

Työpaperi 2/2024

Psykososiaaliset menetelmät lasten traumaattisten kokemusten käsittelyyn

- kokemuksia Barnahus-hankkeessa pilotoiduista ja jalkautetuista työmenetelmistä

Taina Laajasalo, Sini Stolt, Johanna Pirinen, Sini Vehkaoja, Aino Juusola,
Sanna-Kaija Nuotio, Niina Remsu

Tiivistelmä

Taina Laajasalo ym. 2024. Psykososiaaliset menetelmät lasten traumaattisten kokemusten käsittelyyn – kokemuksia Barnahus-hankkeessa pilotoiduista ja jalkautetuista työmenetelmistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäperi 2/2024. 39 sivua. Helsinki 2024. ISBN 978-952-408-232-7 (verkkojulkaisu)

Barnahus-hanke on vuodesta 2019 tehostanut lapsiin kohdistuvien väkivaltaepäilyjen selvitysprosesseja sekä väkivaltaa kokeneiden lasten tukea ja hoitoa. Osana Väkivallaton lapsuus -toimenpidesuunnitelman mukaista psykososiaalisten interventioiden jalkautustyötä hankkeessa on levitetty kolmea traumaperäisten oireiden ehkäisyyn tai hoitoon soveltuvaa menetelmää.

Barnahus-hankkeessa implementoivat tutkimusmenetelmät valittiin kirjallisuus- ja tarvekatsauksen pohjalta. Ensinnäkin havaittiin tarve vahvistaa maastamme jo löytyvän traumafokusoidun kognitiivisen käyttäytymisterapian (TF-KKT) osaajaverkostoa ja juurtumisen tukirakenteita. Lisäksi havaittiin tarve perhekohtaiselle perheensisäisiin väkivaltatilanteisiin sopivalle menetelmälle sekä menetelmälle potentiaalisesti traumaattisen kokemuksen jälkeiseen kriisivaiheeseen. Näihin tarpeisiin vastaamaan valittiin pilotoitavaksi Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI) sekä Lapsen kaltoin kohtelun katkaiseminen (LKK), joista jälkimmäisestä oli jo alustavaa kokemusta Suomen olosuhteista.

Menetelmien implementaatiota pyrittiin tekemään koko Suomen kattavasti, systemaattisesti ja tutkimuskirjallisuuteen perustuen. Tässä työpaperissa kuvataan levitettävät menetelmät, koulutusprosessit, menetelmien käyttäjien kokemuksia sekä asiakaspalaute. Loppuosassa pohditaan menetelmien soveltuvuutta palvelujärjestelmäämme ja tulevaisuudessa.

TF-KKT -menetelmän osalta Barnahus-hanke rakensi kansallisen osaajien verkoston, jonka työtä tukevat materiaalipankki, työnohjausreservi ja alueelliset fasilitaattorit. Ylläpidon kannalta keskeistä on seuraavaksi löytää menetelmälle seurannasta ja kouluttamisesta vastaava kotipesä, joka vastaisi keskitämisesetusta (Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä, 582/2017). Osaajien verkoston ylläpitäminen vaatii koulutuksilta jatkuvuutta. LKK-menetelmä on löytänyt kotipesänsä kolmannelta sektorilta, mutta skaalaaminen on nykyresurssein vaikeaa. CFTSI-mallin osalta jalkauttaminen Suomen olosuhteissa ei pilotin perusteella vaikuta kustannustehokkaalta, vaikka koulutettavien kokemukset olivat positiivisia. Lapsen akuuttiin trauman jälkeiseen kriisivaiheeseen ja peritraumaattiseen vaiheeseen soveltuvan näyttöön perustuvan hoitomenetelmän osalta tarvitsee kartoittaa muita vaihtoehtoja. Jatkossa menetelmien valinnan tukena tulee olla kansallista ohjeistusta siitä, miten vaikuttavuus ja soveltuvuus palvelujärjestelmän eri tasoille arvioidaan ja miten implementaatio suunnitellaan.

Sammandrag

Taina Laajasalo et al. 2024. Psykososiaaliset menetelmät lasten traumaattisten kokemusten käsittelyyn – kokemuksia Barnahus-hankkeessa pilotoiduista ja jalkautetuista työmenetelmistä. [Psykososiala metoder för behandling av barns traumatiska erfarenheter – erfarenheter av arbetsmetoder som piloterats och förankrats i Barnahus-projektet]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Diskussionsunderlag 2/2024. 39 sidor. Helsingfors 2024. ISBN 978-952-408-232-7 (nätpublikation)

Barnahus-projektet har sedan 2019 effektiviserat utredningsprocesserna vid misstänkt våld mot barn samt stödet och vården av barn som utsatts för våld. Som en del av förankringen av psykososiala interventioner enligt åtgärdsplanen En barndom utan våld har man inom projektet spridit tre metoder som lämpar sig för förebyggande eller behandling av posttraumatiska symtom.

De forskningsmetoder som implementerades i Barnahus-projektet valdes utifrån en litteratur- och behovsöversikt. För det första observerades ett behov av att stärka expertnätverket och stödstrukturerna för förankring av traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) som redan finns i vårt land. Dessutom upptäcktes ett behov av en familjespecifik metod som lämpar sig för familjeinternas våldssituationer samt en metod i krisskedet efter en potentiell traumatisk upplevelse. För att svara på dessa behov valdes Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI) och Lapsen kaltointohtelun katkaiseminen (LKK) ut för pilotering, varav den senare man redan hade preliminär erfarenhet av i finländska förhållanden.

Metoderna implementerades på ett systematiskt sätt som omfattade hela Finland och baserade sig på forskningslitteratur. I detta arbetsdokument beskrivs de metoder som ska spridas, utbildningsprocesserna, erfarenheterna hos dem som använder metoderna samt kundresponsen. I slutet funderar man på metodernas lämplighet för vårt servicesystem och i framtiden.

När det gäller TF-KBT-metoden byggde Barnahus-projektet upp ett nationellt nätverk av experter, vars arbete stöds av en materialbank, en arbetshandledningsreserv och regionala facilitatorer. Med tanke på upprätthållandet är det närmast viktigt att hitta en hemmabas som ansvarar för uppföljningen och utbildningen i metoden och som motsvarar centraliseringsförordningen (Statsrådets Förordningen om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården 582/2017). Upprätthållandet av nätverket av experter kräver kontinuitet i utbildningarna. LKK-metoden har hittat sin hemmabas inom tredje sektorn, men det är svårt att skalas den med de nuvarande resurserna. För CFTSI-modellens del verkar förankringen i finländska förhållanden enligt pilotprojektet inte kostnadseffektiv, även om deltagarnas erfarenheter var positiva. Vad gäller en evidensbaserad behandlingsmetod som lämpar sig för barnets akuta krisskede och peritraumatiska skede efter ett trauma behöver man kartlägga andra alternativ. I fortsättningen bör det som stöd i valet av metoder finnas nationella anvisningar om hur effektiviteten och lämpligheten för servicesystemets olika nivåer bedöms och hur implementeringsplanen utarbetas.

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	2
Sammandrag	3
Johdanto.....	5
Työmenetelmien valinta- ja implementaatioprosessi	6
Menetelmien valintaprosessi	6
Implementaatioprosessi	6
Työmenetelmäkohtaiset kokemukset	9
Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-KKT).....	9
TF-KKT sertifikaattikoulutus	11
Koulutettavien valinnat Barnahus-hankkeessa	11
Koulutukseen kuuluvat implementaatiotapaamiset	14
TF-KKT implementaation prosessi	14
TF-KKT –aluefasilitaattorien koulutus	18
TF-KKT-työnohjaajien ja -kouluttajien koulutus	18
TF-KKT-työmenetelmäkysely kevät 2023	20
Kouluttajien näkemyksiä TF-KKT -mallin soveltuvuudesta.....	21
CFTSI (Child and Family Traumatic Stress Intervention).....	22
Suomeen koulutetut ammattilaiset	22
Malliin koulutettujen kokemuksia.....	23
CFTSI haasteita ja onnistumisia.....	25
Arviointia mallin soveltuvuudesta suomalaiseen palvelujärjestelmään	26
LKK-ohjelma (CPC-CBT).....	27
LKK-ohjelman hyödyt ja haasteet.....	27
Tuloksia LKK-ohjelman pilotoinnista	27
LKK-koulutettujen havaintoja	29
LKK-ohjelman soveltuvuus lapsiperheiden palveluihin	31
Pohdintaa ja menetelmäpilottien arviointia	32
Johtopäätökset	35
Lähteet	37

Johdanto

Taina Laajasalo

Väkivaltakokemusten aiheuttama tuen ja hoidon tarve vaihtelee suuresti tilanteesta ja yksilöstä riippuen. Tiedetään silti, että lapsuudessa koettu väkivalta on tärkeä riskitekijä väestössä yleisimmin esiintyvälle psykiatrisille häiriöille ja muille kasvun ja kehityksen ongelmille. Psykiatrisista häiriöistä väkivaltakokemuksiin yhdistyy voimakkaimmin traumaperäinen stressihäiriö, joka nimensä mukaisesti liittyy voimakkaan traumaattisen kokemuksen, kuten väkivallan, aiheuttamiin reaktioihin. Määrällisesti lasten ja nuorten traumaperäinen stressihäiriö kuuluu pieniin (Laajasalo ym., 2020), mutta huomattavaa elämänlaadun laskua ja kustannuksia aiheuttaviin häiriöryhmiin (mm. Dams ym. 2020).

Vaikka lasten ja nuorten traumaoireiden hoitoon ja ehkäisyyn on olemassa näyttöön perustuvia psykososiaalisia interventioita, on väkivaltaa kokeneiden lasten tuki, hoito ja hoidon koordinaatio Suomessa puutteellista. Näyttöön perustuvien menetelmien levinneisyys on todettu heikoksi ja hoitoketjut katkonaisiksi. Tämä näkyy käytännössä siten, että monialaisesta yhteistyöstä huolimatta lapset ja perheet ovat riskissä kadota palvelujen väliin ja jäädä vaille tarvitsemaansa tukea (Laajasalo ym. 2020; Korpilahti, 2019).

Vuonna 2019 julkaistu Väkivallaton lapsuus – toimenpidesuunnitelma määrittää kansalliset suuntaviivat lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisylle vuosille 2020–2025 (Korpilahti ym., 2019). Väkivaltaa kohdanneiden lasten tuen ja hoidon tarpeen arviointi, hoitopolkujen laatiminen ja näyttöön perustuvat menetelmät ovat useiden toimenpiteiden keskiössä, ja suunnitelma edellyttää muun muassa Käypä hoito -suosituksen mukaisten traumahoidon menetelmien levittämistä terveydenhuoltoon.

Vuonna 2019 käynnistyneessä Barnahus-hankkeessa on tehostettu lapsiin kohdistuvien väkivaltaepäilyjen selvitysprosesseja sekä väkivaltaa kokeneiden lasten tukea ja hoitoa. Osana Väkivallaton lapsuus -toimenpidesuunnitelman mukaista interventioiden jalkautustyötä Barnahus-hanke on levittänyt kolmea traumaperäisten oireiden ehkäisyyn tai hoitoon soveltuvaa menetelmää. Tämä työpaperi esittelee vuosina 2019–2023 tehtyä psykososiaalisten menetelmien koulutukseen ja juurruttamiseen liittyvää työtä. Lisäksi johtopäätöksissä ehdotetaan toimenpiteitä, joiden avulla näyttöön perustuvien trauma-fokusoitujen menetelmien juurruttamista voidaan tulevaisuudessa tehostaa ja varmistaa menetelmien tarkoituksenmukainen sijoittuminen palvelujärjestelmään.

