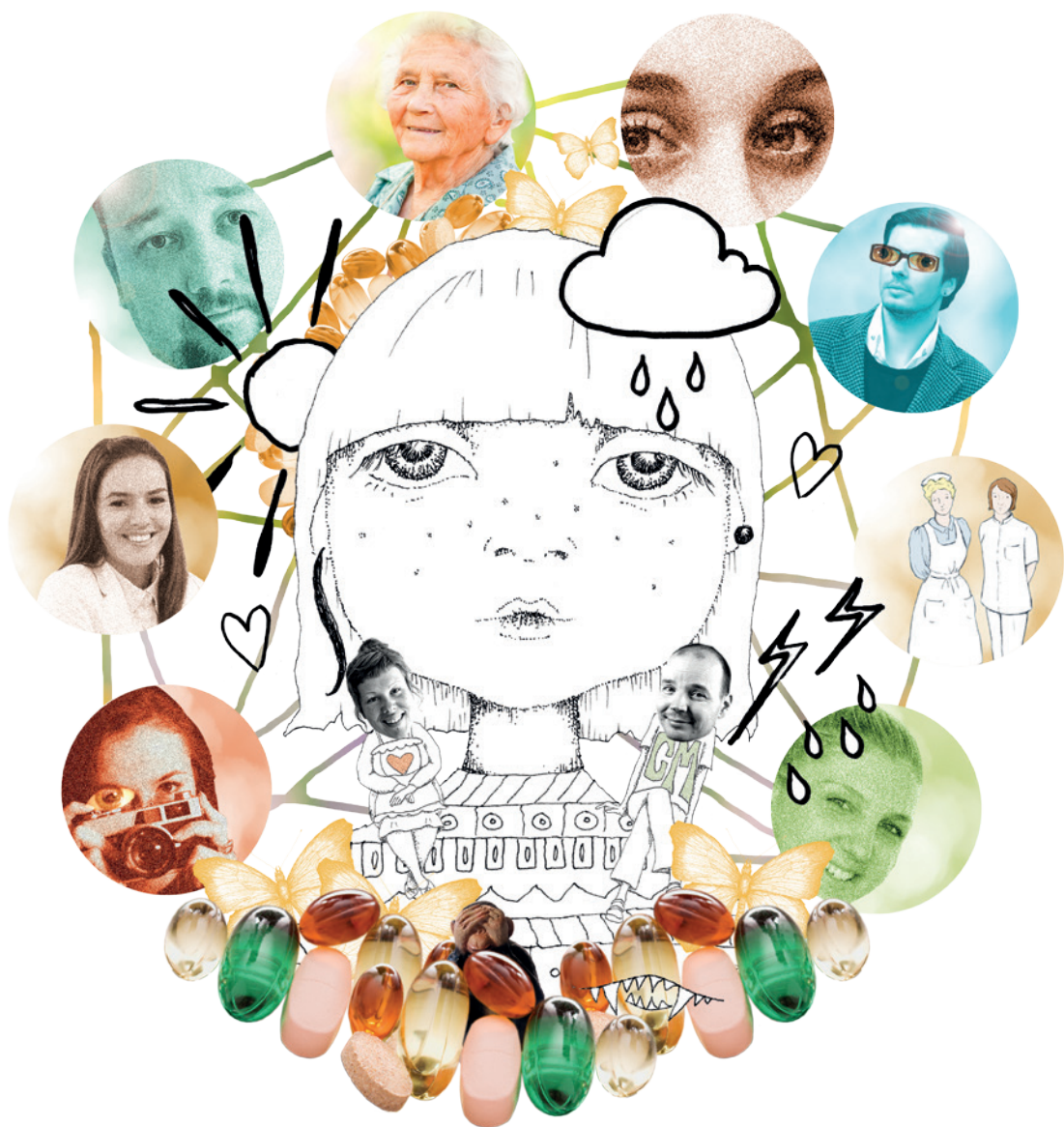




MULTIDIMENSIONAL FAMILY THERAPY

UUSI TYÖTAPA NUORTEN MONI- MUOTOISIIN ONGELMIIN

KOKEMUKSIA MDFT:N MAHDOLLISUUKSISTA

Leena Ehrling

ISBN 978-952-7022-06-1
Paintprinting, Helsinki 2014

MULTIDIMENSIONAL FAMILY THERAPY

UUSI TYÖTAPA NUORTEN MONIMUOTOISIIN ONGELMIIN

KOKEMUKSIA MDFT:N MAHDOLLISUUKSISTA

Leena Ehrling

SISÄLLYS

MULTIDIMENSIONAL FAMILY THERAPY NUORTEN MIELENTERVEYSHÄIRIÖITÄ PITÄÄ JA KANNATTAA HOITAA	4
--	---

JOHDANTO.....	6
---------------	---

1 MITEN AUTTAA LAAJA-ALAISISTA ONGELMISTA KÄRSIVIÄ NUORIA?	8
--	---

1.1 MIKÄ AUTTAA: YLEISET JA ERITYISET TEKIJÄT NUORTEN TERAPEUTTISESSA AUTTAMISTYÖSSÄ	10
1.2 YLEISET TEKIJÄT NUORTEN TERAPEUTTISESSA AUTTAMISTYÖSSÄ.....	12
1.2.1 ASIAKKAASEEN LIITTYVÄT TEKIJÄT: NUORI JA VANHEMMAT	13
1.2.2 TERAPEUTTIIN LIITTYVÄT TEKIJÄT	17
1.2.3 YHTEISTYÖSUHDE	18
1.3 VAIKUTTAVAT HOITOMUODOT: MUUTOKSEN ERITYISET TEKIJÄT	18
1.3.1 NÄYTTÖÖN PERUSTUVAT HOITOMALLIT SYRJÄYTYMISVAARASSA OLEVILLE NUORILLE	20
1.4. YHTEENVETO YLEISISTÄ JA ERITYISISTÄ TEKIJÖISTÄ	23

2 AUTTAMISTYÖN KEHITTÄMINEN: OMAN TYÖTAVAN RAKENTAMINEN VAI VALMIS OHJELMA?	24
---	----

2.1 NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TYÖTAVAN KÄYTTÖÖNOTTO - MUUTOS ORGANISAATIOSSA JA TYÖTAVOISSA.....	25
2.2 ORGANISAATION MUUTOS	27
2.3 IMPLEMENTAATION OSATEKIJÄT: ORGANISAATIO, KOULUTUS, TYÖNTEKIJÄ JA ASIAKAS.....	29
MUUTTUJANA TYÖNTEKIJÄ	31
ASIAKAS	32
2.4 YHTEENVETO.....	32

3 MULTIDIMENSIONAALINEN PERHETERAPIA, MDFT.....	34
--	----

3.1. MENETELMÄN TAUSTA JA LUONNE.....	34
3.2 MDFT:N VAIKUTTAVUUS	37
3.3 MDFT KÄYTÄNNÖSSÄ	37
3.3 TYÖNTEKIJÄN TAIDOT RATKAISEVAT	39
3.4 KÄSIKIRJA KUVAAMUUTOSTEORIAN	42
3.5 YHTEENVETO.....	43

4

KOKEMUKSIA MDFT:N KÄYTTÖÖN OTOSTA SUOMESSA..... 44

4.1 MDFT:N JALKAUTTAMINEN VAIHEITTAIN 44

4.1.1 VALMISTELUVAIHE 44

4.1.2 IMPLEMENTAATION KÄYNNISTÄMINEN JA REKRYTOINTI..... 46

4.1.3 ALTISTUSVAIHE: UUTEEN TYÖTAPAAN KOULUTTAMINEN 48

4.1.4 KOULUTUKSEN HAASTEITA JA ONGELMANRATKAISUKEINOJA 50

4.2 KOULUTUKSEN AIKAISET TULOKSET

POTILASTYÖN NÄKÖKULMASTA 53

4.3 TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA MDFT-TYÖTAVAN KÄYTÖSTÄ..... 58

4.3.1 MITEN MDFT ON VAIKUTTANUT TYÖSKENTELYYN? 58

4.3.2 MDFT-KOULUTUSPROSESSI KOULUTETTAVAN NÄKÖKULMASTA .. 61

4.4 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ MDFT:N JALKAUTTAMISESTA 62

5

LOPUKSI 66

KIRJALLISUUS 68

LIITE 1

LAADUNVARMENNUS MDFT:SSÄ

- MENETELMÄUSKOLLISUUDEN NÄKÖKULMA 75

1.1 KOMPETENSSIARVIO MDFT-KOULUTUKSESSA 76

1.2 ADHERENSSIARVIO MDFT-KOULUTUKSESSA..... 76

1.3 ADHERENSSIN ARVIOINTI KÄYTÄNNÖSSÄ

- HUOMIOITA ARVIOIJAN JA TUTKIMUKSEN NÄKÖKULMASTA..... 79

NUORTEN MIELENTERVEYSHÄIRIÖITÄ PITÄÄ JA KANNATTAA HOITAA

Karttuva tutkimustieto osoittaa, että valtaosa aikuisuuden mielenterveyden häiriöistä alkaa ennen 21 vuoden ikää ja noin puolet ennen 18 vuoden ikää. Osa häiriöistä alkaa jo lapsuudessa, mutta juuri nuoruusikä on monien häiriöiden tyypillinen ilmaantumisikä. Yleensä häiriön jatkuvuus aikuisuuteen on sitä todennäköisempi, mitä vakavampi häiriö on. Ainakin viidennes suomalaisnuorista kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä. Yleisimpiä ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, päihde- ja käytöshäiriöt.

Nuorten mielenterveyshäiriöiden hoito on paitsi kansanterveydellisesti myös kansantaloudellisesti kannattavaa ja perusteltua, koska mielenterveyden häiriöt ovat usein työkyvyttömyyden taustalla. Nuorten mielenterveysongelmien varhainen tunnistaminen ja tuloksellinen hoito voidaan nähdä syrjäytymisen ja aikuisuuden ongelmien ennaltaehkäisyä.

Nuorten mielenterveyspalvelujen kehittämisen tulee perustua hoidon tarvetta ja mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä koskevaan tutkimustietoon. Sisällöllisesti nuoret tarvitsevat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joissa ikäkauden erityispiirteet tunnetaan ja otetaan huomioon hoidossa. Sen paremmin lasten kuin aikuistenkaan hoitoon suunnitellut palvelut tai hoitotavat eivät sellaisinaan sovellu nuorille. Nuorisopsykiatrisen palvelujärjestelmän kehittäjänä Suomi onkin edelläkävijä. Suomeen on rakennettu kansainvälisesti ainutlaatuiset nuoruusikäiselle väestölle tarkoitettut nuorisopsykiatriset palvelut. Ne sijoittuvat pääasiassa erikoissairaanhoidon ja käsitävät nuorisopsykiatriset poliklinikat sekä sairaalaosastot.

Selviä puutteitakin on. Sekä tutkimustieto että käytännön kliininen kokemus osoittavat, että nykyinen suomalainen palvelujärjestelmä ei riittävän hyvin tavoita mielen-terveys- ja päihdeongelmista kärsiviä nuoria. Etenkään perustasolla terveyskeskuksissa, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa ei nykyisellään ole riittävästi mahdollisuuksia nuorten mielenterveysongelmien hoitoon. Nykyisellään alle puolet selvästi oireilevista nuorista on palvelujen piirissä. Hoitamattomina nuorten häiriöt lisäävät sairastamiskierteen, työkyvyttömyyden ja syrjäytymisen riskiä. Subjektiviisen kärsimyksen lisäksi nuorten syrjäytyminen aiheuttaa merkittäviä kansantaloudellisia menetyksiä – yhden syrjäytyneen nuoren hinta yhteiskunnalle on yli miljoona euroa. Ajankohtaisia kehittämistarpeita ovat erikoissairaanhoidon rakentaminen nykyistä vahvemmin avohoitopainotteiseksi ja perustason palveluita konsultoivaksi sekä perustasolle riittävien palvelujen rakentaminen nuorten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitamiseksi.

Mielenterveyspalveluja pitäisi tuottaa lähellä nuorten arkiympäristöä. Hoitoon osallistuvien eri tahojen, kuten lastensuojelun, nuorten päihdehoidon ja nuorisopsykiatrian yksiköiden pitää olla tiiviimmässä yhteistyössä, jota tulee puolestaan kehittää luonnolliseksi osaksi arkityötä.

Nuorten psykiatrisille ongelmille on leimallista sekä moniongelmaisuus ja usean häiriön esiintyminen samanaikaisesti että sosiaalisen ympäristön – perheen, koulun ja ystäväpiirin – keskeinen rooli. Nämä erityispiirteet on yleensä otettu huomioon nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmiin kehitetyissä tutkituissa ja tehokkaiksi osoitetuissa hoitomuodoissa. Esimerkiksi nuorten käytös- ja päihdehäiriöiden yhdistelmähoitoissa yhdistetään perheen ja vanhemmuuden tuki, nuoren yksilöllinen hoito, yhteistyö koulun kanssa sekä vaikutetaan nuoren ympäristöön.

Nuorten hoitojärjestelmän kehittämiselle on vahvat taloudelliset ja terveydelliset perusteet. Keskeistä on järjestelmän pirstaleisuuden vähentäminen ja laaja-alainen ammatillisen yhteistyön rakentaminen. Etenkin nuorten käytös- ja päihdehäiriöiden hoitomuotojen uudistaminen on ajankohtaista, koska nämä nuoret ovat usein vaikeasti hoidettavia ja osin siksi jäävät vaille tarvitsemaansa tehokasta hoitoa. He ovat myös merkittävässä syrjäytymiskehityksen riskissä. Nuoruuden käytöshäiriöt ja väkivaltainen käyttäytyminen jatkuvat usein myöhemmin aikuisuudessa.

Nuorten käytös- ja päihdehäiriöiden hoito on tärkeää inhimillisen kärsimyksen vähentämiseksi tässä ja nyt, mutta myös tulevien aikuissukupolvien ongelmien vähentämiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi.

Mauri Marttunen

Tutkimusprofessori THL

Nuorisopsykiatrian professori, HY ja HYKS

Kirjallisuutta

Ebeling H., Hokkanen T., Tuominen T., Kataja H., Henttonen A., Marttunen M. Nuorten käytöshäiriöiden arviointi ja hoito. *Duodecim* 2004; 120:33–42.

Liddle H. A., Rowe C. L., Dakof G. A., Henderson C. E., Greenbaum P. E. Multidimensional Family Therapy for Young Adolescent Substance Abuse: Twelve-Month Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *J Cons Clin Psychol* 2009;77: 12–25.

Hendriks, V., van der Schee, E., Blanken, P.: Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug Alcohol Dep* 2011;119: 64–71.

Paus, T., Keshavan, M., Giedd, J.N. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature reviews, Neuroscience* 2008; 9:947–57.

JOHDANTO

Palaset kohdalleen -hanke on Suomen Mielenterveysseuran vuosina 2011–2013 toiminut kehittämishanke, jonka tavoitteena oli edistää sitä, että laaja-alaisista vaikeuksista kärsivät, syrjäytymisvaarassa olevat nuoret saavat oikeinkohdennettua ja vaikuttavaa apua vaikeiden elämäntilanteidensa muuttamiseen. Hanke sai alkunsa havainnosta, että useat syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kanssa työskentelevät kokevat työtapansa riittämättömiksi: nuori ei saa palvelujärjestelmän hajanaisuuden tai jonkin muun työn järjestämiseen tai sisältöön liittyvän seikan takia tarvitsemaansa apua. Siten kohderyhmä, joka kipeästi apua tarvitsee, on saanut ”mahdottoman autettavan” leiman.

Tähän haasteeseen vastattiin Palaset kohdalleen -hankkeessa pilotoimalla MDFT-työtapa (*Multidimensional Family Therapy*, Monimuotoinen perheterapia) Suomessa. MDFT on tieteellisissä tutkimuksissa havaittu vaikuttavaksi, joten hankkeen tavoitteena oli MDFT-työtavan käyttöön oton fasilitoinnin kautta antaa uudenlaisia työvälineitä syrjäytymisvaarassa olevien nuorten auttamiseen. Hankkeessa koordinoitiin ja arvioitiin uuden työtavan käyttöön ottoa. Hankkeessa kerättiin myös tietoa MDFT-hoitoprosesseista ja työntekijöiden kokemuksista. Tietoa kerättiin myös koskien sitä, minkälaisia ongelmakohtia syrjäytymisvaarassa olevien nuorten auttamisessa on. Tavoitteena oli arvioida pilotin tavoitteiden saavuttamista sekä pystyä konkreettisesti tunnistamaan, mitkä auttamistyöhön liittyvät tekijät ja sisällöt (riippumatta työskentelyn mallista) voivat auttaa pysäyttämään nuorten syrjäytymisen kierrettä.

Palaset kohdalleen -hankkeen myötä Suomeen on siirtynyt tuoretta ja tarpeellista näkemystä sekä kliinistä osaamista syrjäytymisvaarassa olevien nuorten auttamiseen. MDFT-menetelmä itsessään näyttää soveltuvan hyvin suomalaisen auttamistyöhön ja tähän mennessä hoidoista kertyneistä havainnoista voidaan tehdä johtopäätös, että se toimii. Työntekijän kliiniset vuorovaikutustaidot ja ennen kaikkea suhtautuminen ovat osoittautuneet ratkaiseviksi tekijöiksi haasteellisen kohderyhmän auttamisessa. Samalla on kertynyt arvokasta tietoa siitä, miten valmiit ja tutkimuksissa vaikuttaviksi todetut työtavat siirtyvät käytäntöön. Merkittävää Palaset kohdalleen -hankkeessa on ollut se, että uusi, muualla kehitetty ja selkeästi mallinnettu työtapa on näyttänyt, minkälaisista asioista voi muodostua esteitä avun perille saamiselle.

Koska Palaset kohdalleen -hankkeessa tehtiin monenlaisia havaintoja syrjäytymisvaarassa olevien nuorten auttamisesta, päädyttiin kirjoittamaan ne asiakastyön ja palvelujärjestelmän kehittämistä palvelevan julkaisun muotoon. Loppujulkaisu rakentuu neljästä luvusta. Ensimmäisessä luvussa käsitellään yleisesti nuorten auttamistyön haasteita ja käydään kirjallisuuden avulla läpi psykososiaalisten menetelmien vaikuttavia tekijöitä, jotka on hyvä huomioida menetelmien vaikuttavuutta arvioitaessa. Luvussa 2 keskitytään näyttöön perustuvan menetelmän käyttöönottoon. Luku auttaa hahmottamaan uuden työmallin käyttöönoton prosessia ja siihen vaikuttavia tekijöitä (organisaatio, koulutus, työntekijä, asiakas). Itse MDFT kuvataan hoitomenetelmänä luvussa 3. Siinä avataan tarkemmin menetelmän kehittymisen taustoja ja siitä tehtyä tutkimusta sekä menetelmän teoreettiset lähtökohdat ja käytännön työtä ohjaavat periaatteet. Haasteitakin kohdattiin, joten luku 4 keskittyy kuvaamaan hankkeessa tehdyt havainnot kehittämistyön sudenkuopista ja ehdotetaan tapoja ennaltaehkäistä näitä. Siinä kuvataan myös MDFT-työskentelyprosesseista saatua tietoa sekä työntekijöiden kokemuksia koulutuksesta ja heidän ammatillisen osaamisensa kehittämisestä. Luvussa 5 tiivistetään MDFT:stä ja Palaset kohdalleen -hankkeesta saadut keskeiset kokemukset. Julkaisun lopusta löytyy liite, jossa käsitellään tarkemmin MDFT-koulutukseen yhtenä keskeisenä tekijänä liittyvää menetelmäuskollisuuden arviointia tutkimuksen ja arvioinnista nousseiden kokemusten avulla.

Julkaisun tavoitteena on antaa lukijalle kuva niistä tekijöistä ja kehittämissuunnista, jotka liittyvät haastavasti hoitoon asettuvan kohderyhmän auttamiseen. Julkaisu on tarkoitettu kaikille nuorten psykososiaalisesta auttamistyöstä ja sen kehittämisestä kiinnostuneille sekä uusia työtapoja etsiville lukijoille.

1

MITEN AUTTAA LAAJA- ALAISISTA ONGELMISTA KÄRSIVIÄ NUORIA?

Nuoret, joilla on monenlaisia samanaikaisia ongelmia, muodostavat auttamisjärjestelmän ja auttamistyön näkökulmasta tärkeän mutta samalla haasteellisen kohderyhmän. Esimerkiksi nuoren päihdeongelmaan kytkeytyy monissa tilanteissa muitakin ongelmia tuottavia ja niitä ylläpitäviä ilmiöitä, joihin nuori tarvitsee apua. Näitä ovat muun muassa koulunkäynti- ja keskittymisvaikeudet, näpistely tai muu pienrikollinen toiminta ja epäsosiaaliseen toimintaan altistava kaveripiiri. Ahdistuneisuus ja masennus kulkevat usein käsikkäin päihdeongelman kanssa. Arjen rytmit voivat muuttua epä-säännöllisiksi ja lisää ongelmia aiheuttaviksi, kuten esimerkiksi vuorokausirytmien kääntyessä tapahtuu, mikä aiheuttaa herkästi jännitteitä suhteissa vanhempiin ja muihin perheenjäseniin. Auttamistyön järjestämiseen liittyykin monenlaisia kysymyksiä: Mistä lähteä liikkeelle, mikä mahtaa olla nuoren ensisijainen ongelma, mitä keskitytään hoitamaan? Miten työskentely pitäisi järjestää, kenen vastuulla sen järjestäminen on ja miten työskentelyn tulisi toteutua? Kenen ammattitaitoa tarvitaan, kuka tai ketkä ovat tarvittavia ihmisiä ja tahoja auttamisprosessissa? Entä ketkä muodostavat asiakkaan, keiden kaikkien kanssa työskennellään?

Nuorista huolta kantava suomalainen keskustelu on 2010-luvulla keskittynyt suuressa määrin ”syrjäytymisvaarassa oleviin” tai ”syrjäytyneisiin” nuoriin. On kuitenkin hyvä pitää mielessä, että syrjäytyneillä tarkoitetaan eri konteksteissa hieman eri asioita. Syrjäytymisen käsite liittyy yhtä lailla työmarkkinoihin, kansantalouteen ja -terveyteen, koulutuspolitiikkaan, köyhyyteen ja yhteiskunnan polarisoitumiseen, mutta ennen kaikkea myös näiden nuorten subjektiiviseen tilanteeseen (Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2013). Käsillä olevassa julkaisussa syrjäytymisellä tarkoitetaan opiskelu- ja työelämän, hyvien sosiaalisten suhteiden ja yhteiskunnan ulkopuolelle jäämistä (Lehtonen ym. 1986). Ulkopuolisuus yhteiskunnan rakenteista ilmenee tavanomaisesti myös heikentyneenä fyysisenä ja psyykkisenä terveytenä. Syrjäytyminen mielletään usein pitkäkestoiseksi ja vaihe vaiheelta eteneväksi prosessiksi, ja usein puhutaan

ylisukupolvisuudesta. Se tarkoittaa ketjuilmiötä: jos vanhemmilla on työttömyyttä, päihdeongelmaa tai muita psykofyysisiä ongelmia, tarkoittaa se usein myös sitä, että heillä on vähemmän mahdollisuuksia ja voimavaroja keskittyä lapsiin. Käytännössä tämä voi näkyä esimerkiksi lasten saaman huomion vähäisyytenä, kapeana tai yksisuuntaisena vuorovaikutuksena tai vanhemmuutena, josta puuttuu johdonmukaisuus, läsnäolo, keskustelukulttuuri tai rajojen asettaminen. Tällöin lapsi kasvaa ympäristössä, jossa ei ole aina riittävästi saatavilla tervettä ja tasapainoista kehitystä tukevia ihmissuh-teita ja arkisia tilanteita. Näistä syistä syrjäytymisprosessin korjaamiseen tarvitaan pitkäjännitteistä työtä ja syrjäytymisvaarassa olevien nuorien auttamiseksi laaja-alaista näkökulmaa nuorten tilanteeseen.

Kaikkia edellä kuvattuja teemoja kietoo yhteen kysymys siitä, miten tämä monimuo-toisesti ja laaja-alaisesti määrittyvä ryhmä tavoitetaan (missä nämä nuoret ovat?) ja miten heidän tilanteissaan voidaan saada aikaan muutoksia (mitä pitäisi tehdä?). Onko meillä olemassa riittäviä keinoja tavoittaa ja kohdata nuoret siten, että nuori itse muut-tuu avun kohteesta aktiiviseksi oman elämänsä muuttajaksi? Entä mikä merkitys on nuoren elinympäristöllä?

Tässä luvussa lähestytään näitä kysymyksiä vaikuttavan auttamistyön järjestämisen näkökulmasta. Syrjäytymisvaarassa oleva nuori kohtaa suomalaisessa palvelujärjestel-mässä oletuksenmukaisesti auttajan joko erikoissairaanhoidossa (nuorisopsykiatrialla) tai sosiaalitoimessa, esimerkiksi lastensuojelun tai toimeentulon palveluissa. Nuoriso-psykiatrialla nuoren tilanne saa diagnostiset määreet: käytös- ja päihdehäiriö kulkevat usein käsi kädessä (puhutaan komorbiditeetista), niihin kytkeytyy varsin usein mieli-alahäiriötä ja ehkä traumataustaakin. Myös tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriö liittyvät tähän kohderyhmään. Sosiaalitoimessa puolestaan puhutaan hoidon lisäksi ratkaisu-keinoista, esimerkiksi riittävätkö avohuollon menetelmät interventioiksi vai tarvitaan-ko järeämpää puuttumista, kuten laitossijoitusta. Auttamistyön moninaisten kysymys-ten ohjaamina tässä luvussa lähdetään liikkeelle tarkastelemalla, mitä tiedetään siitä, mitkä asiat ovat tärkeitä nuorten terapeuttisessa auttamistyössä.

Terapeuttisen auttamistyön käsitteellä tarkoitetaan tässä yhteydessä laaja-alaisesti nuor-ten terapeuttista auttamista jonkin tietyn terapeuttisen viitekehyksen tai työtavan mu-kaisesti. Työntekijällä ei kuitenkaan välttämättä ole *psykoterapeutin* pätevyyttä. Psyko-terapiaa voi Suomessa antaa vain henkilö, joka on käynyt VALVIRA:n hyväksymän psykoterapiakoulutuksen ja on siten oikeutettu käyttämään nimikesuojattua psykoter-aapeutin ammattinimikettä. Psykososiaalisella auttamistyöllä viitataan tässä yleisesti ottaen ammatillisissa kontekstissa toteutuvaan nuorten auttamistyyöhön.

TAULUKKO 1.1. AUTTAMISTYÖN KÄSITTEET, MÄÄRITELMÄ JA KOHTEET/TAVOITTEET

	MÄÄRITELMÄ	TAVOITTEET
Psykoterapia, psykoterapeuttinen työ	Laissa nimikesuojattu ammattinimike.	Psykoterapia on mielen hoitoa, psyykkisten häiriöiden ja psykologista normaalikehitystä estävien tekijöiden lieventämistä ja vähentämistä.
Terapeuttinen työ	Muun kuin psykoterapeuttin antama psykososiaalinen tuki, esimerkiksi erilaiset käsikirjoissa kuvatut työmallit.	Terapeuttisuus voidaan liittää kaikkeen kasvuun, terveyttä ja hyvinvointia lisäävään toimintaan, jonka pyrkimys on ihmisen itseymmärryksen kehittäminen.
Psykososiaalinen auttaminen	Yleisen tason käsite, voi pitää sisällään myös terapeuttisen auttamistyön ilman valmista mallia.	Ks. yllä.

1.1

MIKÄ AUTTAA: YLEISET JA ERITYISET TEKIJÄT NUORTEN TERAPEUTTISESSA AUTTAMISTYÖSSÄ

Lähtökohta terapeuttisten työmuotojen tarkastelussa on, että terapeuttisesta työstä on asiakkaalle suuremmalla todennäköisyydellä hyötyä kuin haittaa. Nuorten kanssa toteutettavan terapeuttisen työskentelyn voidaan siis olettaa olevan vaikuttavampaa kuin työskentelemättä jättämisen (Lambert 2013). Aikuisväestön terapeuttisten hoitojen vaikuttavuudesta tiedetään, että 60–80 % asiakkaista hyötyy avusta. Toisaalta tiedetään myös, että noin 5–10 % aikuisasiakkaista voi huonommin terapian päättyessä kuin alkaessa. Kohderyhmänä nuoret poikkeavat kuitenkin merkittävästi aikuisista kehitysvaiheensa ja elinympäristönsä vuoksi. On tärkeä huomata, että esimerkiksi lasten kohdalla terapeuttisesta työstä ei-hyötyvien prosenttiosuus on huomattavasti suurempi: 14–24 % lapsista ei hyödy terapiasta. Hoidon vaikutukset riippuvat suuresti siitä, miten työskentely on kohdennettu ja toteutettu. Mitä vähemmän avohoidollisesti toteutettuun terapiaan liittyy tukirakenteita, esimerkiksi vanhempien tukiterapiaa, sitä pienempi on työskentelystä saatu apu (Lambert 2013). Näin ollen ei ole samantekevää, minkä muotoinen (yksilö-, perhe-, verkosto- vai ryhmäterapia) työmalli valitaan.

Toinen tärkeä kysymys nuoria autettaessa siis on, mitä tulee tehdä: mikä terapeutinen työmalli tai -muoto, kenen antamana ja missä olosuhteissa on paras juuri tälle nuorelle? Tarvitaanko esimerkiksi nuorten käytös- ja päihdehäiriöiden hoitoon jotain erityisiä, juuri niitä varten kehitettyjä menetelmiä vai voidaanko olettaa, että hoitovaikutus välittyy kaikille terapioille yhteisten tekijöiden kautta? Kysymys saattaa meidät laajempaan *psykoterapeuttista* työskentelyä käsittelevään keskusteluun, joka oleellisesti liittyy nuorten palvelujärjestelmän kehittämiseen. Psykoterapiatutkimuksessa on viimeisten vuosikymmenien ajan käyty keskustelua terapeutin työn *yleisistä ja erityisistä* tekijöistä. Keskustelu on jakanut tutkijoita ja klinikoita kahteen leiriin. Osa uskoo hoitovaikutuksen syntyvän yleisten tekijöiden (*common factors*) kautta ja katsoo, että ne tekijät, jotka todella liittyvät terapian vaikuttavuuteen, ovat yleisiä ja yhteisiä pääsääntöisesti kaikille terapiamuodoille. Tämän lähestymistavan tutkimuksissa ei pyritä tekemään eroa eri terapiasuuntausten välille, vaan tutkitaan tekijöitä, jotka yhdistävät terapeutisia työmalleja. Terapian erityisiä tekijöitä korostava keskustelu puolestaan ammentaa oletuksesta, että eri terapiamuotoja voidaan panna paremmuusjärjestykseen. Työmenetelmän vaikutusten nähdään tällöin kiinnittyvän juuri niihin harkiten valikointuihin ja kehitettyihin tekniikoihin ja interventioihin¹, joita menetelmässä käytetään. Näin ollen keskustelu erityisistä tekijöistä koskee lähinnä manualisoituja, käsikirjalla ohjeistettuja terapia- tai terapeutin työn malleja, joiden oletetaan etenevän kaikissa tilanteissa yhtenäisellä (käsikirjassa kuvatulla) tavalla.

Vaikka keskustelu kahden eri koulukunnan välillä käy vilkkaana, on auttamistyötä kehittäessä hyvä pyrkiä näkemään vastakkainasettelun taakse ja siihen kaikkea terapeutista työtä läpäisevään tosiseikkaan, että terapeutisessa auttamistyössä tekniikka on vaikuttava silloin, kun se kietoutuu asiakkaan tilanteeseen oikealla tavalla ja osuvasti vuorovaikutukseen ajoitettuna. Terapeutin työ on aina jossain määrin yksilöllistä ja jossain määrin ohjeistettua. Siksi kahtiajaon sijaan onkin hyvä pyrkiä tarkastelemaan ja tutkimaan yhtä paljon ja samanaikaisesti asiakasta, terapeuttia/työntekijää, heidän suhdettaan, hoitomallia tai -ohjelmaa ja työskentelykontekstia. (Ks. esim. Orlinsky 2010.)

Lasten ja nuorten terapeutisesta työstä on saatavilla huomattavasti enemmän tietoa erityisistä tekijöistä, siis vaikuttavista työmalleista, kuin yleisistä tekijöistä. Puhutaan näyttöön perustuvista työmenetelmistä (*evidence based treatments, EBT*) eli työmalleista tai -menetelmistä, joiden vaikuttavuudesta tietyn oireyhtymän hoidossa on riittävästi ryhmävertailututkimuksiin perustuvia tieteellisiä tutkimustuloksia. Tutkimustulosten ajatellaan osoittavan, mitkä erityiset työmallit ja niiden erityiset tekniikat ovat vaikut-

¹ Terapeutin tekniikka ja interventio ymmärretään eri yhteyksissä hieman eri tavoin. Terapeutisella tekniikalla tarkoitetaan tässä julkaisussa niitä vuorovaikutuksen keinoja ja menetelmiä, joita työmallissa käytetään. Tekniikoita voivat olla yksinkertaisimmillaan esimerkiksi avoimet kysymykset ja refleктоivat vuorot, tai hieman laaja-alaisemmin enactment, keskustelun muutoksen rakentaminen perheterapeutisessa istunnossa tässä ja nyt. Interventiolla puolestaan viitataan laajempaan terapeutiseen väliintuloon, joka voi olla joko monen tekniikan aikaansaamaa tai jokin muunlainen muutos, esimerkiksi se, että terapeutti järjestää nuoren koulussa tapaamisen yhdessä opettajan kanssa.

tavia kunkin oireyhtymän hoidossa. Sen sijaan yleisiä tekijöitä on lasten ja nuorten terapeuttisessa auttamisessa tutkittu vähemmän (ks. kuitenkin Karver, Handelsman, Field & Bickman 2005; 2006). Yleisillä tekijöillä tarkoitetaan tässä asiakkaaseen, terapeuttiin ja terapeuttiseen yhteistyösuhteeseen liittyviä ilmiöitä.

