisuuteen, se on systemaattista toimintaa. Arvioinnin tarkoitus on selvittää projektin ongelmakohdat ja onnistumiset. Arviointiprosessissa on yleensä viisi vaihetta; arvioinnin jäsentäminen (kohde, työkalut, kriteerit), havainnointi (havainnointialueen rajaaminen ja arviointiaineiston keruu), analysointi (aineiston analysointi, analyysien tulkinta sekä arviot tulosten vaikutuksista) ja arvion muodostaminen sekä tiedon hyödyntäminen. Arvioinnissa käytetään itse arviointia ja ulkopuolisen arviointia. Arviointimenetelminä voi käyttää joko haastattelua, kyselyjä tai tilastoja, tai näitä kaikkia yhdessä. (Paasivara, Suhonen & Nikkilä 2008, 140–141.)

Esite on lasten psykiatrian poliklinikan henkilökunnan toiveiden mukainen. Esite on tiivis, selkeä ja helppolukuinen. Lasten psykiatrian poliklinikalta saadut lasten piirtämät kuvat ovat esitteessä. Kuvien julkaisemiseen on kysytty lupa. Kuvat antavat esitteeseen väriä ja elävyyttä. Lasten psykiatrian poliklinikan työntekijät toivoivat, että esite on A4-paperin kokoinen ja, että se on taiteltu kolmeen osaan. Esitteen kannessa on lapsen piirtämä piirros ja Kirsi Kunnaksen runo Tiitiäinen metsäläinen. Toisella ja kolmannella sivulla kerrotaan lasten psykiatrian poliklinikan toiminnasta ja, että minkälaisia tunne-elämän häiriöitä poliklinikalla hoidetaan. Esitteen neljännellä sivulla kerrotaan lasten psykiatrian poliklinikan tarjoama hoito. Viidennellä sivulla kerrotaan, mitä asioita ensimmäisellä yhteyden otto kerralla selvitetään. Viimeisellä sivulla on yhteystiedot poliklinikalle.

Projektiraportissa kerrotaan lapsen hyvinvoinnista ja tasapainoisesta kehityksestä. Lapsen hyvinvoinnilla ja tasapainoisella kehityksellä on suuri merkitys lapsen psyykkeeeseen. Lapsella voi olla erilaisia psyykkisiä oireita, joista on tarkemmin kerrottu tässä työssä. Työssä on käsitelty lasten yleisimpiä psyykkisiä sairauksia, joita hoidetaan Länsi- Pohjan sairaanhoitopiirin alueella. Jotta työstä ei tule liian laaja, on työssä käsitelty vain näitä psyykkisiä sairauksia. Työssä kerrotaan erilaisista hoitomuodoista ja hoitotavoista, joita lasten psyykkisten sairauksien hoidossa käytetään. Lisäksi työssä paneudutaan Länsi- Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrisen poliklinikan tarjoamiin palveluihin ja hoitoihin. Koska esite suunnataan poliklinikan yhteistyökumppaneille, tärkeänä osana työssä on moniammatillinen yhteistyö poliklinikan ja heidän yhteistyötahojen kesken. Lisäksi työssä tarkastellaan projektin etenemistä ja sen tuotosta.

Projektiraportin lukeminen on helppoa, kun siinä on väliotsikoita. Väliotsikoiden avulla lukija löytää etsimänsä asian helpommin. Väliotsikot tuovat työhön selkeyttä ja ne jakavat tekstiä omiin osa-alueisiin. Ihminen, joka ei ole perehtynyt lasten psykiatriaan lainkaan, voi siitä huolimatta hyvin ymmärtää tätä tekstiä. Työssä on tavoiteltu käytännön läheistä tekstiä.