Työmenetelmien valinta- ja implementaatioprosessi

Taina Laajasalo

Menetelmien valintaprosessi

Barnahus-hanke käynnistyi vuonna 2019 tarvekartoituksella, joka edelsi juurrutettavien menetelmien valintaa. Tämä oli ensimmäinen vaihe implementaatioprosessissa (ks. seuraava kappale).

Ensivaiheessa käytiin läpi kotimaista ja kansainvälistä tutkimuskirjallisuutta. Lisäksi kuultiin kentän toimijoita nykytilanteesta sekä menetelmiin liittyvistä tarpeista. Keskusteluissa nousi esiin kaksi kärkeä. Ensimmäinen tarve interventiosta, joka kohdentuu potentiaalisesti traumaattisen kokemuksen jälkeiseen kriisivaiheeseen. Maassamme käytössä oleva traumafokusoitu interventio, traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-KKT) ei ole indikoitu tähän vaiheeseen. Lisäksi toivottiin perheinterventiota, jossa myös väkivaltaa käyttävä vanhempi voi olla mukana silloin, kun lasten suojelun tarvetta arvioivat tahot ovat todennet lapsen voivan jatkaa asumista väkivaltaa käyttäneen vanhemman luona. Todettiin, että yleisesti maassamme käytössä olevat interventiot eivät soveltuneet näihin tilanteisiin. Osana ensimmäistä vaihetta konsultoitii myös eurooppalaisia Barnahus-toimijoita psykososiaalisten menetelmien tarjonnan osalta.

Kirjallisuuden ja konsultaatioiden perusteella kriisivaiheeseen soveltuvista menetelmistä nousi esiin Child and Family Stress Intervention (CFTSI ja väkivaltaa käyttäneen vanhemman kanssa työskentelyyn soveltuvista menetelmistä puolestaan Combined Parent Child Cognitive Behavioral Therapy (CPC-CBT). Toisessa vaiheessa varmistettiin, että näiden interventioiden osalta oli saatavilla riittävän laadukkailla tutkimusasetelmilla saatua tutkimusnäyttöä, jonka sovellettavuus Suomeen arvioitiin riittäväksi. Tätä työtä tukivat osaltaan vuonna 2020 valmistuneet Käypä hoito -näytönastekatsaukset lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoidosta (Haravuori & Luoma, 2020) sekä hankkeen tuottama oma laaja raportti väkivaltaa kohdanneen lapsen näyttöön pohjautuvasta hoidosta ja palvelupoluista, joka sisälsi myös menetelmien tutkimusnäytön arviointia (Laajasalo, 2020). Runsaasti tutkituun TF-KKT -menetelmään verrattuna kahdesta muusta menetelmästä oli selvästi vähemmän tutkimusnäyttöä, mutta kohderyhmä ja käyttötarkoitus huomioiden ne olivat tutkituimpia saatavilla olevia työmenetelmiä. Kolmanneksi varmistettiin, että työmenetelmät olivat eurooppalaisten Barnahus-standardien (2017) mukaisia ja käyttökokemusta Euroopasta juuri tästä käyttökotekstista oli saatavilla. Tämä auttoi soveltuvuuden arvioinnissa.

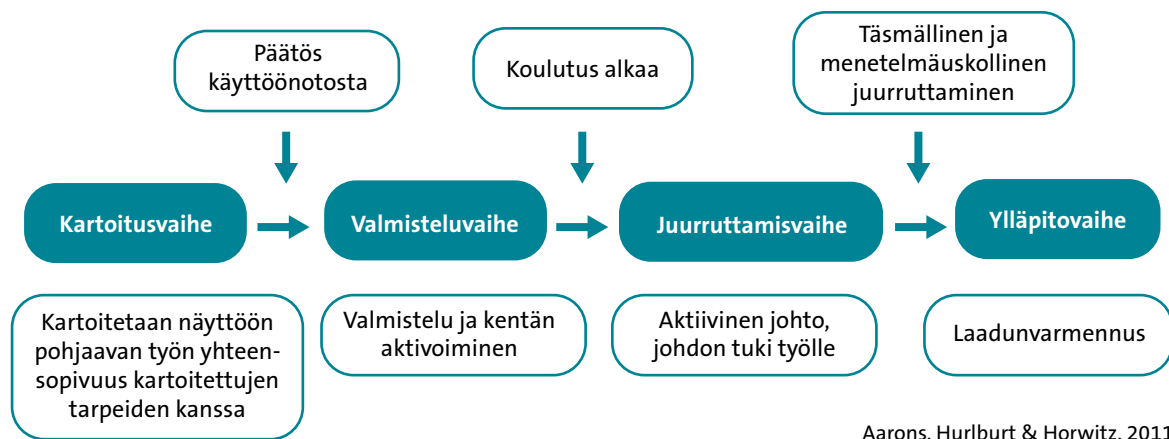
Implementaatioprosessi

Parhaat mahdolliset tulokset edellyttävät muutakin kuin vaikuttavaksi todetun psykososiaalisen menetelmän. Näyttöön perustuvien menetelmien huolellinen käyttöönotto eli implementointi parantaa vaikuttavuutta ja laatua, toisaalta heikkolaatuinen implementaatio pahimmillaan estää tuloksellisuuden. Suomessa on vasta viimeisen kymmenen vuoden aikana herätty siihen, että menetelmät ja muut toiminnot pysyvät osana palveluvalikkoa ainoastaan organisaatioiden luomien pysyvien rakenteiden avulla. Näihin sisältyy muun muassa johdon sitoutuminen, tehokas viestintä, työnohjaus- ja koulutustarpeiden huomiointi sekä seuranta (Kouvonen ym. 2023; Lindholm & Laitila, 2022).

Viimeisen viiden vuoden aikana on ilmestynyt enenevässä määrin kirjallisuutta, joka keskittyy juuri traumaperäisten interventioiden implementaatioon. Tutkimuksissa on havaittu, että haasteet implementaatioissa ovat samankaltaisia kuin muidenkin interventioiden osalta: Traumafokusoitujen menetelmien implementaatiota edistävät mm. jatkuvat konsultaatio- ja työnohjausmahdollisuudet, käytäntöön linkittyvä oppiminen, tavoite- ja tuloshakuisen hoito-otteeseen kouluttaminen sekä menetelmäuskollisuuden seuranta. Toisaalta implementaatiota haittaavat muun muassa henkilöstön resurssivaje ja vaihtuvuus (Amaya-Jackson ym. 2018; Powell ym. 2020).

Seuraavassa kappaleessa esitellään tarkemmin, miten nämä seikat huomioitiin Barnahus- hankkeen koulutuksissa ja implementaatioprosessissa. Huolellinen implementaatiosuunnitelma on eettinen tapa toimia sekä kärsimyksen vähentämisen että kustannustehokkuuden näkökulmasta: Norjassa traumafokusoidun menetelmän implementaation tehostaminen paransi traumahoidon tuloksia (vähemmän nuoria, joiden oireissa ei lainkaan vähenemistä) sekä vähensi hoidon keskeyttämisä (Skar ym. 2022)

Barnahus-hankkeessa implementaatioprosessia on ohjannut näkemys implementaation vaihteellisuudesta. Kirjallisuudessa implementaatio hahmotetaan yleensä monivaiheisena prosessina, joka alkaa tavoitteen määrittelyllä, jatkuu suunnitteluvaiheeseen ja etenee menetelmän käyttöönottoon sekä ohjelman ylläpitoon (esim. Fixsen ym., 2009; Kouvonen & Laajasalo, 2019; Kouvonen ym., 2023). Erityisesti lapsi- ja perhepalveluiden implementaatioprosessien tueksi kehitetty kehys on nimeltään EPIS (Exploration, Preparation, Implementation, Sustainment; Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011, kuva 1). Implementaatioprosessi voi edetä lineaarisesti alusta loppuun, menetelmien kartoitusvaiheesta ylläpitovaiheeseen, tai välillä voidaan palata edelliseen vaiheeseen.



Kuva 1. EPIS implementaatioprosessi (kuvan lähde: Kouvonen & Laajasalo, 2019)

EPIS mallia soveltaen havaittiin, että traumafokusoitua kognitiivista käyttäytymisterapiaa (TF-KKT) oli koulutettu Suomessa jo vuodesta 2012 lähtien ja päätös käyttöönotosta oli tehty. Kentän aktivointi ja juurruttamisvaihe oli kuitenkin jäänyt kesken, mikä näkyi koulutettujen ammattilaisten riittämättömyytenä ja epätasaisena alueellisena sijoittumisena sekä implementaatiota tukevien rakenteiden, mukaan lukien materiaalien, puutteena. Tavoitteeksi valikoituikin siten riittävän juurtumista tukevan rakenteen luominen, hallittu siirtyminen ylläpitovaiheeseen ja seurantajärjestelmien luominen. Toisen työmenetelmän (CFTSI) kohdalta lähdettiin liikkeelle täysin ilman aiempaa pohjaa ja osana kartoitusvaihetta päätettiin toteuttaa kaksi pilottikoulutusta ennen päätöstä laajemmasta käyttöönotosta. Kolmas interventio (CPC-CBT) oli Barnahus-hankkeen aloitusvaiheessa tuotu Suomeen kolmannen sektorin toimijan (Ensi- ja turvakotien liitto) taholta. Päätös käyttöönotosta oli tehty ja koulutus- sekä

implementaatorakenne luotu, mutta osaajia oli vielä verrattain vähän. Tämän intervention osalta tuettiin kolmannen sektorin toimijan juurruttamissuunnitelmaa muun muassa tuottamalla heidän koulutuksiinsa sisältöä ja valitsemalla soveltuvia koulutettavia Barnahus-toimijoiden joukosta.

Työmenetelmäkohtaiset kokemukset

Seuraavassa kuvaamme Barnahus-hankkeen aikana pilotoidut menetelmät, koulutukset, koulutettujen kokemukset sekä saatavilla olleet asiakaskokemukset. Kunkin menetelmän kohdalla arvioimme menetelmän soveltuvuutta asiakkaille sekä paikkaa palvelujärjestelmässä. Taulukko 1 esittelee koulutettujen määrät vuosina 2019–2022.

Taulukko 1. Koulutettujen määrä menetelmittäin

Menetelmä	TF-KKT	LKK	CFTSI
Koulutuksesta valmistuneet 2019- 2022	61 (3. Kansallinen koulutus menossa ja lisäksi kansainvälisessä koulutuksessa 17)	56	16 sertifioitua koulutettua

Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-KKT)

Aino Juusola ja Sanna-Kaija Nuotio

Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-KKT) on hoitomalli, jossa yhdistyvät traumojen hoidossa sekä kognitiivis-behavioraalisessa psykoterapiassa toimiviksi todetut menetelmät. TF-KKT -hoitomalli soveltuu lasten ja nuorten psyykkisten traumojen sekä traumaattisen surun hoitoon. TF-KKT on lasten ja nuorten posttraumaattisen stressihäiriön (PTSD:n) Käypä hoito- suosituksen mukainen hoitomalli (Haravuori & Luoma, 2020a; Haravuori & Luoma, 2020b), ja useat korkealaatuiset satunnaistetut tutkimukset ovat todenneet sen olevan tehokas 7–18-vuotiaiden lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoitomuoto. TF-KKT-hoito perustuu manuaaliin, jota terapeutti voi yksilöllisesti mukauttaa lapsen, nuoren ja perheen tarpeisiin.