Jotta saataisiin mahdollisimman kattava kuva siitä, mitä nuorten ja erityisesti syrjäytymisvaarassa olevien nuorten auttamisesta tiedetään, tarkastellaan tässä luvussa ensin nuorten auttamistyöhön liittyviä yleisiä tekijöitä. Myöhemmässä vaiheessa palataan pohtimaan erityisistä tekijöistä saatua tietoa.

1.2

YLEISET TEKIJÄT NUORTEN TERAPEUTTISESSA AUTTAMISTYÖSSÄ

Kuten edellä todettiin, nuorten terapeuttisen auttamistyön yleisiä tekijöitä on tutkittu suhteellisen vähän, vähemmän kuin erityisiä tekijöitä ja vähemmän kuin aikuisten terapeuttisen työn yleisiä tekijöitä. Aikuisilla tärkeimpinä yleisinä tekijöinä pidetään muun muassa työskentelyn yhteisiä tavoitteita ja yhteistyötä (kollaboraatiota), terapeuttista liittoumaa eli allianssia, asiakkaan odotuksia ja toiveikkuutta hoidon suhteen ja terapeutin empatiakykyä ja tuen antamista (Norcross 2002?). Olemassa olevassa kirjallisuudessa korostetaan kuitenkin, että yleiset tekijät ovat nuorten auttamisessa vähintään yhtä tärkeitä, elleivät jopa tärkeämpiä, kuin aikuisten hoidossa (Shirk ym. 2011; Zack ym. 2007). Edellä kuvattujen yleisten tekijöiden lisäksi yhtenä nuorten auttamistyön keskeisimmistä tekijöistä pidetään vanhempien osallisuutta työskentelyyn ja vanhempien ja terapeutin yhteistyösuhdetta.

Nuorten auttamisessa yleisten terapeuttisten tekijöiden merkitys korostuu hoidon alussa. Hoitoon tulemiseen ja hoitoon kiinnittymiseen vaikuttavat tekijät, kuten nuoren motivaatio, omien tavoitteiden tutkiminen ja asettaminen sekä toiveikkuuden vahvistaminen voivat olla ratkaisevia tekijöitä hoidon onnistumisessa. Jos nuori ei sitoudu työskentelyyn, ei prosessi etene eikä sillä ole vaikutuksia. (Cromley & Lavigne 2008.) Lapset ja nuoret, joilla on laaja-alaisia vaikeuksia, ovat usein kohdanneet monia auttajia monissa eri yhteyksissä. Lapsella tai nuorella itsellään ei välttämättä ole halua tai motivaatiota aloittaa työskentelyä. Hänelle saattaa olla epäselvää, miksi hän apua tarvitsee, mitä halutaan tehdä, miten ja missä tämä tapahtuu ja mitä työskentelystä hänelle seuraa. Auttamistyö saattaa näyttäytyä ”pakkopullana”, johon on suostuttava; työntekijä voi nuoren asiakkaan näkökulmasta vaikuttaa esimerkiksi vastustajalta tai tuomarilta, joka voi joko jakaa rangaistuksia tai myöntää etuuksia. Juuri näiden tekijöiden takia hoidon aloittamisen vaihe tulisi rauhoittaa ja tutkia, mitkä tekijät ja kokemukset vaikuttavat nuoren suhtautumiseen ja miten nämä liittyvät ydinongelmaan.

Mitä nuoremasta lapsesta on kyse, sitä suurempi on vanhempien merkitys hoidon toteutumiselle ja vaikuttavuudelle. Vanhempien tehtävä voi yksinkertaisimmillaan olla vain hoidon mahdollistaminen – vanhemmat esimerkiksi huolehtivat siitä, että nuori

muistaa tapaamisen ajankohdan ja tulee paikalle. Toisaalta lasten ja nuorten kanssa työskenneltäessä ovat vanhemmat usein niitä, jotka auttavat nuorta siirtämään terapeuttisessa työskentelyssä havaitut asiat ja ongelmanratkaisut arkeen. Kaikki tämä voi herättää lapsessa tai nuorella erilaisia vastareaktioita, kuten vastustusta, vetäytymistä ja passiivisuutta – ilmiöitä, jotka värittävät yhteistyötä ja siten myös haastavat työntekijää ja sopivan työmallin valitsemista. Jotta nuorten hoidot osataan kohdentaa oikein – jotta välttäisiin liian vähäisiin tai reaktiivisiin havaintoihin perustuvilta johtopäätöksiltä – tulisi hoitoon tulemisen vaiheessa arvioida erityisesti nuoreen liittyviä terapeuttisen työn yleisiä tekijöitä. Näitä tekijöitä kuvataan seuraavaksi.

1.2.1 ASIAKKAASEEN LIITTYVÄT TEKIJÄT: NUORI JA VANHEMMAT

Asiakkaaseen liittyvillä tekijöillä tarkoitetaan sekä demografisia muuttujia (kuten ikää tai kehitysvaihetta, sukupuolta, sosioekonomista statusta tai etnistä alkuperää) että tekijöitä, jotka vaikuttavat terapeuttiseen työskentelyyn. Näitä ovat tilanteen vakavuus, ilmiongelmat, sosiaalinen toimintakyky, motivaatio ja *resilienssi*, jolla tarkoitetaan psyykkistä kimmoisuutta (kuten ongelmanratkaisutaitoja ja selviytymiskykyä; ks. esim. Zolkoski & Bullock 2012). Lasten ja nuorten kohdalla asiakkaaksi luetaan myös vanhemmat. Lapsen voinnin kannalta vanhemmuudella ja perheen toimintamalleilla, vanhempien hoitoon kohdentuvilla odotuksilla ja toiveikkuudella on suuri merkitys. Asiakasta kuvailevia yleisiä tekijöitä ei voi pitää toisistaan erillisinä vaan pikemminkin dynaamisina ja vastavuoroisina ja osin myös päällekkäisinä tekijöinä. Hoidon onnistumisen kannalta niitä on pidetty jopa tärkeämpänä kuin potilaan diagnoosia. (Wampold 2010.)

PERHE JA VANHEMMUUS

Perheeseen liittyvät tekijät heijastuvat nuoren tilanteeseen monin eri tavoin. Nuori kasvaa, elää ja toimii tietyssä sosiaalisessa ja kulttuurisessa ympäristössä. Perheen ja vanhempien ajattelu- ja toimintamallit, esimerkiksi rajojen asettaminen, johdonmukaisuus sopimuksissa ja neuvottelutaidot vaikuttavat nuoren käyttäytymiseen. Lapsen tai nuoren toiminta syntyy hänen yksilöllisistä ominaisuuksistaan sekä ympäristöön ja tilanteeseen liittyvistä tekijöistä. Esimerkiksi lapsen tai nuoren syrjäytymisen ajatellaan olevan prosessi, johon liittyy myös ympäristössä olevien vaikeuksien ja haitallisten tekijöiden ketjuuntumista ja kasautumista. Näissä tilanteissa puhutaan ongelmien ja riskitekijöiden ylisukupolvisuudesta. Esimerkiksi vanhempien pitkittyneet mielenterveys-, päihde- ja toimeentulo-ongelmat heikentävät vanhemman vuorovaikutus- ja toimintakykyä ja lisäävät siten lapsen riskiä sairastua psyykkisesti. Koska lapsen tai nuoren ongelmien (yksi) juuri voi olla perheolosuhteissa, on vanhempien osallistuminen hoitoon merkityksellistä. Kun hoidetaan lasta tai nuorta, on syytä arvioida, minkälaista apua vanhemmat tarvitsevat. Vanhempien väsymys, epätoivo, pessimismi ja luovuttamishalu vaikuttavat työskentelyyn. Toisaalta huoltajan suhtautumisen, kuten toiveikkuuden ja hoitoon liittyvien myönteisten odotusten ja uskomusten, ajatellaan vahvistavan hyvän hoitotuloksen todennäköisyyttä. Tähän on päädytty myös kansainvälisissä tutkimuksis-

sa, joissa on todettu, että vanhempien ja perheen jäsenten sosiaalinen toimintakyky, mielenterveys, perheympäristö ja odotukset hoidosta vaikuttavat siihen, miten nuori suhtautuu hoitoon ja sitoutuu siihen (Kazdin & Wassell 2000;; Karver ym. 2005).

MOTIVAATIO JA OSALLISTUMINEN

Yhtä lailla aikuisten-, lasten- ja nuoriten hoidossa yhteydessä motivaation vaikutus hoidon tuloksiin on kiistaton. Motivoituneisuus ilmenee haluna saada muutoksia aikaan, asiakkaan omana toimijuutena ja aktiivisuutena. Motivoitunut asiakas ei niinkään haasta työntekijää, vaan pikemminkin pyytää apua.

Motivaation yhteydessä on hyvä erottaa sisäinen ja ulkoinen motivaatio. Sisäisellä motivaatiolla tarkoitetaan henkilön omaa halua, tarvetta, aietta ja syitä saada muutoksia aikaan. Se on ikään kuin psyykinen voima, joka aktivoi nuorta ja työntää häntä työskentelyssä eteenpäin kohti tavoitetta. Monenlaisten vaikeuksien kanssa kamppailevien nuorten lähtötilanne voi kuitenkin olla se, että nuorelta itseltään puuttuu sisäistä motivaatiota, mutta ulkoisista lähteistä, kuten vanhemmilta, koulusta tai muista viranomaisverkostosta tulee painetta työskentelyyn. Usein tällainen ulkoinen motivaatio ei tuota yhtä hyviä hoitotuloksia kuin sisäinen ja ulkoinen motivaatio yhdessä.

Yleisistä tekijöistä keskusteltaessa on syytä huomata, että sisäinen motivaatio ei ole yksilön staattinen ominaisuus tai esimerkiksi persoonallisuuden piirre, vaikka se puhekielessä herkästi tullaan niin kuvanneeksi (kuten ilmaisussa ”*Tämä nuori on motivoitumaton hoitoon*”). Pikemminkin kyseessä on se, minkälainen sija ja painoarvo työskentelyssä annetaan nuoren oman motivaation tutkimiselle, vahvistamiselle ja tukemiselle. Oleellista on ymmärrys, että motivaatioon voidaan vaikuttaa esimerkiksi tutkimalla, minkälaiset aiemmat kokemukset, oletukset ja suhtautumistavat tällä hetkellä estävät nuorta haluamasta muutosta ja mitä hän ajattelee itse tarvitsevänsä. Kyse on suuressa määrin siitä, miten työntekijä ymmärtää motivaatiota ilmiönä, miten hän suhtautuu nuoren motivoituneisuuteen ja minkälaisia klinisiä taitoja ja kykyjä hänellä on työskennellä sen kanssa.

Motivaatiota pidetään varsin haasteellisena työskentelyn kohteena sen aaltoilevan luonteen vuoksi. On kuitenkin olemassa vahvaa näyttöä siitä, että motivaation vahvistaminen toteutuu tietynlaisen kannattelevan, hyväksyvän ja asiakaskeksisen sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta (Miller & Rollnick 2012). Motivaation kanssa työskentely kytkeytyy vahvasti muutokseen liittyvän ambivalenssiin, kahden toisilleen vastakkaisen pyrkimyksen samanaikaisuuden tunnistaminen ja tutkiminen. Nuori voi samanaikaisesti yhtäältä haluta muutosta (*”En enää kestä näitä ahdistusoireita”*) ja toisaalta kokea tarvetta vältellä muutosta (*”Mitä minulle tapahtuu, jos muutun?”*). On sanottu, että ne työntekijät, jotka ymmärtävät ambivalenssin kokemuksen merkityksen asiakkaalle, suurella todennäköisyydellä myös pystyvät asiakasta auttamaan. (Miller & Rollnick 2012.)

Karver ym. (2006) tekivät meta-analyysin 49 tutkimuksesta, jotka käsittelivät nuorten hoidon yleisiä tekijöitä. Tutkimus kohdentui etenkin nuoren ja vanhempien halukkuuteen osallistua ja sitoutua hoitoon (*“acceptability and commitment”*) ja todelliseen hoitoon osallistumiseen (*“effort and engagement”*). Tutkimusten välillä oli eroja, mutta yleisenä johtopäätöksenään Karver ym. esittävät, että sekä nuoren että vanhempien motivaatio on merkityksellinen tekijä hoidon tulosten kannalta. He esittävät kuitenkin myös, että motivaatio, hoito- ja muutoshalukkuus ja todellinen osallistuminen ovat ennen kaikkea vastavuoroisia prosesseja, joihin merkitsevästi vaikuttavat kaikkien osallistujien (myös terapeutin) yhteistyö ja se, missä määrin työskentely vastaa asiakkaan tavoitteisiin.

Motivaation kanssa työskentelyä on pidetty hoidon onnistumisen kulmakivenä: ennen kuin asiakkaan sisäinen muutosmotivaatio on virinnyt, ei kannata edetä ongelmanratkaisuyrityksiin. Jos nuorelta tai vanhemmilta puuttuu omaa motivaatiota ja muutoshalukkuutta, on työ herkästi työntekijävetoista ja siksi tehotonta. Terapeuttisessa työssä tavoiteltavien muutosten oletetaan syntyvän asiakkaiden oman aktivoitumisen ja toimijuuden vahvistumisen kautta (Leiman 2012). Sisäisen muutosmotivaation viriämisen ja nuoren omien hoitotavoitteiden asettamisen voidaan ajatella olevan rinnakkaisia prosesseja. Nuori todennäköisesti sitoutuu työskentelemään ja pinnistelemään enemmän, jos hän on itse saanut osallistua oman työnsä tavoitteiden ja tehtävien määrittelymiseen. Tavoitteiden asettamiseen liittyy nuoren näkemys työskentelyn laadusta, sisällystä ja tehtävistä.

ODOTUKSET JA TOIVEIKKUUS

Usein asiakkaiden hoitoon kohdistuvista odotuksista puhutaan ”itsensä toteuttavina ennusteina”. Yksinkertaisimmillaan se tarkoittaa, että jos nuori odottaa työskentelyltä myönteisiä asioita (kuten apua, helpotusta ja tukea), hän on toiveikkaampi ja suhtautuu työntekijään ja työskentelyyn rakentavasti, mikä helpottaa yhteistyön muodostamista ja siten heijastuu positiivisesti hoidon tuloksiin (Dew & Bickman 2005). Jos taas nuori suhtautuu työskentelyyn kielteisesti, odottaa pettymyksiä ja epäonnistumisia eikä hänellä ole muutostoivoa tai -uskoa, on asiakkaan ja työntekijän yhteistyön muodostuminen haastavampaa ja työskentelyllä on huonommat ennusteet. Nuoren odotusten tarkasteleminen ja niihin liittyvien kokemusten tutkiminen tulisi siksi nähdä osana kaikkien alkavien hoitoprosessien aloituskeskustelua. Aiemmat kokemukset, kavereiden kertomukset ja mielikuvat voivat luoda vääristyneitä oletuksia työskentelystä, sen tavoitteista ja sisällöistä. Karver ym. (2006) havaitsivat, että hoitoon liittyviin odotuksiin ja siten hoitoon kiinnittymiseen vaikutti myönteisesti ja vahvistavasti se, että työntekijä keskusteli hoidon alussa osallistujien tehtävistä ja rooleista ja työskentelyn perusteista.

Asiakkaan toiveikkuutta on pidetty motivaation ja odotusten kaltaisena eteenpäin vievänä voimana. Kuten odotuksetkin, toiveikkuus on tapa, jolla nuori suhtautuu tavoitteisiin. Toiveikkuus on määritelty prosessiksi, joka syntyy tunteiden ja ajatusten yhteisvaikutuksesta: koetusta toiveesta, halusta tai tarpeesta saavuttaa jotain ja näkemyksistä siitä, miten tavoite on saavutettavissa. (Shorey ym. 2002.) Snyder (2002) puolestaan toteaa, että toiveikkuus liittyy vahvasti henkilön itsetuntoon, ongelmanratkaisutaitoihin ja psyykkiseen mukautumiskykyyn. Sillä on luonnollisesti yhteys myös psykiatriseen oireistoon. Vähäisen toiveikkuuden ja lasten masennusoireiden vakavuuden välillä on havaittu yhteys (Snyder ym. 2000), ja nuorilla toiveikkuus liittyy sekä internalisoivien (intrapysyikkisten) että eksternalisoivien (käyttäytymisessä ilmenevien) oireiden vakavuuteen (Valle ym. 2004).

Usein nuoret ovat hoitoon ohjattuja, eikä heillä välttämättä ole odotuksia tai toivoa muutoksesta. Toiveikkuutta tukahduttavat esimerkiksi stressi, näköalattomuus tai kapeat tai jumiutuneet toiminta- ja selviytymiskeinot. Yleisiä tekijöitä esittelevässä kirjallisuudessa todetaan, että toiveikkuutta ei pitäisi tarkastella pysyvänä ilmiönä vaan, kuten motivaatitakin, asiantilana, johon voidaan vaikuttaa tutkimalla siihen liittyviä kokemuksia, tunteita ja ajatuksia. Nuorten kohdalla kirjallisuudessa muistutetaan myös konkreettisten kokemusten tärkeydestä. Yksi keino toiveikkuuden vahvistamiseksi on löytää mahdollisimman pian hoitoa aloitettaessa jokin nuorelle itselleen merkityksellinen, työskentelyyn liittyvä asia tai tavoite, jossa hän voi onnistua. Onnistumisen kokemus ruokkii mielekkyyden tunnetta, mikä puolestaan tukee muutoptimismia ja toiveikkuutta

RESILIENSSI

Resilienssillä viitataan lapsen tai nuoren kykyyn vastustaa vaikeuksia. Se tarkoittaa psyykkistä selviytymiskykyä, sitä, että lapsi tai nuori pärjää ja selviytyy hyvin huolimatta vaikeista olosuhteista, traumaattisista kokemuksista ja monista riskitekijöistä (Brooks 2006; Masten 2001; 2007). Resilienssin suomenkielisenä vastineena on käytetty muun muassa käsitettä psyykkinen kimmoisuus. Resilienssiä, kykyä myönteisyyteen ja voimavarojen käyttämiseen vaikeuksien keskellä, pidetään synnynnäisenä ominaisuutena. Se ei tarkoita, että nämä lapset eivät kokisi vaikeuksia tai stressiä, vaan että heillä on taitoja, joita käyttämällä he pystyvät selviytymään vastoinkäymisistä. Tällaisia ominaisuuksia ja taitoja ovat sosiaaliset kyvyt, kuten kyky empatiaan, välittämiseen, joustavuuteen, huumorintajuun ja itsensä ilmaisemiseen. Resilienssi liittyy myös autonomian tunteeseen ja kykyyn tehdä omia päätöksiä ja toteuttaa niitä. Näiden ominaisuuksien avulla lapset pystyvät solmimaan rakentavia ja myönteisiä sosiaalisia suhteita, mikä puolestaan tukee heidän kiinnittymistään eri ympäristöihin.

1.2.2 TERAPEUTTIIN LIITTYVÄT TEKIJÄT

Asiakkaaseen liittyvien yleisten tekijöiden lisäksi terapeutin työn tuloksiin vaikuttaa luonnollisesti myös se, millainen terapeutti on ja minkälaisia ominaisuuksia hänellä on tai mitä ominaisuuksia häneltä vaaditaan. Nuorten auttamistyön kohdalla terapeuttiin liittyviä tekijöitä on tutkittu vähän. Tiedetään kuitenkin, että terapeutin vaikutus on lasten ja nuorten kohdalla kutakuinkin samanlainen kuin aikuisväestönkin: jotkut terapeutit pystyvät tukemaan myönteistä muutosta paremmin kuin toiset (Lambert & Barley 2002).

Kaiken kaikkiaan yleisiä tekijöitä käsittelevässä paradigmassa terapeuttiin liittyvä tekijät nähdään työskentelyn vaikuttavuuden kannalta erittäin tärkeiksi (Lutz, Leon, Martinovitch, Lyons & Stiles 2007; Wampold 2010; Wampold & Brown 2005). Wampold toteaa kirjassaan *The Great Psychotherapy Debate* (2001), että tulosten kannalta merkityksellisempää on se, kuka asiakkaan terapeutti on, ei niinkään terapiasuuntaus, jota terapeutti edustaa. Näkemystä on perusteltu sillä, että tietyt terapeuttiset tekniikat ja interventiot ovat vaikuttavia vain silloin, kun terapeutti osaa ajoittaa ja kohdentaa ne oikein (Orlinsky 2010).

Mitä sitten tiedetään terapeuttiin ja työskentelyn vaikutuksiin liittyvistä tekijöistä? Melko vahvaa näyttöä on saatu terapeutin emotionaalisen mukautumiskyvyn ja tiettyjen persoonallisuuden piirteiden yhteydestä hyviin hoitotuloksiin. Kuten asiakkaaseen liittyvien tekijöiden kohdalla kuvattiin, etenkin työntekijän vuorovaikutustaidot ovat hoitoon kiinnittymisen kannalta merkityksellisiä. Eniten terapeutin ja tulosten yhteyttä on tutkittu päihdehoidon kontekstissa. Tuloksina on todettu, että terapeutin vuorovaikutustyyli ja -tapa eivät ole vain tärkeitä vaan jopa ratkaisevia muutostekijöitä (mm. Miller & Rollnick 2012). Esimerkkinä tästä on päihdehuollon kentältä Stephen Vallen (1981) klassikkotutkimus, jossa selvitettiin terapeutin vuorovaikutustaitojen yhteyttä asiakkaiden hoidon jälkeisiin retkahduksiin. Tutkimuksessa tarkasteltiin terapeutin vuorovaikutuksen *empaattisuutta, aitoutta, siitä välittyvää asiakkaan kunnioittamista ja konkreettisuutta*. Tulokset olivat selkeitä: asiakkaiden retkahdusten määrä oli yhteydessä terapeutin ominaisuuksiin. Vallen tutkimus, kuten myöhemmätkin päihdehoidon alalla tehdyt tutkimukset (Connors ym. 1997; Najavits, Crits-Christopher & Dierberger 2000) nostavat hoidon vaikutuksen merkitykselliseksi tekijäksi *tavan, jolla terapeutti suhtautuu asiakkaaseensa*. Sama havainto terapeutin toiminnan ja yhteistyösuhteen merkityksestä hoidon tuloksille toistuu myös psykoterapiatutkimuksessa (Horvath & Bedi 2002; Orlinsky 2010). Nuorten kohdalla on korostettu etenkin hoitoon tuleminen kontekstia ja tapoja, joilla terapeutti pyrkii virittämään usein vastahakoisen nuoren sitoutumista prosessiin (Karver ym. 2005). Näiden varhaisten kohtaamisten ja terapeutin työskentelymenetelmien ajatellaan vaikuttavan merkittävästi yhteistyösuhteen syntymiseen.

1.2.3 YHTEISTYÖSUHDE

Ylivoimaisesti eniten yleisistä tekijöistä onkin tutkittu terapeutista yhteistyösuhdetta tai allianssia. Lasten ja nuorten terapeutissa työskentelyssä sitä pidetään erityisen tärkeänä (Bickman ym. 2000; Meeks & Bernet 2001). Allianssi rakentuu kolmesta osasta: asiakkaan ja terapeutin välisestä suhteesta, työskentelyn yhteisistä tavoitteista sekä tehtävistä, kuten tietyistä toiminnoista, joita terapian aikana tapahtuu (Bordin 1979; 1994). Suhde osallistujien välillä muotoutuu yhteisestä työskentelystä, johon siten vaikuttavat vuorovaikutus, luottamus ja terapeutin avuliaisuus ja kyvyt.

Meta-analyysissään lasten ja nuorten terapiasta Shirk & Karver (2003) havaitsivat pienen mutta merkittävän yhteyden terapeutin suhteen ja tulosten välillä. Allianssin vaikutuksen arvioidaan olevan lasten ja nuorten hoidoissa kuitenkin keskeisempi kuin mitä meta-analyysien välinein voidaan todentaa. Koska lapset ja nuoret vain harvoin itse ja oma-aloitteisesti hakeutuvat hoitoon, on nuoren asiakkaan, hoitoon tulemisesta vastaavien huoltajien ja terapeutin välille rakentuvalla yhteydellä suuri painoarvo. Hyvä yhteistyösuhde vähentää hoitoon tulemisen jännitystä, lisää luottamusta ja turvallisuudentunnetta ja siten tukee työskentelyyn kiinnittymistä. Karver ym. (2006) huomauttavat kuitenkin, että nuoren ja terapeutin ja toisaalta vanhemman ja terapeutin välinen allianssi toimii eri tavoin: nuoren ja terapeutin välinen allianssi ennustaa nuoren oireiden vähenemistä, kun taas nuoren ja vanhemman välinen allianssi vaikuttaa hoitoon osallistumisen tiiviyyteen (ks. myös McLeod & Weisz 2005; Hogue ym. 2006; Hawley & Weisz 2005).

1.3

VAIKUTTAVAT HOITOMUODOT: MUUTOKSEN ERITYISET TEKIJÄT

Kuten edellä todettiin, asiakkaan motivaatiota, sitoutumista ja yhteistyösuhdetta vahvistamalla voidaan edistää hoidon vaikuttavuutta. Yleisten terapeutekijöiden lisäksi tarvitaan kuitenkin vielä eritellympää ja tarkempaa tietoa siitä, mikä tietty työmalli tai terapiasuuntaus vastaa parhaiten jonkin tietyn hoitoryhmän tarpeisiin. Kannattaako päihdeongelmaista nuorta hoitaa vertaistukiryhmissä vai yksilömuotoisella lyhytterapialla? Toimiiko kognitiivinen terapia käytöshäiriöiden hoidossa? Kummasta on saatu parempia tuloksia nuorten ahdistuneisuuden hoidossa, psykodynaamisesta vai kognitiivisesta terapiasta? Kun erilaisia lapsille ja nuorille tarkoitettuja psykososiaalisia työtapoja on tarjolla yli 550 (Kazdin 2000), tieto siitä, mikä menetelmä todella auttaa, on hoitolinjausten kannalta tärkeää.

Pyrkimys saada työmenetelmiä jonkinlaiseen tehokkuus- tai paremmuusjärjestykseen eri hoitopopulaatioiden suhteen on ohjannut terapeuttisten työmenetelmien tutkimusta viime vuosikymmenien ajan. Näyttöön perustuvan hoidon logiikka polveutuu lääketieteestä, jossa 1990-luvulla alettiin korostaa, että hoitosuositusten tulee pohjautua tieteellisiin tutkimuksiin. Ajatus näyttöön perustuvasta hoitomallista on sittemmin levinnyt laajemmaltikin kliiniseen psykiatriseen ja psykologiseen työhön, sosiaalityöhön ja muille vastaaville aloille (Kazdin 2008).

Vaikuttavia menetelmiä pyritään tunnistamaan tekemällä kontrolloituja ryhmävertailututkimuksia ja ryhmävertailututkimusten meta-analyysyjä, tutkimuksia tutkimuksista. Ryhmävertailututkimuksessa vertaillaan vähintään kahta erilaista hoitomuotoa keskenään, esimerkiksi jotain tiettyä työmenetelmää käyttävää hoitoryhmää verrataan tavantomaista hoitoa saavaan ryhmään tai ryhmään, jota ei hoideta millään tavalla. Tutkimuksissa voidaan käyttää myös lumehoitoa (placebo) saavaa ryhmää.

Ryhmävertailututkimuksessa tutkitaan pääsääntöisesti tarkasti mallinnettuja ja käsikirjassa kuvattuja menetelmiä. Käsikirjan noudattaminen toimii ikään kuin vakuutena siitä, että tutkittava hoito toteutuu siten kuin on tarkoitettu. Terapeutit on koulutettu antamaan juuri tietynlaista hoitoa, jonka ajatellaan vastaavan selvästi määritellyn potilasryhmän tarpeisiin. Näihin työmalleihin liittyy usein myös menetelmän laadun systemaattinen seuranta ja arviointi. Menetelmien toteuttamista, osaamista ja laatua arvioivat ulkopuoliset arvioijat erilaisilla arviointimenetelmillä (ks. luku 3). Tarkastelun kohteena ovat esimerkiksi terapeuttien työskentelyn menetelmäuskollisuus (*adherence*) ja osaaminen (*competence*). Ulkopuolisen asiantuntijan tekemä arviointi terapian etenemisestä ja vaikuttavuudesta on luotettavampi kuin terapeutin tekemä itsearviointi, muun muassa siitä syystä, että terapeutit eivät useinkaan huomaa asiakkaan tilanteessa tapahtunutta huononemista (Lambert 2013). Arvioinnin tulokset kertovat siis siitä, missä määrin työntekijät toteuttavat työssään käsikirjassa kuvattua mallia. Arviointitulokset puolestaan auttavat työntekijää kohdentamaan työtään vastaamaan oikealla tavalla työmallin ohjeistukseen.

Näyttöön perustavalla hoitomallilla (*evidence based treatment, EBT*) tarkoitetaan työtapaa, joka on tuottanut terapeuttista muutosta yllä kuvatuissa kontrolloidussa ryhmävertailututkimuksissa (Kazdin 2008). Joidenkin diagnoosien, kuten käytös-, päihde- ja syömishäiriöiden hoidossa onkin pystytty tunnistamaan menetelmiä, jotka suuremmalla todennäköisyydellä tuottavat paremman hoitovasteen kuin jotkin toiset (Lambert 2011). EBT-liikkeeseen kohdistunut terävin kritiikki kuitenkin liittyy siihen, että aina ei ryhmävertailututkimuksen keinoilla ole havaittu merkittäviä eroja eri hoitomallien välillä. On esitetty, että lääketutkimuksen logiikka ei ole helposti siirrettävissä terapeuttisten hoitojen tutkimiseen. Esimerkiksi tutkimuksissa käytetyt hoitoryhmät eivät aina vastaa käytäntöä, sillä todellisuudessa potilaiden tilanteet voivat olla monimutkaisempia kuin ryhmävertailututkimukseen tietyillä sisäänottokriteereillä mukaan otettujen potilaiden tilanteet. Tällöin puhutaan tutkimuksen ja kliinisen käytännön välisestä

kuilusta. Kuilu liittyy myös tutkittujen mallien käyttöön ottoon ja jalkauttamiseen eli siihen, miten tutkimusryhmässä todettu vaikuttavuus pystytään siirtämään käytäntöön. Tätä pohditaan seuraavassa luvussa (luku 2).

Paine tunnistaa ja ottaa käyttöön näyttöön perustuvia työtapoja on suuri etenkin sellaisissa palvelujärjestelmän paikoissa, joissa on suuret asiakasmäärät. Palveluntarjoajien tulisi tietää, miten toimitaan ja miten auttamistyö organisoidaan, jotta työskentelystä syntyy asiakkaan tarvitsema vaste. Tästä näkökulmasta valmiit ja hyviksi havaitut työmenetelmät ja -muodot ovat kiinnostavia. Valmiisiin malleihin sisältyy oma käyttöteoria eli käsitys psyykkisen häiriön muodostumisesta ja siitä, minkälaisen vaiheiden ja kokonaisprosessin kautta siitä parannutaan. Käyttö- ja muutosteoria konkretisoivat työskentelyvaiheita ja -käytänteitä. Ulkoapäin tuleva terapeutin työn malli haastaa työntekijöitä tarkastelemaan omaa ammatillista kädenjälkeään ja muuttamaan työskentelytyyliään. Menetelmät myös auttavat työntekijöitä tunnistamaan omat ammatilliset epämukavuusalueensa – kohdat, jotka koetaan vaikeiksi ja joissa koetaan epävarmuutta. Hyvin mallinnettu ja koulutettu työtapo tuo mukanaan työntekijöille yhteiset käsitteet ja työskentelytavan, jonka oletetaan tukevan hyvään hoitotulokseen pääsemistä.

Toisaalta taas näyttöön perustuvia työmalleja kritisoidaan viittaamalla jokaisen asiakkaan yksilöllisyyteen ja yksilöllisiin tarpeisiin. Yksi kysymys on tällöin näyttöön perustuvien mallien jäykkyys – sallitaanko manualisoiduissa, tarkkaan ohjeistetuissa terapioissa tarpeenmukaista yksilöllistä joustavuutta? Toinen kysymys liittyy mallien soveltuvuuteen: ovatko vaikkapa Yhdysvalloissa tai muualla Euroopassa saadut tutkimustulokset siirrettävissä Suomeen? Mitä tehdään niiden asiakkaiden kanssa, joiden diagnoosit ovat monimuotoisia ja jotka eivät siksi sovi ryhmävertailututkimuksissa usein käytettyihin selkeisiin potilasryhmän sisäänottokriteereihin?