6.5 Luotettavuuden tarkastelu ja eettisyys

Valmiisiin lähteisiin tulee suhtautua kriittisesti ja niiden luotettavuutta on pohdittava. Jotta tiedot olisivat vertailukelpoisia, on niitä normitettava. Tietoja usein myös muokataan, yhdistetään ja tulkitaan. Jos kaksi lähdettä osoittaa saman tiedon, voidaan sitä pitää reliabelina, eli luotettavana. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 184.) Luottamus on tärkeää projektityössä, se mahdollistaa yhteistyön. Jos luottamusta ei ole, ihmiset eivät halua työskennellä yhdessä. Jos heidät pakotetaan työskentelemään yhdessä, työ ei tällöin ole mielekästä eikä tuloksellista. Luotettavuudella vähennetään ristiriitatilanteita, vuorovaikutusongelmia ja kriisitilanteisiin reagoidaan nopeasti. Projekti ei toimi tyydyttävästi, jos luottamus puuttuu. (Jalava & Virtanen 2000, 56–57.)

Projektityöntekijät ovat kuunnelleet lasten psykiatrian henkilökunnan toiveita esitettä koskien sekä henkilökunnan mahdollisia muutosehdotuksia esitteestä. Projektityöhön on käytetty tutkittua tietoa. Lähteinä työssä on käytetty mahdollisuuksien mukaan uusimpia lähteitä. Lähteet ovat asianmukaisia ja niiden luotettavuus voidaan taata sillä, että useista eri lähteistä löytyy sama tieto. Kirjalähteiden lisäksi työssä on käytetty tutkimuksia, jotka lisäävät luotettavuutta. Kirjallisuus lähteet on haettu Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan kirjastosta. Työssä on käytetty myös Internet lähteitä. Lähteet ovat luotettavia, koska ne on otettu tunnetuilta terveydenhuoltoon liittyviltä suomalaisilta internet sivuilta.

Lasten psykiatrian poliklinikan kanssa tehty yhteistyö tuo luotettavuutta. Poliklinikan henkilökunnalta saatu perehdyttämiskansio ja suullinen tieto lisäävät työn aineiston luotettavuutta. Työtä on näytetty useaan kertaan poliklinikan henkilökunnalle ja he ovat hyväksyneet työssä olevan tiedon. Poliklinikan työntekijät ovat lasten psykiatriassa alan ammattilaisia ja heiltä saatu tieto voidaan tämän vuoksi tulkita luotettavaksi.

Etiikassa on kysymys hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Projektityöntekijöiden on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä. Eettisesti hyvä projektityö on sellainen missä on käytetty hyvää tieteellistä käytäntöä. Suomessa on julkisia tahoja jotka ohjaavat ja valvovat projektin asianmukaisuutta ja eettisyyttä. Opetusministeriön pitämä tutkimuseettinen neuvottelukunta on tehnyt ohjeet tieteellisten menettelytapojen noudattamiseen. Projektityön eettisten periaatteiden mukaan toisen tekstin plagioiminen on kiellettyä, projektityöntekijän ei pidä plagioida itseään tai omia tutkimuksiaan, tuloksia ei saa yleistää kriiikittömästi, tuloksia ei sepitetä eikä kaunistella, raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista, toisten tutkijoiden osuutta ei saa vähätellä, eikä projektin rahoitusta saa käyttää väärin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23, 26–27.)

Tässä työssä on noudatettu projektityön etiikkaa. Työssä on käytetty tutkittua tietoa. Lasten psykiatrian poliklinikalta saatu suullinen tieto on säilynyt alkuperäisenä tietona, sitä ei ole muutettu tai vääristetty. Lähteitä on referoitu, ettei tule tekstin plagiointia. Työ on tehty ammattikorkeakoulun yleisten kirjallisten ohjeiden mukaan.

7 POHDINTA

Lasten lisääntynyt psyykinen oireilu on kasvava kansanterveydellinen ongelma. (vrt. Broberg ym. 2005). Viime vuosina lasten psyykkiset ongelmat ovat nousseet esille näkyvämmiin. Mediassa on käsitelty paljon lasten psykiatriseen hoitoon pääsyä. Ihmiset ovat huolissaan siitä, että psyykkisesti sairaan ihmisen oireita ei huomata ajoissa ja tilanne kärjistyy. Myös pitkät hoitoon pääsyajat huolestuttavat kansalaisia.