TF-KKT-terapiajakso koostuu yleensä noin 10–18 käynnistä, jotka ovat kestoaltaan 30–45 minuuttia lapsen ja nuoren iän sekä jaksamisen mukaan. Lapsen ja nuoren huoltaja tai muu tukihenkilö on tiiviisti hoidossa mukana, ja lapsen ja huoltajan tapaa sama terapeutti. TF-KKT-terapiassa lapsen tai nuoren tapaamisia on viikoittain ja huoltajan tapaamiset voivat olla 1–2 viikon välein. Lisäksi malliin kuuluu lapsen ja huoltajan yhteiset tapaamiset, joita on enemmän terapian loppua kohden.

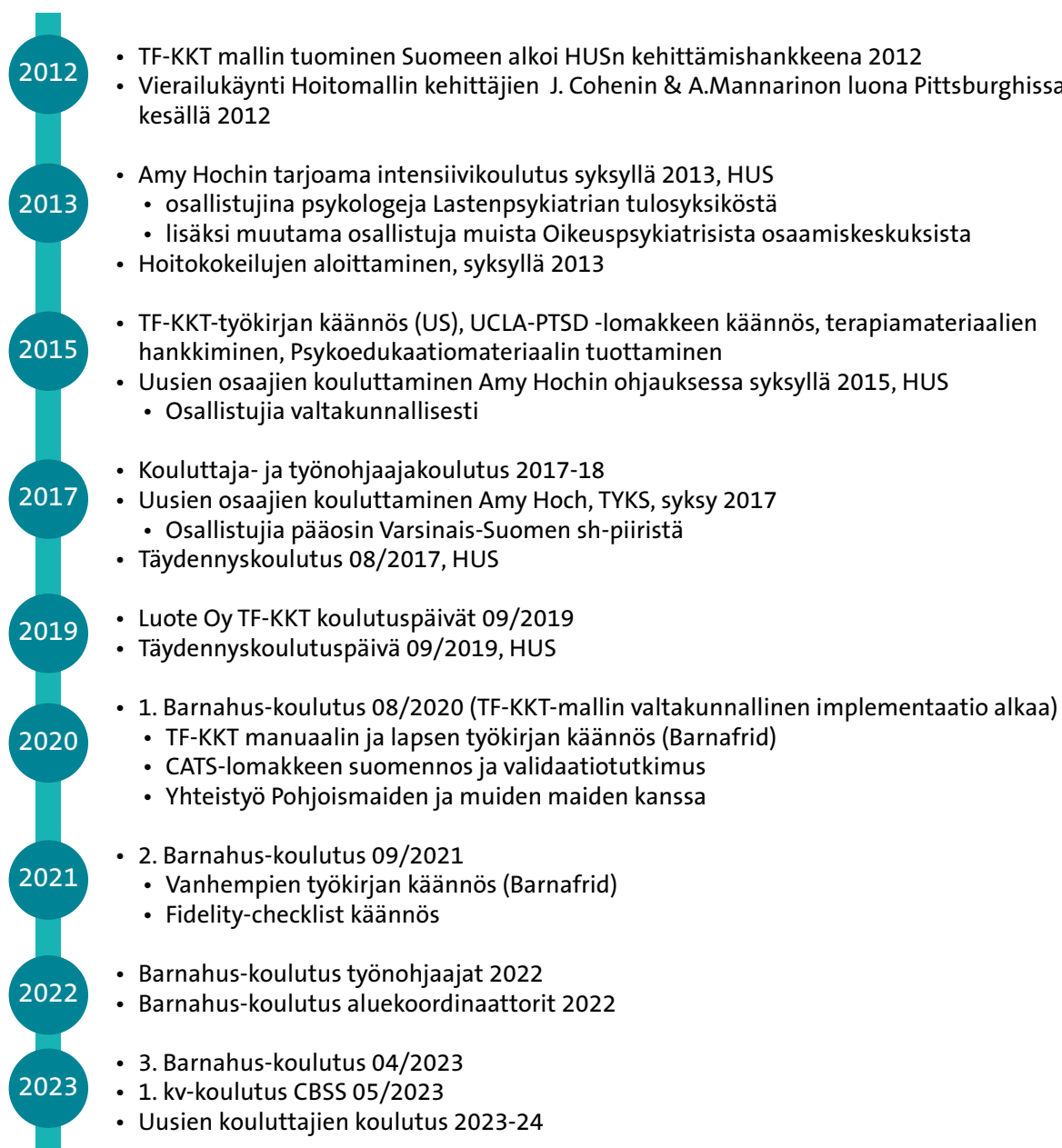
TF-KKT-terapia voidaan karkeasti jakaa kolmeen eri osaan, joiden kesto ja laajuus vaihtelevat jokaisen lapsen, nuoren ja hänen huoltajansa tarpeiden mukaan.

TF-KKT- malli alkaa psykoedukaatiolla eli tiedon antamisella siitä, mitä trauma on ja miten trauma vaikuttaa meihin. Tiedetään, että lapsen ja nuoren ymmärryksen lisääminen hänen omista oireistaan on jo yksinään vointia helpottavaa. Myös aikuisen on tärkeä ymmärtää lapsen oireita, jotta hän voi parhaalla mahdollisella tavalla tukea lasta arjessa. Lisäksi mallin alussa harjoitellaan erilaisia selviytymiskeinoja, joiden avulla lapsen oireita voidaan helpottaa, tukea lasta pärjäämään traumaoireiden kanssa sekä lisätä lapsen kokemusta hänen mahdollisuuksistaan vaikuttaa omaan vointiinsa. Myös vanhemmalle tarjotaan näitä samoja työvälineitä ja tuetaan häntä haastavissa vanhemmuuden tilanteissa.

TF-KKT -mallin toisessa ja keskimmaisessä osassa keskitytään traumakokemuksen käsittelyyn kullekin lapselle ja nuorelle sopivien keinojen avulla. Tavoitteena on luoda ymmärrys siitä, mitä lapsi tai nuori on kokenut ja miten kokemus on vaikuttanut lapsen ajatus- ja tunnemaailmaan sekä kehon reaktioihin. Lisäksi lapsi pääsee tarkastelemaan mahdollisia traumasta johtuvia ajatusvääristymiä ja purkamaan niitä. On hyvin tavallista, että trauma muuttaa meidän tapaamme ajatella ja suhtautua

maailmaan, turvallisuuteen, itseemme tai toisiin ihmisiin, eikä tämä muutos ole aina meitä tukeva tai palveleva.

TF-KKT- hoidon kolmannessa, loppuvaiheessa, lapsen ja huoltajan yhteiset käynnit lisääntyvät ja lapsi saa jakaa terapiassa oppimaansa sekä traumasta kertomaansa luotettavalle huoltajalle terapeutin tukemana. Lisäksi lopuksi suuntaudutaan terapian jälkeiseen aikaan ja tehdään suunnitelmia mahdollisten tulevien vaikeiden tilanteiden varalle. Lapsen ja nuoren kanssa käydään läpi myös erilaisia turvataitoja, joita hän pystyy jatkossa hyödyntämään omassa elämässään, mikäli kohtaisi uuden vaikean tilanteen.



Kuva 2. TF-KKT –matkan vaiheita 2012–2023

TF-KKT sertifikaattikoulutus

Barnahus-hankkeessa TF-KKT-sertifikaattikoulutus toteutetaan Suomessa ja kansainvälisesti pääpiirteittäissään hoitomallin kehittäjien luoman struktuurin mukaisesti. Koulutuksessa otettiin implementaation osalta mallia norjalaisesta koulutuksesta ja työnohjauksien osalta mallia Ruotsin sekä Saksan sertifikaattikoulutuksista. Suomessa on tätä työpaperaa kirjoitettaessa kaksi sertifioitua TF-KKT-kouluttajaa (Aino Juusola ja Sanna-Kaija Nuotio), jotka ovat käyneet mallin kehittäjien toteuttaman TTT (Train The Trainer) -koulutuksen. Suomi tulee saamaan vuonna 2024 kaksi uutta sertifioitua TF-KKT-kouluttajaa (Sini Vehkaoja ja Elina Kiuru).

TF-KKT sertifikaattiin johtava koulutus koostuu kahdesta intensiivipäivästä, jonka jälkeen koulutettavat osallistuvat vuoden ajan kerran kuukaudessa toteutettavaan työnohjauksiin. Koulutus päättyy puoli päivää kestävään intensiivikoulutuspäivään. Sertifikaatin saadakseen koulutettavien tulee koulutuksen aikana hoitaa kahdesta kolmeen asiakasta tai asiakasperhettä ja palauttaa kirjallinen terapiayhteenveto kahdesta tapauksesta.

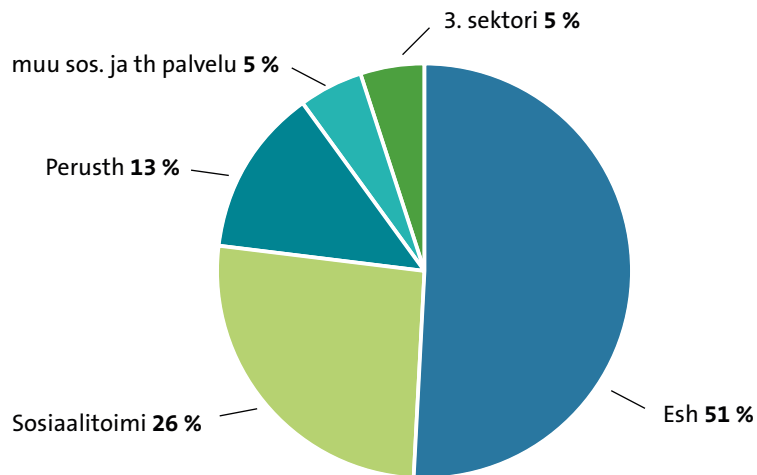
Koulutettavien valinnat Barnahus-hankkeessa

Koulutettavat pyrittiin valitsemaan palvelusektoreittain tasapuolisesti sekä maantieteellisesti kattavasti. Lähtötilanteessa tiedettiin suurimman osan aiemmin Suomeen vuosina 2012–2019 koulutetuista sosiiaali- ja terveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon työntekijöistä sijoittuvan Etelä- ja Länsi-Suomen yliopistokaupunkien läheisyyteen. USA:n kouluttajatahon (Amy Hoch) kouluttamista noin 75 ammatillisesta vain kolmanneksella on TF-KKT-sertifikaatti ja he tarjoavat aktiivisesti TF-KKT-terapiaa.