1.3.1 NÄYTTÖÖN PERUSTUVAT HOITOMALLIT SYRJÄYTYMISVAARASSA OLEVILLE NUORILLE

Edellä esitetyt kysymykset ovat merkittäviä syrjäytymisvaarassa olevien nuorten auttamistyössä. Puhekielen ilmaisu ”syrjäytymisvaara” merkitsee diagnostisessa kontekstissa usein samanaikaisia käytös- ja päihdehäiriöitä ja mahdollisesti muita niihin liittyviä ilmiöitä, kuten tarkkavaisuus- ja ylivilkkaushäiriötä, ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, traumataustaa tai itsetuhoisuutta. Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kliininen kuva on siis varsin monimuotoinen ja siksi hoidon tarjoamisen kannalta tavanomaista haastavampi (Grella, Hser, Joshi & Rounds-Bryant 2001). Samanaikaiset, erilaiset oirekuvat vahvistavat usein toisiaan, mikä tarkoittaa, että oireilu suurella todennäköisyydellä on vaikeaa. Ympäristön vaikutus on tässä merkittävä; myös ympäristö (perhe, koulutilanne tms.) voi tahtomattaankin olla mukana vahvistamassa oireita.

Avunsaamisen näkökulmasta erityiseksi haasteeksi Suomessa on osoittautunut julkisen palvelujärjestelmän sirpaleisuus. Käytännössä nuori voi apua saadakseen joutua hakeutumaan samanaikaisesti tai perättäin monien eri ammattiryhmien luokse. Sisukas avunpyytäminen edellyttäisi kuitenkin nuorelta ja avun pariin saattavilta vanhemmilta motivaatiota ja muutoshalukkuutta – ilmiöitä, jotka useimmiten juuri tämän kohde-ryhmän toiminnasta puuttuvat. Käytännössä asetelma johtaa siihen, että moni nuori, joka apua tarvitsisi ja avusta hyötyisi, ei sitä saa. Vastaavasti ne, jotka avun pariin ha-keutuvat, melko suurella todennäköisyydellä jättävät hoidon kesken. Tutkimustulokset keskeyttämisprosentteista vaihtelevat jonkin verran, mutta on kyse suurista määristä. Joissain tutkimuksissa puhutaan 40–60 prosentista (Kazdin 1996), mutta kliinisen kokemuksen mukaan osuus voi olla vieläkin suurempi. Keskeyttämisen rinnalla tun-nistetaan myös hoitoon näennäisesti sitoutumisen ilmiö. Nuori ikään kuin suorittaa hoitoa, mutta ei kiinnity siihen niin vahvasti, että muutosprosessi pääsisi käyntiin.

Näihin haasteisiin vastaamiseksi tarvitaan tutkimuksia siitä, minkälainen ja erityisesti mikä terapeutin malli suurimmalla todennäköisyydellä on tehokas. Monimuotoisen oirekuvan takia syrjäytymisvaarassa olevat nuoret ovat haastava hoitoryhmä, kun ryh-mävertailututkimuksia valitaan. Usein tarkastellaan käytös- ja päihdehäiriöiden tutki-mustuloksia. Taulukossa 2 on kuvattu keskeisimpiä tutkimuksissa vaikuttaviksi osoit-tautuneita menetelmiä.

TAULUKKO 1.2. VAIKUTTAVIKSI OSOITTAUTUNEITA TYÖMALLEJA

	KESKEISET HAVAINNOT	LÄHTEITÄ
Yksilöhoidot		
Kognitiivinen käyttäytymisterapia, kansainvälisissä tutkimuksissa usein yhdessä motivointiin liittyvän työtavan kanssa (Motivational Enhancement Therapy, MET)	- päihteiden käyttö vähenee - hoidon päättyessä nuoret ovat toipumisvaiheessa - tuhoava ja aggressiivinen käyttäytyminen vähenee	Compton & Pringle 2004 Dennis ym. 2004 Fossum ym. 2008
Dialektinen käyttäytymisterapia	- edistää hoitoon sitoutumista - itsetuhoisuus vähenee - sairaalahoitojaksot vähenevät - päihteiden käyttö, aggressiivisuus ja ongelmakäyttäytyminen vähenevät	Rathus & Miller 2002 Trupin ym. 2002
Perheterapeuttiset työmallit		
MDFT, multidimensio-naalinen perheterapia	- päihteiden käyttö vähenee - käyttäytymisessä ilmenevät ja intrapsyykkiset oireet vähenevät - koulumenestys paranee - perheen toiminta paranee	Dennis ym. 2004 Liddle ym. 2004 Rowe ym. 2004 Rigter 2010; 2012 Hendriks 2011 Baldwin ym. 2012
MST, multisysteeminen perheterapia	- päihteiden käyttö vähenee - psykiatrinen oireilu vähenee - perhe- ja kaveruussuhteet paranevat - laitossijoitukset vähenevät - rikollinen toiminta vähenee	Eyberg ym. 2008 Curtis ym. 2004 Schaeffer & Borduin 2005 Baldwin ym. 2012

Vaikuttavuustutkimuksissa nousevat esiin sekä yksilömuotoiset, kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja toisaalta motivaation vahvistamiseen nojautuvat työmallit sekä perheterapeuttiset työskentelyn viitekehykset. Tuloksia voi tulkita siten, että muutokseen tarvitaan nuoren oman toimijuuden ja itsesäätelyn arvioimista sekä ongelmallisten toiminta- ja ajattelumallien tunnistamista ja muuttamista (yksilöhoidot). Toisaalta käyttäytymiseen voidaan tulosten mukaan vaikuttaa tehokkaasti työskentelemällä myös perheen ja muun ympäristön kanssa, sillä käyttäytyminen toteutuu aina tiettyjen ympäristötekijöiden myötävaikutuksesta.

1.4.

YHTEENVETO YLEISISTÄ JA ERITYISISTÄ TEKIJÖISTÄ

Tarkastelimme tämän luvun alussa nuorten terapeutiseen auttamiseen liittyviä yleisiä tekijöitä. Luvun loppupuolella katsastimme auttamismenetelmien erityisiin tekijöihin liittyviä teemoja ja loimme silmäyksen työmalleihin, joilla on tutkimusten mukaan päästy hyviin tuloksiin. Luvun viestin voi lukea vaikkapa siten, että yleisellä tasolla auttamisessa pienetkin – tai arkisilta vaikuttavat – asiat voivat osoittautua tärkeiksi. Terapeuttinen työ toteutuu aina vähintään kahden ihmisen välisenä, suuressa määrin sosiaaliseen kommunikaatioon perustuvana toimintana. Muutoksen kärjeksi voi nousta esimerkiksi terapeutin tapa työskennellä asiakkaiden suhtautumisen kanssa. Tämä näyttää olevan tärkeää etenkin silloin, kun asiakkaat – nuori, vanhempi tai vanhemmat – itse suhtautuvat kielteisesti työskentelyyn. Yleisistä tekijöistä juuri yhteistyösuhde, motivaatio, toiveikkuus ja odotukset ovat ilmiöitä, jotka resonoivat keskenään ja parhaassa tapauksessa siis ketjumaisesti vahvistavat toisiaan. Tähän liittyy luonnollisesti mitä keskeisimmällä tavalla terapeutin oma suhtautuminen ja sen välittämät viestit.

Totesimme luvun loppupuolella, että terapeutin työn erityisiä tekijöitä tarkasteltaessa haetaan vastausta kysymykseen, onko eri terapiamenetelmien vaikuttavuudessa eroja. Oletuksena on, että eri häiriöiden hoitoon tarvitaan erilaisia menetelmiä – kuten käytös- ja päihdehäiriöisille vaikkapa etenkin perhe- ja systeemisesti orientoituneita malleja. Näyttää siltä, että tälle kohderyhmälle hoidon vaikutus saadaan aikaan juuri näiden työmallien muutosmekanismeilla: siten, että muutokset nuoren motivaatiossa sekä ajatus- ja toimintamalleissa tapahtuvat samanaikaisesti ja samansuuntaisesti kuin muutokset ympäristössä ja perhesuhteissa. Vaikuttavien menetelmien tunnistamisen ajatellaan palvelevan etenkin hoitosuositusten laatimista – vain sellaisia menetelmiä voidaan suositella, joiden tehosta tietyn häiriön hoidossa on näyttöä. Usein kuitenkin eri menetelmien erot näytön suhteen ovat melko pieniä. On tärkeää suhtautua riittävän kriittisesti oletukseen, että vain jokin tietty menetelmä tuottaa hyvän hoitotuloksen. Lisäksi on muistettava, että menetelmän tuloksellinen käyttö edellyttää huolellisesti suunniteltua ja onnistunutta käyttöön ottoa. Seuraavassa luvussa käsitellään menetelmän käyttöön ottoon liittyviä teemoja.

2

AUTTAMISTYÖN KEHITTÄMINEN: OMAN TYÖTAVAN RAKENTAMINEN VAI VALMIS OHJELMA?

Edellisessä luvussa kysyttiin, mikä terapeuttisessa auttamistyössä vaikuttaa lopputulokseen ja mitä tiedetään siitä, minkä tyyppiset työmallit ovat osoittautuneet toimiviksi nuorten auttamisessa. Tässä luvussa näkökulma muuttuu: emme enää puhu muutoksesta yksilötasolla, vaan tarkastelemme työskentelyn muutosta organisaation tasolla. Katse siis liukuu vaiheeseen, jossa valittu menetelmä halutaan siirtää, jalkauttaa, uuteen toimintaympäristöön. Uuden ohjelman tai ”tuotteen” käyttöönoton teema siirtää meidät pois auttamisen psykiatrisesta kontekstista kohti organisaatiopsykologiaa ja oppimisen edellytyksiä ja mahdollisuuksia. Tässä luvussa tarkastellaan yleisellä tasolla jonkin työmallin tai valmiin ohjelman käyttöönottoa uudessa ympäristössä.

Nuorten psykososiaalisen auttamistyön kehittämisen tavoitteena on päästä mahdollisimman hyviin hoitotuloksiin. Kehittämisaikeiden ytimessä on kysymys, otetaanko käyttöön mallinnettu, muualla testattu ja tutkimuksissa hyväksi todettu työtapa, vai riittävätkö organisaation voimavarat omaan toimintaympäristöön sopivan työskentelymenetelmän muokkaamiseen ja jalostamiseen. Edellisessä vaihtoehdossa voidaan ostaa hoito-ohjelman ”valmis paketti”, joka sitten siirretään organisaatioon kouluttamalla työntekijöitä käyttämään sitä. Tämä vaihtoehto on toki houkutteleva, sillä valmiin mallin toivotaan muuttavan työntekoa tehokkaammaksi, mutta samalla se edellyttää organisaatiolta investointeja ja muita valmiuksia. Testattuihin, käsikirjoihin perustuviin työmenetelmiin liittyy usein lisenssi, jolla pyritään takaamaan menetelmän aitous ja oikeaoppisuus. Lisenssi toimii käyttöoikeutena menetelmään, on osa sen tuotteistamista ja ikään kuin takuu menetelmällisen työn laadusta. Vaikka lähtökohtaisesti lisenssin tehtävä on suojata menetelmän oikeaoppinen siirtyminen uusiin paikkoihin ja vaikuttava käyttö, on jossain määrin kyse myös taloudellisen voiton tavoittelusta. Suo-
messä taloudellisen voiton tekeminen työmenetelmien lisensoinnilla on suhteellisen tuore

ilmiö, johon liittyy rahan lisäksi eettisiä kysymyksiä. Siksi auttamistyön tuotteistamiseen suhtaudutaan myös varauksellisesti. Uuden menetelmän hankkiminen on koulutuskustannuksineen ja mahdollisine lisenssimaksuineen palveluorganisaatiolle iso taloudellinen investointi. Siihen liittyy aina myös erilaisia riskejä: esimerkiksi työntekijöiden määräaikaisten työsuhteet voivat muodostua haasteeksi.

Vaihtoehtoista jälkimmäinen, omien hoito-ohjelmien itsenäinen tai alueellinen kehittäminen on mahdollisesti näistä syistä johtuen vielä melko tavallinen toimintatapa Suomessa. Ratkaisun vahvuus on, että ohjelma voidaan rakentaa oman kulttuurisen ja maantieteellisen ympäristön ehdoilla. Työntekijät ovat todennäköisesti sitoutuneita ja motivoituneita työtapojensa muuttamiseen, kun he ovat itse aktiivisina toimijoina mukana kehittämistyössä. Vaihtoehto on lähtökohtaisesti itsenäisempi ja mahdollisesti halvempi kuin muualla tuotetun työmallin käyttöönotto, joskaan takuita kehitteillä olevan hoito-ohjelman vaikuttavuudesta ei ole. Kansainvälinen trendi näyttäisi kuitenkin olevan valmiiden ja testattujen työmallien käyttäminen. Seuraavaksi tarkastellaan lähemmin menetelmien siirtämiseen liittyviä ilmiöitä.

2.1 NÄYTTÖÖN PERUSTUVAN TYÖTAVAN KÄYTTÖÖNOTTO – MUUTOS ORGANISAATIOSSA JA TYÖTAVOISSA

Muualla kehitetyn psykososiaalisen työtavan implementaatio, käyttöön ottaminen tai jalkauttaminen uuteen ympäristöön on pitkä prosessi, johon sisältyy monia, osin päällekkäisiä vaiheita. Puhutaan implementaatiosta, joka tarkoittaa työtapojen todellista ja dynaamista muuttumista ja muutoksen näkymistä arkisessa työssä. Implementaatio-termin yhteydessä viitataan usein myös disseminaatioon (*implementation and dissemination*). Disseminaatio on vähemmän jäntevää menetelmän levittämistä kuin implementaatio, esimerkiksi yksittäisten työntekijöiden muuttuneiden työtapojen kautta muuhun työyhteisöön tiukkaa uudistumista. Implementaatio toteutuu pitkällisenä prosessina, monissa eri vaiheissa, eikä sitä pidä tarkastella yhtenä yksittäisenä tapahtumana (kuten koulutustilaisuutena). Onkin todettu, että implementaatioissa on aina vähintään kolme yhtä tärkeää vaihetta: vaihe ennen implementaation aloittamista, käyttöönoton (koulutuksen) vaihe ja vaihe koulutuksen jälkeen (Simpson 2002).

Implementaation osatekijöitä tarkastellaan alla olevan kuvion 2.1 avulla. Kuvio esittää implementaatioprosessin vaiheita ja erittelee siihen vaikuttavia toimijoita.

Kuten edellisessä luvussa todettiin, implementaation taustamateriaalina on menetelmien tutkiminen ja tutkimussynteesin tekeminen (kohta 2 kuviossa 2.1). Tutkimuksissa raportoidut hoitotulokset luetaan näyttönä (*evidence*) siitä, mitä menetelmää kannattaisi käyttää. Tutkimussynteesivaiheessa eri menetelmiä verrataan keskenään saman asiakasryhmän kanssa työskentelyssä. Lisäksi tarvitaan tutkimuksia tutkimuksista eli ryhmävertailuja yhteen kokoavia meta-analyysyjä, joiden avulla tarkastellaan, missä

KUVIO 2.1.



määrin tutkimustulokset toistuvat eri asetelmissa. Kun palveluiden tuottamisesta vastaavat tahot haluavat kehittää ja muuttaa työtapojaan, he voivat käyttää ryhmävertailututkimuksia ja niiden meta-analyysijä kriittisinä menetelmäarvioina ja tietona siitä, mikä menetelmä vastaisi parhaiten heidän palvelunkehittämistarpeeseensa (kohta 3). Uuden menetelmän jalkauttamisen tavoitteena on, että työntekijät pystyvät työskentelemään asiakkaiden/potilaiden kanssa mahdollisimman tehokkaalla tavalla; työskentelellä saavutetaan mahdollisimman hyvä ja pysyvä hoitotulos (kohta 4).

Kun on tunnistettu menetelmä, joka halutaan saada käyttöön tietylle kohderyhmälle, seuraava tehtävä on siirtää se käyttöön. Tätä pidetään varsin haastavana vaiheena. Uuden menetelmän käyttöön ottaminen merkitsee käytännössä sitä, että organisaation työntekijöille hankitaan koulutusta, jonka oletetaan muuttavan heidän työskentelyään tehokkaammaksi. Työntekijät tarvitsevat tutkittuun työmalliin sisältyvät tiedot, taidot, tuen ja työskentelymahdollisuudet, jotta malli säilyy siinä muodossa, jota tutkimuksessa on käytetty ja joka on havaittu tulokselliseksi (Gotham 2004).

Menetelmän siirtymiseen vaikuttavat monet seikat: koulutus, koulutettava työntekijä, organisaatio ja sen ominaispiirteet ja asiakkaaseen liittyvät tekijät (Beidas ym. 2010; Herschell ym. 2010; Decker, Jameson & Naugle 2011). Ennen kuin paneudutaan lähemmin koulutukseen, työntekijään ja asiakkaaseen liittyviin tekijöihin, tarkastellaan pohjustukseksi implementaatioprosessia organisaatiossa tapahtuvana muutoksena.

2.2

ORGANISAATION MUUTOS

Uuden työtavan käyttöön ottaminen tarkoittaa työntekijöiden kannalta, että se, miten he ovat ennen toimineet, ei enää riitä. Työtapojen halutaan muuttuvan. Uusi menetelmä haastaa työntekijöitä luopumaan vanhoista työtavoistaan ja tottumuksistaan, mikä tarkoittaa työntekijän työarjen ja mahdollisesti ammatti-identiteetinkin jonkinasteista muuttumista.

Organisaatiopsykologisessa kontekstissa muutosprosessien onnistumiseen liitetään johdon ja työntekijöiden välinen yhteistyö ja sen toteutuminen jo ennen muutoksen käynnistymistä. Muutokseen tarvittava energia syntyy esimiesten ja muutoksessa osallisena olevien työntekijöiden yhteisestä osallistumisesta ja aktiivisesta toiminnasta. Robert Paton ja James McCalman (2008, 146) luettelevat muutoksen johtamista käsittelevässä teoksessaan viisi tekijää, jotka vaikuttavat siihen, miten työntekijät suhtautuvat heihin kohdistuviin muutosodotuksiin. Ne on tässä kuvattu edellytyksinä:

- 1 *Sitoutuminen (involvement)*: Työntekijät pitää ottaa mukaan muutoksen valmisteluun. Heille pitää kertoa, mihin muutos liittyy ja mitä sillä haetaan. Osapuolilla tulee olla mahdollisuus avoimeen ja rehelliseen keskusteluun siitä, mitä muutos konkreettisesti tarkoittaa työntekijälle. Silloin syntyy mahdollisuus, että työntekijät kiinnostuvat, osallistuvat ja ovat itse aktiivisia.
- 2 *Kommunikaatio (communication)*: Työntekijöiden kanssa tulee keskustella, heidät pitää perehdyttää ja heille pitää antaa mahdollisuus kysyä muutokseen liittyvistä asioista. Keskusteluille on varattava riittävästi aikaa.
- 3 *Havainnot (perceptions)*: Työntekijöiden huoliin tulee suhtautua asiallisesti ja kiinnostuneesti. Mitä syitä heillä on vastustaa muutosta? Mihin asioihin huolet tai pelot mahdollisesti liittyvät? Mitä hyötyjä ja etuja muutoksesta voi yksittäiselle työntekijälle olla?
- 4 *Voimavarat (resources)*: Muutos edellyttää usein uusia voimavaroja. Työnantajan vastuulla on huolehtia siitä, että muutokseen tarvittavat rekrytoinnit ja siirtymät tehdään ajoissa. Ilman riittäviä voimavaroja – työntekijöitä – muutos ei onnistu.
- 5 *Aikataulu (schedule)*: Aikataulutus tulee tehdä ajoissa ja realistisesti. Muutosta ei kannata ajoittaa ajanjaksoihin, jotka ovat muutenkin kiireisiä tai haasteellisia.

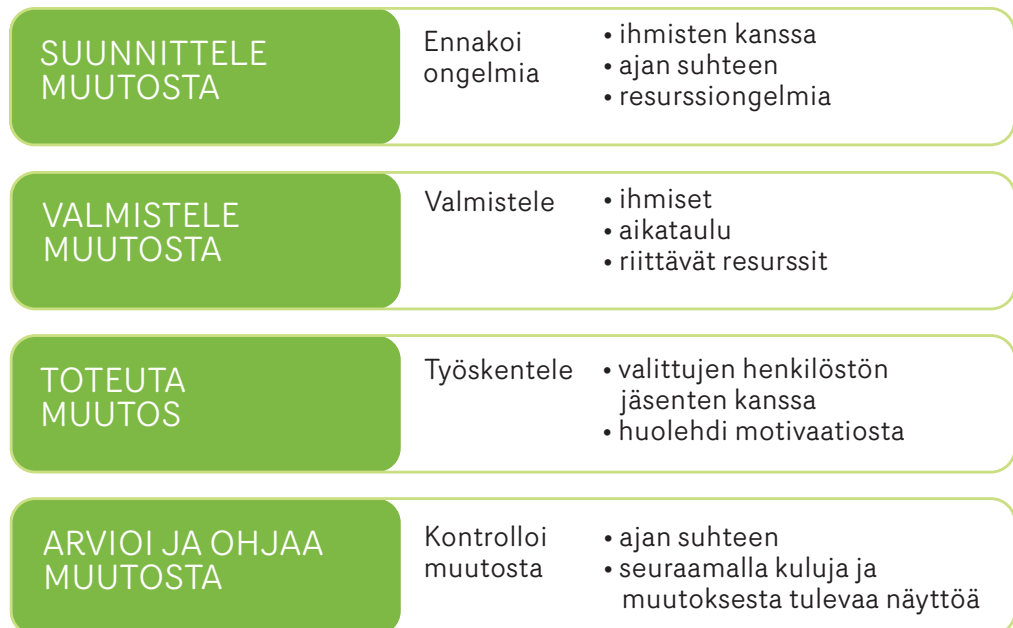
Patonin ja McCalmanin (emt.) ydinviesti on, että organisaation kulttuuri ja ilmapiiri (avoimuus, rehellisyys, yhteistyöorientoituneisuus) heijastuvat suoraan tapoihin, joilla työntekijät suhtautuvat työkäytänteiden muutosprosesseihin. Jotta työntekijät todella antautuvat kehittämään omaa ammatillista työotettaan, täytyy heidän nähdä muutos omaa työtään tukevana mahdollisuutena, ei uhkana tai vaatimuksena. Muutokseen

suhtautumiseen vaikuttaa merkittävästi se, miten paljon työntekijöillä on saatavilla ajankohtaista, riittävää ja tarkkaa tietoa muutosprosessin kulusta. Kun ihmiset ovat epävarmoja siitä, mitä muutos heille ja heidän työyhteisölleen tarkoittaa ja mihin se johtaa, he saattavat tehdä virheellisiä tulkintoja, jotka voivat vaikuttaa kielteisesti heidän ja muiden työyhteisön jäsenten suhtautumiseen.

Muutoksesta tiedottaminen on tärkeää koko työyhteisölle, ei vain niille, jotka siihen suoraan osallistuvat. Tämä korostuu työmenetelmien koulutuksessa. Koulutukseen pääsevät vain harvoin osallistumaan kaikki työyhteisön työntekijät, mutta muutokset työyhteisön osan työskentelyssä koskettavat epäsuorasti myös niitä, jotka eivät ole koulutuksessa mukana. Oleellista onkin se, miten ne, jotka eivät koulutukseen osallistu, tilanteeseen suhtautuvat: ovatko he kateellisia, vihaisia, iloisia tai helpottuneita; kokevatko he olevansa vahvoilla vai heikoilla; pitävätkö he ratkaisua oikeudenmukaisena vai epäonnistuneena.

Ongelmien välttämiseksi organisaatiopsykologiassa korostetaan muutoksen huolellista suunnittelemista. Työskentelyn muuttuminen merkitsee myös ihmisten muuttumista, ja sen tulisi olla yksi kokonaisuus, jota johdetaan johdonmukaisesti ja avoimesti. Paton ja McCalman (emt.) kuvaavat muutoksen johtamisen vaiheittaisen mallin seuraavasti:

KUVIO 2.2.

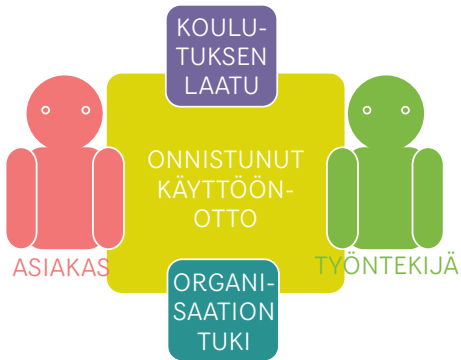


Jotta uusi työmalli siirtyy toimivana käytäntöön uudessa paikassa, täytyy organisaation tasolla tehdä riittävästi valmistelevia toimia. Hyväkään koulutus ei tuota tulosta, jos se putoaa kiviselle organisatoriselle maaperälle. Tähän päteeikin vanha kansansanonta: hyvin valmisteltu on puoliksi tehty.

Organisaatio tarjoaa kasvualustan uudelle menetelmälle. Itse käyttöönotto toteutuu työntekijöiden koulutuksen ja sen myötä muuttuneiden työtapojen välityksellä. Implementaatiotutkimus onkin kiinnittynyt arvioimaan oppimista etenkin koulutuksen ja siinä tarvittavien koulutuksellisten osa-alueiden näkökulmasta. Siirrymme seuraavaksi tarkastelemaan näitä.

2.3

IMPLEMENTAATION OSATEKIJÄT: ORGANISAATIO, KOULUTUS, TYÖNTEKIJÄ JA ASIAKAS



Uuden työmallin koulutuksen tehtävä on siirtää tutkimuksissa näyttöön perustuvaksi havaittu työtapo oikeaoppisena, mallin mukaisena ja integroituneena käytäntöön. Näyttöön perustuvien menetelmien koulutusten vaikutuksia käsittelevässä katsauksessa Beidas & Kendall (2010) tarkastelevat koulutuksia neljän osatekijän kautta: koulutuksen laadun, työntekijän ominaisuuksien, asiakkaan ominaisuuksien ja organisatorisen kontekstin.

Koulutuksen laatuun vaikuttavat yhtä lailla koulutuksen sisältö ja käytössä olevien koulutusmenetelmien valikko. Sisällöllä tarkoitetaan eritoten koulutuksen kohdentumista – onko koulutuksen tavoitteena sisäistää manuaali, työtavan ihmiskäsitys vai muutoksen aikaan saamiseen tarkoitetut konkreettiset interventiot ja tekniikat. Esimerkiksi motivoivan haastattelun koulutuksessa korostetaan *menetelmän hengen* sisäistämistä eli sitä, että työntekijät oppivat motivoivan haastattelun filosofisen tyylin kohdata asiakas. Tekninen osaaminen on tärkeää mutta periaatteisiin nähden toissijaista (Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano 2004). MDFT:ssä taas ajatellaan, että suhtautumistavan lisäksi tarvitaan konkreettisia vuorovaikutustekniikoita, jotka työntekijöiden tulee hallita (tästä tarkemmin luvussa 3) (Liddle 2002).

Koulutuksen sisältö ja koulutusmenetelmät kietoutuvat monin tavoin toisiinsa. Usein terapeuttien työtapojen koulutukset toteutuvat lähiopetuksena (luentoina tai työpajatyypisenä toimintana), jonka lisäksi koulutettavan odotetaan perehtyvän erikseen määriteltyyn kirjallisuuteen. Näyttöön perustuvan työtavan käyttöönottoon nämä oppimisen mediat eivät kuitenkaan riitä. Tutkimuksissa on havaittu, että lähiopetuk-

sessä työntekijöiden kliiniset taidot kyllä kehittyvät ja teoreettinen ymmärrys kasvaa, mutta muuttuneet taidot eivät integroidu arkeen (Sholomskas ym. 2005). Jos koulutus on pelkkää lähiopetusta, syntyy riski, että työntekijät palaavat vanhoihin, itselleen tuttuihin käytäntöihin jonkin ajan kuluttua (Miller ym. 2004). Tämä kuvaa koulutuksen ydintehtävää – työntekijän toiminnan muutosta, jolle tulee antaa riittävästi aikaa ja tukea. Passiivisen vastaanottamisen sijaan näyttöön perustuvan menetelmän oppiminen edellyttää *aktiivista ja mahdollisimman monimuotoista* koulutusprosessia.

Aktiiviseen oppimisprosessiin sisältyy tiedollisen komponentin lisäksi toiminnallisia osuuksia ja ennen kaikkea oman toiminnan havainnointia. Koulutuksellisia menetelmiä käytetään *mallintamista* (esimerkiksi kokeneiden työntekijöiden asiakastilanteiden nauhoituksia tai rooliharjoituksia, joissa kouluttaja toimii työntekijänä), harjoituksia (kuten rooliharjoituksia pienryhmissä) ja koulutettavien yhteiskeskustelua ja pohdintaa. ”Sana muuttuu lihaksi” eli teoria käytännöksi, jos koulutettava kokee itse muutoksen, saa omia kokemuksia menetelmän mukaisesta toiminnasta ja saa samalla asiantuntijan palautetta työskentelystään. Oppiminen tapahtuu aktiivisen tekemisen ja tuen välittämänä. Oman toiminnan havainnointia ja reflektointia yhdessä kollegoiden ja kouluttajien kanssa pidetään tehokkaimpana keinona kehittää työskentelytapoja ja kliinisiä taitoja (Beidas ym. 2010; Cross, Matthieu, Cerel & Knox 2007).

Herschell ym. (2010, 462) toteavat oppimisprosesseja luotaavassa artikkelissaan, että parhaimmat implementaatiotulokset syntyvät silloin, kun lähiopetuksen rinnalla implementaation sisältyy koulutushoitosten eli koulutettavan oman työn tutkimista ja tarkkailua, palautetta kouluttajalta (tai muulta seniorilta), konsultaatiota ja säännöllistä menetelmäohjausta (coachingia). Samaan johtopäätökseen tulivat Miller ym. (2004): hoitoprosessien tulokset paranivat, kun koulutus oli intensiivinen ja vaativa. Oman työn havainnointi tarkoittaa itseanalyysin lisäksi todellisen, toteutuneen asiakastyön nauhoittamista ja analysoimista yhdessä kouluttajan kanssa. Nämä koulutusosuudet liittyivät yhtä lailla osaamisen kehittymiseen, muutosten ylläpysymiseen ja parantumisiin tuloksiin asiakastyössä. Viesti on kirjoittajien (ema.) kuvaamana selkeä: oman työn arviointia ja tutkimista asiantuntijapalautteen avulla ei voi korvata millään muulla menetelmällä. Esimerkiksi koulutettavien itsearviointit omasta työskentelystään eivät ole riittävän luotettava mittari, sillä tutkimuksissa on todettu, että työntekijöillä on taipumus yliarvioida omien kliinisten käytäntöjensä muuttuminen ja osaaminen. Hyvään implementaatioprosessiin sisältyy siksi myös ulkopuolisen henkilön tekemää arviointia siitä, missä määrin työntekijä toimii menetelmän mukaisesti (*adherence*, menetelmäuskollisuus) ja toisaalta missä määrin koulutettava hallitsee menetelmään nivoutuvat kliiniset taidot (*competency*, osaaminen). Menetelmäuskollisuutta ja kyvykkyyttä arvioidaan nauhoituksista; tästä lisää liitteessä 1.

Jotta implementaatioprosessilla on hyvät mahdollisuudet onnistua, täytyy koulutussisällön olla teoreettisesti ja kliinisesti riittävää ja osuvaa. Koulutusmenetelmien tulee olla monipuolisia ja niiden tulee systemaattisesti aktivoida koulutettavaa haastamaan

itseään ja toimintatapojaan. Tähän kytkeytyy myös käyttöönoton ja käytännön työn merkittävä haaste: näyttöön perustuvan työmenetelmän koulutus on intensiivistä ja aikaa vievää. Jotta uusia työtapoja voi todella omaksua, oppimisen täytyy tapahtua hallitusti ja samanaikaisesti sekä tiedollisella että konkreettisella tasolla – vahvasti ohjattuna. Oppimisen ohituskaistaa näille osatekijöille ei ole. Implementaatio tarkoittaa siksi käytännössä koulutettavien työntekijöiden työn uudelleen järjestelyjä siten, että koulutettavalla on mahdollisuus paneutua kaikkiin niihin oppimisen väyliin, jota menetelmän implementaatioon sisältyy. Siirrytäänkin seuraavaksi analysoimaan implementaatioprosessin ja työntekijän suhdetta.

MUUTTUJANA TYÖNTEKIJÄ

Kun tutkimuksissa kuvataan vaikuttavia menetelmiä, puhutaan helposti yleisellä ja hieman harhaanjohtavalla tasolla siitä, miten jokin tietty hoito-ohjelma saa aikaan tietyntylaisia vaikutuksia. Käytännössä kuitenkin menetelmän vaikutukset syntyvät työntekijän ja asiakkaan/potilaan yhteistoiminnasta. Kuten edellisessä luvussa todettiin, on työntekijän ominaisuuksilla – suhtautumisella, avoimuudella, aiemmalla kliinisellä kokemuksella, teoreettisella orientaatiolla, implementaatioon liittyvillä oletuksilla ja kliinisillä taidoilla – hyvin suuri vaikutus toiminnan tuloksiin. Työmallit eivät paranna ketään, vaan työntekijöiden oikein kohdennettu, muotoiltu ja ajoitettu toiminta tuottaa tulokset. Siksi ei ole samantekevää, ketkä koulutautuvat uuteen työtapaan.