Vauva- ja lapsuusiän vaikeudet voivat vaikuttaa ihmisen koko loppuelämään. Turvallinen kiintymyssuhde vanhemman ja lapsen välillä on erittäin tärkeää. (vrt. Sinkkonen 2004.) Vääristyneitä kiintymyssuhteita on erilaisia. Esimerkiksi jäsentymättömässä eli integroitumattomassa kiintymyssuhteessa lapsen ja aikuisen välinen kiintymyssuhde ei ole päässyt edes kunnolla syntymään. Lapsen elämä on traumaattista. Tämä kiintymyssuhdemalli on lapsen kannalta aina vaarallinen, aikuisuuteen kasvamisessakin tulee yleensä olemaan ongelmia. Varhainen tuen saanti ja terapeutin hoito ovat erityisen tärkeitä tällaisille ihmisille.

Tulevina sairaanhoitajina meidän on tärkeä osata tunnistaa psyykkisesti sairaat lapset ja ohjata heidät hoitoon. Työn aihe kiinnostaa meitä ja olemme päässeet opinnäytetyön kautta Länsi-Pohjan keskussairaalan kautta tutustumaan lasten psykiatrisen poliklinikan toimintaan. Olemme oppineet paljon uutta lasten psykiatriasta. Lisäksi olemme saaneet paljon tietoa lapsen psyykkisestä kasvusta ja kehityksestä. Uskomme nyt osaavamme paremmin tunnistaa psyykkisesti oireilevia lapsia ja ohjata heidät hoitoon. Opinnäytetyömme antaa vinkkejä vanhemmille lapsen turvalliseen psyykkiseen kasvuun ja kehitykseen. Joskus voimme myös itse tulevina vanhempina hyödyntää opinnäytetyömme antamaa tietoa lastemme kasvatuksessa.

Projektityö antoi meille uutta teoretietoa aiheeseen liittyen. Työn aiheita oli aluksi vaikea sisäistää ja ymmärtää kokonaisvaltaisesti, koska emme olleet käsitelleet lasten psykiatriaa koulussa aiemmin. Saimme kokemusta projektissa työskentelystä ja tulevina sairaanhoitajina voimme hyödyntää projektityöskentelystä saatua tietoa ja kokemusta työelämässämme. Yhteistyömme lasten psykiatrisen poliklinikan sekä ohjaavien opettajien kanssa on sujunut hyvin. Myös meidän projektityöntekijöiden välinen yhteistyö on toiminut hyvin. Haastetta yhteistyöhön toivat aikataulujen yhteen sovittaminen, johtuen kiireisestä viimeisestä lukukaudesta. Opinnäytetyötä tehdessä olemme huomanneet, että

kaikkien osapuolten pitää olla joustavia ja kärsivällisiä. Ryhmätyöskentelytaitomme ovat opinnäytetyön myötä kehittyneet.

Opinnäytetyön tekemisessä meni aikaa luultua kauemmin. Ajattelimme opinnäytetyömme olevan valmis jo joulukuussa 2012, mutta lopulta se venyi 2013 kevääseen. Teimme opinnäytetyötämme rauhassa ja paneuduimme siihen huolella. Lauseiden muokkaaminen ymmärrettäväksi toi ajoittain haastetta tekstin kirjoittamisessa. Esitteen työstäminen toi myös haastetta työhön. Alkuun oli vaikea löytää ohjelma, jolla esite tehdään. Meille sopivimmaksi ohjelmaksi päättyi Word. Atk-aidot ovat kehittyneet ja opimme tekemään esitteen. Olemme tyytyväisiä opinnäytetyömme lopputulokseen. Esitteestä tuli mielestämme onnistunut, myös tilaajataho oli tyytyväinen. Projektiraportista tuli kattava kokonaisuus. Työ on selkeä ja helppolukuinen. Esitteen lisäksi opinnäytetyön kirjallista osiota tullaan käyttämään lasten psykiatrian poliklinikalla uusien opiskelijoiden ja työntekijöiden perehdyttämiseen. Opinnäytetyömme on toimitettu poliklinikalle kansitettuna.