Barnahus-hankkeen järjestämiin ensimmäisiin suomenkielisiin TF-KKT-koulutuksiin hakevien tuli täyttää TF-KKT-terapeuteille kansainvälisesti asetetut vaatimukset pohjakoulutuksen suhteen (terveydenhuollon korkeakoulututkinto tai alempi korkeakoulututkinto ja psykoterapeutin koulutus tai riittävästi psykoterapian valmistavia opintoja) ja saada esihenkilöltään suositus hakemuksensa liitteeksi. Suosituksessa tuli käydä ilmi hakijan mahdollisuus tehdä lasten ja nuorten traumaterapiaa koulutuksen aikana, soveltuvuus sekä organisaation ja alueen tarve TF-KKT-terapeuteille. THL:n Barnahus-hankkeen viisi aluekoordinaattoria olivat omilla alueillaan mukana esihenkilöidensä kanssa koulutettavien valinnoissa. Edellä kuvatulla haku- ja valintaprosessilla pyrittiin seulomaan hakijoita ne, joilla on riittävät valmiudet ja jotka sitoutuvat TF-KKT-terapian tekoon. Huolellista haku- ja valintaprosessia voidaan pitää implementaation tärkeänä vaiheena, sillä se sitoutti koulutettavien lisäksi myös heidän esihenkilöitään tukemaan koulutettavia sekä jalkauttamaan TF-KKT- hoitomallia pitkäkestoisesti organisaatioon.

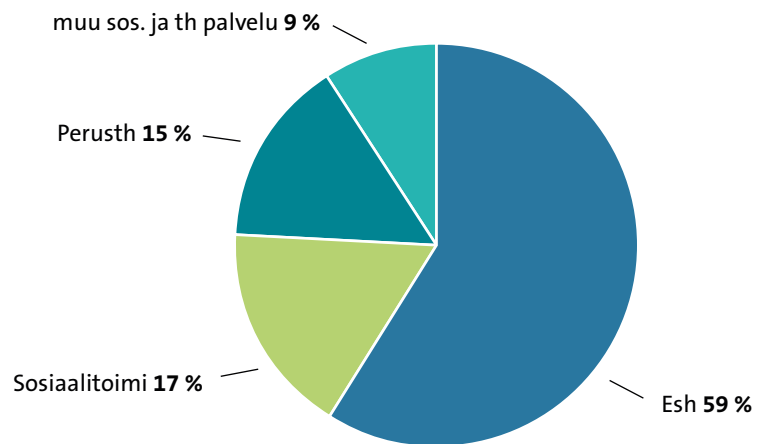
Ensimmäiseen (2020–2021) TF-KKT-koulutukseen hakijoita oli 124, joista valittiin 39 koulutettavaa. Koulutettavat pyrittiin valitsemaan tasapuolisesti sekä erikoissairaanhoidosta, perustason palveluista ja muista palveluista. Koulutettavien valinnassa pyrittiin huomioimaan alueet, joissa tiedettiin olevan vähemmän TF-KKT-terapeutteja. Toiseen koulutukseen (2021–2022) hakijoita oli hieman enemmän 157, joista valittiin 34 koulutettavaa. Kolmanteen, menneillään olevaan, koulutukseen (2023–2024) hakijoita oli 153, joista valittiin 30 koulutettavaa. CBSS (Council of Baltic Sea States) on tukenut Barnahus-hanketta järjestämällä kolme englanninkielistä TF-KKT (TF-CBT) -koulutusta. Kesän ja syksyn 2023 aikana englanninkieliseen monikansalliseen koulutukseen saatiin 19 paikkaa.

% 1. koulutuksen koulutetuista



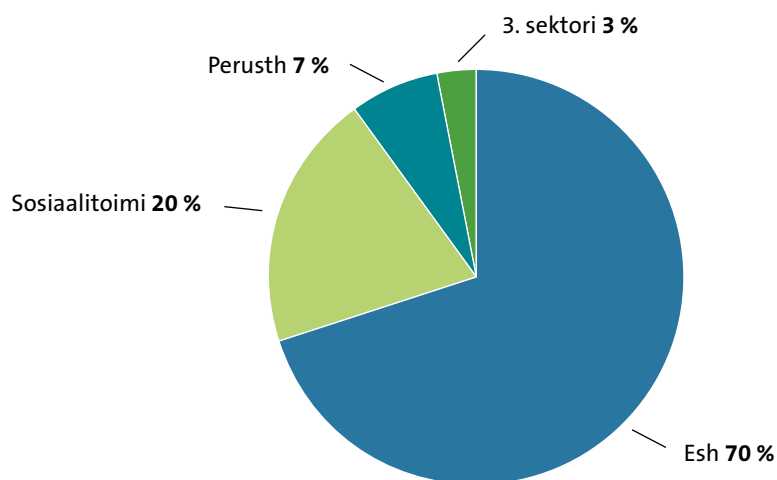
Kuva 3. Ensimmäiseen koulutukseen valittujen jakautuminen palvelusektoreittain

% 2. koulutuksen koulutetuista



Kuva 4. Toiseen koulutukseen valittujen jakautuminen palvelusektoreittain

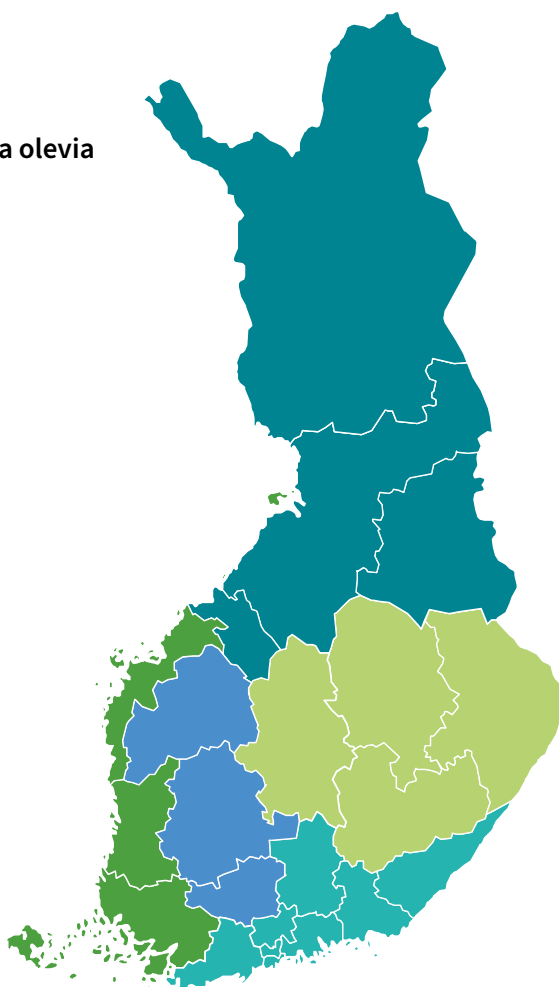
% 3. koulutuksen koulutetuista



Kuva 5. Kolmanteen koulutukseen valittujen jakautuminen palvelusektoreittain

TF-KKT koulutettua tai koulutuksessa olevia yhteensä 103

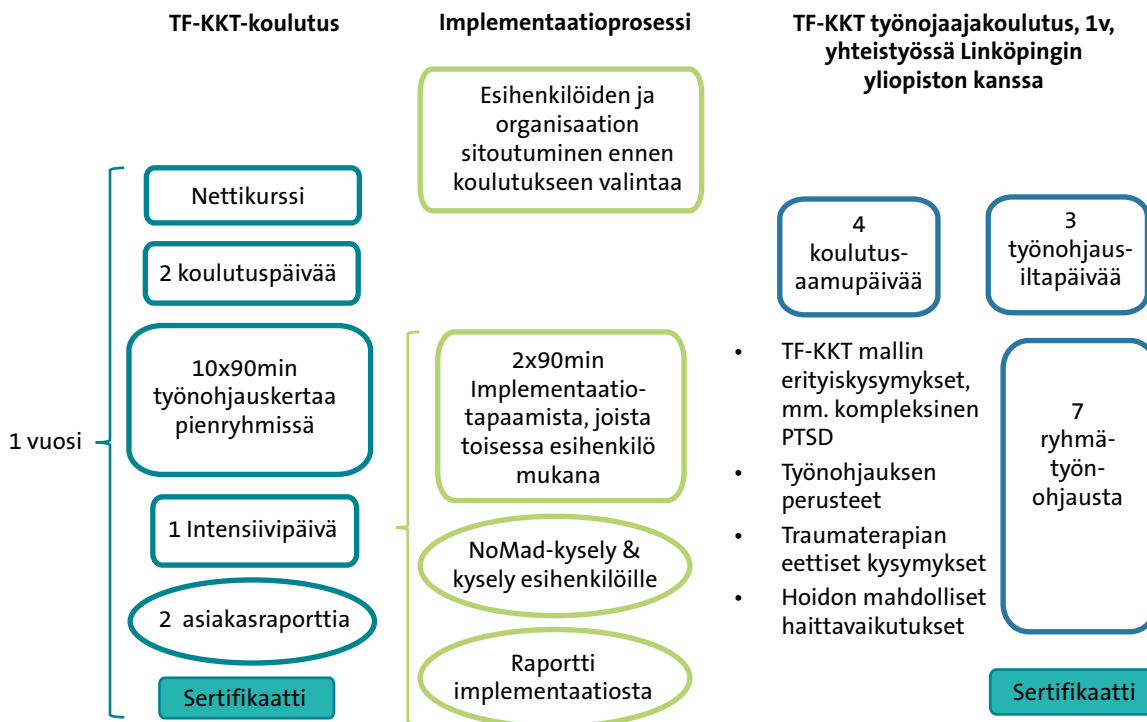
- Pohjois-Suomen yhteistyöalue **24**
- Itä-Suomen yhteistyöalue **21**
- Sisä-Suomen yhteistyöalue **22**
- Länsi-Suomen yhteistyöalue **18**
- Etelä-Suomen yhteistyöalue **18**



Kuva 6. Kolmen koulutuksen koulutettujen sijoittuminen yhteistyöalueittain.

Koulutukseen kuuluvat implementaatiotapaamiset

Suomalaisen koulutuksen osaksi laadittiin implementaatiotapaamiset, joista ensimmäiseen koulutettavan lähiesihenkilö osallistuu (kuva 7). Koulutettavat palauttavat myös kirjallisen implementaatioreportin koulutuksen päätteeksi. Alla on tarkemmin avattu implementaation prosessia.



Kuva 7. Koulutus- ja implementaatioprosessi.

TF-KKT implementaation prosessi

Kuten yllä kuvattiin, kuuluu TF-KKT –sertifikaattikoulutukseen kaksi implementaatiotapaamista, joista ensimmäiseen osallistuu koulutettavan lisäksi hänen esihenkilönsä. Koulutukseen hakiessa koulutettavien on tullut pyytää esihenkilöiltään puolto koulutukseen osallistumisesta sekä esihenkilöiden sitoutuminen siihen, että esihenkilö tulee tukemaan koulutettavan mahdollisuutta käyttää työaikaansa koulutukseen, työnohjauksiin, asiakastapauksiin ja niihin valmistautumiseen sekä tukemaan koulutettavaa implementaatioprosessissa ja asiakkaiden löytymisessä heidän yksikössään.