Toistaiseksi tutkimustietoa koulutettavien työntekijöiden valintaprosessista on hyvin rajoitetusti saatavilla. Olemassa olevissa tutkimuksissa nostetaan korostetusti esiin kaksi muuttujaa: työntekijän suhtautuminen koulutettavaan menetelmään ja työntekijän aiempi teoreettinen ja kliininen tausta. Asiakastyössä nimenomaan työntekijän suhtautumista on pidetty merkittävänä muutostekijänä. Silloin kun työntekijä uskoo siihen, mitä hän tekee, työskentelyllä voi olla hyviä vaikutuksia (ks. luku 1). Siksi jalkauttamisprosesseissa tulisi pohtia tarkkaan, kuka työntekijä koulutetaan: kenellä on motivaatioita ja halua oppia uutta, uuden asian omaksumiskykyä, sopiva elämäntilanne ja sellainen työnkuva, johon käyttöön otettava menetelmä sopii. Uuden omaksumiseen ja sisäistämiseen vaikuttaa myös se, missä vaiheessa työelämäkaarta koulutettava työntekijä on. Tutkimukset näyttävät tukevan oletusta, että varhaisemmassa vaiheessa olevat, työtehtävissään tuoreemmat työntekijät suhtautuvat näyttöön perustuviin malleihin myönteisemmin ja avoimemmin kuin kollegat, joilla on jo pitkä työhistoria ja vakiintuneet työkäytännöt (Beidas ym. 2010). Kun työn tekemisen tavat ovat vielä muotoutumis- ja kehitysvaiheessa, niihin pystyy herkemmin vaikuttamaan. Toisaalta pitkä kliininen kokemus antaa itseluottamusta ja levollisuutta oman työn kehittämiseen.

Decker ym. (2011, 279) toteavat, että implementaatioprosessien tukemisen kannalta juuri terapeutteihin liittyviä tekijöitä ja niiden vaikutuksia tulisi ymmärtää paremmin. Hyväkään koulutusohjelma ei tuota tulosta, jos työntekijällä ei ole työskentelyn uudistamisen edellyttämiä valmiuksia ja tahtoa.

ASIAKAS

Kuten edellisessä luvussa todettiin, näyttö jostain menetelmästä syntyy usein varsin tarkasti määriteltyjen potilasryhmien hoitamisesta. Vaikuttavuustutkimuksissa vertailtavat hoitoryhmät pyritään vakioimaan käyttämällä erilaisia poissulkukriteerejä. Kliinissä käytännössä yhtä selvä rajojen määrittelemine ei useinkaan ole mahdollista. Parhaiden mahdollisten tulosten saamiseksi onkin hyvä pohtia, vastaavatko koulutettavan organisaation potilasryhmät sitä ryhmää, jonka hoidossa menetelmä on havaittu tehokkaaksi.

Implementaation kannalta asiakas on luonnollisesti oleellinen muuttuja (ks. myös luku 1, asiakasta koskevat yleiset tekijät). Asiakkaan muuttujina pidetään mm. ikää (kehitysvaihetta) ja ongelmien luonnetta (vakavuutta, päällekkäisyyttä, selvärajaisuutta, pitkäkestoisuutta), joissain tilanteissa myös älykkyydosamäärää (kognitiivinen toimintakyky). Lisäksi esiin otetaan monissa tilanteissa myös sosiaalinen toimintakyky ja hoitotulosta koskeva odotus. Mallinnettujen työtapojen etu on kuitenkin se, että niissä on pääsääntöisesti varsin tarkasti kuvattu, minkälaisille potilaille ja minkälaisiin tilanteisiin työmuoto parhaiten soveltuu.

2.4

YHTEENVETO

Tässä luvussa olemme käsitelleet työskentelytapojen muutoksen edellytyksiä ja tekijöitä. Lukua läpileikkaa huomio, että työskentelytapojen muutos on mahdollista, mutta siihen vaikuttaa monet eri tekijät. Organisatorinen ympäristö ja sen erityispiirteet, kuten avoimuus ja monensuuntaisen tiedonkulun sujuvuus, ovat yhtä tärkeitä tekijöitä toiminnan uudistamisessa kuin malli, jota aletaan käyttää ja työntekijä, joka mallia toteuttaa.

Mihin sitten kannattaa kiinnittää huomiota, kun suunnitellaan työskentelyn tehostamista? Liikkeelle on hyvä lähteä tarpeesta. Työmenetelmien vaikuttavuuden näyttö on syntynyt tietyn tutkimuksellisen kohderyhmän hoitamisesta. Vastaavatko kohderyhmän kriteerit sitä hoitopopulaatiota, jonka työntekijät kohtaavat? Toiseksi kehittämis-työ edellyttää myös mahdollisten muutosten haasteiden tunnistamista. Mitkä tekijät esimerkiksi henkilöstöön, organisaation ilmapiiriin, käytössä oleviin voimavaroihin (työntekijät, aika, raha, välineet) tai ylipäättään organisaation laajempaan kontekstiin liittyen voisivat muodostua kehitystyön esteiksi? Minkälaisia aiempia kokemuksia organisaatiossa on erilaisista kehitysprosesseista? Työntekijöiden kouluttaminen uusiin työtapoihin siivilöityy eri vaiheissa eri osiin taustaorganisaatiota. Uuden menetelmän käyttöönotto on iso ponnistus, jossa tarvitaan monen tahon ja henkilön muutosmotivaatiota, tapaamisia, suunnitelmia ja kykyä luoviin ongelmanratkaisuihin.

Tämän teoksen kahdessa ensimmäisessä luvussa olemme tarkastelleet yleisellä tasolla nuorten palveluiden kehittämistä. Seuraavaksi siirrymme lähemmäs käytäntöä. Tulevat luvut kohdentuvat yhteen, edellä jo mainittuun työmenetelmään, multidimensionaaliseen perheterapiaan. Esittelemme ensin menetelmän taustaideat ja lopuksi kuvaamme, miten menetelmän käyttöönotto Suomessa tapahtui.

3

MULTIDIMENSIONAALINEN PERHETERAPIA, MDFT

Tässä luvussa esitellään multidimensionaalinen perheterapia, MDFT, jonka käyttöön-ottoa Suomen Mielenterveysseura koordinoi RAY:n ja Suomen Lääkäriliiton rahoituk-sella vuosina 2011–2013. Luvun lähteinä on käytetty pääsääntöisesti MDFT-koulutuk-sen materiaaleja, eikä niitä siksi ole tekstissä aina erikseen mainittu. Menetelmään ja siitä olemassa oleviin lähteisiin ja viitteisiin voi tutustua esimerkiksi internetissä osoit-teessa www.mdft.org tai Suomen Mielenterveysseuran kotisivuilla www.mielenterveys-seura.fi/palaset_kohdalleen.

MDFT on yhdistelmähoitomalli, jossa yksi työntekijä tekee yksilö-, perhe- ja verkosto-työtä. MDFT kuuluu manualisoitujen työmallien joukkoon. Se ei siis ole *psykoterapi*-aviitekehys, vaan intensiivinen perheterapeuttinen työmenetelmä. Ryhmävertailututki-mukset Yhdysvalloissa (mm. Baldwin ym. 2012) ja Euroopassa (Rigter ym. 2012) ovat todenneet sen vaikuttavaksi, ja siksi MDFT luokitellaan näyttöön perustuvaksi työta-vaksi sellaisille nuorille, joilla on vakavia käytös- ja päihdehäiriötä. Suomessa MDFT:n kohderyhmänä pidetään laajasti ottaen syrjäytymisvaarassa olevia nuoria, joilla on elä-mässään monenlaisia samanaikaisia vaikeuksia.

3.1. MENETELMÄN TAUSTA JA LUONNE

MDFT sai alkunsa 1980-luvulla Miamin yliopistossa Yhdysvalloissa. Työryhmä, jota johti professori Howard Liddle, halusi kehittää päihde- ja käytöshäiriöisten nuorten auttamistyötä yksilömuotoista hoitoa laajemmaksi ja kokonaisvaltaisemmaksi. He tuottivat systeemiteoriaan ja kehityopsykologiseen näkökulmaan nojautuvan työmallin, jossa huomioidaan nuoren arkinen elämä ja kaikki ne tekijät, jotka vaikuttavat päihde- ja käytöshäiriöiden syntymiseen ja ylläpysymiseen. Malli nojautuu kolmeen teoreetti-

seen viitekehukseen. *Riski- ja suojatekijöiden* arviointi ja kartoitus auttaa tunnistamaan psykologisia, sosiaalisia, biologisia ja ympäristötekijöitä, jotka vaikuttavat ongelmiin ja niistä selviytymiseen. *Kehityopsykologisella* lähtökohdalla tarkoitetaan sitä, että nuoren elämäntilannetta ja siihen johtanutta elämänkulkua analysoidaan suhteuttamalla se normatiiviseen kehityskaareen. Tällöin kysytään, milloin häiriöt alkoivat, miksi, mitkä tekijät siihen liittyivät ja minkälaisia ketjuuntuneita seurauksia tästä on aiheutunut. *Ekologinen näkökulma* puolestaan avaa erilaisten ja eritasoisten sosiaalisten vaikuttajien roolia. Perheen lisäksi tutkitaan kasvuympäristön, kavereiden, koulun ja muun viran-omaisverkoston roolia nuorten tilanteessa. Teorioista on muodostettu ”*part and whole*”-perusperiaate, näkemys, että jokainen osanen vaikuttaa kokonaisuuteen. Kaikkia nuoren elämässä olevia tahoja (systeemejä) ja merkityksellisiä ihmissuhteita ja niiden ilmiöitä arvioidaan ja työestetään osana kokonaisuutta. Kokonaisuutta ei voida muuttaa ilman, että kaikki ulottuvuudet muokkaantuvat samanlinjaisesti. Tästä on syntynyt myös työtavan nimi *monimuotoinen* perheterapia.

Asiakkaalle MDFT tarkoittaa tiivistä ja kokonaisvaltaista työskentelyä, mutta määrämittaisen jakson ajan (prosessi kestää 5–9 kuukautta). Myös työntekijän näkökulmasta MDFT on vaativa mutta tehokas ja palkitseva menetelmä. Haasteet kohdistuvat ennen kaikkea työntekijän kliinisiin vuorovaikutustaitoihin. Tutkimuksissa saadut hyvät tulokset perustuvat menetelmän oppi-isän, Miamin yliopistossa työskentelevän professori Liddlen mukaan siihen, että MDFT:ssä työntekijä osaa toimia paineisissa ja tukalissa tilanteissa oikeinkohdennetusti. Työntekijöiden vuorovaikutustaidot ja suhtautuminen muutokseen – muutosoptimismi – ovat intensiivisessä työssä merkittäviä muutostekijöitä (Liddle 2013).

Toinen MDFT:n ydinteemoista on laaja-alainen ja monimuotoinen tilanearviointi, jonka tekemiseen työntekijä käyttää lähteinään kaikkia nuoren tilanteen kannalta tärkeitä tahoja: nuorta itseään, hänen vanhempiaan ja muita perheenjäseniä, epävirallista verkostoa kuten kaveripiiriä sekä virallista verkostoa kuten koulua, sosiaalityöntekijöitä, lääkäreitä ja poliisia. Saman pöydän ääreen tuodaan jokaisen osapuolen näkemys ongelmien syistä, vaikutuksista ja muutoksen tarpeista. Näin voidaan rakentaa mahdollisimman totuudenmukainen ja riittävän yksityiskohtainen, ”ekologisesti validi” arviointi siitä, mistä vaikeudet ovat saaneet alkunsa, ja luoda perusta muutoksen tekemiselle.

TAULUKKO 3.1. MDFT:N KLIINISTÄ TYÖTÄ OHJAAVAT PERIAATTEET:

1. *Nuoren käytös- ja päihdehäiriö on monimuotoinen ilmiö.* Yksilölliset biologiset, sosiaaliset ja kognitiiviset tekijät, yhtä lailla kuin persoonallisuuteen, ihmissuhteisiin, perheeseen, kehitykseen ja sosiaaliekologiaan vaikuttavat muuttujat voivat kaikki vaikuttaa päihde- ja käytöshäiriön kehittymiseen, ylläpysymiseen, syvenemiseen ja kroonistumiseen.
2. *Perheen rooli on ratkaiseva nuoren uuden ja suotuisamman arjen rakentamisessa.* Nuoren suhteet vanhempiin ja muihin perheenjäseniin ovat olennaisia muutostekijöitä. Nuoren arkinen elämä ja arkisten ihmissuhteiden laatu heijastuvat suoraan nuoren käyttäytymiseen.
3. *Kriisit ja ongelmat ovat hyviä tiedonlähteitä ja tarjoavat mahdollisuuden muutokselle.* Ne tulee nähdä arviointia varten tarvittavan tiedon lähteinä ja intervention paikoina.
4. *Muutos on monimuotoinen, usealla tasolla tapahtuva monen asian yhteistulos.* Sen laatu riippuu työskentelyn vaiheesta. Käyttäytymisen muutos toteutuu mielensisäisenä ja ihmisten välisenä prosessina, joka heijastuu muihin ihmisiin, toimintaympäristöihin ja moniin systeemeihin. Muutoksen monimuuttujaisuuden vuoksi työntekijän tulee varmistaa muutoksen toteutuminen useissa paikoissa, samanaikaisesti ja samansuuntaisesti.
5. *Motivaatioon voi vaikuttaa.* Kaikki nuoret eivät ole motivoituneita työskentelyyn, ja motivaation voimakkuus voi vaihdella paljon perheen jäsenten välillä. Se ei kuitenkaan estä työskentelyä. Asiakkaiden motivaation virittäminen ja vahvistaminen on yksi työntekijän ensimmäisistä ja tärkeimmistä tehtävistä.
6. *Työ edellyttää useita samanaikaisia yhteistyösuhteita,* sillä ne tukevat muutoksen toteuttamista. Työntekijä luo jokaiseen työskentelyyn osallistuvaan henkilöön kannattelevan yhteistyösuhteen. Yhteistyösuhteista huolehtiminen on työntekijän vastuulla.
7. *Nuoren vahvuuksien tukemiseksi räätälöidään yksilöllisiä interventioita.* Yleisesti ottaen interventioilla pyritään tukemaan nuoren ja vanhempien voimavaroja ja onnistumisen kokemuksia jokaisen istunnon aikana ja istuntojen välillä. Jokaisen intervention pitää kuitenkin olla oikein kohdennettu siten, että se vastaa nimenomaan kyseisen henkilön tilanteeseen ja yksilöllisiin ominaisuuksiin.
8. *Hoito toteutuu vaiheittain.* MDFT rakentuu kolmesta vaiheesta: 1) aloitus, motivaatio ja yhteistyösuhteet, 2) läpityöskentely, 3) lopetus. Työskentelyssä korostetaan jatkuvuutta siitä, miten edellisen tapaamisen tapahtumat ja teemat liittyvät seuraavaan.
9. *Terapeuteilla on suuri vastuu.* Terapeutit edistävät motivaation vahvistumista ja ylläpysymistä. He analysoivat tilannetta jatkuvasti, suunnittelevat kokonaisuutta ja valmistelevat jokaisen tapaamisen. Terapeutit pitävät työn fokuksessaan, mutta osaa- vat tarpeen tullen olla joustavia ja muuttaa suunnitelmia.
10. *Terapeutin suhtautuminen on kriittinen muutostekijä.* Terapeutit edistävät perheiden hyvinvointia. He eivät toimi asiakkaiden puolesta, vaan auttavat asiakkaita itse tekemään muutoksia. Siksi terapeutin kannustava ja realistinen suhtautumistapa on yksi muutostekijä.

3.2

MDFT:N VAIKUTTAVUUS

MDFT:n on havaittu tehokkaaksi menetelmäksi useissa eri tutkimuksissa (ks. esim. viitteet taulukossa 1 luvussa 1). Tutkimustulokset osoittavat, että MDFT vaikuttaa erityisesti päihteidenkäytön vähenemiseen ja hoitotuloksen pysyvyyteen. Ryhmävertailu- tutkimuksissa MDFT:llä on saavutettu ryhmäterapiata, perheterapiaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja laitoshoidoa parempia hoitotuloksia (ks. Henderson, Dakof, Greenbaum & Liddle 2010; Liddle ym. 2009; 2008; 2004; 2001). MDFT-ryhmiin osallistuvilla nuorilla päihteiden käyttö on laskenut nopeammin (Liddle ym. 2004; Liddle ym. 2001) ja päihdeongelmien vakavuus ja eri päihteiden käyttö ovat vähentyneet enemmän kuin verrokkiryhmissä (Henderson, Dakof, Greenbaum & Liddle 2010; Liddle, Dakof, Turner, Henderson & Greenbaum 2008). Hoitotulokset ovat pysyneet säännöllisesti 12 kuukauden seurannoissa. MDFT:n on todettu vähentävän tehokkaasti myös masennus- ja ahdistuneisuusoireilua sekä käyttäytymisessä ilmeneviä oireita. Lisäksi se vaikuttaa myönteisesti koulun käyntiin ja koulumenestykseen (Liddle ym. 2009; 2001). Rikollinen toiminta on vähentynyt MDFT-nuorilla laitoshoidoa saaneita nuoria enemmän (Liddle ym. 2009).

Huomionarvoista on, että MDFT näyttäisi olevan erityisen vaikuttava juuri pitkälle kehittyneistä ja vaikea-asteisista päihdeongelmista ja useista samanaikaisista mielenterveyden ongelmista kärsivien nuorten hoidossa (*high risk and high conflict families*) (Henderson, Dakof, Greenbaum & Liddle 2010; Liddle, Dakof, Turner, Henderson & Greenbaum 2008). Yhdistelmähoidon tehot tulevat näkyviin nimenomaan vaikeissa ja haastavissa tilanteissa, kuten silloin, kun nuoren kohdalla suunnitellaan laitossijoitusta.

3.3

MDFT KÄYTÄNNÖSSÄ

MDFT-työ nojautuu ajatukseen ”enemmän, mutta lyhyemmässä ajassa”. Koko hoitoprosessi kestää keskimäärin noin viisi mutta enintään yhdeksän kuukautta. Prosessi on intensiivinen. Työntekijä on nuoreen ja perheeseen yhteydessä useana päivänä viikossa, ja kontaktit toteutuvat kasvokkain, puhelimitse ja tekstiviesteillä. MDFT-työskentelyn aloittaminen edellyttää, että nuoren elämässä on ainakin yksi aikuinen, joka on valmis sitoutumaan työskentelyyn. Huoltajan läsnäolo on välttämätöntä, sillä MDFT:ssä tavoitteena on perheen vuorovaikutuksen ja sitä kautta dynamiikan muuttuminen. Työskentelyn lähtökohta on, että nuoren elämässä voi tapahtua muutos vasta kun nuoren, vanhempien ja perheen ongelmia tuottavat ja ylläpitävät ajattelu- ja toimintatavat on tunnistettu ja purettu.

MDFT haastaa Suomessakin vahvaa yksilötyön perinnettä. Kun nuori ei voi hyvin, monissa paikoissa on tapana kohdentaa apu usein vain nuoreen ja hänen oireisiinsa. Ei

ole tavatonta, että perheen tai vanhempien osuus työskentelyssä jää melko vähäiseksi. Olemme tottuneet ajattelemaan esimerkiksi, että kun hoitotaho ottaa vastuun nuoren tilanteen työstämisestä, perheellä on mahdollisuus palautua ja kerätä voimia. Vaikka ratkaisu sinällään on ymmärrettävä, on se suurella todennäköisyydellä lyhytkantoinen, sillä ympäristö ja tilannetekijät vaikuttavat nuoren käyttäytymiseen ratkaisevasti. Systemiteoreettisen viitekehyksen mukaan muutoksen ylläpitäminen edellyttää *samanaikaista ja samansuuntaista* muutostyötä kaikilla systeemin tasoilla, joten MDFT:ssä otetaan työskentelyyn mukaan kaikki ne instanssit ja henkilöt, jotka ovat osallisena epäsuotuisissa ja toisaalta suotuisissa tilanteissa. Esimerkiksi perheen tilanne ja tilannetekijät ovat vastavuoroisessa suhteessa nuoren toimintaan: perhetekijät heijastuvat nuoren käyttäytymiseen ja vointiin, ja nuoren ongelmat lisäävät perheen kuormittuneisuutta ja siten syövät perheen voimavaroja ponnistella muutoksen eteen. Nuorten käyttäytymisessä ilmenevät vaikeudet eivät ole pelkästään dispositionaalisia, yksilön ominaispiirteitä, vaan ne saavat voimansa ja merkityksensä tilanteen ja ympäristön vaikutuksessa.

Ympäristö- ja tilannetekijöiden merkitykset ilmenevät myös kirjallisuudessa, jossa korostetaan vanhempien ja työntekijän yhteistyösuhteen merkitystä nuorten hoitojen onnistumisessa. MDFT:ssä oletetaan, että nuori tulee MDFT-työskentelyyn jonkun ohjaamana ja siten siis vailla omaa sisäsyntyistä muutosmotivaatiota. MDFT:n juju on, että nuoren motivoitumisen ja hoitoon kiinnittymisen ajatellaan tapahtuvan vanhempien kautta. Vanhemmat nähdään lastensa asiantuntijoina, muutokseen ”tarvittavana lääkkeenä”. Vanhempien tarve ja halu auttaa lastaan tekemään asioitaan toisin on keskeinen muutostekijä. Siksi MDFT:ssä aloitetaan työskentely vanhempien motivaation ja muutosuskon vahvistamisesta. Kun vanhemmat kokevat tulevansa kuulluiksi ja ymmärretyiksi, he voivat alkaa työstämään omaa suhtautumistaan lapseensa ja toisiinsa. Tällöin heidän toiveikkuutensa lisääntyy. Samanaikaisesti, mutta erillään vanhempien kanssa työskentelystä, MDFT:ssä autetaan nuorta tekemään sama työ; löytämään itselleen merkityksellisiä syitä muuttaa tilannettaan; tunnistaa asioita, joita hän itse elämässään haluaa saavuttaa; paikallistamaan ja nimeämään pahoinvointiin liittyviä kokemuksia. Näiden samanaikaisten ja hallitusti eteenpäin vietyjen prosessien kautta voidaan yhdessä paikallistaa nuoren ongelmien alkujuuuri ja ongelmavyöhyden ytimessä olevat hankalat kokemukset ja tunteet sekä vanhempien ja perheen osallisuus niihin.

Intensiivinen ja nopeasti ongelmien ytimeen menevä työskentely edellyttää kuitenkin vahvaa yhteistä maaperää eli luottamuksen, kunnioituksen ja yhteisten sopimusten säilyttämää ja tukemaa yhteistyösuhdetta kaikkien osallistujien välillä. MDFT-työntekijän kaikkea työskentelyä läpileikkaava tehtävä on panostaa monen samanaikaisen yhteistyösuhteen rakentamiseen ja ylläpitämiseen. Tämä on samanaikaisesti hyvän hoitotuloksen edellytys ja työntekijälle suuri ammatillinen ponnistus. Yhteisen työskentelyn varmistaminen jokaisen perheenjäsenen ja keskeisten verkostojen edustajien kanssa on ehdoton edellytys prosessin tuloksellisuudelle. Koska MDFT-työskentely usein lähtee tilanteesta, jossa motivaatio tulee lähinnä ulkoisista lähteistä, tarvitaan

mahdollisuus tavata useaan otteeseen. Yhteistyösuhde syntyy luontevammin, kun tapaamiset ovat tiiviisti lyhyen ajan sisällä. Ne voivat kestää lyhyemmän aikaa kerrallaan. Idea on, että viriävä motivaatio ei ehdi tukahtumaan tapaamisten välillä, kuten helposti tapahtuu, jos tapaamisia on vain kerran viikossa tai harvemmin.

Jotta perheeseen oikeasti syntyy uutta, jaettua ymmärrystä ongelmien syistä ja tapoja toimia toisin kuin ennen ja yhteistä hyvinvointia edistäen, tehdään MDFT:ssä jatkuvasti nuoren ja perheen kanssa puhumisen rinnalla konkreettisia muutoksia. Jokaisen perhetapaamisen perusidea on saada perheenjäsenet keskustelemaan yhdessä rehellisesti mutta rakentavasti. Sen sijaan, että esimerkiksi nuori kommunikoi vanhemmilleen työntekijän kautta, toimii työntekijä siten, että keskusteluyhteys rakentuu perheenjäsenten välille. Työntekijän tehtävä on säädellä perheenjäsenten keskustelua vaikeista asioista siten, että se pysyy aiheessa ja on kaikkien psyykkisen sietokyvyn rajoissa. Oletus on, että MDFT-tapaamiset ovat paikkoja, joissa perhe konkreettisesti harjoittelee puhumaan ja toimimaan uudella tavalla. Esimerkki voisi olla se, miten vanhemmat käyvät lapsensa kanssa läpi kotiintulosäännöt ja perusteet niiden olemassaololle. Näistä usein kiivaista ja alkuun työläistä keskusteluista ja sopimuksista muokataan kotitehtävät tapaamisten välille. Kotitehtävillä varmistetaan, että puhutut asiat eivät jää puheen tasolle, vaan ne siirtyvät arkeen askel askeleelta, pienin konkreettisina muutoksina. Konkreettiset muutokset toimivat oppimiskokemuksina. MDFT:n näkökulma on, että perheet, jotka odottavat epäonnistumista tai suhtautuvat muutokseen kyseenalaistaen, tarvitsevat heti työskentelyn alettua pieniä konkreettisia muutoksia, joiden suotuisa vaikutus näkyy heti arjessa. Kaikki voimavarat, jotka voivat vahvistaa myönteistä kehitystä, käytetään. Harrastusmahdollisuudet, työpaikat ja muu sellainen toiminta, joka auttaa nuorta löytämään mielekästä tekemistä, edistävät muutoksen syntymistä ja juurtumista osaksi hänen uutta identiteettiään. Tähän liittyy myös MDFT:n joustava suhtautuminen terapeuttisuuteen: jokainen asiakas on yksilö – terapeutin tehtävä on tuntea heidät niin hyvin, että hän osaa ”työntää siitä, missä tämän asiakkaan kohdalla liikkuu”.

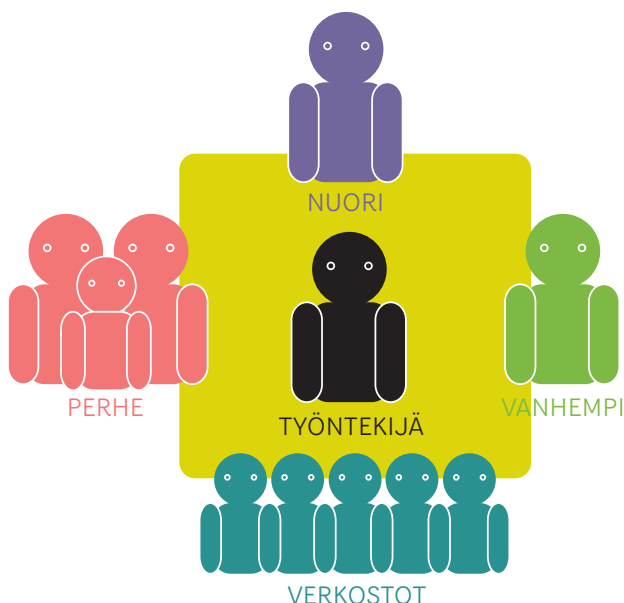
3.3 TYÖNTEKIJÄN TAIDOT RATKAISEVAT

MDFT-prosessissa asiakas koostuu siis nuoresta, hänen perheestään ja verkostoistaan (kuten koulusta ja muista viranomaisista). Koska prosessiin liittyy monia ihmisiä, tahoja ja näkökulmia, tarvitaan keino, jolla varmistetaan että kokonaiskuva nuoren tilanteesta säilyy mahdollisimman kirkkaana. Ratkaisu MDFT:ssä on yksi työntekijäjoka sekä tekee terapeuttisen työn että hallinnoi prosessia. MDFT:ssä ajatellaan, että koska nuorten vaikeudet heijastuvat arkeen monin eri tavoin ja useissa eri paikoissa, on muutoksen toteutumisessa ratkaisevaa, että vastuu tilanteen arvioinnista, työskentelyn suunnittelusta ja hallinnoimisesta on yhdellä selkeästi nimetyllä työntekijällä. Yksi ja sama työntekijä työskentelee nuoren kanssa kahden, vanhempien kanssa (vanhemmat yhdessä ja erikseen), perheen parissa ja verkostoissa. Näin pystytään ehkäisemään myös

tiedonkulun ongelmat. MDFT on käytännössä siis psykososiaalisen hoidon ja case manager- tai palveluohjaajatoiminnan yhdistelmä. Se on tiimiperustainen työtapana. Tiimissä on vähintään neljä jäsentä, joista yksi toimii tiimin ohjaajana, avainterapeutina. Hän myös antaa menetelmäohjausta. Jokainen työntekijä saa työlleen tukea tiimiltään ja omasta menetelmäohjauksestaan.

Juuri työskentelyyn liittyvien ratkaisujen ja päätösten tekemisen vastuun selkeä osoittaminen näyttää MDFT:ssä edistävän muutoksen syntymistä ja siirtymistä arkeen. Prosessit toteutuvat suuremmalla todennäköisyydellä oikeinkohdennetusti, kun yksi ihminen tietää, minkä tilanteen tai asian työstiminen on juuri nyt tarpeen ja keitä henkilöitä tapaamisiin tarvitaan mukaan. Vastuuhenkilön nimeäminen helpottaa kokonaisuuden hallintaa. Huomio voidaan kiinnittää nuoreen ja perheeseen, ei viranomaisverkostojen pyörittämiseen. Yhden työntekijän malli näkyy myös prosessien loppuun viemisenä: asiakkaat sitoutuvat työskentelyyn, kun heillä on tukenaan aina sama henkilö. Tällä tavalla MDFT tarjoaa yhden mahdollisen ratkaisun, jolla sirpaleinen palvelujärjestelmä ei muodostu muutoksen esteeksi.

KUVIO 3.1. YKSI TYÖNTEKIJÄ VASTAA KOKO PROSESSISTA.



MDFT:ssä työntekijällä on siis paljon vastuuta. Asiakasmäärät pidetään maltillisina, jotta intensiivinen työtapana on mahdollinen. Kokopäiväisesti MDFT:tä tekevällä henkilöllä voi olla 4–8 asiakasta kerrallaan. Asiakasmäärien rajoittamisen lisäksi kokonai-

suuksien hallintaan tarvitaan tukea. Edellä viitattiinkin jo siihen, että tuki toteutuu yhtäältä yhteisöllisenä eli MDFT-tiimin tukena ja toisaalta työn kirjallisena suunnitelmisena. Lisäksi työntekijät saavat säännöllisesti ulkopuoliselta havainnoijalta palautetta menetelmäuskollisuudestaan ja kyvyistään. Tätä kuvataan liitteessä 1.

Vaikka yksi työntekijä on vastuussa prosessista, on MDFT silti tiimiperustainen työmalli. Jokaisella työntekijällä on oma kotitiiminsä, joka kokoontuu viikoittain käymään asiakastilanteet läpi. Tiimitapaamisten lisäksi tiimin vastaava, *avainterapeutti*, antaa jokaiselle tiimin jäsenelle viikoittain yksilöllistä menetelmäohjausta. MDFT-menetelmäohjaus on järjestelmällistä ja tavoitteellista asiakastilanteen analysointia ja läpi-työstämistä, jossa työntekijä avainterapeuttinsa tuella arvioi asiakkaan kokonaistilannetta, tämänhetkistä vaihetta ja sen muuttumiseen tarvittavia toimia. Menetelmäohjaus on työskentelytavaltaan erilaista kuin tavanomainen suomalainen auttamistyön työnohjaus ja muistuttaa pikemminkin *coachingia*, jossa analysoidaan kokonaistilannetta, tehdään konkreettisia työsuunnitelmia ja valmistaudutaan tulevan viikon tapaamisiin.

Koska työ on intensiivistä ja työntekijällä on monia lankoja käsissään, vaatii jokainen MDFT-tapaaminen työntekijältä huolellista valmistautumista. Tapaamisella on aina ennakkoon mietitty, prosessin senhetkiseen haasteeseen vastaava teema, joka kumpuaa edellisen tapaamisen havainnoista ja joka jaetaan asiakkaitten kanssa. Jatkuvuus ja tapaamisten määrätietoinen toisiinsa linkittyminen tukee prosessia ja tekee siitä johdonmukaisen. Jatkuvuuden takuiksi työntekijä laatii ennen tapaamista kirjallisesti sisällölliset tavoitteet, kuten ”nuori kertoo, miksi kouluun lähteminen ei suju, vanhemmat kuuntelevat hermostumatta ja tekevät yhdessä nuoren kanssa suunnitelman ongelman ratkaisemiseksi”. Työntekijä pohtii myös, miten tavoitteen voi toteuttaa; minkälaiset interventiot ja tekniikat ja oman työn suuntaaminen edistävät vaikeiden aiheiden käsittelyä. Yksi MDFT:n ominaispiirre onkin se, että myös tapaamisten käynnistymiseen valmistaudutaan. Työntekijän on itse tiedettävä, mitä kohden mennään – minkä teeman käsittely on ajankohtaista ja vie kohti muutosta. Tapaamiset aloitetaankin perustelemalla aihe ja tehtävä asiakkaille (*rationale*). Tämä tukee työskentelyn johdonmukaisuutta ja ennustettavuutta.