Jatkohaasteena olisi hyvä tehdä esite Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrian poliklinikasta, joka suuntautuu poliklinikan asiakkaille ja heidän huoltajilleen. Lisäksi mietimme, että tutkimustyönä voisi selvittää, miten psyykkisesti oireilevia nuoria saisi motivoitua hakeutumaan ajoissa hoitoon. Jatkohaasteena nousivat esille myös esitteemme toimivuus ja hyöty: onko esitteestä ollut hyötyä lasten psykiatrian poliklinikan yhteistyökumppaneille? Toivomme, että esitteen avulla yhteistyötahot osaavat ohjata apua tarvitsevan lapsen hoitoon ja että mahdollisimman moni psyykkisesti sairas lapsi saa apua tilanteeseensa.

LÄHTEET

Broberg Anders & Almqvist Kjerstin & Tjus Tomas 2005. Kliininen lapsipsykologia. Edita Prima Oy, Helsinki.

Dyregrov Atle 1994. Katastrofipsykologian perusteet. Vastapaino, Tampere.

Friis Leila & Eirola Raija & Mannonen Marjatta 2004. Lasten- ja nuorten mielenterveysyö. WSOY, Helsinki.

Garralda M Elena & Hyde Caroline 2003. Managing children with psychiatric problems. BMJ Books, London.

Haarakangas Kauko 2008. Parantava Puhe. Hakapaino, Helsinki.

Seikkula Jaakko & Arnkil Tom Erik 2009. Dialoginen verkostotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Hirsjärvi Sirkka & Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Hirsjärvi Sirkka & Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Isoherranen Kaarina & Rekola Leena & Nurminen Raija 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. 1.painos. WSOY, Helsinki.

Jalava Urpo & Virtanen Petri 2000. Innovatiiviseen projektijohtamiseen. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Karlsson Åke & Marttala Anders 2002. Projekti kirjja. Talentum Media Oy, Helsinki.

Keskinen Soili & Virjonen Heli 2004. Kustanneosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Kouvo Anna & Silvén Maarit 2003. Kiintymyssuhde varhaislapsuudessa. Turun yliopiston psykologian laitos, Tampereen yliopiston psykologian laitos. Tulostettu 8.2.2013.

Kuvaja Sari 2008. Tiedota tehokkaasti. Sivistysliitto Kansalaisfoorumi, Kokemäki.

Nurmi Jari-Erik & Ahonen Timo & Lyytinen Heikki & Lyytinen Paula & Pulkkinen Lea & Ruoppila Isto 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. WSOY, Helsinki.

Lask Bryan, Taylor Sharon, Nunn Kenneth 2003. Practical child psychiatry. BMJ Books, London.

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin lasten psykiatrian poliklinikan perehdyttämiskansio, 2012. Tulostettu 12.11.2012.

Paasivaara Leena & Suhonen Marja & Nikkilä Juhani 2008. Innostavat projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.

Rope Timo 2000. Suuri markkinointikirja. Kauppakaari OYJ, Helsinki.

Ruuska Kai 2006. Terveystuon projektinhallinta. Talentum Media Oy, Helsinki.

Räsänen Eila & Moilanen Irma & Tamminen Tuula & Almqvist Fredrik 2000. Lasten- ja nuorisopsykiatria. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Räsänen Eila & Moilanen Irma & Tamminen Tuula & Almqvist Fredrik & Piha Jorma & Kumpulainen Kirsti 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Räsänen Eila & Moilanen Irma & Tamminen Tuula & Almqvist Fredrik 2010. Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3-4. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Saari Salli 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta - Kriisit ja niistä selviytyminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Seppänen Anne 2012. Tasa-arvo ei toteudu lasten psykoterapioissa. Lääkärilehti 29/2012. Tulostettu 2.1.2013 osoitteesta URL: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/tasa-arvo-ei-toteudu-lasten-psykoterapioissa/>

Sinkkonen Jari 2004. Kiintymyssuhdeteoria – Tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 15/2014, Helsinki. Tulostettu 2.1.2013 osoitteesta URL:

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarti-
cle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94437&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarti-
cle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94437&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero)

Suutarla Anna 2001. Vartu vahvaksi – Tutkimus alle kouluikäisten lasten mielenterveyttä edistävästä toiminnoista. Terveyskasvatuksen pro gradu – tutkielma, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Toimiva lapsi & perhe hanke, Helsinki. Tulostettu 25.1.2013 osoitteesta URL: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=32461

Tiitinen Aila 2011. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö. Tulostettu 23.5.2012 osoitteesta URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00941#s1

Vilen Marika & Leppämäki Päivi & Ekström Leena 2008. Vuorovaikutuksellinen tutkiminen. 3. uudistettu painos. WSOY, Helsinki.