TF-KKT koulutus- ja implementaatioprosessin osaksi otettiin Itlan Suomeen tuoma Normalization Measure Development Questionnaire –instrumentti, NoMAD¹. NoMADia käytetään myös muun muassa osana Mielenterveysstrategiaa levitettävien interventioiden implementaation tukena. Teoreettisena viitekehysnä NoMAD:in taustalla on normalisointiprosessin teoria (Normalization Process Theory, NPT), jonka lähtökohtana on oppiminen tekemisen kautta. NoMADin 16 kysymyksen avulla arvioidaan ja tuodaan organisaation johdon tietoisuuteen seikkoja, joilla on vaikutusta menetelmän juurtumiseen, esimerkiksi resurssien riittävyys tai työmuodon integroituminen organisaation muuhun työhön. Samalla pyritään ymmärtämään uuden menetelmän käyttöönoton dynamiikkaa. Kyselyä voi

1 <https://kasvuntuki.fi/implementointi/nomad-webropol/>

käyttää implementoinnin eri vaiheissa arvioimaan esimerkiksi työntekijöiden näkemysten muuttumista tai implementaation haastekohtia.

Osana implementaatioprosessia järjestettiin etänä kaksi implementaatiopäivää, joista ensimmäiseen osallistuivat koulutettavat sekä heidän esihenkilönsä ja toiseen vain koulutettavat. Ensimmäisessä koulutuksen alkuvaiheeseen sijoituvassa Implementaatio- päivässä kouluttajat kävivät läpi muun muassa mitä implementaatio tarkoittaa, kuinka se edellyttää esihenkilöiden sitoutumista koulutettavan tukemiseen sekä mahdollisten implementaation liittyvien esteiden ennakoimista, tunnistamista ja purkamista organisaatiotasolla. Esihenkilöille kerrottiin TF-KKT -mallista ja malliin liittyvästä tutkimusnäytöstä, malliin soveltuvista asiakastapauksista, avattiin mitä implementaatio pitää sisällään ja mitä esihenkilöiden rooli siinä tarkoittaa. Tapaamiseen jälkeen koulutettavalle ja hänen esihenkilölleen lähetettiin sähköinen NoMAD-kysely yhdessä täytettäväksi, jonka tulokset purettiin toisella implementaatiotapaamisella. Esihenkilöt saivat täytettäväksi myös oman sähköisen kyselyn, jossa kartoitettiin heidän ymmärrystään siitä, mitä näyttöön perustuvat mallit ovat, mikä on esihenkilön rooli implementaatioprosessissa ja mitä vaaditaan, jotta työmenetelmä juurtuu pitkäkestoisesti osaksi yksikön toimintaa. Myös tämän kyselyn tulokset purettiin toisella implementaatiotapaamisella. Kyselyt nostivat keskusteluun tärkeitä teemoja, kuten mikä on esimiehen rooli, miten paljon aikaa ja resursseja työntekijä tarvitsee kouluttautumiseen ja mallin sisäistämiseen, miten malli soveltuu organisaatioon sekä mikä merkitys on koulutettavan ja esihenkilön yhteistyöllä ja avoimella dialogilla prosessin aikana.

Koulutuksen loppuvaiheeseen sijoituvassa toisessa implementaatiopäivässä kouluttajat kävivät koulutettavien kanssa läpi kyselyiden tuloksia. Koulutettavien tuli myös kirjoittaa koulutuksen päätteeksi yhteenveto omasta implementaatioprosessistaan saadakseen sertifiikaatin. Tätä varten heidän tuli keskustella kehityskeskusteluissaan esihenkilöidensä kanssa siitä, kuinka TF-KKT-terapian teko järjestetään osaksi heidän työnkuvaansa sekä siihen liittyvästä ajankäytöstä, työnohjauksesta ja jatkokoulutuksesta.

Implementaatioreportissa tuli käsitellä seuraavia asioita:

- Mitä askeleita olette ottaneet TF-KKT -mallin juurruttamisessa organisaatiossa?
- Oletteko saavuttaneet tähän mennessä asettamanne tavoitteet mallin juurruttamiselle?
- Mitkä ovat olleet erityiset haasteet? Miten olette nämä ratkaisseet?
- Miten esihenkilötason ja työntekijän välinen yhteistyö on toiminut juurruttamisprosessissa?
- Onko TF-KKT-koulutukseen osallistunut työntekijä voinut profiloitua organisaationne lasten ja nuorten traumahoitojen osaajaksi? Miten tämä käytännössä näkyy / toteutuu?
- Mitkä ovat seuraavat askeleet TF-KKT -mallin juurruttamisprosessissa? Miten näitä seuraatte?

Kouluttajat (Aino Juusola ja Sanna-Kaija Nuotio) ovat olleet mukana kirjoittamassa Suomen koulutusmallista sekä implementaation prosessista yhteistyössä muiden Euroopan kouluttajien kanssa kansainvälistä artikkelia ”The Dissemination and Implementation of Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Children and Adolescents in Seven European Countries” (painossa).

Lisäksi implementaatioprosessin tueksi sekä sertifioitujen terapeuttien työn tukemiseksi Barnahus-hankkeessa käännettiin Linköpingin yliopiston Barnafriid-keskuksen julkaisema lasten ja nuorten TF-KKT- terapian työkirja. Toinen suomalaisista kouluttajista oli laatimassa Barnafriidin TF-KKT-hoi-

toon osallistuvien huoltajien tehtäväkirjaa, joka on myös käännetty suomeksi. Työkirjat ovat saatavilla ilmaiseksi kaikille sertifikaattikoulutuksen käyneille Barnahus-hankkeen kautta.

Implementaation sekä koulutuksen tueksi käännettiin terapeuteille myös norjalaisten TF-KKT-kouluttajien laatima mallin fideliteettiä eli malliuskollisuutta tukeva tarkistuslomake. Terapeutit täyttävät lomaketta koulutuksen aikana tehtävien harjoitusasiakkaiden kohdalla ja heitä on vahvasti kannustettu jatkamaan lomakkeen täyttämistä vielä koulutuksen jälkeenkin jokaisen hoitopotilaan kohdalla. Lomakkeessa on aukikirjoitettuna kaikki TF-KKT-mallin komponentit. Terapeutin tulee laittaa rasti ruutuun silloin, kun hän on käyttänyt kutakin komponenttia hoitopotilaan kohdalla, sekä rastittaa, missä vaiheessa hoitoa (millä tapaamiskerralla) komponenttia hyödynnettiin sekä onko hän käyttänyt kyseistä komponenttia lapsen, nuoren vai huoltajan kanssa (vai sekä että). Tällä pyritään tukemaan sitä, että terapeutit toteuttaisivat mallia siten kuin sitä on kansainvälisesti laajasti tutkittu ja mistä mallin vahva tutkimusnäyttö on. Lomakkeella pyritään takamaan terapeutin malliuskollisuus ja lomakkeesta terapeutti pystyy myös seuraamaan kunkin hoidon etenemistä hoitomallissa. Lisäksi terapeutti täyttää lomakkeeseen kyseisen hoidossa olevan lapsen PTSD-kyselyn (CATS 2.0) pisteet hoidon alussa ja lopussa ja kirjaa ylös mahdollisen syyn, mikäli hoito on keskeytynyt.

CATS 2.0 PTSD-kyselylomake on tarkoitettu 7–17-vuotiaille lapsille ja nuorille ja se käännettiin Barnahus-hankkeen toimesta suomeksi. Lomake on ainoa suomeksi saatavilla oleva kyselylomake, joka on lapsilla ja nuorilla validoitu, ja siihen on olemassa muissa Pohjoismaissa kerätty normisto. Vaikka CATS 2.0 -lomaketta ei ole vielä validoitu suomalaisilla nuorilla, on sitä turvallista käyttää nuoren traumaoireiden kartoituksessa. Lomaketta voidaan täyttää yhdessä lapsen ja nuoren kanssa keskustellen ja näin samalla voidaan tarjota välittömästi psykoedukaatiota ja normalisoida oireita. Kyselylomaketta voidaan käyttää PTSD-diagnoosin laatimisen tukena sekä erityisesti PTSD-oireiden kartoittamisen apuvälineenä. Lomake ei itsessään johda diagnoosiin. Lomakkeesta on myös olemassa vanhempien sekä lapsesta tai nuoresta huolta pitävän aikuisen täytettävä versio. Tutkimuksista tiedetään, että nuoren ja hänestä huolta pitävän aikuisen arviot oireista ja niiden vakavuudesta voivat vaihdella ja näin ollen tiedon saaminen molemmilta on merkityksellistä. [Barnahus.fi](https://www.barnahus.fi) sivustolla on ohje CATS 2.0 lomakkeen käyttöön: [Video: CATS 2.0 -lomakkeen hyödyntäminen - YouTube](#)

NoMAD-kyselyiden tuloksia

Kyselyyn anonyymisti vastanneista (70/73) suurin osa kertoi työskentelevänsä alle kouluikäisten ja alaja ja yläkouluikäisten lasten ja nuorten parissa. Heistä suuri osa työskenteli myös nuorten, lukiolaisten sekä opiskelijoiden parissa. Koulutettavista lähes kaikki kertoivat tapaavansa työssään myös vanhempia sekä perheitä. Raportin kirjoittamishetkellä kolmas koulutusryhmä 2023–24 ei ole vielä vastannut NoMAD-kyselyyn.

Ensimmäinen koulutusryhmä (2020–21) jakautui melko tasaisesti työkokemuksen määrässä siten, että heistä yhtä moni (24 %) oli työskennellyt nykyisessä organisaatiossa 3–5-vuotta kuin yli 15 vuotta. Ensimmäisessä koulutuksessa oli mukana myös alle vuoden (10 %) ja 1–2-vuotta (16 %) työskennelleitä. Toisen koulutuksen (2021–22) koulutettavat olivat pidempään alalla työskennelleitä, heistä lähes puolet (41 %) oli työskennellyt yli 15 vuotta ja noin neljännes (21 %) 6–10-vuotta.

Kyselyssä käytettiin Likertin asteikkoa 1-5, missä 1=täysin samaa mieltä ja 5 = täysin eri mieltä. Ensimmäisen koulutusryhmän koulutettavista noin kolmanneksen (32 %) oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä mielestä oman organisaation henkilökunta jakoi yhteisen käsityksen menetelmän tarkoituksesta. Toisen koulutusryhmän koulutettavista puolet oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä siitä, että henkilökunta jakoi yhteisen käsityksen menetelmän tarkoituksesta. Ensimmäisestä koulutusryhmästä alle puolet (40 %) oli joko täysin samaa mieltä tai samaa mieltä siitä, että avainasemassa olevat henkilöt vievät menetelmää eteenpäin (1. ryhmän keskiarvo oli 3.2). Toisesta koulutusryhmästä hieman yli puolet (55 %) luotti avainasemassa olevien henkilöiden vievän menetelmää eteenpäin. Ensimmäisestä

koulutusryhmästä yhdeksän kymmenestä oli joko täysin samaa mieltä tai samaa mieltä siitä, että menetelmä on oikeutettu osa heidän työtään. Toisesta koulutusryhmästä lähes kaikki (97 % oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä) kokivat menetelmän olevan oikeutettu osa työtä.