Kirjallinen tapaamisen suunnitelma on työntekijän ”toimintasuunnitelma”, joka helpottaa keskustelun kohdentamista tarvittavaan aiheeseen, vaikka perhe itse sitä väistelsikin. Usein tavoitteet ovatkin sellaisia, että myös osallistujia pitää etukäteen valmistella. Esimerkiksi jos tiedetään, että käsiteltävä aihe on vaikea, voi terapeutti ennen perhekeskustelua työskennellä ensin yksin nuoren kanssa hetken, sitten vanhempien kanssa hetken. Näihin keskusteluihin liittyy osallistujan oman suhtautumisen tutkiminen, kuten: ”Mitä haluat sanoa tästä aiheesta, mikä on sinulle tärkeää, miten haluat tätä asiaa muuttaa? Mikä tässä aiheessa on sinulle vaikeinta, mitä pelkää tapahtuvan? Miten haluat, että minä tuen sinua?” Kaikkien osallistujien tukeminen ja avittaminen on työskentelyn ydinainesta. Oleellista ei ole suinkaan se, että asiakkaat pitävät työn-

tekijästä ja kokevat saavansa häneltä tarvittavaa tukea. Sen sijaan tavoitteena on, että perhe pystyy itse tekemään ja kokemaan asioita uudelleen. Siksi MDFT:ssä työntekijä määrätietoisesti auttaa perhettä ”menemään kipua kohti” eli puhumaan sellaisista asioista, jotka ovat tärkeitä mutta vaikeita ja joista aikaisemmin ei ole pystytty keskustelemaan, ainakaan ilman riitaa. Tämä on yksi MDFT:n ammatillisista vaatimuksista; työntekijää opetetaan työskentelemään rohkeasti vaikeiden tunteiden kanssa konfliktierkässä tilanteessa, tunteiden läällä (*”in close emotional proximity”*). Siinä missä tavanomaisessa perhetyössä saatetaan ajatella, että perhe ei vielä ole valmis vaikeiden tunteiden työstämiseen, ajatellaan MDFT:ssä, että perhe ei ole valmis muutokseen ennen kuin kivuliaat tunteet ja kokemukset on tunnistettu, nimetty ja käyty yhdessä läpi.

Yksi MDFT:n erityispiirre työntekijän näkökulmasta on juuri työskentelyn kohdentaminen julkilausumattomiin mutta perheenjäsenten suhtautumiseen ja toimintaan eri tavoin vaikuttaviin menneisiin kokemuksiin. Työmallin tuki on tässä suhteessa korvaamatonta, sillä ongelmien äällä oleminen ja niiden läpityöskenteleminen on pääsääntöisesti kivuliasta ja vaikeaa – yhtä lailla asiakkaille kuin työntekijöillekin.

3.4 KÄSIKIRJA KUVAA MUUTOSTEORIAN

MDFT on semimanualisoitu työtap. Käsikirjassa on kuvattu työn teoriaperustan lisäksi ehdotuksia tapaamisten rakenteeksi. Työntekijän työn kannalta oleellista on MDFT:n muutosteoria, joka toimii työntekijälle eräänlaisena ”kompassina vaativassa maastossa”, auttaa prosessien hallinnoimisessa.

MDFT:ssä muutoksen ajatellaan syntyvän pienin askelein; yksi hyvin valmisteltu ja oikein ajoitettu interventio kerrallaan. Samalla MDFT:ssä kuitenkin korostetaan, että muutoksen syntymisen edellytys on suunnitelmallisuuden lisäksi yksilökohtainen joustavuus. Joustavuus merkitsee tapaamisten herkkää havainnointia eli prosessin seuraamista ja tarvittavien muutosten spontaania tekemistä. MDFT:ssä terapeutin tehtävä on osata tarpeen mukaan hylätä suunnitelmansa ja käyttää ”tässä ja nyt” -tilannetta, jos se edistää perheen oppimista ja toimintaa. Muutos on todennäköisempää, kun nuori ja perhe kokevat muutoksen, eivät vain puhu siitä. Siksi kasvokkaisissa kohtaamisissa pyritään koko ajan luomaan tilanteita ja pysäyttämään työskentely sellaisiin kohtiin, joissa perhe voisi jo heti istunnossa tehdä jotain toisin. Terapeutin ammattitaitoa on tukea perhettä tähän. Uusissa tilanteissa ja kohdatessaan epävarmuutta asiakkaat – yhtä lailla nuoret kuin vanhemmatkin – helposti vetoavat työntekijän ammattitaitoon ja pyytävät työntekijää tekemään ratkaisuja heidän puolestaan. MDFT:n näkökulmasta muutoksen pysyvyyden kannalta on ratkaisevaa, että perheenjäsenet ja nuori itse tekevät muutoksen. Se vahvistaa heidän itseluottamustaan ja auttaa vastustamaan aiempia epäsuotuisia automaattisia toiminta- ja ajattelumalleja.

Intensiivisessä työssä korostuvat työntekijän kliiniset taidot. MDFT:ssä ajatellaan, että työntekijän kyky työskennellä paineisissa tilanteissa on oleellinen muutostekijä. Työntekijöiden täytyy ymmärtää erilaisten tekniikoiden lähtökohdat ja periaatteet mutta myös osata käyttää niitä hallitusti ja oikeinkohdennetusti. Siksi MDFT-koulutuksessa käytetään paljon aikaa kliinisten taitojen harjoittamiseen (tästä tarkemmin luvussa 4).

3.5

YHTEENVETO

Tässä luvussa kuvattiin yhden vaikuttavan työtavan, MDFT:n taustaa, keskeisiä ideoita ja käytänteitä. Kun MDFT:n aineksia vertaa esimerkiksi luvussa 1 esiteltyihin yleisiin tekijöihin, huomaa, että MDFT:ssä juuri yhteistyösuhde, sen vaaliminen ja kaikkien asiakkaiden motivointi on työn perusta vaativan kohderyhmän auttamisessa. Ilman osallistujien välistä yhteyttä ja vastavuoroisuuden kokemusta ei auttamistyössä päästä ongelmien äärelle. Koko työ lepää näiden tekijöiden varassa. Yhteistyösuhteesta ja motivaatiosta huolehtiminen on työntekijän tehtävä koko työskentelyn ajan.

MDFT:hen on sisäänkirjoitettu auttamistyön yleisiä tekijöitä, ja työtä ohjaa käsikirja. Käsikirjan tehtävä MDFT:ssä on toimia työntekijän ammatillisena tukena vaikeita asioita käsiteltäessä. Käsikirjassa on kuvattu tekniikoita ja interventioita, joita voi käyttää. Se siis toimii työntekijälle eräänlaisena valikkona, jonka tuella valmistautua työskentelyyn.

Käsikirjan merkittävimpiä etuja onkin työntekijän ammatillisen uskon vahvistaminen. Haastavat keskustelunaiheet edellyttävät työntekijältä uskoa omaan toimintaansa. Asiakkaat saattavat aluksi vastustaa jotain aihetta. Työntekijän täytyy osata arvioida, onko vastustaminen osoitus siitä, että aihetta todella ei voida vielä käsitellä, vai ilmentääkö se voitettavissa olevaa pelkoa tai ennakkoivaa mielikuvaa. MDFT:n oletus on, että asiakkaiden tulee siirtyä pois jumiutuneista ja ”mukaviksi [hallittaviksi] epämukavuusalueeksi” muuttuneista ongelmallisista toimintamalleista. Tämä tapahtuu tehokkaimmin itse tekemällä ja kokemalla, ulkopuolisen työntekijän tuella. Kaikki tämä haastaa työntekijää. Myös hänen täytyy tunnistaa omat epämukavuusalueensa ja osata vastustaa omaa toivetta pitää keskustelu vain mukavissa asioissa.

MDFT-työskentely on vaativaa, ja samalla se kuitenkin on osoittautunut vaikuttavaksi. Siksi on kehitetty laadunarviointijärjestelmä, jolla taataan keskeiset muutosmekanismit sekä tuetaan menetelmän jalkauttamista ja sen oikeaoppista käyttöä. Asiakastyöstä saatavan palautteen tehtävä on kertoa, missä määrin työntekijä todella työskentelee käyttämällä niitä parametrejä, jotka malliin sisältyvät. Laadunarviointi on iso osa koulutusta, implementaatiota ja osaamista – koko kokonaisuutta. Laadunarviointia käsitellään tarkemmin liitteessä 1.

4

KOKEMUKSIA MDFT:N KÄYTTÖÖN OTOSTA SUOMESSA

Luvussa 1 kuvattiin vaikeissa elämäntilanteissa olevien nuorten auttamiseen liittyviä yleisiä tekijöitä ja listattiin menetelmiä, jota ryhmävertailututkimuksissa ovat osoittaneet vaikuttaviksi. Luvussa 2 puolestaan pohdittiin uuden menetelmän käyttöön ottamiseen liittyviä tekijöitä, sitä, miten tutkimuksessa hyväksi havaittu työmenetelmä saadaan siirrettyä uuteen paikkaan käyttöön. Luvussa 3 kuvattiin yksityiskohtaisemmin MDFT-menetelmä, jonka jalkautumista Suomeen Suomen Mielenterveysseura on koordinoanut. Tässä luvussa kuvataan, miten ja minkälaisissa vaiheissa MDFT:n siirtyminen Suomeen tapahtui ja minkälaisia kokemuksia siitä kertyi.

4.1

MDFT:N JALKAUTTAMINEN VAIHEITTAIN

Tässä kuvataan MDFT:n implementointia Suomessa. Implementaatio-termi tulee englanninkielisestä sanasta *implementation* (*jalkauttaa, panna toimeen*), ja sitä käytetään kuvaamaan prosessia, jossa työmallia kokeillaan ja juurrutetaan käytäntöön uudessa toimintaympäristössä. Implementaatioprosessissa voidaan tunnistaa seuraavia vaiheita: valmisteluvaihe, altistamisvaihe (koulutus), käyttöön ottamisen vaihe (siirtäminen käytäntöön) ja juurtuminen (menetelmä käytössä). Tässä käsitellään MDFT:n implementaation vaiheista valmistelua, altistamista ja käyttöön ottamista. Seuraavaksi tarkastellaan näiden vaiheiden etenemistä.

4.1.1 VALMISTELUVAIHE

Suomen Mielenterveysseurassa (SMS) haluttiin kehittää – tehostaa ja uudistaa – tapoja, joilla työskennellään vaikeissa ja kriittisissä elämäntilanteissa olevien nuorten kanssa. SMS:ssä päätettiin selvittää, miten muissa länsimaissa toimitaan saman kohde-ryhmän kanssa. Samalla kutsuttiin koolle ryhmä asiantuntijoita ja työntekijöitä pohtimaan erilaisia etenemisvaihtoehtoja. Ryhmässä keskusteltiin kriittisesti siitä, tar-

vitaanko Suomeen jotain uutta ja muualla testattua työmallia haastavan kohderyhmän auttamiseksi, vai olisiko olemassa olevan tiedon ja tutkimusnäytön varassa mahdollista tukea ja kehittää edelleen Suomessa jo käytössä olevia kotoperäisiä menetelmiä. Muualle kehitetyn, tutkittuun näyttöön perustuvan työmallin etuina pidettiin oletusta, että se vaikuttavuuden lisäksi toisi työskentelykulttuuriin uusia näkökulmia ja käytänteitä. Valmiiksi testatun koulutusohjelman ja -sisällön käyttöönotto tapahtuisi nopeammin kuin vanhan mallin kehittäminen. Lisäksi muut menetelmää käyttävät maat voisivat tarjota konsultaatio- ja oppimistukea. Riskitekijöinä pidettiin epävarmuutta siitä, soveltuuko ulkomailla kehitetty malli suomalaisen palvelujärjestelmään ja sopiiko se suomalaiseen kulttuuriin ja mentaliteettiin. Lisäksi pohdittiin kielimuuria ja kulttuurieroja. Huolta herätti myös mahdollinen taloudellinen sitoutuminen ulkomaiseen kouluttajatahoon. Näyttöön perustuvien työtapojen käyttöönottoprosessit tiedettiin myös vaativiksi ja haavoittuviksi, sillä niihin sisältyy monenlaisia samanaikaisia prosesseja ja kanavia, joilla menetelmä siirretään uuteen ympäristöön. Oman suomalaisen mallin kehittämisen haasteena nähtiin ennen kaikkea vaikeudet valita juuri oikea työmalli jota kehittää, sillä systemaattista vaikuttavuustutkimusta kotimaisista ja hankkeissa kehitellyistä työmenetelmistä ei ole riittävän paljon saatavilla.

Asiantuntijaryhmä kokoontui useita kertoja. Työskentelyn tueksi SMS:ssä tehtiin katsaus erilaisista hoitomalleista ja niiden vaikuttavuudesta tehtyihin tieteellisiin tutkimuksiin. Tämä johti havaintoon, että vaikuttavimmiksi kuvatut menetelmät ovat pääsääntöisesti suhteellisen intensiivisiä perheinterventioita ja että kaksi työmuotoa, MDFT ja MST (multisysteeminen terapia; Henggeler ym 1997) ovat tutkimuksissa tuottaneet hyviä hoitotuloksia. Jotta tutkimustulosten antama käsitys menetelmien käytöstä, hyödyistä ja vaikeuksista realisoituisi, kävivät SMS:n edustajat tutustumassa MST:hen Norjassa, jossa se on otettu valtion koordinoimana käyttöön, sekä MDFT:hen Hollannissa, MDFT:n eurooppalaisessa koulutuskeskuksessa. Kummallakin vierailulla haastateltiin sellaisia johtoasemissa olevia henkilöitä, jotka vastaavat menetelmän koulutuksesta ja käytöstä sekä menetelmän vaikuttavuuden tutkimisesta. Lisäksi tavattiin työntekijöitä ja seurattiin menetelmän koulutustilaisuuksia.

Tutustumismatkojen tuloksina todettiin, että MST ja MDFT vaikuttivat olevan sisältöltään, työtapoiltaan ja siten myös muutosmekanismeiltaan suuressa määrin samankaltaisia. Ne ovat käytössä ja toimiviksi havaittuja Euroopassa, joten oletuksena pidettiin sitä, että ne voisivat tehostaa myös suomalaista työskentelyä. Menetelmien implementaation suurin ero oli koulutuksen kustannuksissa, mikä johtuu siitä, että MST:hen sisältyy velvollisuus sitoutua pysyviin ja kalliisiin lisenssimaksuihin. MDFT:ssä on myös lisenssimaksut, mutta ne ovat huomattavasti pienemmät. Vierailuilla tehty havainnot välitettiin kotimaisen asiantuntijaryhmän tietoon. Asiantuntijaryhmän työskentelyn lopputulema oli, että kokeillaan MDFT:tä, sillä sen käytön kustannukset ovat matalammat kuin MST:n ja siihen sisältyy myös yksilötyö nuoren kanssa. Implementaation pilottihankkeen koordinoimiselle saatiin rahoitus Raha-automaattiyhdistykseltä ja Suomen Lääkäriliitolta. Vuonna 2011 Suomen Mielenterveysseurassa käynnistyi

”Palaset kohdalleen – vaikeissa elämäntilanteissa olevien lasten ja nuorten syrjäytymistä ennaltaehkäisevä hanke”, jonka tehtävä oli koordinoita ja helpottaa MDFT-pilottia Suomessa.

4.1.2 IMPLEMENTAATION KÄYNNISTÄMINEN JA REKRYTOINTI

Valmistelun jälkeen seuraava vaihe MDFT:n tuomisessa Suomeen oli yhteyden luominen kouluttajayhteisöön, MDFT Akatemiaan. MDFT on Euroopassa suhteellisen uusi menetelmä. Sen implementaatio alkoi vuonna 2006, kun MDFT:hen kouluttautuivat tiimit Hollannissa, Sveitsissä, Saksassa, Belgiassa ja Ranskassa (ks. Ríchter ym. 2012). Näissä maissa toteutettiin tuolloin INCANT-tutkimus (*International Cannabis Need of Treatment*), jossa vertailtiin MDFT:tä ja tavanomaista yksilöhoitoa kannabisiippuvaisten nuorten hoidossa. INCANT:in myötä MDFT:n yhdysvaltalainen kotipaikka, Miamin yliopiston Center for Treatment Research on Adolescent Substance Abuse (CTRADA) on myöntänyt eurooppalaiset lisensointioikeudet MDFT Akatemialle, jonka kotipaikka on Hollannissa. Sama paikka toimii myös INCANT-tutkimuksen koordinaatikeskuksena. Vain MDFT Akatemian omat kouluttajat voivat toimia Euroopassa MDFT-kouluttajina. Heidät puolestaan on koulutettu menetelmän kotipaikassa Yhdysvalloissa. Suomen Mielenterveysseura oli MDFT Akatemiaan yhteydessä ja kertoi kiinnostuksestaan tuoda MDFT Suomeen. MDFT Akatemia oli valmis suomalaisten kouluttamiseen, jos koulutusryhmässä olisi vähintään neljä tiimiä. Suomi olisi ensimmäinen Pohjoismaa, johon MDFT siirrettäisiin.

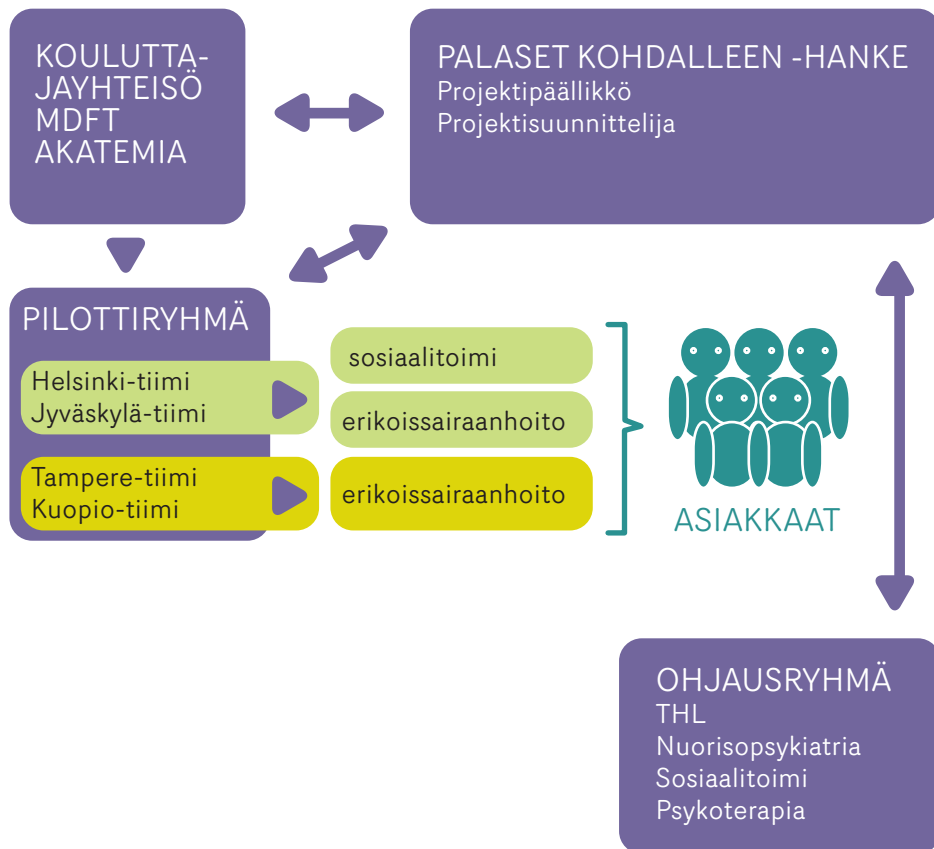
Kotimainen implementaatioprosessi alkoi osallistujien rekrytoimisella. SMS:stä oltiin yhteydessä nuorisopsykiatrian ja sosiaalitoimen edustajiin eri puolilla Suomea ja kerrottiin uuden menetelmän pilotointihankkeesta. Melko lyhyen ajan kuluessa eri puolilta maata löytyi neljä tahoa, jotka olivat halukkaita investoimaan uuden menetelmän hankkimiseen. Samanaikaisesti MDFT Akatemiasta välitettiin SMS:lle eteenpäin toimitettavaksi materiaalia ja tietoa koulutusohjelmasta ja sen toteuttamistavoista. Pääkouluttaja kävi yhdessä MDFT Akatemian johtajan kanssa tutustumassa suomalaisiin osallistujiin ja kertomassa yksityiskohtaisemmin menetelmän ja sen koulutuksen luonteesta, sisällöstä ja osallistumiseen tarvittavista resursseista. Koulutuksen luonteen konkretisoituessa osallistujissa tapahtui vielä muutama vaihdos. Koulutusryhmään osallistuivat tiimit Kuopiosta, Tampereelta, Jyväskylästä ja Helsingistä.

Leimaa-antavaa tälle vaiheelle oli suhteellisen nopea tahti. Kun koulutuksen aloittamisesta oli sovittu ja koulutuksen ajankohdat löytyi lukkoon, täytyi jokaisen MDFT:n käyttöönottoon osallistuvan tahon löytää työntekijöistään sopivat koulutettavat. Toisilla paikkakunnilla osallistujia piti karsia, toisilla taas työntekijöitä piti määrätä osallistumaan. Haasteellista oli se, että kaikki mukana olijat olivat ulkomailta saadun ohjeistuksen varassa eikä kenelläkään ollut valmiita vastauksia työntekijöiden tai asioita

päättävien tahojen kysymyksiin. Kyseisen kaltaisissa implementaatioissa on hyvä varata tähän vaiheeseen runsaasti aikaa, jotta tiedon välittymiselle ja koulutukseen osallistuvien tahojen valmistautumiselle jää riittävästi aikaa ja tilaa.

MDFT:n siirtäminen Suomeen toteutui siten, että SMS:n Palaset kohdalleen -hanke toimi kotimaisena koordinaattorina ulkomaisen kouluttajan (MDFT Akatemia) ja kotimaisten asiakkaiden välillä. Implementaatiosta vastaavan hankkeen rakenteet on kuvattu alla olevassa kuvassa 4.1.

KUVA 4.1. PALASET KOHDALLEEN -HANKEEN ORGANISAATIO



4.1.3 ALTISTUSVAIHE: UUTEEN TYÖTAPAAN KOULUTTAMINEN

Koska MDFT on näyttöön perustuva työtapana, on sen koulutus hienosyinen prosessi. Menetelmän tulee siirtyä uudelle paikkakunnalle siten, että se säilyy eheänä ja vaikuttavana – sellaisena, kuin se on käsikirjassa kuvattu ja myös ryhmävertailuissa vaikuttavuutensa tuottanut. Puhutaan menetelmän *integriteetistä*, eheydestä, joka nähdään menetelmän vaikuttavuuden edellytyksenä. Siksi MDFT-koulutuksessa on opetuskokonaisuuden lisäksi toinenkin, laadunvarmennustoimintojen kokonaisuus. Liitteessä 1 tarkemmin kuvatulla menetelmäuskollisuuden arvioinnilla pyritään seuraamaan ja arvioimaan koulutettavien työskentelyn kehittymistä ja MDFT:ssä edellytettujen taitojen saavuttamista. Näitä arvioidaan videoitujen asiakastapaamisten avulla. Ennen koulutuksen aloittamista tarvittiin siksi myös ryhmä suomalaisia menetelmän uskollisuuden arvioijia. SMS kokosi ryhmän ja MDFT Akatemia koulutti heidät samanaikaisesti MDFT-koulutuksen alkaessa. MDFT-koulutusrakenne on tiivistettynä oheisessa taulukossa 4.1.

Koulutusprosessia voi yleisellä tasolla luonnehtia tiiviiksi, aktiiviseksi, intensiiviseksi ja moniulotteiseksi. Koulutukselle erityistä on se, että lähiopetuspäiviä on varsin vähän ja koko koulutus on suhteellisen lyhytkestoinen (kaksi vuotta). Lyhyiden teoriaopetusten ohella lähiopetuspäivissä keskitytään menetelmän mallintamiseen videoiden ja kouluttajien tekemien rooliharjoitusten avulla. Lähiopetuspäivissä tehdään paljon ryhmäharjoituksia kouluttajan ohjauksessa. Varsinainen menetelmän oppiminen tapahtuu kuitenkin tarkasti seuratuissa ja tuetuissa koulutushoidoissa. Jokainen koulutettava saa koulutushoitoonsa liittyen viikoittain yksilöllistä menetelmäohjausta, ja myös viikoittaiset tiimitapaamiset kohdentuvat jokaisen työntekijän asiakastilanteisiin. Tiimityöllä pyritään vahvistamaan DFT-identiteettiä ja työskentelyä. Suuri osa kirjallisesta koulutusmateriaalista tulee opiskella omatoimisesti. Kirjallisen materiaalin ymmärtämistä tarkastetaan kirjallisilla välikokeilla, joiden läpäisemiseen vaadittu pistemäärä on kansainvälisesti määritelty. Kansainvälistä käytäntöä noudattaen ensimmäisen puolen vuoden aikana koulutettiin jokaisen tiimin avainterapeutit. Perusteena oli, että näin saadaan jokaiseen tiimiin asiantuntijuutta ja ryhmälle vastaava työntekijä. Kun muut koulutettavat tulivat mukaan koulutukseen, alkoivat avainterapeutit heti harjoitella menetelmäohjausta. Avainterapeutit kävivät siten lyhyessä ajassa kahteen kertaan saman koulutusaineksen läpi. Ensin he tekivät kuusi kuukautta vahvasti tuettua asiakastyötä oppiakseen menetelmän ideat ja tekniikat, ja tiimien tullessa mukaan avainterapeuttien koulutuksen painopiste siirtyi oman tiimin ohjaamiseen ja menetelmäohjauksen antamiseen. Tätä taitoa varten avainterapeuteilla oli koulutuksen aikana useampia ylimääräisiä koulutuspäiviä.

TAULUKKO 4.1. MDFT-KOULUTUS TIIVISTETTYNÄ

Kouluttaja:	MDFT Academy Hollanti, koordinaattorina Suomen Mielenterveysseura
Koulutuskieli:	- suomi ja englanti
Koulutuksen kesto:	- kaksi vuotta
Koulutettavat:	- käytös- ja päihdehäiriöistä kärsiviä nuoria kohtaavat tahot, koulutetaan tiimejä (ei yksittäisiä terapeutteja) - Tiimissä oltava 1 avainterapeutti (=tiimin menetelmäohjaaja) ja 3 terapeuttia (vähintään) tai 2 avainterapeuttia + 4 terapeuttia
Koulutus- kokonaisuus:	- Avainterapeutti koulutetaan ensin (6kk). Seuraavassa vaiheessa tiimi tulee koulutukseen mukaan, jolloin avainterapeutti toimii tiimensä apukouluttajana ja opiskelee samalla menetelmäoh- jausta. - Heti tiimin ensimmäisten seminaaripäivien jälkeen avaintera- peutti aloittaa tiimensä ohjaamisen (tiimitapaamiset ja asiakas- tapausten kanssa työskentely).
Koulutusmateriaali:	- manuaali (suomenkielinen ja englanninkielinen) - kurssimateriaali (powerpoint-diat) - lisämateriaali: interventio-opas, keskeisten istuntojen ("core sessions") kuvaus ja ohjeistus - kuvaus ja ohjeistus - istuntojen suunnitelmalomakkeet - tapauskuvauslomakkeet - menetelmäohjausopas - menetelmäohjauksen raportointilomakkeet
Monitorointi:	- Koulutushoidot dokumentoidaan kirjallisesti viikoittaisina suunnitelmina MDFT-sivustolle. Viikkosuunnitelmassa on val- misteltu jokainen viikon sisällä toteutuva tapaaminen. Koulut- tajat ja työnohjaajat pystyvät seuraamaan työskentelyn etene- mistä ja antamaan palautetta. - Koulutuksen aikana videoidaan perhetapaamisia, joista tehdään menetelmäuskollisuuden arviointi ja kyvykkyyden arviointi. - Nauhoituksia käytetään koulutusmateriaalina.
Koulutuksen luonne:	- Seminaaripäiviä on vähän (9), iso osa opiskelusta tapahtuu oh- jatusti työskentelemällä. Käsikirjaan perehtyminen tapahtuu suurelta osin oma-aloitteisesti tai tiimeissä.
Koulutettavien ominaispiirteitä:	- kyky omaksua uutta tietoa, poisoppia vanhaa - kyky oma-aloitteiseen työskentelyyn, aktiivisuus - myönteinen suhtautuminen muutokseen - hyvä paineensietokyky - riittävä englannin kielen taito - soveltuva pohjakoulutus on sosiaali- ja terveydenhuollon kou- lutus, edellytyksenä myös vankka kokemus perheiden kanssa työskentelystä
Koulutus ei Suomessa anna psykoterapeutin pätevyyttä.	

Yhteisten lähiopetuspäivien lisäksi koulutusohjelmaan sisältyi päiviä, jolloin kouluttaja tuli tiimin luokse heidän työpaikalleen (ns. *site visit* -päivä). Tuolloin kouluttaja pystyi keskittymään kuhunkin tiimiin, tunnistamaan jokaisen tiimin (myös taustaorganisaatioon liittyviä) vahvuuksia ja kehittämiskohteita ja ottamaan nämä lukuun omassa koulutus- ja palautteenantotehtävässään. Site visit -päivät koostuivat aktiivisesta työskentelystä. Ohjelmassa oli kolme osiota: asiakastyön havainnointi joko kirjallisen materiaalin tai videon avulla tai suora työnohjaus. Site visit -päivinä jokainen koulutettava sai vuorollaan yksilöllistä huomiota, palautetta ja tukea.

Yleisesti MDFT-koulutusohjelmasta voi todeta, että siihen sisältyvät kaikki ne aktiivisen oppimisen menetelmät, joita näyttöön perustuvien menetelmien onnistuneelta koulutukselta kirjallisuudessa edellytetään: mallintaminen, harjoittelu, yksilöllinen palaute ja teoreettinen kirjallinen tieto käsikirjan muodossa (ks. luku 2). Tavanomaisesta terapeutisesta koulutuksesta se poikkeaa siten, että jokaisen koulutettavan työskentely ja oppiminen oli eri medioiden kautta kouluttajien ja joiltain osin myös muun koulutusryhmän tarkasteltavissa. Koulutettavien työskentelyä havainnoitiin asiakaskuvausten, kirjallisten tapaamissuunnitelmien, tapaamiskuvausten ja videoitujen asiakaskäyntien avulla. Näitä materiaaleja käyttäen tehtiin myös menetelmäuskollisuuden ja kyvykkyyden (adherenssi ja kompetenssi, ks. liite 1) arviointia. Lisäksi koulutettavien oppimista testattiin kirjallisin kokein.

4.1.4 KOULUTUKSEN HAASTEITA JA ONGELMANRATKAISUKEINOJA

Jokaisen lähiopetusjakson päätteeksi koulutettavilta kerättiin palautetta koulutuksesta. Koulutusten sisällöt ja toteuttamistavat saivat aina kiitettävän arvosanan (asteikolla 1–5 keskiarvo vaihteli 4–4,5 välillä). Myöskään koulutuksiin liittyvät tasokokeet eivät tuottaneet koulutettaville suuria ongelmia. Vastaavasti myös suomalaisten koulutettavien menetelmäuskollisuuden keskiarvot olivat kansainväliseen standardiin verrattuna hyviä. Suomalaisten osaamisen sai (Likertin asteikko 1–5) keskiarvon 3,3 (hollantilainen keskiarvo samassa koulutuksen kohdassa arvioituna on 2,9), mikä vastaa odotuksia parempaa oppimistulosta. Vaikka koulutus siis sisällöltään näytti palvelevan koulutettavia ja muuttavan heidän työskentelytapojaan, nousi koulutusprosessin aikana esiin erilaisia systeemitason tekijöitä, jotka on hyvä huomioida implementaatioprosessissa.

TYÖAJAN KÄYTTÖ

MDFT-koulutussopimuksessa edellytetään, että koulutuksen aikana koulutettavalla on oltava mahdollisuus käyttää MDFT-työskentelyyn omasta työajastaan vähintään 16–20 tuntia viikossa. Aikaa ja työrauhaa tarvitaan oppimiseen, siihen, että koulutettava pystyy toteuttamaan työajan puitteissa kaikki koulutukseen sisältyvät osiot, myös oma-aloitteisen oppimisen. Tämä aika on pois muusta työstä. Yksi merkittävä haaste onkin koulutettavien ajankäytön organisoiminen. Työnantajan näkökulmasta tämä tarkoittaa työvoiman ja -tehtävien uudelleen organisoimista.

Mikäli työajan uudelleenjärjestelyt venyvät, voi se johtaa tilanteeseen, jossa koulutus-
hoitopotilaiden saadessa huomiota ja hyvää hoitoa osa muista potilaista joutuu odotta-
maan. Työyhteisön tasolla ajankäytön haasteet voivat näkyä niin, että työyhteisön
muut työntekijät joutuvat ottamaan itselleen lisää tehtäviä ja muut työt kasaantuvat.
Toisin kuin monissa muissa psykososiaalisen työn menetelmissä, MDFT:ssä menetel-
män toteuttaminen vain joiltain valituilta vaikuttavilta osin ei kuitenkaan ole mahdol-
lista sen intensiivisyyden ja kokonaisvaltaisuuden takia. MDFT on ”kaikki tai ei mi-
tään” -menetelmä, joka etenkin käyttöönoton aloittamisen vaiheessa edellyttää
työnantajalta isoja työtuntien investointeja. Investointien oletetaan kuitenkin maksa-
van itsensä takaisin tavanomaista lyhyempinä mutta vaikuttavina hoitoprosesseina.