Virtanen Petri 2000. Projektityö. WSOY, Helsinki.

1. HOIDON NOPEA ALOITTAMINEN

- *Ympäristöarokautinen* päiyytys: asiakkailta on mahdollisuus valittomaan kriisipäivän Ensimmäinen hoitokokous voidaan järjestää vuorokauden kuluessa
- Kriisin mahdollisuuksien hyödyntäminen

2. OMAISET JA MUUT LÄHEISET OSALLISTUVAT HOITOOIN

- Perhe on tärkeä voimavara ja yhteistyökumppani hoidossa
- Hoitava työryhmä on perheen tukena ja kanssakulkijana
- Hoito voi toteutua *kotikäyn-teinä*

3. KOKENUT TYÖRYHMÄ OTTAA VASTUUN HOIDOSTA

- *Hoidon jatkuvuus*: samat työntekijät ovat mukana koko hoitoprosessin ajan

- *Kolmen hengen työryhmä*: riittävä kokemus ja perhekeskeisen psykiatrisen hoidon erityisosaaminen

- Työryhmän keskinäinen yhteistyökyky

4. EPÄVARMUUDEN SIETÄMINEN

- *Tilanteen avoimena pitäminen*: ei tarvitse "ymmärtää", tietää eikä nopeasti löyriä ratkaisua
- *Kiireettömyys*: tarvitaan aikaa sisäiselle ja ulkoiselle dialogille sekä koko hoitoprosessille
- Luottamuksen ja toivon luominen asiakkaille ja omaisille: "Kyllä tästä selvitään"

5. HOITO VASTAA ASIAKKAIDEN MUUTTUVIIN TARPEISIIN

- *Joustavuus*: esim. mahdollisuus alussa jopa päivittäisiin tapaamisiin
- *Liikkuvuus*: tapaamispaikka sovitaan yhteisesti (esim. kotikäyn- ti, mielenterveys-keskus, sairaalan osasto)

6. VERKOSTOKESKEINEN TYÖSKENTELY

- *Eri hoitomuotojen integrointi*: perhetapaamisten lisäksi mahdollisesti yksilöterapia, avoimä-ritterapia, lääkehoito, erilaiset kuntoutushoidot
- Verkostonäkökulman ylläpitäminen kaikessa psykiatrisessa hoidossa
- Viranomaisen joustava yhteistyö: tarvittaessa osallistuminen hoitokokouksiin ja konsultointi yhteisten asiakkaiden kohdalla
- Verkostokokoukset elämää uhkaavissa kriiseissä ja umpikuja-

7. AVOIN DIALOGI HOITOKOKOUKSISSA

- *Moniaäänsisyys*: jokaisen osallisuuden on mahdollista sanoa sanottavansa
- *Dialogisuus*: kuunteleminen ja ajatusten yhteinen jakaminen
- *reflektiivisyys*: pohdiskelleva asenne omiin ja toisten ajatuksiin

2. TOIMINTAYMPÄRISTÖ

YHTEISTYÖTAHOT

YLITORNIO

- Mielenterveys toimisto
- Koulut/ Terveydenhoitajat
- Sosiaalitoimisto/Lastensuojelu
- SOS-lapsikylä
- Psykologi
- tk-lääkäri
- äitiys- ja lastenneuvola

TORNIO

- Psykiatrian pkl
- Keroputaan sla
- Koulut/
- Terveydenhoitajat/ tk-lääkärit
- Kuraattori
- Sosiaalitoimisto/
- Lastensuojelu
- A-klinikka
- Pienperhekoti Jokirinne
- Perheneuvola
- Poliisi
- Kela
- Työvoimalasäätiö
- Työvoimatoimisto
- äitiys- ja lastenneuvola
- Tornion last suojeluyksikkö