Yli puolet molemmissa koulutusryhmissä koki olevansa avoimia menetelmään liittyville uusille työskentelytavoille kollegoidensa kanssa (1. ryhmästä 55 % ja 2. ryhmästä 51 % täysin samaa mieltä). Noin kaksi kolmasosaa (1. ryhmästä 76 % ja 2. ryhmästä 71 % täysin samaa mieltä) uskoi jatkavansa menetelmän käyttöä ja kykenevänsä integroimaan menetelmän osaksi omaa työtään (1. ryhmästä 67 % ja 2. ryhmästä 90 % täysin samaa mieltä tai samaa mieltä). Suurin osa koki, että työ oli annettu niille, joilla on menetelmän käyttöön soveltuvat taidot (työtehtävät, koulutus, taustakoulutus; 1. ryhmästä 86 % ja 2. ryhmästä 91 % täysin samaa tai samaa mieltä).

Ensimmäisestä koulutusryhmästä noin puolet (51 %) koki, että resursseja ei ollut riittävästi menetelmän juurtumisen tukemiseen, kun toisessa ryhmässä lähes yhtä suuri osa (45 %) koki resursseja olevan riittävästi. Syyksi resurssien riittämättömyydelle mainittiin muun muassa, että TF-KKT-koulutuksessa oli vain yksi työntekijä organisaatiosta ja vastuu hoitomallin juurruttamisesta organisaatioon koettiin suureksi. Ensimmäisessä koulutusryhmästä yli puolet (55 % täysin samaa mieltä tai samaa mieltä) koki, että johto tukee menetelmää riittävästi. Toisessa koulutuksessa noin kaksi kolmasosaa (77 %) koki johdon tukevan menetelmää riittävästi.

Koulutettavista suurin osa (1. ryhmästä 82 % ja 2. ryhmästä 84 % täysin samaa mieltä tai samaa mieltä) kertoi arvostavansa vaikutuksia, joita menetelmällä on ollut heidän työhönsä. Ensimmäisestä koulutusryhmästä vajaa puolet (42 %) koki, että henkilökunta on yhtä mieltä siitä, että menetelmä on kannattava. Toisesta koulutusryhmästä kaksi kolmasosaa (77 %) koki henkilökunnan kannattavan menetelmää. Yli puolet koulutettavista (1. ryhmästä 55 % ja 2. ryhmästä 71 %) koki olevansa tietoinen menetelmän vaikutuksien raportoinneista (esim. hoitotulosten ja menetelmäuskollisuuden seuranta). Koulutettavista suurin osa (1. ryhmästä 87 % ja 2. ryhmästä 82 %) oli tietoinen, että voi muokata työskentelytapaansa menetelmää käyttäessä.

NoMAD-kyselyn perusteella voidaan todeta, että TF-KKT-koulutuksen implementaatioprosessi saatiin hyvin liikkeelle eri hyvinvointialueilla jo ensimmäisen koulutuksen aikana. Tietoisuuden lisääntyminen TF-KKT-hoitomallista ja sen hoitotuloksista sekä johdon tuen vahvistuminen näkyi suurena halukkuutena hakeutua koulutukseen. Toiseen koulutukseen osallistuvien oli helpompi liittyä mukaan alueillaan jo liikkeelle lähteneeseen prosessiin. Tämän lisäksi he olivat hieman kokeneempia työntekijöitä, mikä helpotti TF-KKT-hoitomallin omaksumista ja käyttöönottoa. Toisen ryhmän vastauksissa ilmenee esihenkilöiden ja työyhteisön vielä vahvempi tuki ja ymmärrys menetelmästä ja sen vaikutuksista. Tämä heijastelee myös valtakunnallista tilannetta: eri hyvinvointialueilla on ollut samanaikaisesti käynnissä myös muiden kansallisten näyttöön perustuvien hoitomallien implementointi, joihin esihenkilöiden sitoutumista on niin ikään korostettu. Esihenkilöiden kyselystä kävi ilmi, että heidän tietämyksensä implementaatioprosessista sekä näyttöön perustuvien hoitomallien merkityksestä on lisääntynyt ensimmäisen ja toisen TF-KKT-koulutuksen välissä. Toisessa koulutuksessa alueille saatiin luotua suurempi verkosto sekä työparitoimintaa, mikä selittää myös sitä, että koulutettavat kokivat resursseja olevan riittävästi menetelmän käyttöön.

Koulutettavilta pyydettiin myös avointa palautetta sekä koulutuksesta että kouluttajista. Annettu palaute oli hyvin myönteistä sekä koulutuksen sisällön että kouluttajien suhteen. Vastaajat kertoivat muun muassa suomennettujen työkirjojen olleen hyödyllisiä, työnohjausprosessin olleen riittävän pitkä työmenetelmän omaksumiseen, hoitomallin olevan traumausten hoitoon käyttökelpoinen ja sen vastaavan alueen tarpeeseen. Koulutettavat kokivat implementaatiotapaamisten olleen tärkeitä ja kiittelivät saamastaan tuesta esihenkilön kanssa tapahtuneen yhteistyön lisäämisessä osana TF-KKT-koulutuksen implementaatiotapaamisia. Toisaalta koulutettavat toivat palautteissa myös esiin menetelmän jalkautukseen liittyviä haasteita, esimerkiksi vastauksena kysymykseen ”jos toiminta ei jatku tai supistuu, miksi:”

“Koulupsykologityön laaja työnkuva, lain säätämät vaatimukset samanaikaisesti yhteisöllisen työn tekoon että määräaikojen sisällä vastaanotolle pääsyyn (7vrk sisään) sekä tämänhetkiset rekrytointiongelmat (oppilasmäärääni pyritään rajaamaan, mutta se on tällä hetkellä mahdotonta, koska ei ole hakijoita uusiin toimiin) tekevät sen, että näin intensiiviseen hoitomuotoon tarvittavaa resurssia on vaikea järjestää. Jatkossa otan max 1 trauma-asiakkaan lukuvuodessa, mutta toki koulutuksessa opituista menetelmistä ja opista on jatkossa muutakin hyötyä työssäni, vaikka en vetäisi menetelmän mukaista traumaterapiaa niin paljoa.”

“Muu henkilöstö ei saa koulutusta halukkuudesta huolimatta. Jos vaihdan työpaikkaa, ei ole tekijöitä.”

“Menetelmän käyttö riippuu siitä, ohjautuuko lapsia/nuoria vastaanotolle, joille menetelmä sopisi. Toisaalta myös menetelmän vaatima aika voi rajoittaa käyttöä.”

“Rahoittajan asettamat työn rajat.”

TF-KKT –aluefasilitaattorien koulutus

Osana implementaation tukirakenteiden luomista, koulutti Barnahus-hanke vuonna 2022 Suomeen myös viisi menetelmän aluefasilitaattoria. Heidän työnkuvaansa kuuluu oman hyvinvointialueen TF-KKT –terapeuttien verkoston ylläpitäminen ja koolle kutsuminen vähintään kahdesti vuodessa. Lisäksi heidän tehtävänä on oman alueensa koulutus- ja työnohjaustarpeiden kartoittaminen säännöllisesti, ja näiden raportoiminen kouluttajille. Niin ikään aluefasilitaattorien tehtäväksi on katsottu tulevien TF-KKT koulutusten rekrytointi- ja valintaprosessiin osallistuminen sekä koulutettavien valinta. Aluefasilitaattorien tehtävänä on myös oman hyvinvointialueen TF-KKT-terapeuttien verkostoitumisen tukeminen ja mahdollistaminen, koulutus- ja työnohjaustarpeiden kartoittaminen ja raportoiminen kouluttajille.

Aluefasilitaattorien koulutus koostui neljästä puolen päivän koulutuksesta, joissa käytiin läpi TF-KKT –mallin tuoreimpia tutkimustuloksia sekä näyttöä, terapiamallin sovelluksia, implementaatio-prosessia sekä rakennettiin yhdessä heidän työnkuvaansa. Koulutuksen päätteeksi koulutettavien tuli palauttaa raportti aluefasilitaattorin työnkuvan juurruttamisesta osaksi omaa työnkuvaa sekä omaa hyvinvointialuettaan.

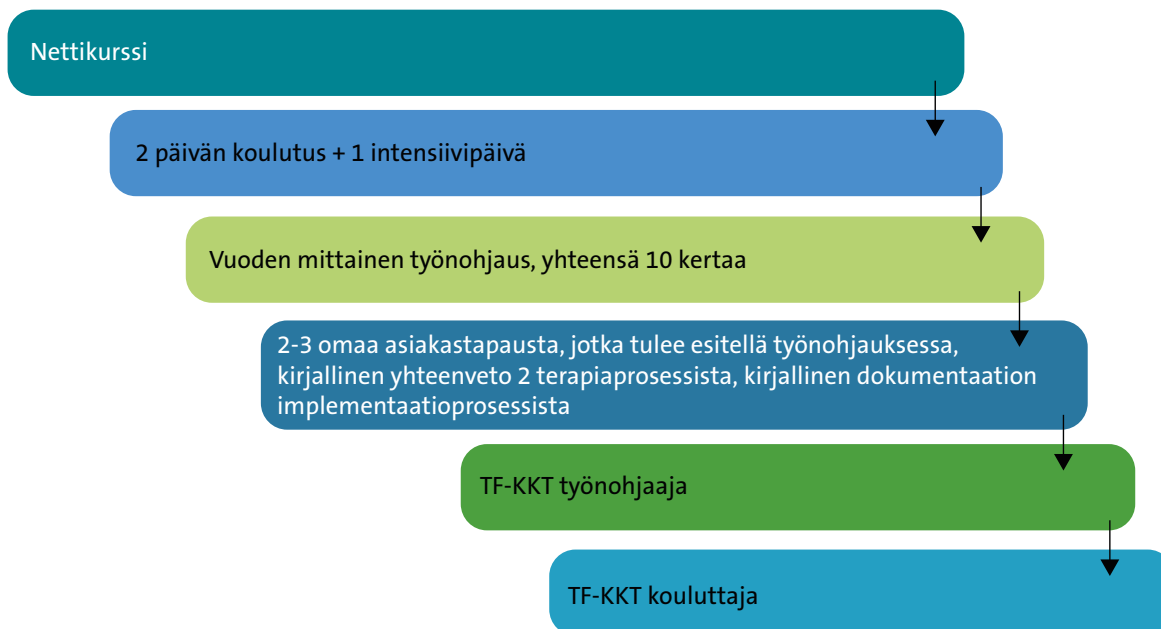
TF-KKT-työnohjaajien ja -kouluttajien koulutus

Työnohjauksen on kirjallisuudessa toistuvasti todettu olevan yksi onnistuneen implementaation edellytyksistä. Vuosina 2022–23 Barnahus-hanke yhteistyössä Linköpingin yliopiston Barnafriidin kanssa koulutti yhteensä viisi TF-KKT-työnohjaajaa Suomeen jokaiselta yliopistosairaalan alueelta. Barnafriidin koordinoima koulutus oli Euroopan ensimmäinen, ja Barnahus-hankeen asiantuntijat ja kouluttajat osallistuivat sen opetussuunnitelman laatimiseen. Koulutus koostui neljästä puolikkaasta koulutuspäivästä sekä kymmenestä puolen päivän ryhmätyönohjauksesta. Työnohjauksessa käsiteltiin työnohjaajaksi kasvua, koulutettavien tarjoamissa työnohjauksissa nousseita haasteita niin TF-KKT-malliin ja asiakkaisiin liittyen kuin työnohjaukseen liittyviä kysymyksiä ja ilmiöitä. Koulutuksen päätteeksi ja sertifikaatin saamiseksi koulutettavien tuli palauttaa arvioitavaksi 1,5 tunnin mittainen videotallenne vetämästään ryhmätyönohjauksestaan sekä tehdä kirjallinen tentti. Nämä arvioitiin yhteistyössä Barnafriidin kanssa.