POTILASOHJAUS

Työn järjestelyjen haasteeksi voi muodostua myös oikean potilasryhmän löytäminen
tai se, miten ja minkä vaiheiden kautta MDFT-työskentelyyn soveltuvat potilaat pysty-
tään ohjaamaan koulutettavan tiimin luokse. MDFT:n ajateltiin tarjoavan juuri koulu-
tukseen osallistuneiden tiimien tarpeisiin oikeat välineet.

MDFT tulisi sijoittaa sellaisiin palvelujärjestelmän kohtiin, joissa voidaan tehdä vähin-
tään puolen vuoden mittaisia hoitoprosesseja ja myös työskennellä perheen kanssa.
Toisaalta palveluiden organisoinnissa (esimerkiksi paikallisten toimijoiden yhteistyö-
verkostoissa) on Suomessa jonkin verran paikkakuntaakohtaisia eroja. Pilotissa tämä
näkyi niin, että potilasohjauksen järjestämisestä ottivat suuren vastuun avainterapeutit
yhdessä esimiestensä kanssa. Potilasohjaukseen liittyvät myös perheterapeuttisen työn
erilaiset perinteet eri paikkakunnilla, jolloin myös mahdolliset potilaat voivat suhtautu-
vat siihen eri tavoin. Perhetyö voi olla tuttu ja tavanomainen työtapana, mutta toisaalta
perheen läsnäolo työskentelyssä voi olla uudenlainen haaste.

AIKATAULUT, UUDEN OPPIMINEN JA KOULUTETTAVIEN JAKSAMINEN

Koulutettavien sitoutumiseen vaikuttaa aikataulutus. Koska koulutus on kansainvälistä
yhteistyötä, sairastumiset, aikaero ja kulttuuritekijät voivat vaikuttaa jossain määrin
koulutustapahtumien, esimerkiksi menetelmäohjauskeskustelujen järjestämiseen. Aika-
taulujen uudelleen järjestäminen on aikaa vievää kansainvälisessä ja monitoimijaisessa
yhteistyössä, ja tiimityössä yhden henkilön aikataulumuutos heijastuu helposti kaikkiin
muihinkin tiimin jäseniin. Myös matkustaminen ja pitkät päivät asettavat haasteensa.

Toisenlaisen haasteen voi aiheuttaa koulutuksen tiivis tahti ja etenemisvauhti, mikä voi
vaikeuttaa oppimista. Myös vieras oppimiskieli (tässä tapauksessa englanti) voi hidastaa
asioiden sisäistämistä. Koulutuksen aikana materiaaleja pyrittiinkin SMS:n koordinoi-
mana kääntämään suomeksi, mutta käännökset eivät ehtineet koulutuksen alkuvaihee-
seen, jolloin niitä olisi eniten tarvittu.

Oppimiseen liittyvät myös uuden menetelmän sisällöt, jotka voivat olla koulutettavalle uudentyyppisiä ja siksi haasteelliseksi koettuja (esimerkiksi vaikeiden asioiden pikainen esiin ottaminen; *enactment*, perheenjäsenten vuorovaikutuksen muuttaminen ”tässä ja nyt”). MDFT:n keskeinen elementti, määrätietoinen vaikeiden tunteiden tutkiminen, voi myös tuntua vieraalta suomalaisessa työskentelykulttuurissa (ks. luku 3). Tässä näytti kuitenkin olevan jonkinlaisia paikkakuntakohtaisia eroja, jotka voivat johtua kulttuurieroista Suomen sisällä.

Yhteenvetona voidaan todeta, että haasteena on huomioida ilmiöt, jotka liittyvät koulutettavien oppimisprosessiin (johon kuuluvat epävarmuuden kokemukset uutta oppiessa) ja toisaalta tunnistaa, mikä osuus epävarmuudesta johtuu kiireestä ja koulutuksen sisällön organisoinnista. MDFT-koulutuksessa koulutettaville rakennetaan uudenlainen työtapaa tai ammatillinen identiteetti, joka edellyttää vanhojen työtottumusten hylkäämistä. Koulutuksen aikana koulutettavat joutuvat hetkeksi ammatilliselle epämukavuusalueelle, kun vanhat menetelmät on jätetty pois ja uusia ei ole vielä sisäistetty. Tähän vaiheeseen voi liittyä kaipuuta takaisin vanhaan mutta toisaalta myös innostusta uusien työtapojen myötä saaduista kokemuksista. Keskeinen havainto kuitenkin on, että oppimisprosessi hyötyy ”hengittävyyydestä” eli keskustelusta siitä, mihin uusi menetelmä koulutettavia haastaa. Myös suomenkielisen termistön merkitys huomattiin tekijänä, joka helpottaisi keskeisten interventioiden siirtämistä koulutuksesta käytäntöön.

KOULUTETTAVIEN MOTIVAATIO

Edellä kuvatut ilmiöt voivat heijastua työntekijöiden omaan jaksamiseen ja opiskelumotivaatioon. Vaikka uusi menetelmä koettaisiin yleisesti ottaen mielekkääksi, kuvatut haasteet näyttävät vaikuttavat eritoten tiimin ohjaajan (avainterapeutti) rooliin. On myös mahdollista, että koulutuksen loppuun saattaminen vaikeutuu. Näin voi olla varsinkin sellaisissa tilanteissa, joissa osallistumispäätös joudutaan tekemään suhteellisen pikaisesti ja perehtyminen uuden työtavan sisältöön ja koulutusohjelmaan ei ole ollut mahdollista.

ONGELMANRATKAISUKEINOJA

Koulutettavien oppimisen takaamiseksi ja erilaisten haasteiden ratkaisemiseksi on hyvä käydä yhteistä keskustelua kouluttavan tahon ja kouluttautuvien tahojen esimiesten kesken. Kouluttautuvien tahojen esimiesten riittävästä informoinnista on hyvä huolehtia, sillä riittämätön tieto uudesta menetelmästä vaikeuttaa implementaatiota ja voi näkyä myös ratkaisuina, jotka eivät ole linjassa sen kanssa, mihin kouluttajat koulutettavia tukevat. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että riittävän tiedon tarjoaminen menetelmästä sekä koulutuksen sisällöstä, logiikasta ja käytänteistä myös esimiestasolle on tärkeä kouluttajatahon ja koordinaattorina toimivan tahon tehtävä. Esimiehet ovat uuden menetelmän käyttöönoton suhteen ensiarvoisen tärkeässä asemassa, sillä he

vaikuttavat siihen, ketkä koulutukseen osallistuvat, miten työt järjestetään ja miten luodaan toimivat potilasohjaukset. Kun esimiehet ymmärtävät menetelmän ominaispiirteet ja koulutuksen sisällöt, pystyvät he vaikuttamaan työaika- ja työtehtäväjärjestelyihin.

Suurten työmäärien kasautuminen (oman perustehtävän ja koulutusvelvollisuuksien hoitaminen) tuntuu luonnollisesti väsymyksenä eritoten, jos samanaikaisesti opetellaan uudentyyppistä työskentelykulttuuria ja työtapaa. Kouluttautuvia voidaan tukea esimerkiksi järjestämällä koulutettavien toivomista teemoista ylimää räisiä kotimaisia koulutuspäiviä, joihin varataan paljon aikaa myös koulutettavien keskustelulle. SMS:n järjestämiä tapaamisia pidettiin eri tiimien kotipaikoilla koko koulutusryhmälle ja myös erikseen vain avainterapeuteille heidän ryhmänohjaustehtävänsä tueksi. Näissä kotimaisissa ja virallista MDFT-koulutusrunkoa täydentävissä työpäivissä voitiin käydä läpi koulutukseen ja menetelmään liittyviä asioita omalla kielellä. Tapaamisissa voidaan paneutua myös teemoihin, jotka koulutuksessa jäävät itseopiskelun varaan, ja luoda yhteisiä suomalaisia käytänteitä mm. tiimien toiminnan tueksi.

Uuden menetelmän oppiminen ja juurruttaminen käytäntöön edellyttää siis ennen kaikkea kouluttajien, koulutettavien ja esimiesten tiivistä yhteistyötä ja riittävää tietomäärää itse menetelmästä ja koulutuksen käytänteistä. Työ- ja oppimisrauha ovat ensisijaisia tekijöitä menetelmän siirtämisessä uuteen paikkaan. Organisaatiotasolla ilmenevien työaika- ja käytännön järjestelyiden lisäksi muutos toteutuu jokaisessa koulutettavassa yksilöllisesti. Intensiivisimmäksi vaiheeksi koulutettavat nimesivätkin kohdan, jossa he alkoivat luopua vanhoista työtavoistaan ja rupesivat ottamaan uusia toiminta- ja suhtautumistapoja käyttöön.

Tarkastellaan seuraavaksi, mitä koulutuksen aikana tapahtui kliinisen työn näkökulmasta. Tarkastelun ajanjakso alkaa maaliskuusta 2011, jolloin MDFT-avainterapeutit aloittivat koulutuksen, ja päättyy huhtikuuhun 2013, jolloin olivat viimeiset MDFT-koulutuspäivät. MDFT-työskentely on tämän ajanjakson jälkeen aloitettu useiden perheiden kanssa.

4.2

KOULUTUKSEN AIKAiset TULOKSET POTILASTYÖN NÄKÖKULMASTA

MDFT:n käyttöönoton kannalta yksi tulostuuttaja on luonnollisesti MDFT-hoidossa olleet nuoret, heidän perheensä ja elämäntilanteidensa laatu. MDFT-koulutushoitoja oli maaliskuun 2011 ja huhtikuun 2013 välillä yhteensä 90. Maaliskuussa 2013 pyydettiin kaikilta koulutettavilta tiedot näistä koulutushoidoista, mukaan lukien myös meillä olevat hoidot. Koska MDFT:n käyttöönottoa koordinoiva SMS:n Palaset kohdalleen -hanke toteutui järjestösektorilla, mutta hoidettavat asiakkaat olivat erikoissairaanhoidossa, ei hankkeella ollut pääsyä potilastietoihin eikä oikeutta niiden

pyytämisenkään. Potilastiedot ovat luottamuksellisia ja niiden luovuttaminen edes nimettöminä ei ollut mahdollista.

TAULUKKO 4.2. MDFT-ASIAKKAITTEN MÄÄRÄ PAIKKAKUNNAN MUKAAN (SULUISSA TII-
MIN KOKO ELI AVAINTERAPEUTIN JA TERAPEUTTIIEN MÄÄRÄ)

Helsinki (2+4/3) ¹	28
Tampere (2+4)	24
Jyväskylä (1+3/2) ²	20
Kuopio (1+3)	18
yhteensä	90

TYÖSKENTELYN TULOKSET

MDFT:n käyttöön ottamisen ja työtavan oppimisen, sisäistämisen ja harjoittelun kan-
nalta oleellista oli, että jokainen koulutettava työskenteli MDFT-mallin mukaan siten,
että työprosessi täytti kouluttajien koulutushoidoille asettamat vaatimukset. Yksityis-
kohtaiset kuvaukset MDFT-asiakkaiden taustatiedoista (ikä, sukupuoli, perherakenne,
sisarusten lukumäärä, vanhempien työelämästatus) ja hoitoprosessien vaikutuksista
(nuoren koulutilanteeseen ja asuinpaikkaan) saatiin yhteensä 51 asiakasprosessista, mikä
vastaa noin 57 % hoitojen kokonaismäärästä (N = 90). Taulukossa 3 on kuvattu
MDFT-asiakkaiden taustatiedot 51 prosessin keskiarvon mukaan.

TAULUKKO 4.3. PALASET KOHDALLEEN -HANKKEESSA MDFT:LLÄ HOIDETTUIJEN ASI-
AKKAIDEN IKÄ, PERHEENJÄSENTEN JA SISARUSTEN LUKUMÄÄRÄ SEKÄ PERHEMUOTO
KESKIARVON MUKAAN.(N=51)

Nuoren ikä	15,4 vuotta
Perheenjäsenten määrä*	4,1
Sisarusten määrä	1,4
Ydinperhe	40 %
Yksinhuoltaja	33 %
Uusperhe	27 %

*Perheenjäsenten määrä rakentuu kummankin vanhemman luona asuvien henkilöiden määrästä.

Perhemuotomuodostuu lähihuoltajan perhetilanteen mukaan.

1 yksi terapeutti keskeytti vuoden 2011 lopussa

2 yksi terapeutti keskeytti vuoden 2012 alussa

Työelämästatustiedot MDFT-hoidossa olleiden nuorten vanhemmista olivat hajanaiset. Työntekijät raportoivat tiedot yhteensä 71 vanhemmasta. On huomioitava, että osa perheistä oli merkitty yksinhuoltajaperheiksi, jolloin joidenkin kohdalla toisesta vanhemmasta ei ollut tietoa tai sitä ei muusta syystä johtuen ilmoitettu. Osassa uusperheistä ei biologisen vanhemman uuden puolison työtilannetta ole kuvattu. Työelämästatustiedot päädyttiin näistä puutteista huolimatta laskemaan keskiarvon mukaan; tiedot koskevat siis 71 vanhempaa.

TAULUKKO 4.4. VANHEMPIEN (N = 71) TYÖELÄMÄSTATUS KESKIVARVON MUKAAN.

palkansaaja	64,7 %
yrittäjä	12,7 %
työtön	5,6 %
opiskelija	2,8 %
hoitovapaalla	2,8 %
eläkkeellä	7 %
muu	4,4 %
yht.	100 %

MDFT:n vaikutusten kannalta merkittävä tulosmuuttuja on *nuoren koulutilanne ja asuinpaikka*. MDFT-hoidon aloittamisindikaattoreihin kuului, että nuoren ongelmat ovat laaja-alaisia ja hänen kohdallaan on jo tuloksetta kokeiltu tavanomaisia hoitokeinoja. Käytännössä tämä tarkoitti usein sellaisia vaikeuksia nuoren elämässä, jotka jollain tavalla heijastuvat koulunkäyntiin. Lähestulkoon kaikkien 90 nuoren kohdalla työntekijä on raportoinut nuorella olleen hoidon alussa jonkinlaisia vaikeuksia koulunkäynnissä, kuten luvattomia poissaoloja, häiriköintiä ja puuttuvia suorituksia. Tavallisesti koulunkäyntiin liittyi erilaisia tukijärjestelyitä, kuten pienryhmäopetusta, osittaista kotiopetusta tai helpotettua lukujärjestystä. Nuorten tilanteiden moninaisuuden vuoksi taulukossa 5 kuvataan kuitenkin vain se, kuinka suuri osa nuorista kävi koulua MDFT-hoidon alkaessa ja kuinka moni sen päättyessä.

TAULUKKO 4.5. NUORTEN KOULUNKÄYNTI MDFT-HOIDON ALKAESSA JA PÄÄTTYESSÄ KESKIVARVON MUKAAN (N = 51).

Käy koulua hoidon alkaessa	49 %
Käy koulua hoidon päättyessä	96 %

Tiedoista käy ilmi, että yksi MDFT-työskentelyn tulos oli koulunkäynnissä tapahtunut muutos parempaan. Merkittävä osa nuorista pystyi työskentelyn jälkeen käymään lähikouluun. Tämä havainto on siis samansuuntainen, uin mitä meta-analyysit esittävät: MDFT vaikuttaa myönteisesti opiskelu- ja toimintakykyyn.

Yksi MDFT:n käyttöönnoton motivaatioista oli laitossijoitusten vähentäminen, sillä laaja-alaisista vaikeuksista kärsivien nuorten hoidossa Suomessa turvaudutaan usein laitossijoitukseen, jos avohuollon toimenpiteet koetaan riittämättömiksi. Laitoshoidon jaksot vaihtelevat pituudeltaan. Yhden laitoshoidopäivän kustannukset ovat suuret, lähdetiedoista riippuen 300–410 €/vrk. Vaikka laitossijoitus voi olla keino katkaista nuoren ongelmallinen käyttäytyminen onnistuneesti, on sen haaste se, voidaanko laitossijoituksen avulla vaikuttaa nuoren ympäristöön. MDFT:n idea on, että muutoksen pitää tapahtua nuoren sosiaaliekologisessa ympäristössä, pitäen sisällään perhe- ja kaverisuhteet sekä ajanviettotavan.

TAULUKKO 4.6. NUOREN ASUINPAIKKA MDFT-HOIDON ALKAESSA JA PÄÄTTYESSÄ KESKIARVON MUKAAN (N = 51).

Asuu kotona hoidon alkaessa	54,9 %
Asuu kotona hoidon päättyessä	88,3 %
Muuttanut omaan asuntoon hoidon päättyessä	5,8 %
Laitoshoidossa hoidon päättyessä	5,9 %

Tiedoista ilmeni, että niiden nuorten määrä, jotka pystyivät asumaan kotona, oli MDFT-työskentelyn kautta kasvanut. Muutama siirtyi omaan asuntoon; osa oli työskentelyn tuloksena sijoitettu laitokseen. Lukujen perusteella voidaan olettaa, että MDFT:llä pystyttiin tekemään jonkinlaisia muutoksia myös nuorten ympäristöön, sillä muuten kotona asuminen ei olisi onnistunut.

MDFT-hoitoon valikoitui nuoria, joilla oli vaikeita käytös- ja päihdehäiriöitä. Yleisesti ajatellaan, että laaja-alaiset ongelmat ovat kasvaneet ajan myötä ja ovat pitkän ongelmallisen kehityskaaren tulosta. MDFT-työskentely puolestaan on lyhyt ja intensiivinen jakso. MDFT:n perusoletus ei ole, että lyhyessä hoidossa ”kaikki ongelmat saadaan ratkottua”. Sen sijaan MDFT:ssä oletetaan, että tiiviin työskentelyn ja asiakkaan sitoutumisen kautta päästään tilanteeseen, jossa ongelmalliset kokemukset, toiminta- ja ajattelumallit ja ympäristöt tunnistetaan ja niitä aletaan muuttaa. MDFT on vahva interventio, jossa pyritään määrätietoisesti vahvistamaan perheen ja nuoren omaa toimintakykyä sen sijaan, että he kokevat olevansa vain viranomaisten toiminnan kohteena. MDFT:ssä oletetaan, että työskentelyn tuloksena perheen ja vanhempien oma toimijuus vahvistuu ja heillä on hyviä ja toimivia ongelmanratkaisutaitoja sekä kyky tehdä realistisia suunnitelmia ja ratkaisuja perheessä ilman viranomaisten apua.

Nuoren ja perheen toiminnassa ja voinnissa tapahtuneiden muutosten kuvauksia kysyttiin avokysymyksin, joiden sisältö kuvataan seuraavassa teemoittain. Osa vastaajista on jättänyt avokysymyksiin vastaamatta viitaten meneillään olevaan hoitoprosessiin.

TILANNE HOIDON ALUSSA:

- riitaisa tilanne nuoren ja vanhempien välillä (verbaalista ja/tai fyysistä väkivaltaa)
- nuoren kohdalla päihteiden käyttöä, eristäytymistä, sääntöihin ja sopimuksiin liittyvää piittaamattomuutta
- nuori paljon poissa kotoa, vanhemmilla ei aina tietoa, missä nuori on
- vanhempien väsymystä, keinottomuutta, turhautumista, pettymystä, haluttomuutta työskentelyyn, halu luovuttaa, toive laitossijoituksesta
- nuorella ei oma-aloitteisesti toivetta työskentelystä (vastustamista, välinpitämättömyyttä)

TILANNE HOIDON LOPUSSA:

- muutoksia perheen vuorovaikutuksessa: kyky sopia säännöistä
- muutoksia perheen toiminnassa: kasvanut kyky selvittää ongelmia ilman riitelyä tai syyttelyä, uudenlaista luottamusta
- vanhempien vanhemmuus vahvistunut (johdonmukaisuus, nuoren monitorointi)
- nuoren päihdekäyttö vähentynyt ja/tai enemmän hallinnassa
- nuori on saanut onnistumisen kokemuksia kouluun menemisestä

YHTEENVETO HOIDON TULOKSISTA:

Tulosten mukaan näyttää siltä, että MDFT-koulutushoidot vaikuttivat sekä nuoreen että vanhempiin ja siten perheen toimintaan. Työskentelyn voidaan ajatella auttaneen perheitä toimimaan yhdessä ilman riitelyä. Vanhempien vanhemmuuden taidot vahvistuivat, mikä ilmeni mm. johdonmukaisena kasvatustyylinä, neuvottelutaitoina ja vastuun ottamisena. Nuorten käyttäytyminen rauhoittui; päihteiden käyttö väheni ja nuori alkoi käymään koulua. Laitos- ja osastosijoitukset pystyttiin monen kohdalla välttämään, mikä tarkoitti kunnalle taloudellisia säästöjä.

On huomattava, että vaikka tulokset olivat pääsääntöisesti positiivisia, on joukossa myös hoitoja, joissa ei päästy asetettuihin tavoitteisiin (esimerkiksi nuori päädyttiin sijoittamaan laitokseen, vaikka tavoitteena oli kotona asuminen). Kaikkien kohdalla ongelmallinen käyttäytymismalli ei muuttunut. Vielä ei myöskään pystytä ottamaan kantaa siihen, miten pysyviä ja arkeen integroituneita tapahtuneet muutokset ovat. Tiedetään, että vanhoilla toimintatavoilla on taipumus uusiutua kriisitilanteissa. Tätä varten jokaiselle asiakkaalle on tehty toimintasuunnitelma kriisin varalle. Sen tukea ei pystytty vielä arvioimaan. Yhtenä MDFT-menetelmän jalkauttamisen tuloksena voidaan pitää myös sitä, että uusilla paikkakunnilla heräsi kiinnostus menetelmän käyttööntamiseen. Toinen MDFT-koulutus alkoi syksyllä 2013.

4.3

TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA MDFT-TYÖTAVAN KÄYTÖSTÄ

MDFT-koulutus kesti kaksi vuotta. Koulutuksen käynnistyessä ryhmässä oli 20 koulutettavaa. Kun koulutus vuonna 2013 päättyi, yhteensä 15 koulutettavaa sai päättötodistuksen. Neljästä koulutuksen aloittaneesta tiimistä kolme (Tampere, Kuopio ja Jyväskylä) pystyy käyttämään MDFT-menetelmää. Yhdessä tiimissä tapahtui merkittäviä henkilöstömuutoksia; kuudesta jäsenestä vain kaksi oli koulutuksen päättyessä vielä alkuperäisen työnantajan palveluksessa. MDFT-tiimissä pitää olla vähintään neljä jäsentä, joten siksi yhden tiimin osalta MDFT ei siirtynyt suunnitelmanmukaiseen käyttöön. Ryhmässä tapahtui siis koulutuksen aikana jonkin verran muutoksia. Koulutettavien poisjäännit liittyivät erilaisiin syihin, kuten työelämämuutoksiin ja kielitaitoon. Kahdella paikkakunnalla (Jyväskylä ja Tampere) MDFT-tiimejä on vahvistettu lähettämällä uudet työntekijät syksyllä 2013 alkaneeseen koulutusryhmään.

MDFT-koulutusvaiheen loppuessa keväällä 2013 SMS keräsi kaikilta koulutettavilta kirjallista palautetta menetelmästä ja omassa työssä tapahtuneista muutoksista. Seuraavaksi eritellään näitä. Ensin tarkastellaan koulutettavien kokemuksia MDFT:stä työmenetelmänä, sitten heidän omaa oppimisprosessiaan.

4.3.1 MITEN MDFT ON VAIKUTTANUT TYÖSKENTELYNYI?

Tällä kysymyksellä kartoitettiin koulutettavien kokemuksia siitä, miten suhtautuminen työhön vaikeasti oireilevien nuorten kanssa ja itse työskentelyn tavat mahdollisesti muuttuivat MDFT-koulutuksen myötä. Vastauksissa korostuivat perheen ja vanhempien, vuorovaikutuksen, yhteistyösuhteiden ja suunnitelmallisen työskentelyn merkitys.

"MDFT-koulutus ja työskentely on lujittanut ammatillisista osaamistani tuoden konkreettisia keinoja hallita nuoren aggressiivista, rajatonta, epäsopevaa käytöstä. Keinoja on tullut koko perheen mobilisoimiseen ja hoitoon mukaan ottamiseen."

"Koulutuksen mukana olen erityisesti huomannut vanhempien merkityksen vaikeasti oireilevien nuorten hoidossa. Vanhempien kanssa työskentely nopeuttaa nuoren tilanteen helpotumista ja on avaintekijä usein."

"MDFT-koulutus on auttanut siinä, että tuntee, että on keinoja, joilla vaikeita nuoria auttaa, voi ymmärtää näitä nuoria ja vanhempia. Tämä on myös auttanut ymmärtämään, että perheen vuorovaikutuksen paraneminen auttaa näitä perheitä voimaan paremmin. Olen saanut taitoja kohdata näitä nuoria ja perheitä."

"Opin, että selkeä struktuuri ja johdonmukaisuus työskentelyprosessissa auttaa: vaikka asiakas lähtee helposti sivupoluille, terapeutin fokuksen avulla prosessi silti etenee ja myös nuori ja vanhemmat kokevat, että oikeasti tapahtuu muutosta."

"Mdft-koulutuksen aikana olen myös huomannut kuinka suuri merkitys yhteistyösuhteen luomisella on perheen kanssa."

"Ymmärrän nyt, kuinka tärkeä on rakentaa vahva pohja... siis allianssi nuorten, perheen ja verkoston kanssa, muuten motivaatio loppuu viimeistään kun ensimmäinen kriisi iskee."

"Menetelmä on auttanut syvemmin ymmärtämään käytösoireilun dynamiikkaa, vanhempien osuutta. Koulutuksen myötä työskentely yhtäaikaisesti nuoren elämän osa-alueiden kanssa vaikuttaa välttämättömältä, samoin case manager -ajattelu tuntuu vääjäämättömältä, jotta asiakkaan asioita saadaan eteenpäin."

"Työskentelen avoimemmin ja aktiivisemmin perheen ja verkoston kanssa. Uskaltaudun huomattavasti läheisempiin hoitosuhteisiin, jolloin vaikeiden asioiden käsittely on mahdollista. Huomaan suunnittelevani, laittavani tavoitteita ja myös ajassa jaksottavani tavoitteeni nuoren hoidossa myös muiden kun MDFT nuorten kanssa. Tehostaa työtä, tuonut rohkeutta."

"Vaikuttavinta on ollut se, miten merkitykselliseltä se tuntuu, kun perheet kykenevät keskustelemaan tunnetasolla ja "enactmentti" on nähtävissä. Perheet ovat haastavia ja kaikkia ei pystytty valitettavasta auttamaan tälläkään menetelmällä. Mdft-työskentely vaatii paljon myös terapeutilta ja case manager -tyyppinen työskentely on todella aikaa vievää, mutta minun mielestä kuitenkin perheille todella palkitsevaa."

"Työskentelyni on ollut tiiviimpää ja suunnitelmallisempaa. Olen ollut monipuolisesti ja tiiviimmin yhteistyössä koko perheen kanssa sekä verkostojen kanssa. Kokonaiskuva koko perheen tilanteesta on ollut selkeämpi ja sitä kautta työskentely ollut perheen kanssa tiiviimpää ja läheisempää kuin yleensä. On päässyt nopeammin kiinni perheen ja nuoren ongelmiin ja pystynyt niihin vaikuttamaan."

"Ilo on ollut myös huomata, että prosessin hallinta sujuu itsenäisesti, tietenkin työnohjauksen ja mdft-tiimin tuella."

"Omista tapauksista on jäänyt lähes poikkeuksetta tyytyväinen työnteon mieli, vaikka interventiot eivät olekaan johtaneet suoranaiseen "paranemiseen". Vaikeaksi asian tekee se, että ongelmat käytöshäiriöisten ympärillä ovat niin moninaisia, materiaalia on paljon ja täytyy tarkkaan harkita mihin keskittyä."

"Nuoret itse ovat ainakin minun tapauksissani olleet poikkeuksetta varsin vastahankaisia ja puhumattomia, jokaiseen olen kuitenkin saanut kontaktin luotua."

"Paperityö tuntuu epämukavalta, mutta se selkeyttää työskentelyä ja antaa rungon työskentelyprosessille. Tiedät koko ajan itse missä mennään ja myös perhe sen tietää."

"Tärkeää on saada pohdiskella tarkasti työnohjaajan kanssa erilaisia vaihtoehtoja/ minikäläisiä lauseita konkreettisesti käyttää (jatkuva työskentelyn arviointi!!!) Huonoa: todella paljon paperityötä, jota en koe aina tarpeelliseksi. Huono: Ajankäyttö on vaikeaa, en pysty samaan asiakasmäärään kuin aikaisemmin."

"Opin monia asioita: suunnitelmallisuutta, tavoitteellisuutta, kokonaisvaltaisuutta, perhekeskeytyä, verkostokeskeytyä, rohkeutta tunnetyöskentelyyn, määrätietoisuutta, itsenäisyyttä ja aktiivisuutta."

"Opettanut laittamaan näkökulman perheeseen ja perheen vuorovaikutukseen (enactment). Fokus on nuorella ja perheessä, ei muussa viranomaisverkostossa."

Yllä olevien avokysymyksiin annettujen vastausten ohella menetelmän vahvuuksia oli kuvattu ranskalaisilla viivoilla näin: aikataulutettu, tavoitteellinen ja suunnitelmallinen

tapa; selkeä, tehokas, intensiivinen; täyttä työtä; palkitseva; laadukasta palvelua; rajattu ajallisesti; verkostotyö; case-management; menetelmä vaatii terapeutilta aikaa ja sitkeyttä, suunnitelmia, tavoitteellista työtapaa ja aktiivista yhteydenpitoa; paljon kirjallista työtä ja videointia; pois omalta mukavuusalueelta; pitää koordinoida työtä verkostoissa.

MITÄ OPIN NUORTEN AUTTAMISTYÖSTÄ?

Koulutettavia pyydettiin myös arvioimaan yleisemmällä tasolla sitä, mitä he ovat koulutuksen myötä oppineet; ei siis vain menetelmästä, vaan omasta ammatillisesta työskentelystä.

*"Koulutus on vaikuttanut myös minuun siten, että itsereflektio on kasvanut: mitä minä sa-
noin, millä sävyllä."*

*"Opin miten tärkeää on työskennellä aina tässä ja nyt ja huomioida jokaisen erilaisen näkö-
kulma."*

*"Koen olevani paljon itsevarmempi ja ammattitaito on kehittynyt huomasti. Ehkä suurin
muutos on tapahtunut ajattelutavassani; minun ei tarvitse olla perheiden ongelmanratkaisi-
jana, jolla on aina vastaus haastaviin tilanteisiin."*

*"Koulutus on vaikuttanut merkittävästi ja lähtemättömästi tapaani työskennellä vaikeasti
oireilevien nuorten ja heidän perheidensä kanssa. Koulutus on antanut konkreettisia ja
yksityiskohtaisiakin välineitä mm. työskentelysuhteen luomiseen, vaikeista asioista puhu-
miseen ja niiden työstämiseen. Oman työskentelytavan ja ammattitaidon uudelleenarviointi
ja päivittäminen on ollut pakko kohdata. Koulutus on omalla kohdallani tuonut huikeaa
amatillista kehittymistä perheiden kanssa työskentelyyn. Rohkeus sekä kyky olla yhtä
aikaa asiakasta arvostava, mutta myös tiukka, ovat taitoja, jotka eivät voi olla kehittymättä
tässä koulutuksessa."*

*"Ehkä olen oppinut myös sen, että itsenäistyminen ja elämässä pärjääminen tapahtuvat
vuorovaikutuksessa vanhempiin ja perhesuhteissa tapahtuva pienikin positiivinen edisty-
minen vähentää nuoren riskikäyttäytymistä ja vahvistaa nuoren pärjäämistä. Toisaalta olen
oppinut, että ongelmat MDFT-perheissä ovat todella syvällisiä eikä liian kunnianhimoisia
tavoitteita ongelmien ratkaisemisesta kannata tehdä. Tämä tuntuu välillä jopa liian rankalta
työmuodolta juuri siksi, että vastuu kannetaan yksin ja hoidettavana on todella rankkojakin
asioita."*

*"Vaikeasti oireilevien nuorten kohtaaminen on muuttunut koulutuksen aikana, tuntuu, että
eväitä vuorovaikutukseen, avoimeen kohtamiseen on tullut paljonkin. On avartanut, kuinka
eri tavalla/monella tavalla työtä voikaan tehdä, ihan jokaisen nuoren erityistarpeista lähtöi-
sin. Toiveikkuus on lisääntynyt, on oikeasti voinut huomata, että vaikeatkin tilanteet voivat
helpottua jos ne vain uskalletaan nähdä ja kohdata!"*

*"Koulutuksen myötä olen oppinut sen, että perheellä on itsellään ratkaisukeinoja asioihin,
kun vaan ymmärtäisivät niitä käyttä. Perheessä ja vanhemmissa on voimavaroja, joita
ei huomata ja ne pitää vaan tuoda heidän eteensä ja sen jälkeen perhe voi voimaantua ja
pystyä myös itse pärjäämään. Isotkin ongelmat ja negatiiviset tunteet perheenjäsenten
kesken voi lievittää ja perhe löytää myönteisempiä tapoja kommunikoida. Huonoa on se,
että välttämättä kaikki vanhemmat eivät sitoudu, vaikka tekisi kuinka paljon töitä sen eteen.
Esim. toinen vanhemmista."*

"Ymmärsin, että on tärkeää saada painopiste nuoren ja vanhemman välille, ei terapeutin ja nuoren."