KEMI

- Länsi-Pohjan keskussairaala
- Sosiaalitoimisto/Lastensuojelu
- Mielenterveysasema
- Kaivarin Vintti
- tk-lääkärit
- Koulut /Terveydenhoitajat /Kuraattori
- tk-lääkärit
- Perheneuvola
- A-klinikka
- Seurakunta
- Lasten- ja nuortenhuolto
- Työhönvalmennussäätiö
- Työvoimatoimisto
- Poliisi
- Kela
- äitiys- ja lastenneuvola
- Nuorisokoti Jukola



TERVOLA

- Mielenterveysasema
- Sosiaalitoimisto/Lastensuojelu
- Koulut/ Terveydenhoitajat
- Työvoimatoimisto
- tk-lääkärit
- äitiys- ja lastenneuvola

KEMINMAA

- Mielenterveysneuvola
- Sosiaalitoimisto/Lastensuojelu
- Koulut/ Terveydenhoitajat
- Perhekoti Kallinperä
- Keminmaan Nuorisokoti
- Hoito- ja kuntoutuskoti Sateenkaari
- tk-lääkärit
- äitiys- ja lastenneuvola

ROVANIEMI

- Lapin sairaanhoitopiiri, Lastenpsykiatrian os. 7
- Kotihoitotyryhmä/LKS

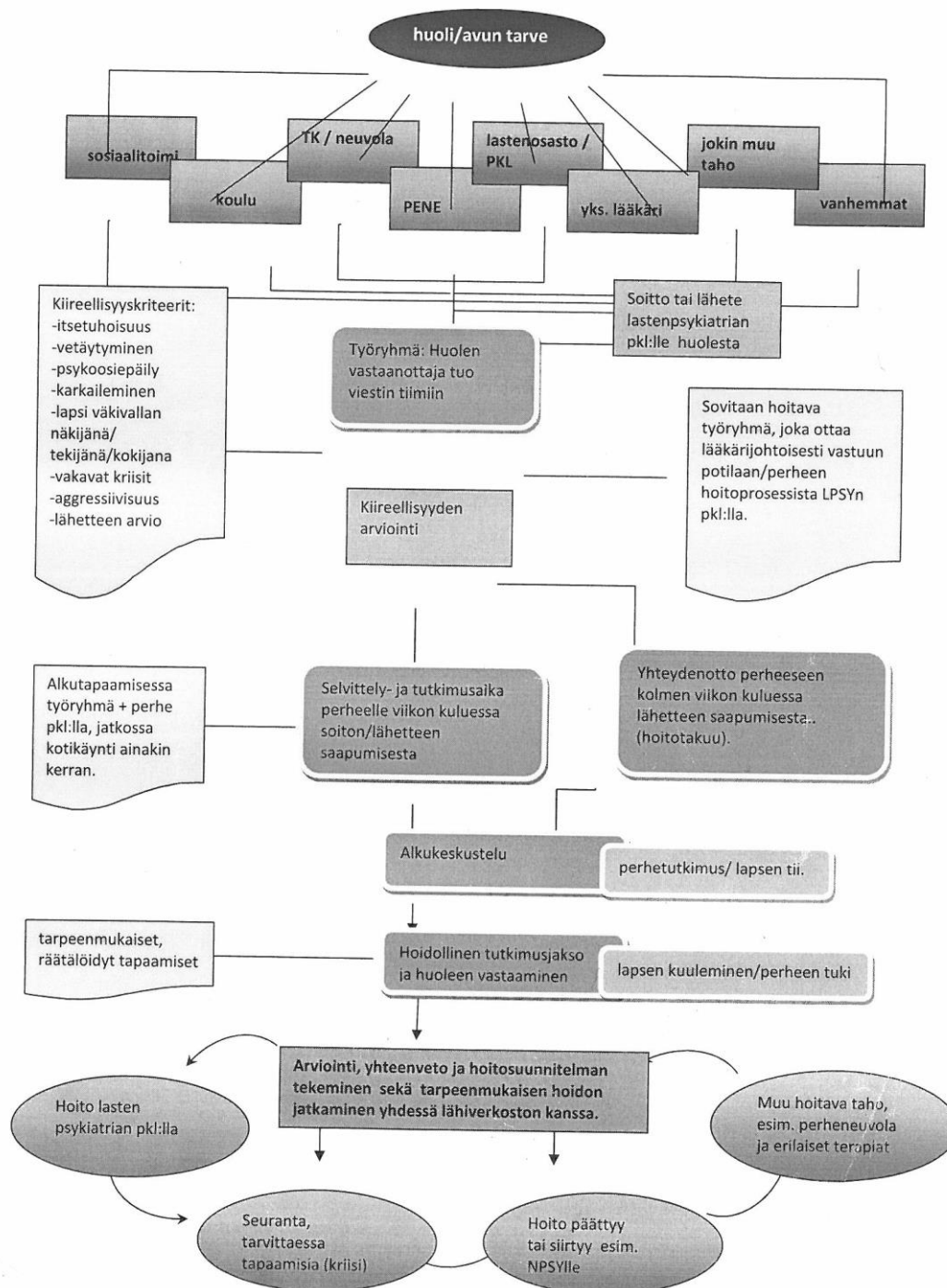
SIMO

- tk-lääkärit
- Mielenterveystyöyksikkö
- Sosiaalitoimisto/Lastensuojelu
- Koulut/ Terveydenhoitajat
- äitiys- ja lastenneuvola

OULU

- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Oulun Yliopistollinen, Lastenpsykiatria
- Oulun kaupungin, lasten ja nuorten yksikkö

4. LASTENPSYKIATRIAN YDINPROSESSI



Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän hankkeistetun opinnäytetyön tekemisestä.

| | |
|---|--|
| Toimeksiantaja | |
| Nimi | Länsi-Pohjan keskussairaala, lasten psykiatrian poliklinikka |
| Osoite | Keskuspuistokatu 6-8 94100 KEMI |
| Puh. | 040-1970536 |
| Sähköpostiosoite | |
| Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja | |
| Nimi | Jaanamari Leppäjärvi |
| Osoite | keskuspuistokatu 6-8 94100 KEMI |
| Puh. | 040-7743082 |
| Sähköpostiosoite | jaanamari.leppajarvi@lpshp.fi |