Suomessa on toistaiseksi ollut kaksi kansallista kouluttajaa, jotka ovat kantaneet vastuun koulutuksesta. Pohjoismaisessa TF-KKT yhteistyöverkostossa todettiin määrän olevan liian vähäinen väestöpohjaan nähden. Oman koulutusresurssin turvaamiseksi kaksi suomalaista kokenutta TF-KKT koulutettua psykologia aloitti menetelmän yhdysvaltalaisten kehittäjien kouluttajakoulutuksen. Näin saadaan vahvistettua kansallisten kouluttajien määrää kahdesta neljään. Kuva 8 esittelee kansalliset TF-KKT osaajat ja kuva 9 TF-KKT sertifikaattien eri tasot.



Kuva 8. TF-KKT osaajat



Kuva 9. TF-KKT -sertifikaatit

TF-KKT-työmenetelmäkysely kevät 2023

Implementaatioprosessin tueksi TF-KKT menetelmään koulutettuja pyydettiin vastaamaan kyselyyn menetelmän implementaatiosta. Menetelmän koulutuksen oli kyselyn hetkellä loppuun asti suorittanut noin 60 ammattilaista. Heistä 28 (47 %) vastasi menetelmän käyttöä koskevaan kyselyyn keväällä 2023. 61 % vastaajista työskentelee erikoissairaanhoidossa ja 39 % perustason terveydenhuollossa. Suurin osa vastaajista (64 %) oli osallistunut 2021 alkaneeseen koulutukseen. Hoitojaksoja jätetään hyvin vähän kesken vuosittain. Taulukosta 2 nähdään, että suurin osa kyselyyn vastanneista (54 %) oli käyttänyt menetelmää 3–6 asiakkaan kanssa vuodessa.

Taulukko 2. Kuinka monen asiakkaan kanssa olet käyttänyt menetelmää keskimäärin vuodessa? Vastajien määrä: 28

	n	Prosentti
0-2	10	36 %
3-6	15	54 %
7-10	1	4 %
yli 10	2	7 %

Menetelmän käyttöä tukee vastausten perusteella eniten oma motivaatio (93 % vastaajista) ja toiseksi asiakkaan saama hyöty (86 %). Kollegoiden antama tuki nähdään kolmanneksi tärkeimpänä (52 %). Haasteeksi TF-KKT menetelmän käytölle nähtiin ajankäyttö ja asiakkaan hoitopolun puutteet. Kolmanneksi esteeksi nousi vaikeus tunnistaa sopivat asiakkaat menetelmällisen hoidon pariin.

”Työskentelen lastensuojelulaitoksessa ja osalla nuorista on kontakti erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidossa ei välttämättä osata hyödyntää/ei tunnisteta menetelmää, jotta lapsi voisi saada terapiaa jo paikan päällä. Monesti lapsi laitetaan hoitajonoon odottelemaan jotain ”parempaa” erikoissairaanhoidon kautta. Välillä taas yhteistyö on ollut onnistunutta ja terapiaa on pystynyt toteuttamaan esimerkiksi hyödyntämällä erikoissairaanhoidon lääkärikontaktia ja terapian olen pitänyt minä.”

Menetelmän käyttöä tukisi vastaajien mielestä jatkossa muun muassa jatkokoulutus, yhteiset kansalliset implementaatiopäivät sekä kansallinen koordinaatio mielenterveysstrategian mukaisesti. Myös työnohjaus nousi esiin menetelmän tukena. Työnohjausta menetelmän käyttöön sai 66 % vastaajista.

Menetelmään koulutetuille ammattilaisille suunnatussa kyselyssä kysyttiin, onko omalla hyvinvointialueella tarjolla TF-KKT hoitoa sitä tarvitseville asiakkaille. Vastaajien määrä oli 27 henkilöä. Suurin osa heistä koki, ettei oman alueen koulutettujen määrä ole riittävä. Tilanne vaikutti olevan epäselvä, koulutetut eivät tunteneet toisiaan, eivätkä tiensivät missä ja miten hoitoa olisi saatavilla. Avoumissa vastauksissa korostui, että tutumpiin menetelmiin ohjataan enemmän asiakkaita. Verkostotapaamiset menetelmätöiden tueksi mainittiin ja niihin toivottiin laajaa osallistumista. Tästä voidaan päätellä, että ylläkuvatulle aluefasilitaattorien tehtävälle on runsaasti tarvetta.

Asiakkaat ohjautuvat TF-KKT-terapiaan kevään 2023 kyselyn perusteella useimmiten erikoissairaanhoidon vaiheessa. Perustason terveydenhuollon palveluista ohjataan toiseksi eniten. Sosiaalihuollon ja lastensuojelun kauttakkin ohjautumista tapahtuu, mutta vähemmässä määrin. Lisäksi kyselyssä ilmeni, että osa asiakkaista kysyy itse suoraan hoitoon pääsyä.

Kouluttajien näkemyksiä TF-KKT -mallin soveltuvuudesta

Barnahus-hankeen aikana karttuneen kokemuksen pohjalta voidaan todeta, että TF-KKT -malli osoittautui soveltuvan hyvin käytettäväksi kaikilla eri palvelusektoreilla. Myös tiiviin pohjoismaisen TF-KKT kouluttajien verkoston näkemys heijastelee tätä kokemusta. Suomessa trauma hoitetaan useimmiten erikoissairaanhoidossa, mikä on trauman hoidon näkökulmasta jo usein hyvin myöhäinen vaihe. Koska TF-KKT soveltuu hyvin koko hoitopolkuun, on tärkeää vielä entisestään vahvistaa perustason valmiutta tulevissa sertifikaattikoulutuksissa.

TF-KKT on puolistrukturoitu hoitomalli. Tämä helpottaa terapeutin oppimisprosessia. TF-KKT tarjoaa lapselle ja nuorelle ennakoitavuutta siitä, kuinka terapia etenee ja mitä siihen sisältyy. TF-KKT-terapiaan pääsyyllä on selkeät kriteerit (PTSD-oireet), joten hoitoon ohjaus on selkeää. Lapsen ja vanhemman TF-KKT-työkirjat tukivat lapsen ja vanhemman prosessia sekä terapeutin työtä.

TF-KKT-terapioiden työnohjauksissa raportoidut hoitotulokset olivat hyviä niin PTSD:n kuin kompleksisen PTSD:n hoidossa. Tulos on yhteneväinen kansainvälisten tutkimusten kanssa. TF-KKT -malli soveltuu niin tutkimusten kuin koulutettavien kautta kertyneen kokemuksen mukaan hyvin eri ikäisille lapsille ja nuorille. Tutkimusten mukaan TF-KKT-terapia on tehokasta niin lyhyempänä (8 tapaamista) kuin pidempänä muotona (16 käyntiä). Hoito voi olla vaikuttavaa, vaikka narratiiviyöskentelyn kautta toteutettavaa altistamista ei tehtäisikään. TF-KKT-hoitomallia voidaan tarjota hyvin erilaisiin traumoihin, eri vaikeusasteisiin PTSD-oireisiin, eri sektoreilla sekä eri tilanteissa, myös silloin, kun lapseen tai nuoreen kohdistuneen rikoksen esitutkinta on vielä kesken.

Jatkossa on tärkeää varmistaa laadukkaiden koulutusten järjestäminen, koulutuksiin sisältyvä riittävän pitkä työnohjaus, TF-KKT-terapeuttien jatkuva työnohjaus ja alueellisten verkostojen toiminta. Tulevaisuudessa on tärkeää löytää taho, joka koordinoi TF-KKT-mallin sertifikaattikoulutuksia (peruskoulutus, työnohjaajakoulutus sekä kouluttajakoulutus), ylläpitää listaa sertifioituista terapeuteista ja heidän jakautumisestaan valtakunnallisesti ja eri hyvinvointialueiden sisällä sekä koordinoi työnohjauksia.

Lisäksi valtakunnallisesti on tunnistettu tarve vielä lyhyemmälle ja kevyemmälle traumafokusoidulle interventiolle, jonka avulla voitaisiin auttaa lapsia ja nuoria varhaisemmassa vaiheessa sekä ehkäistä PTSD:n kehittymistä ja oireiden vaikeutumista. TF-KKT:sta on olemassa ”stepped care CBT”-malli eli vanhemman johtama ja terapeutin avustama trauman hoitomalli, joka sisältää paljon TF-KKT:n ensimmäisen komponentin harjoittelua (psykoedukaatio, vanhemmuus-, tunnesäätely- ja kognitiivisten taidot). Mallin tarjoaminen voisi olla hyvä lisä pidemmän TF-KKT-terapian rinnalla. Stepped TF-KKT- hoidon tarjoamisessa voitaisiin mahdollisesti hyödyntää perustasolle koulutettujen TF-KKT-terapeuttien osaamista. Tämä helpottaisi useamman lapsen nopeaa ja oikea-aikaista hoitoon pääsyä jo perustasolla sekä ennaltaehkäisisi oireiden pitkittymistä ja vaikeutumista.

CFTSI (Child and Family Traumatic Stress Intervention)

Johanna Pirinen, Sini Stolt

CFTSI (Child and Family Traumatic Stress Intervention) on interventiomalli, joka sopii erityyppisiä traumaattisia kokemuksia kokeneille 7–18-vuotiaille lapsille (Berkowitz & Marans, 2011). Menetelmän on todettu tutkimuksissa vaikuttavan sekä lasten että vanhempien trauman jälkeisiin oireisiin vähentävästi (Berkowitz ym., 2011; Hahn ym., 2019; Haravuori & Luoma, 2020c). CFTSI on lyhyt 4–8 kerran traumainterventio, jonka tavoitteena on lapsen traumanjälkeisten stressioireiden ja -reaktioiden arviointi validoiduilla menetelmillä, näiden vähentäminen ja ennaltaehkäisy muun muassa psykoedukaation, stressinhallinta- ja selviytymiskeinojen opetteluun sekä vanhemman ja lapsen välisen kommunikaation lisäämisen avulla. CFTSI-työskentely aloitetaan viimeistään 1–1,5 kuukauden aikana potentiaalisesti traumaattisen tapahtuman jälkeen tai väkivaltatraumasta ensimmäistä kertaa kertomisen jälkeen. CFTSI-menetelmässä tuetaan vanhempaa vanhemmuudessa ja lapsen traumaoireiden ymmärtämisessä. Menetelmään sisältyy tärkeänä osana myös lapsen ja perheen jatkohoidon tarpeen arviointi ja palveluohjausta. Hoitoon osallistuva aikuinen voi myös olla sijaisvanhempi, mutta lapsen tulee olla asunut aikuisen kanssa vähintään kuusi kuukautta ennen hoitoa. Sijoitetuille lapsille on olemassa oma sovelluksensa CFTSI-hoitomallista (Marans ym., 2011).