Yhteenvetona voidaan siis sanoa, että koulutettavat pitivät MDFT:tä hyvänä menetelmänä ja he kokivat erityisesti perheen kanssa työskentelemisen mielekkäänä mutta myös haastavana. Menetelmäkoulutus lisäsi heidän ammatillista itseluottamustaan ja rohkeuttaan ja kykyä koordinoida isoja prosesseja. Kaikkia nuoria ja perheitä ei kuitenkaan MDFT:lläkään voida auttaa.

4.3.2 MDFT-KOULUTUSPROSESSI KOULUTETTAVAN NÄKÖKULMASTA

Koulutettavia pyydettiin luonnehtimaan MDFT-koulutuksen hyviä ja huonoja puolia. Hyvät puolet on tiivistetty taulukkoon 6.

TAULUKKO 4.7. MDFT-KOULUTUKSEN VAHVUUDET

- Tiimeinä opiskelu antoisaa ja opettavaista, ryhmähenki.
- Myönteistä se, että oli niin paljon harjoituksia teorian lisäksi.
- Oppi uuden menetelmän ja asiakasprosessin mallin.
- Tehokkainta olivat rooliharjoitukset, suorat työnhajaukset, oman työn videoiden tutkiminen.
- Työnohjauspuhelut kouluttajille opettavaisia.
- Tiimikokonaisuus toimii, ei jää yksin.
- Aktiivinen työote heti alusta asti.
- Kokonaisvaltaisuus.
- Omat koulutuspäivät omalla paikkakunnalla erittäin hyviä.
- Tärkeää omat suomenkieliset kokoontumiset.
- Tiivis, antoisa prosessi, joka haastaa käyttämään omaa persoonaa ja kehittämään vuorovaikutustaitoja, uusi näkökulma
- haastava, antoisa
- auttaa / näyttää perheen vuorovaikutussuhteiden merkityksen elämässä ja selviytymisessä

Vastaavasti koulutuksen haasteellisina koettuja ja kehitettäviä puolia on listattu taulukkoon 4.8.

TAULUKKO 4.8. MDFT KOULUTUKSEN HAASTEET JA KEHITETTÄVÄT PUOLET

- Vähän koulutuspäiviä.
- Kiireen tuntu.
- Koulutus muiden töiden ohella on raskas yhdistelmä.
- Paljon kirjallista työtä, kaikki ei tunnu tarpeelliselta.
- Työnantajat pitää ottaa koulutusohjelmaan mukaan, nyt liikaa tehtäviä oman organisaation kanssa (vallalla käsitys, että menetelmästä voisi ottaa käyttöön vain joi-tain osia).
- Aikatauluissa välillä ongelmia, ensin kiirettä ja sitten välillä jouduttiin odottamaan.
- En aina saanut minulle luvattua kirjallista palautetta kouluttajilta.
- Paljon itseopiskeltavaa materiaalia, joka meinaa jäädä vähälle huomiolle.
- Aikaa kului paljon muuhunkin kuin menetelmän opettelemiseen (työ omalla työ-paikalla).
- Materiaalien pitäisi olla suomeksi.

MDFT-koulutus siis koettiin tiiviinä, vaativana ja opettavaisena, mutta samalla pohdit-tiin sitä, onko aikataulu jopa liiankin tiivis. Lyhyessä ajassa tapahtuu paljon asioita, ja kiireen tuntu voi heikentää opittujen riittävän kattavaa ymmärtämistä ja sisäistämistä.

4.4

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSIÄ MDFT:N JALKAUTTAMISESTA

Kun SMS:n koordinoima asiantuntijatyöryhmä päätyi siihen, että uuden työtavan jalkauttaminen Suomeen voisi olla nuorten auttamisen tehostamisessa parempi vaihto-ehto kuin käytössä olevan kotimaisen työmallin edelleen kehittäminen, pidettiin yhte-nä jalkauttamisen haasteena käyttöönottoprosessin onnistunutta läpiviemistä.

MDFT-pilotti osoitti, että Palaset kohdalleen -hankkeen koordinoimassa menetelmän jalkauttamisen prosessissa voitiin tunnistaa tekijöitä, jotka tukivat käyttöönottoa, mut-ta myös niitä tekijöitä, joihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota.

MDFT-pilotissa onnistuttiin siirtämään MDFT kolmelle paikkakunnalle. Koulutus ja menetelmä osoittautuivat sisällöllisesti hyviksi. Koulutettavien suhtautuminen nuorten auttamiseen muuttui, kun työskentelyn painopiste siirrettiin perheiden ja verkostojen kanssa tehtävään työhön. Koulutuksen tuloksena koulutettavat huomasivat tekevänsä systemaattisemmin työtä perheen vuorovaikutuksen edistämiseksi. Heidän kliiniset taitonsa kehittyivät ja he omaksuivat lisää taitoja toimia vaikeissakin tilanteissa. He pitivät merkittävänä muutoksena myös työntekijän positiossa tapahtunutta muutosta; oleellista työskentelyssä ovat nuori ja perhe, ei viranomaisverkosto.

Menetelmän siirtämisessä ja koulutusta ympäröivässä toiminnassa tunnistettiin kehityskohteita. Koulutettavien aikataulujen riittävästä väljyydestä on huolehdittava. Implementaation alkaessa tulee huolehtia tiedonkulun sujuvuudesta ja riittävästä informaatiosta ennen työskentelyn aloittamista. Aikataulujen kiireys voi johtua liian niukasta tiedonkulusta. Koulutuksen intensiivisyys voi tulla yllätyksenä, jolloin työntekijöille ei heti ole välttämättä mahdollisuuksia käyttää kouluttautumiseen riittävästi aikaa. Jos organisaatiossa ei ole mahdollisuutta perehtyä riittävän yksityiskohtaisesti koulutuksen sisältöön ja logiikkaan eikä yksityiskohtaista, englanninkielistä kirjallista materiaalia ole heti saatavilla, on vaikeaa valmistautua. Ilmiö voi liittyä myös jalkauttamisprosessin suhteellisen nopeaan aikatauluun. MDFT-kouluttajien kokemuksen mukaan intensiivinen koulutusprosessi on paras tapa oppia vaativa menetelmä. Tiivis aikataulu voi kuitenkin näkyä koulutettavan työmäärän lisääntymisenä, jos samana pysyvään työaikaan sisältyvät sekä tavanomaiset tehtävät että koulutuksen edellyttämät oppimisot. Kiire ja suuri työmäärä heijastuvat jaksamiseen. Erilaisilla, kaikilla implementoinnissa mukana olevien organisaatioiden yhteisillä toimenpiteillä asioihin on kuitenkin mahdollista vaikuttaa siinä määrin, että tiimeille ja työntekijöille saadaan järjestettyä tarvittava oppimis- ja työrauha.

Suomessa MDFT:n jalkauttaminen tapahtui kansallisen koordinoijan, SMS:n Palaset kohdalleen -hankkeen kautta. Hanke toimi eräänlaisena käyttöönottoprosessin kotipaikkana, ja yksi sen keskeisimmistä tehtävistä oli toimia linkkinä sekä kotimaisten koulutettavien ja heidän organisaatioidensa että MDFT-kouluttajayhteisön välillä. Koordinointitehtävä osoittautui varsin merkitykselliseksi ja monimuotoiseksi. SMS rekrytoi ja koulutti ryhmän menetelmäuskollisuuden arvioijia ja koordinoi menetelmäuskollisuuden laadunvarmennuksen toimintoja (ks. liite 1). Tämä edellytti tiivistä yhteistyötä kouluttajayhteisön laadunvarmennusosaston kanssa. SMS myös vastasi koulutukseen sisältyvien asiakasnauhoitusten kääntämisestä englanniksi. Koordinointitehtävä oli mahdollinen RAY:n ja Suomen Lääkäriliiton tuella.

Koordinointitehtävän näkökulmasta koulutuksen valmisteluvaihe on menetelmän siirtymisen kannalta vähintään yhtä tärkeä kuin itse koulutusvaihe. Jälkikäteen näyttää siltä, että kouluttajayhteisön ja koulutettavien tahojen välille olisi hyvä muodostaa tiivis keskusteluyhteys jo ennen koulutuksen aloittamista. Tämä todennäköisesti ehkäisee esimerkiksi työaikaasteiden syntyä. Huolellinen valmistautumisvaihe selkeyttää itse koulutusvaihetta, mikä puolestaan tukee jouhevaa menetelmän siirtymistä käytäntöön. Koko menetelmän siirtämisen prosessia ympäröi koulutettavien ja kouluttajayhteisön motivaatio, sitoutuneisuus työskentelyyn ja muutosvalmius.

Palaset kohdalleen -hankkeen näkökulma uuden menetelmän käyttöön ottoon tarvittavista vaiheista on tiivistetty oheiseen kuvioon.

VAIHE 1:

VALMISTAUTUMINEN UUDEN
MENETELMÄN KÄYTTÖÖNOTTOON



- 1) **Tarvekartoitus:** vastaako uusi menetelmä nykyisten työikä-
töntöjen haasteisiin?
- 2) **Organisaation muutosvalmius:**
mitkä ovat taloudelliset ja työ-
aikaresurssit?
- 3) **Henkilöstön muutosvalmius:**
henkilöstön mukaan ottami-
nen valmisteluun, motivaatio
ja sitoutuminen työskentelyn
kehittämiseen
- 4) **Yhteistyösuhteiden solmiminen**
kouluttajayhteisön ja koulutet-
tavien henkilöiden esimiesten
välille: tiedonkulun esteettö-
myyden takaamiseen tarvitta-
vat sopimukset, koulutusso-
pimuksen yksityiskohtainen
esittely ja läpikäynti
- 5) **Koulutettavien rekrytointi**
- 6) **Tiedonkulusta ja seurannasta**
sopiminen
- 7) **Koulutuksen työaika- ja rahalli-**
sen investoinnin kokonaiskuva
ja mahdolliset jatkosopimukset
- 8) **Mahdollisen koordinoijan toi-**
menkuvasta ja vastuualueis-
ta tiedottaminen ja tarvittaviin
tehtäviin resursointi (esimer-
kiksi laadunvarmennukseen
liittyvät toimet)

VAIHE 2:

KOULUTUS



Edellyttää muutosvalmiutta (esi-
miesten ja työntekijöiden motivaai-
tiota kehittää työmenetelmiä ja
sitoutua koulutusvaateisiin) **ja ins-
titutionaalisia voimavaroja** (henki-
löstöä, koulutukseen tarvittavia
välineitä ja olosuhteita sekä taus-
taorganisaation myönteistä suhtau-
tumista muuttuviin työtapoihin).

**Menetelmän oppiminen koulutuk-
sessa edellyttää näiden tekijöiden
toteutumista:**

- lähiopetus + materiaalit
- menetelmäohjaus
- koulutushoidot
- tiimityö
- kirjallinen valmistelu- ja rapor-
tointityö
- videonauhoitukset
- työpaikalla toteutuvat koulu-
tuspäivät
- koulutushoitojen seuranta/tut-
kimus
- esimiesten pitäminen ajan ta-
salla koulutuksen vaiheista
- tarkka ja asianmukainen aika-
taulu riittävän ajoissa

VAIHE 3:

MENETELMÄN SIIRTYMINEN
KÄYTÄNTÖÖN



Edellyttää, että

- potilasohjaus toimii
- tarve ja menetelmä kohtaavat
- uusi työtapana nähdään taustaorganisaatiossa mielekkäänä ja tärkeänä
- koulutettavilla on riittävästi aikaa keskittyä oppimiseen ja uusien menetelmien harjoitteluun
- yhteistyö koulutettavien, esimiesten ja kouluttajan välillä sujuu

VAIHE 4:

UUSI MENETELMÄ
KÄYTÖSSÄ



Edellytyksenä

- koulutettavien ammatillinen kasvu ja kehitys
 - koulutettavien tehokkuus
 - koulutettavien sopeutumiskyky
- ja
- taustaorganisaation tuki uuden menetelmän käyttöön
 - toimivat vuorovaikutuskanavat koulutettujen ja esimiesten välillä
 - selkeät sopimukset

5

LOPUKSI

Suomen Mielenterveysseurassa päätettiin tuoda Suomeen uusi, muualla mallinnettu ja testattu työmalli, MDFT, jonka oletettiin tuovan mukanaan uusia työtapoja laaja-alaisien vaikeuksien kanssa kamppailevien nuorten auttamiseen. MDFT haastaa työntekijää työskentelemään samanaikaisesti monella eri tasolla (yksilö-, perhe- ja verkostotasot) ja tekemään varsinaisen terapeutin työn rinnalla suunnittelu-, hallinnointi- ja valmistelutehtäviä. Palaset kohdalleen –hankkeessa koordinoitiin neljän tiimin koulutautumista MDFT:n käyttöön ja kerättiin havaintoja sekä menetelmän vaikutuksista, että työntekijöiden kokemuksista koulutuksesta ja työskentelystä.

Palaset kohdalleen – hankkeen aikana todettiin, että MDFT näyttää toimivan Suomessa. Koulutettavat työntekijät omaksuivat menetelmän haasteista huolimatta hyvin. Hoidoista saatiin varsin lupaavia tuloksia. Merkillepantavaa on nuorten päihde- ja käyttöhäiriöön liittyvän oireilun vähenemisen lisäksi koulun käynnin paraneminen; moni nuori pystyi hoidon tuloksena palaamaan omaan lähikouluunsa ja käymään sitä säännöllisesti.

Koulutettavat työntekijät korostivat perhe- ja verkosto-orientoituneen työtavan oppimisen tärkeyttä. Suomessa on nuorten auttamisessa ollut pitkään vallalla melko vahva yksilötyön perinne. Monet koulutettavat pitivät muutoksen syntymisen kannalta merkityksellisenä sitä, että he saattoivat tehdä töitä samanaikaisesti ja samanlinjaisesti myös perheen ja muiden nuoren arkisessa ympäristössä tärkeiden toimijoiden kanssa. Nuori elää ja toimii erilaisissa ympäristöissä ja ympäristöt vaikuttavat vastavuoroisesti nuoren käyttäytymiseen. Siksi ympäristön osallistuminen työskentelyyn tukee muutoksen syntymistä ja ylläpysymistä nuoren elämässä. Muutos ei tapahdu siis vain nuorella, vaan esimerkiksi koko perheen kommunikaatio- ja toimintatavoissa.

Laaja-alaisen vaikeuksien kanssa kamppailevia nuoria on pidetty yhtenä haasteellisimmista kohderyhmistä. Tavanomaista on, että hoitoon sitoutumisen prosentti on varsin huono. Nuorelta puuttuu oma sisäsyntyinen motivaatio ja usein myös vanhemmat ovat väsyneitä, turhautuneita ja epätoivoisia. MDFT näyttää antavan toimivia työvälineitä muutostietoisuuden vahvistamiseen. Yhtäältä kaikkien osallistujien motivaation viriämistä tukee yhden työntekijän malli, se, että asiakkaat tietävät aina, kenen kanssa

he töitä tekevät, miksi ja miten. Luottamus, kunnioitus ja yhteistyöorientaatio vahvistavat yhteistyösuhdetta, joka kantaa tukalinakin hetkinä. Toisaalta MDFT:ssä investoidaan paljon aikaa ja energiaa nimenomaan jokaisen osallistujan sisäsyntyisen motivaation kanssa työskentelyyn. Motivaatiota ei nähdä joko tai –ilmiönä, vaan piirteenä, jota voidaan vahvistaa ja joka kasvaa, vaikkakin aaltoillen, yhteistyön myötä. Tämän havainnon mielellään soisi siirtyvän haasteellisten asiakasryhmien kanssa työskentelyyn laajemminkin: motivaatiota voidaan vahvistaa ja vahvistunut motivaatio ilmenee hoitoon sitoutumisena ja hyvinä hoitotuloksina.

Kun Suomen Mielenterveysseurassa pohdittiin Palaset kohdalleen – hanketta valmisteltaessa sitä, kehitetäänkö oma malli vai implementoidaanko muualla testattu työtapo, oli yhtenä oletuksena että valmis malli tuo Suomeen uusia ja tehokkaita työtapoja. Oletus osoittautui oikeaksi. MDFT:n näytti, että haasteellisten kohderyhmien auttamistyössä käsikirja on avuksi; se työntää työskentelemään silloinkin, kun ilman käsikirjan tukea, ohjeita ja malleja saattaisi turhauttavissa tilanteissa työskentelyn lopettaminen näyttää perustellulta ratkaisulta. Joskus auttamistyön kehittäminen tarkoittaa vanhoista työtavoista luopumista ja uusien käytänteiden omaksumista. Vaikka se hetkeksi asettaakin työntekijät ammatilliselle epämukavuusalueelle, on ainakin MDFT-koulutuksen suhteen palkintona kokemus, että työ on mielekästä. Muutokset vaikeasti oireilevien nuorten elämässä ovat mahdollisia.

Uuden työtavan käyttöön otto on pitkä ja monitasoinen prosessi. Palaset kohdalleen – hanke kesti kolme vuotta. Hankkeen päättyessä MDFT:n implementaatio on vielä kesken. Menetelmä on käytössä kolmella paikkakunnalla ja neljä uutta tiimiä ovat koulutuksessa. Kun hankkeen tarjoama koordinointi- ja yhteistyötuki päättyy, voi jo koulutetuissakin tiimeissä riskinä olla palaaminen takaisin vanhoihin käytänteisiin. Jatkossa olisikin hyvä varata uuden menetelmän jalkauttamiseen ainakin viisi vuotta, jotta menetelmä ehtisi kunnolla integroitua työntekijöiden ja organisaatioiden arkeen, jotta olisi suomenkielistä materiaali käytettävissä ja jotta menetelmän käyttöä ja vaikutuksia ehdittäisiin tutkia.

Palaset kohdalleen -hanke on nimensä mukaisesti koostunut useista erilaisista osista. Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten auttamisessa on hankkeen aikana onnistuttu tunnistamaan ja ottamaan käyttöön tärkeitä auttamistyön palasia. Paljon on vielä tekemistä nuorten auttamistyön kehittämisessä, mutta paljon on myös opittu. Hankkeen keskeisen sanoman voi kilpistää Albert Einsteinin ajatelmaan: *”Out of clutter, find simplicity. From discord, find harmony. In the middle of difficulty lies opportunity.”*

KIRJALLISUUS

Baldwin, S.A., Christian, S., Berkeljon, A. & Shadish, W. (2012). The Effects of family Therapies for Adolescent Delinquency and Substance Abuse: A Meta-Analysis. *Journal of Marital & Family Therapy*, 38 (1); 281-304.

Barber, J. (2009). Toward working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy research*, 19, 1-12.

Beidas, R.S. & Kendall, P.C. (2010). Training Therapists in Evidence-Based practice; A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17 (1)1-30.

Bickman, L., Rosof, J., Salzer, M.S., Summerfelt, W.T., Noser, K., Wilson, S.J., & Karver, M.S. (2000). What information do clinicians value for monitoring adolescent client progress and outcome? *Professional Psychology: Research and Practice* 31:70-74

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.

Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New Directions. Teoksessa A.O. Horvath & L.S. Greenberg (toim.) *The working alliance: Theory research, and practice*. New York: Wiley.

Brooks, J. E. (2006). Strengthening Resilience in Children and Youths: Maximizing Opportunities through the Schools. *Children & Schools* 28 (2):69-76.

Castonaguay, L. & Holtforth, M. (2005). Change in psychotherapy: a plea for no more "nonspecific" and false dichotomies. *Clinical psychology – Science & Practice*, 12, 198-201.

Compton, W.M. & Pringle, B. (2004). Services research on adolescent drug treatment. Commentary on "The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study" Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3); 195-196.

Connors, G.J., Carroll, K.m., DiClemente, C.C., Longabaugh, R., & Donovan, D.M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (4), 588-598.

Cromley, T. & Lavigne, J.V. (2008). Predictors and consequences of early gains in child psychotherapy. *Psychotherapy* 45(1); 42-60.

Cross, W., Matthieu, M., Cerel, J., & Knox, K. (2007). Proximate outcomes of gatekeeper training for suicide prevention in the workplace. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37; 659-670.

Curtis, N.M., Ronan, K.R., & Borduin, C.M. (2004). Multisystemic Treatment: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Journal of Family Psychology*, 18 (3); 411-419.

- Decker, S.E., Jameson, M.T. & Naugle, A.E. (2011). Therapist training in empirically supported treatments: a review of evaluation methods for short- and long-term outcomes. *Administration and policy in mental health*, 38 (4); 254-286.
- Dennis, M.L., Godley, S.H., tims, F.M., Babor, T., Donalson, J., Liddle, H.A. et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT). Study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3); 197-213.
- Dew, S.E. & Bickman, L. (2005). Client expectancies about therapy. *Mental Health Services Research*, 7; 21-33.
- Diamond, G. & Liddle, H. (1999). Transforming negative parent-adolescent interactions: from impasse to dialogue. *Family Process*, 38, 5-26.
- Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2013. Nuorten syrjäytymien. Tietoa, toimintaa ja tuloksia? Eduskunta 2013.
- Eyberg, S.M., Nelson, M.M. & Boggs, S.R. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37 (1) 215-237.
- Fossum, S., Handegård, B.H., Martinussen, M., & Mørch, W.T. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behavior in children and adolescents. A meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 (7); 438-451.
- Garland, A. & Schoenwald, S. (2013). Use of effective and efficient quality control methods to implement psychosocial interventions. *Clinical psychology: Science and Practice*, 20, 33-43.
- Gotham, H. J. (2004). Diffusion of mental health and substance abuse treatments; Development, dissemination, and implementation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 160-176.
- Grella, C., Hser, Y-I., Joshi, V. & Rounds-Bryant, J. (2001). Drug treatment Outcomes for Adolescents with Comorbid Mental and Substance Use Disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189 (6), 384-392.
- Hawley, K. M., & Weisz, J.R. (2003). Child, parent and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Psychotherapy Research*, 10, 308-327.
- Henderson, C., Rowe, C., Dakof, G., Hawes, S. & Liddle, H. (2009). Parenting practices as mediators of treatment effects in an early-intervention trial of multidimensional family therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35, 220-226.
- Henggeler, S.W., Rowland, M.D., Randall, J. , Ward, D.M., Picklerl, S.G., Cunningham, P.B., Miller, S.L., Edwards, J., Zealberg, J.J., Hand, L.D. & Santos, A.B. (1999). Home-Based Multisystemic Therapy as an Alternative to the Hospitalization of Youths in Psychiatric Crisis: Clinical Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38 811; 1331-1339.
- Henggeler, S., Melton, G., Brondino, M. & Scherer, D. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: the role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.

- Herschell, A.D., Kolko, D.J., Baumann, B.L. & Davis, A.C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review*, 30; 448-466.
- Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2002.) The Alliance. Teoksessa J.C. Norcross (2002) (toim.) *Psychotherapy Relationships that Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: University Press. ss. 37-70.
- Hogue, A., Henderson, C., Dauber, S., Barahas, P., Fried, A. & Liddle, H. (2008a). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 544-555.
- Hogue, A., Dauber, S., Chinchilla, P., Fried, A., Henderson, C., Inclan, J., Reiner, R. & Liddle, H. (2008b). Assessing fidelity in individual and family therapy for adolescent substance abuse. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 35, 137-147.
- Huey, S., Henggeler, S., Brondino, M. & Pickrel, S. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 451-467.
- Hogue, A., Dauber, S., Faw, L., Cecero, J.J., & Liddle, H.A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74: 121-129.
- Hogue, A., Dauber, A., Samoulis, J. & Liddle, H. (2006). Treatment techniques and outcomes in multidimensional family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of family psychology*, 20, 535-543.
- Hogue, A., Liddle, H., Singer, A. & Leckrone, J. (2005). Intervention fidelity in family-based prevention counseling for adolescent problem behavior. *Journal of Community Psychology*, 33, 191-211.
- Hogue, A., Liddle, H., Dauber, A. & Samoulis, J. (2004). Linking session focus to treatment outcome in evidence-based treatments for adolescents substance abuse. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 41, 83-96.
- Hogue, A., Liddle, H. & Rowe, C. (1996). Treatment adherence process research in family therapy: a rationale and some practical guidelines. *Psychotherapy*, 33 (2), 332-345.
- Henderson, C.E., Dakof, G.A., Greenbaum, P.E. & Liddle, H.A. (2010). Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (6); 885-897.
- Hendriks, V., van der Schee, E. & Blanken, P. (2011). treatment of adolescents with cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119; 64-71.
- INCANT main study protocol (2008). The effectiveness of outpatient Multidimensional Family Therapy compared with outpatient treatment as usual in adolescents with a cannabis use disorder and other problem behavior. A multi-site, trans-national randomized controlled

trial 2006–2010. Haettu 22.10.2013 osoitteesta <http://www.incant.eu/index.php?id=10,0,0,1,0,0>.

Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S. & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common processes in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7, 35–51.

Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50–65.

Kazdin, A.E. (1996). Dropping Out of Child Psychotherapy: Issues for Research and Implications for Practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1, 133–156.

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63 (3), 146–159.

Kazdin, A.E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research*, 2, 27–40.

Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. Teoksessa J.C. Norcross (toim.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: University Press. ss. 17–32.

Lambert, M. J.(2013). Outcome in Psychotherapy: The Past and Important Advances. *Psychotherapy*, 50 (1); 42–51.

Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy research and its effectiveness. Teoksessa J.C. Norcross, G.R. van den Bos, & D.K. Freedheim (toim.) *History of psychotherapy: Continuity and change (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association, ss.299–332.

Leiman, M. (2012). Psykoterapioiden yhteinen perusprosessi. Teoksessa S. Eronen & P. Lah-ti-Nuuttila (toim.) *Mikä psykoterapiassa auttaa? Integratiivisen lähestymistavan perusteita*. Edita. ss. 71–90.

Liddle, H.A. (2013). Multidimensional family therapy. Suullinen esitys konferenssissa “Scientific International Conference on Cannabis and Health”, Tukholma, Ruotsi, 20.11.2013.

Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C. & Greenbaum, P. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abusers: twelve month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77; 12–25.

Liddle, H.A., Dakof, G.A., Turner, R.M., Henderson, C. & Greenbaum, P. (2008). Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103; 1660–1670.

Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Ungaro, R.A. & Henderson, C. (2004). Early inter-vention for adolescent substance abuse; pretreatment to posttreatment outcomes of a rando-

- mized controlled trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36; 49-63.
- Liddle, H.A., Rowe, C.L., Quille, T.J., Dakof, G.A., Mills, D.S., Sakran, E. & Biaggi, H. (2002). Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22; 231-243.
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K. & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27; 651-688.
- Lutz, W., Leon, S.C., Martinovitch, Z., Lyons, J. S. & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 32-39.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Masten, A.S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930.
- McHugh, K. & Barlow, D. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. *American Psychologist*, 65, 73-84.
- McLeod, B.D. & Weisz, J.R. (2005). The Therapy Process Observational Coding System-Alliance Scale: Measure characteristics and prediction of outcome in usual clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 323-333.
- Meeks, J.E. & Bernet, W. (2001). *The Fragile Alliance*. Malabar, FL: Krieger.
- Miller, W. & Rollnick. S. (2002). Motivational interviewing. New York: Guilford press.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing. Third Edition. Helping People Change*. Guilford Press.
- Miller, W., Sorensen, J. Selzer, J. & Brigham, G. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25-39.
- Miller, W.B., Yahne, C.E., Moyers, T.B., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (6): 1050-1062.
- Najavits, L.M., Crits-Christoph, P., & Dierberger, A. (2000). Clinicians' impact on the quality of substance use disorder treatment. *Substance Use and Misuse*, 35:2161-2190.
- Norcross, J.C. (2002) (toim.). *Psychotherapy Relationships that Work*. Oxford: University Press.
- Orlinsky, D. E. (2010). Foreword. Teoksessa B. L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold & M.A. Hubble (toim.) *The Heart and Soul of change*. Washington: American Psychological Association. ss. xix-xxv.

Paton, R.A., & McCalman, J. (2008). Change management. *A guide to effective implementation*. Third edition. Los Angeles: Sage.

Pereplechikova, F., Treat, T. & Kadzin, A. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: an analysis of the studies and examination of the associated variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 829-841.

Rakkolainen, M. & Ehrling, L. (2012). Reflektointi taitona ja tekniikkana motivoivassa haastattelussa. *Psykologia*, 47, 20-37.

Rathus, J.H., & Miller, A.L. (2008). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2); 146-157.

Rigter, H., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V., & Rowe, C. (2010). INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry* 10 (28).

Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M. & Rowe, C.L. (2012). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomized controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013>

Robbins, M., Feaster, D., Horigian, V., Puccinelli, M., Henderson, C. & Szapocznik, J. (2011). Therapist adherence in Brief Strategic Family Therapy for adolescent drug abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 43-53.

Rowe, C., Rigter, H., Henderson, C., Gantner, A., Mos, K., Nielsen, P. & Phan, O. (2012). Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(4), 391-399.

Rowe, C.L., Liddle, H.A., Greenbaum, P.E. & Henderson, C. (2004). Impact of psychiatric comorbidity on treatment outcomes of adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse treatment*. 26; 1-12.

Schaeffer, C.M. & Borduin, C.M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3); 445-453.

Sholomskas, D.E., Syracuse-Sewart, G., Rounsaville, B.J., Ball, S.A., & Nuro, K.F. (2005). We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (1); 106-115.

Shorey, H. S., Snyder, C.R., Rand, K.L., Hockemeyer, J. R., & Feldman, D.B. (2002). Somewhere over the rainbow: Hope theory weathers its first decade. *Psychological Inquiry*, 322-331.

Shrik, S.R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.

Shrik, S.R. & Karver, M.S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 17-24.

- Simpson, D.D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22 (4); 171-182.
- Snyder, C.R., Feldman, D.B., Taylor, J.D., Schroeder, L.L., Adams, V.H. (2000). The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 249-270.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.
- Stiles, W., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical psychology: Science & Practice*, 5, 439-458.
- Trupin, E.W., Stewart, D.G., Beach, B.& Boesky, L. (2002). Effectiveness of a Dialectical Behaviour Therapy Program for Incarcerated Female Juvenile Offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3); 121-127.
- Valle, M.F., Heubner, E.S., & Suldo, S.M. (2004). Further evaluation of the Children's Hopr Scale. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 22, 320-337.
- Valle, S.K. (1981). Interpersonal Functioning of Alcoholism Counselors and Treatment Outcome. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 42(9), 784-791.
- Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate. *Models, methods, and findings*. Mahwahm NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. & Brown, J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to psychotherapy research pioneer. Teoksessa L.G. Gostonguay, J. C. Muran, J. Hayes, N. Ladany & T. Anderson (toim.) *Bringing psychotherapy research to life*. Washington, DC: American Psychological Association. Ss. 17-27.
- Webb, C., DeRubeis, R. & Barber, J. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 200-211.
- Zack, S.E., Castonguay, L.G., & Baswell, J.F. (2007). Youth working alliance - a core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry* 15 (6): 278-288.
- Zolkoski, S. M., & Bullock, L.M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services* 34; 2295-2303.

LIITE 1

LAADUNVARMENNUS

MDFT:SSÄ – MENETELMÄ- USKOLLISUUDEN NÄKÖ- KULMA

SATU KALEVA

Laadunvarmennuksella (*quality control*) viitataan menetelmiin, jotka tukevat tietyn työmallin käyttöä tarkoituksenmukaisella tavalla. Laadunvarmennuksen välineitä ovat menetelmän koulutuksen ohella työnohjaus, työskentelyn seuraaminen esimerkiksi dokumentoimalla hoidon eri osa-alueiden toteutumista (esim. tapaamisten määrä), interventiomanuaalit ja terapeutin toiminnan arviointi eri tavoin (ks. Hogue ym. 1996). Tavoitteena on, että terapeuttien toiminnassa tapahtuu interventiomallin odotamia muutoksia.

MDFT:n laadunvarmennuksen menetelmiin kuuluu terapeutin toiminnan arviointi adherenssin ja kompetenssin näkökulmasta. Kompetenssiarviolla tarkoitetaan palautetta, joka kohdistuu terapeutin taidokkuuteen intervention toteuttamisessa. Tässä kappaleessa keskitytään kuvaamaan adherenssia (*adherence*, menetelmäuskollisuus) laadunvarmennuksen osana. MDFT:ssä laadunvarmennuksessa hyödynnetään lisäksi systemaattista menetelmäohjausta, työskentelyn seuranta ja dokumentointia sekä työskentelyn analysointia havainnoimalla asiakastapaamisista tehtyjä tallenteita. Kirjallisen materiaalin oppimista tarkastetaan kirjallisilla kokeilla, joissa sovelletaan kansainvälistä läpäisyypisterajaa. Tällaisten käytäntöjen puolesta puhuvat tutkimustulokset, joiden mukaan henkilökohtaisen palautteen ja ohjauksen saaminen on todettu tehokkaaksi välineeksi kliinisen osaamisen vahvistamisessa (McHugh & Barlow 2010; ks. myös kappale 2.3 Jalkauttamisen osatekijät: organisaatio, koulutus, työntekijä ja asiakas).