| Oppilaitoksen tiedot | |
| Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, Sasiaali- ja terveysala | |
| Opinnäytetyön ohjaajan nimi | Elli Peteri |
| Nimi | Anne Puro |
| Osoite | Meripuistokatu 26 94100 KEMI |
| Puh. | 0405843101, 0503109353 |
| Sähköpostiosoite | elli.peteri@tokem.fi, anne.puro@tokem.fi |
| Opinnäytetyön tekijä(t) (nimi, koulutusohjelma, yhteystiedot) | |
| Vilhelmiina Aittola, sairaanhoitaja (AMK), vilhelmiina.aittola@edu.tokem.fi | |
| Hanna Korkala, sairaanhoitaja (AMK), hanna-mari.korkala@edu.tokem.fi | |
| Opiskelijanatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot: | |
| Opinnäytetyön nimi/aihe | Esite Länsi-Pohjan keskussairaalan lasten psykiatrian poliklinikasta |
| Työn aikataulu | Syysy 2011 - syysy 2012 |
| Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa | Esitteen painamisesta aiheutuvat kustannukset hoitaa L-PKS |
| Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa | - |

Opinnäytetyön hankkeistusta koskevat tiedot:

- Toimeksiantaja maksaa joko ammattikorkeakoululle tai opiskelijalle työn tekemisestä ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Opinnäytetyön ohjaukseen osallistuu nimetty työelämän edustaja ja tästä on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
- Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia ja tästä on sovittu kirjallisesti ennen opinnäytetyön aloittamista.

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty 3 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka Kemi

Aika 8/2 2012

AMK:n edustaja

Hanna Korkala
Opinnäytetyön tekijä(t)

Toimeksiantajan edustaja

Vilhelmiina Aittola

M. Berntice