Tutkimuksissa menetelmäuskollisuuden mittareilla varmennetaan menetelmän tuloksellisten elementtien läsnäolo ja hoidon pysyminen tarkoitetunlaisena (fideliteetti¹) sekä erotellaan menetelmiä toisistaan (ks. Webb, DeRubeis & Barber 2010). Tavoitteena on ymmärtää paremmin sitä, mikä työskentelyssä tuottaa tulosta. Myös menetelmien vaikutuksista tehtyjä päätelmiä voidaan tällöin vahvemmin ankkuroida juuri menetelmälisiin eroihin (ks. Perepletchikova ym. 2007). Tutkimuksissa on saatu tukea sille, että menetelmän mukaan toimiminen on yhteydessä intervention tuloksellisuuteen (esim. Rowe ym. 2012; Robbins ym. 2011; ks. myös kappale 1.3 Adherenssin arviointi käytännössä – huomioita arvioijan ja tutkimuksen näkökulmasta).

Tutkimuskäytöstä koulutuskäytäntöihin sovelletut menetelmäuskollisuuden mittarit ovat interventiodien implementaation välineitä, ja niillä voidaan tarjota kouluttautuvalla terapeutille palautetta. Tutkimuksissa hyviksi osoittautuneet kliiniset käytännöt siirretään näin käytännön työhön. Seuraavaksi tarkastellaan lyhyesti MDFT:n kompetenssiarviota ja sen jälkeen laajemmin MDFT-adherenssia.

1.1

KOMPETENSSIARVIO MDFT-KOULUTUKSESSA

Kompetenssiarvio kertoo siitä, miten *hyvin tai taidokkaasti* tietyt interventiot on toteutettu. Tämä tarkoittaa adherenssiin verrattuna erityyppisen kliinisen osaamisen arviointia. Kun adherenssi arvioi sitä, missä määrin tiettyjä toimintoja on käytetty asiakastapaamisessa, kompetenssiarvio ottaa kantaa esimerkiksi interventiodien ajoittamiseen ja terapeutin asenteeseen. MDFT:n kompetenssiarviossa MDFT-kouluttaja antaa terapeutille tämän toimintaa kuvailevaa palautetta istunnon toteuttamisesta. Kompetenssiarvio koostuu pääpiirteissään terapeutin asenteen ja yhteistyösuhteen luomisen tarkastelusta ja havainnoista siitä, miten terapeutisista tavoitteista ja niiden yhteydestä hoidon kokonaisuuteen huolehdittiin sekä siitä, miten perheen vuorovaikutusta tuettiin ja käsiteltiin. Terapeutti saa myös palautetta oman toimintansa kehittämiseen.

Kompetenssiarvio tehdään samasta istunnosta, josta myös adherenssi arvioidaan. Keskimäärin kompetenssia arvioidaan neljästä tapaamisesta kaksivuotisen koulutuksen aikana. Koulutuksen läpäisyyn vaaditaan riittävän kompetenssin saavuttaminen. Tarvittaessa pyydetään uutta istuntoa kompetenssiarvioon. Tällä hetkellä kompetenssiarvioita ei ole mahdollista tehdä Suomessa, koska arvion tekee MDFT-kouluttaja ja suomalaisia kouluttajia ei vielä tällä hetkellä ole.

1 Kirjallisuudessa englanninkielien sanat *fidelity* (uskollisuus, toistokyky) ja *treatment integrity* (integriteetti; yhtenäisyys, eheys) sekä *adherence* (adherenssi; noudattaminen, kiinni pysyminen) ovat jokseenkin limittäisessä käytössä.

1.2

ADHERENSSIARVIO MDFT-KOULUTUKSESSA

Adherenssi viittaa terapeutin *menetelmänmukaiseen* toimintaan. Adherenssiarvio kertoo siitä, missä määrin tietyille interventiolle keskeiset toiminnot ovat olleet mukana työskentelyssä. Keskeisinä voidaan pitää hoidon rakenteiden toteutumista ja varsinaisten hoitovuorovaikutuksessa sovellettavien tekniikoiden läsnäoloa työskentelyssä².

MDFT:n kohdalla työskentelyn rakenteellisiin puoliin kuuluu esimerkiksi 2–3 tapaa-mista viikoittain sekä perheen verkostojen osallistuminen työskentelyyn. Työskentelyn vuorovaikutuksellisiin elementteihin lukeutuvat puolestaan esimerkiksi yhteistyösuhteen rakentaminen, perheen vuorovaikutuksen fasilitoiminen ja tunteiden käsittely. Näitä hoidon vuorovaikutuksen osa-alueiksi (*item*) kutsuttuja elementtejä arvioidaan *MDFT Intervention Inventory* (MII) -manuaalin mukaan. Tässä kappaleessa adherenssilla viitataan näihin MII:n tunnistamiin työskentelyn osa-alueisiin. MII-työkalu pohjaa TBRs-mittariin (*The Therapist Behavior Scale*), jota on käytetty tutkimuksissa erotelemaan kognitiivis-behavioraalinen terapia ja MDFT toisistaan (ks. Hogue ym. 2005; 2008b). Arvioitavia osa-alueita on 16:

- 1) yhteistyösuhteen rakentaminen
- 2) työskentelyyn osallistumiseen motivointi
- 3) tilanteen monialainen arvioiminen
- 4) huoltajan/huoltajien kiintymyksen tunteiden fasilitoiminen nuorta kohtaan
- 5) työskentely vanhemmuuden käytänteiden kanssa
- 6) perheen verkostojen tarkasteleminen
- 7) tunteiden ja niiden ilmaisemisen käsittely
- 8) perheen rakentavan vuorovaikutuksen fasilitoiminen ja tukeminen
- 9) nuoren ja perheen tilanteen tarkastelu kehityksellisestä näkökulmasta
- 10) valmistautuminen tulevaan keskusteluun nuoren tai huoltajan/huoltajien kanssa
- 11) yksilöllinen työskentely vanhemman kanssa ja hänen itsetuntemuksensa lisääminen
- 12) yksilöllinen työskentely nuoren kanssa ja hänen itsetuntemuksensa lisääminen
- 13) päihteiden käytön tutkiminen
- 14) voimavarojen ja vahvuuksien esiin nostaminen
- 15) toimintasuunnitelmien tekeminen ja toimintaan fasilitoiminen
- 16) työskentelyn läpinäkyväksi tekeminen ("mitä teemme ja miksi")

Ulkopuolinen arvioitsija arvioi adherenssin havainnoimalla terapeutin videoimaa asiakastapaamista. Adherenssin arvioitsijoita ei ole koulutettu MDFT-menetelmään. Ulkopuolisen arvioinnin voidaankin olettaa antavan objektiivisempaa tietoa kuin itsearviointiin. Toisaalta voidaan ajatella, että arvioitavan menetelmän asiantuntija pystyisi

2 Euroopassa toteutetussa INCANT-tutkimuksessa MDFT:n adherenssia arvioitiin tarkastelemalla hoidon rakenteiden (intensiteetti, istuntojen kesto, systeeminen työskentely) ja interventiotekniikoiden soveltamisen astetta (INCANT main study protocol 2008).

arvioimaan syvemmin menetelmän keskeisten elementtien olemassaoloa. Terapeutin toiminnan arviointiin sovellettavia epäsuoria arviointimenetelmiä (esim. terapeutin oma arvio istunnosta jälkikäteen) voidaan kuitenkin pitää ulkopuolista arviointia herkeämpinä erilaisille vääristymille (Perepletchikova ym. 2007). On myös viitteitä siitä, että terapeutit arvioivat toimintaansa positiivisemmin menetelmän toteuttamiseen nähden kuin ulkopuoliset arvioijat (Beidas & Kendall 2010).

ARVIOINTIPROSESSI

MII-työkalulla *terapeutin toiminta* tiivistyy numeeriseen muotoon. Arviointilomakkeessa on myös laadullisempi osuus, johon arvioija kirjaa ne terapeutin vuorot, jotka täyttävät kunkin osa-alueen kriteerit ja ovat numeerisen arvion taustalla. Jokaisen osa-alueen (1–16) käyttö arvioidaan seitsenportaisella Likertin asteikolla. Terapeutin toiminnan pisteyttämisessä otetaan huomioon toiminnan *määrä* (vuorojen frekvenssi, *frequency*) ja sen *syvyys* (kuinka syväluotaavia ja asiaan paneutuvia vuorot ovat, *thoroughness*). Jos osa-alue saa arvon 1, se tarkoittaa, ettei terapeutti käyttänyt kyseistä interventioita tapaamisessa lainkaan. Korkein arvo 7 puolestaan tarkoittaa, että osa-alue oli mukana istunnossa laaja-alaisesti. Tällöin asiaan on syvennytty, se on ollut istuntoa läpileikkaava teema ja sen käsittelyyn käytettiin täten myös määrällisesti paljon vuoroja. Istunnon adherenssipistemäärä saadaan kaikkien osa-alueiden arvioiden keskiarvosta. Hyväksytyksi menetelmäuskollisuudeksi katsotaan viimeisenä koulutusvuonna vähintään 3,0 keskiarvo. Tarvittaessa pyydetään uutta istuntoa arvioitavaksi. Kompetenssiarvion tavoin myös adherenssia arvioidaan keskimäärin neljästä tapaamisesta kaksivuotisen koulutuksen aikana.

MDFT:n adherenssin keskeisimmät elementit perustuvat sekä menetelmän systemis-ekologiselle teoriataustalle että tutkimustuloksille, joiden mukaan MDFT:n tulokellisuus on liitetty muun muassa perheen vuorovaikutuksen muutokseen hoidon aikana (Henderson ym. 2009; Hogue ym. 2004; Diamond & Liddle 1999). Perhesuuntautuneet hoitotekniikat näyttävät olevan yhteydessä erityisesti nuoren päiheteiden käytön ja psykiatrisen oireilun vähenemiseen (Hogue ym. 2006; 2004). Näin ollen arvioinnissa tulisi nousta esiin erityisesti tunteiden kanssa työskentelyä (osa-alue 7) sekä perheen rakentavan vuorovaikutuksen fasilitointia (osa-alue 8). Adherenssia arvioidaan pääsääntöisesti hoitoprosessin 2. vaiheesta eli niin sanotusta työskentelyvaiheesta, jonne näiden teemojen työsti sijoittuu.

SUOMALAINEN ADHERENSSIARVIOINTI JA ARVIOITSIJOIDEN KOULUTUS

MDFT-koulutuksiin liittyvä adherenssiarvio on mahdollista tehdä Suomessa adherenssin arviointiin sertifioitun tiimin voimin. Tiimi on saanut koulutuksen Euroopassa MDFT:n koulutuksesta vastaavalta MDFT Akatemialta (Youth Interventions Foundation). Koulutuksessa kiinnitetään huomiota siihen, että arviointi toteutuu arvioitsijoiden kesken riittävän yhtenäisesti (*inter-rater-reliability*). Jotta arviot olisivat verrattavissa, täytyy niiden taustalla olla samoin sovelletut periaatteet. Tämä ehkäisee arvion

personoitumista ja lisää sen luotettavuutta. Keskeisenä koulutustehtävänä on, että arvioitsija ymmärtää kunkin intervention keskeisen sisällön (”teoria”) ja pystyy tämän perusteella erottelemaan interventiot todellisen tapaamisen kulusta (”käytäntö”) sekä kykenee arvioimaan kunkin intervention käytön laajuutta kuvatulla asteikolla. Arvioitsijat koulutetaan myös tunnistamaan ilmiöitä ja tilanteita, jotka voivat heikentää arvioinnin luotettavuutta (esim. tulkitseminen).

Tämän tyyppisessä arvioinnissa on huomioitava, että vaikka arvioitsijat jakaisivat saman ymmärryksen keskeisistä arviointiperiaatteista, yhdestä istunnosta tehty arvio ei voi koskaan olla täysin identtinen kahden arvioitsijan välillä. Arvioinnin periaatteiden soveltaminen on käytännössä aina kiinni myös tapaamisen ainutlaatuisesta kulusta. Mikään asiakastilanne ei ole samanlainen, ja jokainen koulutettava soveltaa MDFT:n periaatteita oman persoonansa kautta. Arvioijan on tärkeää tehdä päätelmät siitä, mitä on havaittavan materiaalin perusteella tapahtunut. Arvio ei voi perustua arvioitsijan olettamukseen tai tunteeseen siitä, mitä terapeutti halusi sanoa, ei siinäkään tapauksessa, että arvioitsijan oletus osuisi mahdollisesti oikeaan.

1.3

ADHERENSSIN ARVIOINTI KÄYTÄNNÖSSÄ – HUOMIOITA ARVIOIJAN JA TUTKIMUKSEN NÄKÖKULMASTA

Tässä kappaleessa tuodaan esiin erilaisia adherenssin arviointiin liittyviä ilmiöitä niin käytännön tasolta kuin laajemmin tutkimustasolta havainnoituna. Keskeisiä havaintoja ovat kuvatulla tavalla mitatun adherenssin tarjoaman tiedon luonne: Mitä adherenssi mittaa? Mikä on tällaisen tiedon suhde hoidon vuorovaikutukseen ja kokonaisprosessiin? Minkälaisia kulttuurisia tekijöitä adherenssin arviointiin liittyy? Lisäksi keskustellaan siitä, mikä adherenssin operationalisoinnin suhde on menetelmien tutkimiseen ja sitä kautta päätelmiin hyvistä kliinisistä käytännöistä.

Adherenssin varmentamisesta on hyötyä. Tämän tyyppisen arvioinnin avulla on voitu tarkemmin tutkia esimerkiksi sitä, mikä terapeuttisessa työskentelyssä tuottaa tulosta, ja adherenssiin liittyvä keskustelu kytkeytyykin keskeisesti näkemyksiin siitä, millä tavalla menetelmäkohtaiset ja yleiset auttamistyön tekijät ovat yhteydessä hoitotuloksen syntyyn. Adherenssin arvioinnin avulla käytännön kouluttamisessa voidaan myös tarjota palautetta terapeutille esimerkiksi siitä, mikä auttaa kohdentamaan työskentelyä tarkoituksenmukaisemmin.

MDFT-ADHERENSSIN LUONNE MII-ARVION NÄKÖKULMASTA

Minkälaista tietoa MDFT:n adherenssiarviolla voidaan tuottaa? MII-arvio on eräänlainen asiakastapaamisen tiivistelmä, jossa työntekijän toiminta on kategorisoitu ennalta määriteltuihin ulottuvuuksiin. Arvioinnin tekoa voidaan verrata esimerkiksi laadullises-

sa tutkimuksessa käytettäviin aineiston luokittelun tekniikoihin. Aineistoa tarkastellaan siis ennalta määriteltyjen oletusten mukaan, ei niin sanotusti aineistolähtöisesti. Näin aineisto tiivistyy helpommin hallittaviin kokonaisuuksiin. Näitä kokonaisuuksia MII tunnistaa 16 (ks. edell. kappale). Lista ei kuvaa kaikkea terapeutiselle työskentelylle keskeistä ainesta, eikä toisaalta kaikkea istunnoissa tapahtuvaa ole mahdollista arvioida tällä mittarilla – jotain jää aina arvion ulkopuolelle. MII voidaankin ajatella haravaksi, joka pyrkii tunnistamaan *MDFT:n mukaista toimintaa*. MDFT:n tärkeimpien istuntovuorovaikutuksen teemojen ajatellaan tiivistyvän MII:ssä. Näin ollen taapamisessa voi tapahtua myös jotain muuta tärkeää, vaikka se ei näy MII-arviossa.

Tällainen keskiarvoon tiivistäminen herättää pohtimaan muun muassa seuraavia ilmiöitä. Koska MII ei aseta eri interventioita tärkeysjärjestykseen eikä niiden pisteyttämisessä ole painotuksia, riittävä adherenssipistemäärä on mahdollista saavuttaa montaa reittiä, myös niin, ettei MDFT:lle erityisen keskeisinä pidettyjä osa-alueita 7 ja 8 juurikaan käytetä. *Pelkän* adherenssikeskiarvon perusteella ei voi siis päätellä näihin interventioihin syventymistä. Toisaalta pelkästään keskeisiin osa-alueisiin syventymällä ei välttämättä saa korkeaa adherenssipistemäärää. Eli vaikka terapeutti olisi ohjannut ja fasilitoinut vuorovaikutusta läpi istunnon ja tunteita olisi käsitelty laajasti, pistemäärä voi jäädä alhaiseksi. Vaikka keskiarvo jäisi alle toivotun, tilannetta ei kuitenkaan välttämättä tulkita niin, etteikö istunto olisi ollut ”hyvää MDFT:tä”.

Näiden ilmiöiden takia sertifiointinissa otetaan huomioon mahdolliset syyt, miksi adherenssi on jäänyt alhaiseksi. Tällainen tekijä on esimerkiksi se, että terapeutti on antanut perheen keskustella paljon keskenään. Perheen vuorovaikutuksen fasilitointiin otetaan kantaa myös kompetenssiarviossa sekä menetelmäohjauksessa. Jos keskeiset osa-alueet eivät saa pisteitä adherenssiarviossa, voidaan niiden puuttumista käydä läpi menetelmäohjauksessa. Näin adherenssiarviolla voidaan tukea terapeutin oppimista.

Pistemäärään vaikuttaa myös interventioiden limittyminen. Vaikka jokaisen MII-intervention ajatellaan olevan teoreettisella tasolla itsenäinen, käytännössä monien interventioiden käyttö limittyy. On tyypillistä, että yksi työntekijän vuoro on arvioitavissa kahden eri osa-alueen mukaan. Tämä tarkoittaa sitä, että yksi terapeutin vuoro toteuttaa esimerkiksi sekä osa-aluetta 12 (yksilöllinen työskentely nuoren kanssa ja hänen itse-tuntemuksensa lisääminen) että osa-aluetta 13 (päihteiden käytön tutkiminen). Tämä luonnollisesti näkyy kokonaispistemäärässä ja keskiarvossa sitä nostaen, sillä mitä useampi osa-alue saa pisteitä, sitä korkeammalle kokonaispisteet nousevat. Arvioitsijat koulutetaan välttämään vuoron arvioimista useaan osa-alueeseen, mikä on usein merkki arvioinnin venyttämisestä ja osa-alueiden ohitulkittamisesta. Ilmiö kuitenkin heijastelee terapeutin työskentelyn moniulotteisuutta, ja tämänkaltaiset arviot aina jossain määrin yksinkertaistavat istuntojen vuorovaikutusta.

MII:n tunnistamat toiminnan alueet ovat myös eritasoisia; osa on enemmän keskusteluteemaa kuvaavia (esim. vanhemmuuden käytänteet), kun taas toiset ovat vuorovaikutuksellisia (esim. yhteistyösuhteen rakentaminen). Arvioissa mitataan siis toisistaan jokseenkin erilaisia työskentelyn ulottuvuuksia. Arvioinnin näkökulmasta on aivan erilaista tunnistaa tiettyjen keskusteluteemojen läsnäoloa (mistä puhutaan) kuin vuorovaikutuksen luonnetta kuvaavia alueita (miten puhutaan). Kuten edellisissä kappaleissa on todettu, asiakastyön keskiöön kuuluvat asiakkaan kohtaamisen liittyvät kliiniset taidot. Tämän tyyppistä terapeutista vuorovaikutusta (jonka laadun todennäköisesti sekä terapeutti että asiakas tapaamisessa voivat tunnistaa) on konkreettisempia tekniikoita ja keskusteluteemoja huomattavasti vaikeampaa arvioida ulkopuolelta.

Adherenssin yleensä ajatellaan kertovan juuri tietyn menetelmän keskeisistä piirteistä. MII tunnistaa myös ns. yleisiä tekijöitä (ks. kappale 1.1 Mikä auttaa: yleiset ja erityiset tekijät nuorten terapeutisessa auttamistyössä). MII:ssä esimerkiksi yhteistyösuhteen luominen (osa-alue 1), motivointi (osa-alue 2) tai moniulotteinen arviointi (osa-alue 3) eivät yksittäisinä tekniikoina ole MDFT:stä sinänsä kuvaavia, ns. menetelmäkohtaisia tekijöitä, vaan ne voisivat olla minkä tahansa intervention osa-alueita. MDFT:n piirteisiin kuuluu MII:n tunnistamien interventioiden lisäksi hoidon rakenteellisia tekijöitä (esim. verkostotyöskentely ja jalkautuminen, joita tarkastellaan koulutuksessa työskentelyä dokumentoimalla). MDFT:n menetelmän mukaisen toiminnan voidaankin katsoa olevan MII:n tunnistamia toimintoja laajempi asia (ks. alaviite s. 77). Näiden rakenteellisten tekijöiden toteutumista tarkastellaankin erillisellä lomakkeella.

Tässä yhteydessä on myös hyvä huomata, että MDFT on yhdistelmähoitomalli. Tämä tarkoittaa, että työskentelyssä yhdistellään tarpeen mukaan erilaisia terapeutisia näkökulmia. MDFT hyödyntää perheterapeuttien lähtökohtien ohella esimerkiksi kognitiivis-behavioraalisen tradition ajatuksia, asiakkaan ja tilanteen vaatimalla tavalla. Yhdistelmähoitomallien käytäntöjä ei ohjaa vain yksi teoriatausta.

Menetelmän mukaisuuden yhteydessä voidaankin puhua yksittäisten, menetelmäkohtaisten tekijöiden ohella laajemmin siitä hoidon kokonaisuudesta, jolla työskentelymalli odottaa muutosta saatavan aikaan (ks. Castonaguay & Holtforth 2005; Hogue ym. 1996). Näistä teemoista pääsemme jälleen kysymykseen siitä, mikä terapeutisessa työskentelyssä tuottaa tulosta ja minkälainen suhde menetelmäkohtaisilla ja yleisillä tekijöillä on hoitotuloksiin.

ADHERENSSIN MITTAAMINEN JA HOITOPROSESSI

Miten adherenssia olisi mitattava ja minkälainen suhde sillä on hoitoon vaikuttaviin muihin tekijöihin? Miten adherenssi suhteutuu esimerkiksi asiakkaiden erilaisiin taustoihin ja tähän liittyen, onko vahvempi adherenssi joka tilanteessa aina parempi asia (esim. Webb, DeRubeis & Barber 2010)? On havaittu, että keskinkertainen adherenssipistemäärä voi korreloida hoidon tuloksen kanssa enemmän kuin vähäinen tai vastaavasti erityisen vahva adheroituminen. Adherenssin määrän ja hoitotuloksen välillä voi olla myös eroja sen suhteen, minkälaisen oireen muutoksiin sitä suhteutetaan.

Hoguen ja kumppaneiden (2008b) tutkimuksessa tutkittiin adherenssin ja kompetenssin arvioinnissa käytettävän mittarin ominaisuuksia kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan (CBT) ja MDFT:hen liittyen. Tutkimuksen yksi havainto oli, että mittarin arviot vaihtelivat enemmän asiakkaiden kuin terapeuttien suhteen sekä CBT:ssä että MDFT:ssä. Yksi tulkinta tästä oli se, että käytetty mittari ei välttämättä mittaakaan pelkkää terapeutin toimintaa, vaan terapeutti–asiakas-vuorovaikutusta. Voidaankin ajatella, että käytännön asiakastilanne vaikuttaa myös siihen, miten ja millä intensiteetillä terapeutti soveltaa menetelmän eri piirteitä.

Toisessa tutkimuksessa puolestaan keskimääräisen MDFT-menetelmäuskollisuuden havaittiin olevan yhteydessä erityisesti internalisaatio-oireiden vähenemiseen verrattuna vähäiseen tai erityisen korkeaan menetelmäuskollisuuteen (kurvilineaarinen yhteys). Eksternalisaatio-oireiden kohdalla adherenssin ja hoitotuloksen välinen yhteys oli puolestaan lineaarinen. (Hogue ym. 2008a.) Ilmiöstä on keskusteltu myös kognitiivisen terapian yhteydessä (ks. Barber 2009).

Mitä mahtaa olla kyseisten tulosten taustalla? Kertovatko ne terapeutin sensitiivisyydestä työskentelyn yksilöllisille vaatimuksille (ks. Stiles ym. 1998)? Kuvattuja tuloksia voidaan pohtia myös siitä näkökulmasta, miten adherenssia on mitattu. Jääkö mahdollisesti huomioimatta tietoa, jonka voitaisiin olettaa olevan yhteydessä hyvään työskentelyyn? Useissa tutkimuksissa adherenssia on mitattu tietystä kohdasta hoitoprosessia ja näitä keskiarvoja on tarkasteltu suhteessa tulostuuttuihin. Tällainen tutkimuskäytäntö ei mahdollista hoidon hienovaraisempien prosessien tutkimista. Voidaankin pohtia, miten adherenssin mittaaminen vain tietystä hoidon vaiheesta (ns. *snapshot*) vaikuttaa tutkimuksista tehtäviin päätelmiin (ks. laajempi keskustelu aiheesta Webb, DeRubeis & Barber 2010).

Miten puolestaan hoidon vaihe liittyy adherenssiin ja hoitotulosten suhteeseen? Olisiko yksittäismittausten lisäksi tarkasteltava adherenssia hoidon kulussa ja kokonaisuudessa? Eri vaiheissa hoitoa painottuvat erilaiset työskentelyn ulottuvuudet. Esimerkiksi MDFT-prosessin alussa rakennetaan yhteistyösuhdetta ja motivaatioita työskentelyyn ja keskivaiheilla puolestaan työskennellään muutoksen eteen. Näin ollen ei voida olettaa, että adherenssin eri osa-alueet painottuisivat koko hoidon ajan samoin. MDFT-adherenssia mitataan koulutuksessa pääsääntöisesti hoidon 2. vaiheesta, jossa tiettyjen työskentelyn osa-alueiden oletetaan painottuvan.

MII:n kaltainen arvio ei huomioi esimerkiksi hoidon vaiheen, potilas terapeutti-vuorovaikutuksen piirteiden tai asiakkaan toiminnan vaikutusta adherenssiin. Näiden kaikkien voidaan olettaa olevan yhteydessä istunnon tapahtumiin. Yksi mielenkiintoinen näkökulma tällaiseen menetelmän käyttöönoton teknologian rajoihin löytyy suomalaisesta tutkimuksesta. Motivoivan haastattelun (*motivational interviewing*, Miller & Rollnick 2002) piirissä tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että vaikka terapeutin toiminta oli menetelmän mukaista motivoivan haastattelun mittarilla, hoitovuorovaikutusta

tarkemmin tarkasteltaessa voitiin havaita, että näiden periaatteiden toteuttamiseen saattoi piiloutua myös menetelmän odotuksille täysin vastakkaisia vuorovaikutusilmiöitä (ks. Rakkolainen & Ehrling 2012). Tämänkaltaiset tekijät eivät näy kuvatulaisissa arvioissa, joissa otetaan huomioon vain menetelmään kuuluvaksi luokiteltu aines, mutta ei toimintaa, jonka voidaan ajatella haittaavan rakentavan hoitovuorovaikutuksen syntyä tai olevan menetelmän oletuksien vastaista. Kompetenssiarviossa voidaan ottaa kantaa siihen, millä tavalla työskentelyä tulisi muuttaa, jotta se vastaisi tarkemmin menetelmän oletuksia.

SOVELTAMISKULTTUURI JA ADHERENSSI - SANOPAS TUO ÄITEELLES

Yksi tekijä, joka erityisesti on puhuttanut Palaset kohdalleen -hankkeen pilotissa, on adherenssin ja menetelmän soveltamiskulttuurin suhde. Miten MDFT:n olettamien interventioiden toteuttaminen sopii suomalaiseen auttamiskulttuuriin? Minkälaisia muotoja interventiot suomalaisten terapeuttien käsissä saavat? Pystyykö adherenssin arvioija havainnoimaan tällaiset kulttuuriset nyanssit pysyen samalla uskollisena arviointiperiaatteille? Keskustelua on käyty muun muassa siitä, että tietyt toiminnot voivat tuntua vierailta suomalaisessa auttamiskulttuurissa (ks. luku 4) sekä siitä, että koulutus ja arviointi toteutetaan vieraalla kielellä. Myös adherenssi on arvioitu englanninkielisellä lomakkeella, ja toimintaa kuvailevat vuorot on kirjattu pääosin englanniksi.

Näyttää kuitenkin siltä, että kun arvioitavan MII-osa-alueen ydin on tiedossa, tätä ydintä toteuttavat toiminnot on mahdollista tunnistaa, vaikka ne saisivat kulttuurisesti erilaisia ilmiösujuja. Tähän liittyy kuitenkin se, että kuten edellä todettiin, vaatii arviointi istunnon vuorovaikutukselta tiettyä selkeyttä. Arvioitsija ei voi lähteä olettamaan, mitä terapeutti on mahdollisesti halunnut tavoitella vuorollaan. Tutkivaan otteeseen kuuluu, että arvion pitää perustua siihen, mitä on tuotu julki keskustelussa. Joskus samankin kulttuuriipiirin sisällä voi olla tilanteita, jotka haastavat tämän toteutumista.

Käytännön arvioinnin näkökulmasta katsottuna MII:llä on pystytty arvioimaan suomalaista MDFT-työskentelyä. Tämä voidaan tulkita niin, että on löydetty kulttuurisesti sopivat ja toimivat tavat toteuttaa MDFT:tä. Arvioinnin ja kulttuurin yhteensovittamista vahvistaa edelleen arvioitsijoiden ja koulutettavien äidinkielellä oleva materiaali.

YHTEENVETO

Laadunvarmennus on vastaus pyrkimykseen, että tehokkaat kliiniset käytännöt olisivat läsnä asiakastyössä. Adherenssin ja kompetenssin arviot toteuttavat tätä tavoitetta. Lisäksi niillä on tutkimuksellisia käyttötarkoituksia. Ne pyrkivät avaamaan sitä, minkälaiset tekijät terapeuttisessa työssä liittyvät hyviin hoitotuloksiin.

Kompetenssin ja adherenssin arviot täydentävät toisiaan tarjoamalla erilaiset näkymät samaan tapaamiseen. Yhdellä välineellä ei voi arvioida kaikkea terapeuttisesti arvokasta,

ja siksi käytössä on monipuolisia menetelmiä. Arvioinneilla pystytään tukemaan tuloksellisten tekijöiden siirtymistä käytännön työhön ja tarjoamaan palautetta kliinisen työn kohdentamiseen. Toisaalta kaikkea terapeutisesti arvokasta ei voida arvioida ja mitata mittarilla, joka on suunniteltu tunnistamaan ennalta määriteltäviä tekijöitä. Arvioinnin hyödyllisten puolien lisäksi kyseisiin mittareihin ja niiden tarjoamaan tietoon liittyy haasteita, kuten se, minkälaista tietoa arvio voi tarjota tai miten adherenssia operationalisoidaan.

Kysymykset liittyvät keskusteluun siitä, minkälaiset tekijät ovat yleisiä ja minkälaisia tekijöitä voidaan pitää menetelmälle ominaisina sekä ylipäättään siihen, minkälaisesta kokonaisuudesta tietyn menetelmän vaikuttava sormenjälki muodostuu. Menetelmälle ominaisten tekijöiden ja yleisten tekijöiden ei toisaalta voida ajatella olevan selvärajaisesti erotettavissa toisistaan, sillä terapeutinen työskentely on monimuotoista ja -ulotteista, ja kaikilla sen piirteillä voidaan katsoa olevan oma osuutensa työskentelyn kokonaisuudessa (Castonaguay & Holtforth 2005; ks. myös luku 1). Tällaisista hienovaraisista auttamistyön tekijöistä ja niiden yhteisvaikutuksesta ja vuorovaikutuksesta tarvitaan edelleen tutkimusta.

Miten voisi parhaiten auttaa nuoria, joilla on useita samanaikaisia vaikeuksia? Miten voitaisiin varmistaa, että nuoret eivät keskeyttäisi hoitoa, vaan muutos pääsisi oikeasti syntymään? Millaisia kokemuksia Suomessa on näyttöön perustuvien hoitomallien käyttöön-
otosta ja jalkautumisesta?

Tässä julkaisussa selvitetään nuorten auttamistyön eri tekijöitä ja niiden vaikutuksia hoitotuloksiin. Lisäksi kartoitetaan uusien työtapojen kehittämisen vaihteita. Teoksen alkuosassa teemoja tarkastellaan yleisellä tasolla. Loppuosassa poraudutaan yhden näyttöön perustuvan työmallin, multidimensionaalisen perheterapian (MDFT), käyttöönotosta kertyneiden kokemusten kuvaamiseen ja niistä saadun opin pohtimiseen. Teoksen tavoitteena on antaa oman työn kehittämisestä kiinnostuneille tietoa siitä, mitä kannattaa huomioida tällaisen työmallin käyttöönotossa sekä millaisia mahdollisuuksia ja haasteita käyttöönottoon liittyy.

Teos on Suomen Mielenterveysseuran Palaset kohdalleen -hankkeen loppujulkaisu. Hanketta rahoittivat RAY ja Suomen Lääkäriliitto.



Suomen Mielenterveysseura
Maistraatinportti 4 A
00240 HELSINKI
(09) 615 516
mielenterveysseura.fi



LÄÄKÄRILIITTO
LÄKARFÖRBUNDET