Hoito koostuu 4–8 tapaamisesta, jolloin sama terapeutti tapaa lasta ja vanhempaa sekä yhdessä että erikseen. Hoidon alussa vanhempi ja lapsi täyttävät kyselylomakkeita, joiden kautta kartoitetaan sekä lapsen että vanhemman oirehdintaa. Hoidon alussa lapsi ja vanhempi saavat myös paljon psykoedukaatiota trauman vaikutuksesta lapseen. Hoidon aloittaminen ei vaadi traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) diagnoosia, vaan riittää, että lapsella on traumaan liittyviä stressioireita. Hoidon fokuksessa ei ole itse traumatapahtuma, eikä sitä prosessoida hoidon aikana. Hoidossa keskitytään tukemaan lapsen selviytymistä hänen oireidensa kanssa ja auttamaan vanhempaa olemaan tukena lapselle.

Hoito alkaa laajalla lapsen oireiden kartoituksella. Lapsen ja vanhemman täytettyä oirekyselyt terapeutti käy ne yhdessä läpi lapsen ja vanhemman kanssa. Oirekyselyiden perusteella hoidon tavoitteeksi otetaan lapsen arkea ja toimintakykyä eniten häiritsevä oire ja lähdetään yhdessä etsimään keinoja helpottaa lapsen oireita. Lapsi ja vanhemmat saavat kotitehtäviä ja harjoitteita, joita he tekevät yhdessä tapaamisten välissä. Seuraavilla kerroilla arvioidaan oireiden vaikeusastetta ja mikäli hoidon fokuksessa ollut oire on helpottanut, voidaan tarkasteluun ottaa toinen oire. Hoitomallin päätteeksi tehdään uudestaan laaja oirekyselykartoitus ja arvioidaan hoidon vaikuttavuutta. Useimmat lapset, nuoret ja perheet eivät tarvitse jatkohoitoa, mutta tarvittaessa lapsi ja nuori voidaan ohjata jatkohoitoon esimerkiksi TF-KKT terapeutille. Tutkimusten mukaan CFTSI vähentää trauman jälkeistä stressioireilua ja ahdistuneisuutta lapsilla ja vanhemmilla (Berkowitz ym., 2011; Hahn ym. 2019).

Suomeen koulutetut ammattilaiset

CFTSI-malli on kehitetty Yhdysvalloissa Yalen yliopistossa. Mallin kehittäjät vastaavat mallin koulutuksista. Koulutukseen hakeutujalla tulee olla terveydenhuoltoalan maisteritutkinto sekä aiempaa kokemusta hoidollisesta työskentelystä traumaattisia kokemuksia kokeneiden lasten ja nuorten kanssa. Barnahus-hankkeessa on tehty yhteistyötä kouluttajatahon kanssa mallin pilotoimiseksi Suomessa. Barnahus-hankkeen kautta on järjestetty kaksi koulutusta; ensimmäinen vuosina 2020–2021 ja toinen vuosina 2022–2023. Koulutuksiin valittiin yhteensä 17 koulutettavaa. Lisäksi EU-rahoitteisen PROMISE 3 -hankkeen kautta on järjestetty yksi kansainvälinen koulutus vuosina 2021–2022, johon Suomes-

ta osallistui kolme koulutettavaa. Koulutusten kautta CFTSI-mallin osaajiksi on sertifioitu yhteensä 13 ammattilaista Suomessa. Koulutettavat ovat tulleet lasten- ja nuorten psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta, lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian ja oikeuspsykologian yksiköistä ja Barnahus-toiminnasta, Seri-tukikeskuksista, perheneuvoloista, nuorten kriisipalvelusta ja lastensuojelun arviointi- ja vastaanottotoiminnasta.

Malliin koulutettujen kokemuksia

CFTSI-mallin käyttökokeuksia on kerätty Barnahus-hankkeessa kahdesti vuosien 2021–2023 aikana. Keväällä 2021 kerättiin sähköpostitse vapaamuotoista palautetta ensimmäisen Barnahus-hankkeen järjestämän koulutuksen osanottajilta heidän kokemuksistaan mallin käytöstä. Heitä pyydettiin pohtimaan mallin käytön haasteita ja hyviä kokemuksia. Palautetta saatiin kaikilta seitsemältä koulutuksessa olevalta.

Vastaajat toivat esiin monia CFTSI-mallin vahvuuksia. Sen koettiin toimivan hyvin perustasolla, koska matalan kynnyksen palveluissa on mahdollisuus intervention nopeaan aloittamiseen traumaattisen tapahtuman tai sen ilmitulon jälkeen. Perustasolle ei vaadita lähetettä tai lääkärin arviota, vaan työntekijän arvio ensikäynnillä riittää. Koettiin myös, että CFTSI on hyvin kustannustehokas hoitomalli, koska lyhyellä työskentelyllä voidaan tukea lasta ja perhettä ja ennaltaehkäistä mahdollisen vakavamman oireiston kehittymistä.

Mallin käyttäjät kokivat CFTSI-mallin vaikuttavana interventiona, jossa on vahva struktuuri ja hyvät valmiit materiaalit, jotka helpottavat lyhyen hoidon tehokasta toteuttamista. Strukturoidun työskentelyn koettiin tuovan turvaa trauman kokeneelle perheelle ja myös antavan varmuutta työntekijälle työskentelyyn. Mallin koettiin antavan käyttökelpoisia välineitä trauman arviointiin ja lisäävän työntekijän traumaosaamista. Työntekijöiden lapsilta ja perheiltä keräämissä palautteissa tuli esiin, että hoito oli koettu hyödylliseksi.

Perustasolla työskentelevät koulutettavat kommentoivat menetelmää seuraavasti:

”Jatkossa lapset ja nuoret voivat saada hoitoa nopeasti, myös ne, joiden kohdalla minkäänlaista trauma-hoitoa ei edes harkittaisi, koska trauma todennäköisesti jäisi muun ongelmakentän taakse.”

”CFTSI-koulutuksen myötä olemme pystyneet käyttämään koulutuksen materiaaleja myös lasten ja nuorten kanssa, joiden vanhemmat eivät ole pystyneet sitoutumaan työskentelyyn.”

”Nuoret ovat hyötyneet psykoedukaatiosta ja lisäksi olemme saaneet perusteltua hoitotahoilla traumahoidon tarvetta.”

Intervention toteuttamisen haasteina koettiin peritraumaattisen vaiheen aikaikkuna, joka vaikeutti asiakkaiden rekrytointia hoitomalliin. Palveluihin kyllä tuli traumaattisia tapahtumia kokeneita lapsia ja nuoria, mutta tapahtumista oli kulunut liikaa aikaa CFTSI-työskentelyn aloittamiseksi. Erityisesti tämä koettiin haasteeksi erikoissairaanhoidon lasten- ja nuorisopsykiatrian palveluissa.

Toisena haasteena vastaajat kertoivat intervention mielessä pysymisen yhteistyötahoilla ja hoitomenetelmän tunnettuuden omassa organisaatiossa, mikä vaikeutti asiakkaiden ohjaamista hoidon piiriin.

Erikoissairaanhoidossa työskentelevät koulutettavat kommentoivat menetelmää seuraavasti:

”Meillä on kyllä paljon trauma- ja kokeneita asiakkaita, mutta monilla tapahtumista on kulunut jo pidempi aika. Jotkut akuutimmat tapaukset eivät ehdi ohjautua meille saakka CFTSI:n aloittamisen aikaikkunassa.”

”Vaatisi hurjasti työtä ajaa mallia läpi käytäntöön siten, että se muistettaisiin ja että sitä hyödynnettäisiin.”

”Asiasta yhteisissä poliklinikan kokouksissamme muistuttelen ja tieto mallista on lähetteitä käsittelevillä osastonylilääkärillä ja osastonhoitajalla, mutta silti tietoa potentiaalisista nuorista tulee minulle harvoin.”

CFTSI-mallin koulutusprotokollaan kuuluu, että koulutettavia valitaan tiimeittäin vähintään kaksi, joista toinen on käytännön terapeuttista työtä tekevä työntekijä ja toinen esihenkilötason työntekijä. Tällä pyritään varmistamaan mallin juurtumista tiimiin ja asiakkaiden ohjautumista hoitomalliin. Suomalaisessa CFTSI-koulutuksen toteutuksessa ei pystytty rekrytoimaan malliin tiimeittäin kahta työntekijää, sillä paikkoja koulutukseen oli vain vähän ja haluttiin varmistaa, että koulutusta saavat nimenomaan käytännön työtä tekevät ammattilaiset, jotka pystyvät työssään harjoittelemaan mallin käyttöä ja jalkauttamaan työmenetelmää käytäntöön. Tämä aiheutti haasteita asiakkaiden rekrytointiin.

”Olisin kaivannut esimiehiltä enemmän tukea rekrytoinnissa, sopivien tiedotuskanavien löytäminen oma-toimisesti vei aikaa.” Vastaaja, erikoissairaanhoido

Tähän haasteeseen pyrittiin vastaamaan toisessa Barnahus-hankkeen järjestämässä CFTSI-koulutuksessa siten, että koulutettavien esihenkilöille järjestettiin implementaatiotapaamisia heidän sitouttamiseksi mallin tukemiseen. Vastaavalla tavalla oli menetelty hankkeen järjestämässä TF-KKT -koulutuksissa. Implementaatiotapaamisissa keskusteltiin kokemuksista mallin käytöstä ja soveltuvuudesta tiimin työhön, implementaatioon liittyvistä haasteista ja niiden ratkaisukeinoista sekä siitä, miten esihenkilö voisi vielä edistää mallin onnistunutta käyttöönottoa johtamassaan tiimissä.

Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus ja hyvinvointialueiden käynnistyminen ovat haastaneet CFTSI:n jalkautumista. Samaan aikaan tämä on myös mahdollistanut kriisityön kehittämisen.

”Kriisityö on järjestäytymässä uudelleen. On kehitetty uusi palvelupolkuja. Myös esim. CFTSI-kriisipalvelupolku. Onko CFTSI haasteet myös polkujen puutetta?” Vastaaja, erikoissairaanhoido

Keväällä 2023 toteutettiin työmenetelmäkysely, joka lähetettiin kaikille CFTSI-koulutetuille ja koulutuksessa oleville. Kyselyyn vastasi 16 CFTSI-osaajaa. Vastaajista kuusi työskenteli erikoissairaanhoidossa ja kymmenen perustasolla. Suurin osa koulutetuista oli saanut koulutuksensa 2022–2023 aikana. 88 % vastaajista oli käyttänyt CFTSI-menetelmää 3–6 asiakkaansa kanssa. Menetelmän käyttöä on tunkenut eniten oma motivaatio käyttää CFTSI:tä. Toiseksi eniten vastaajien mukaan käyttöä tukee asiakkaan saama hyöty menetelmästä. Kollegoiden ja johdon tuki ovat myös avuksi. Haasteena menetelmän käytölle on ollut sopivien asiakkaiden tunnistamisen vaikeus. Lisäksi oman työajan käyttö haastoi monia vastaajia. Vastaajat toivoivat työnsä tueksi jatkokoulutusta ja kansallista koordinaatiota mielenterveysstrategian mukaisesti. 75 % vastaajista sai menetelmän käyttöön työnohjausta. Asiakkaat ohjautui-

vat monista palveluista: lapsiperheiden sosiaalihuollosta, lastensuojelusta sekä erikoissairaanhoidosta. Ohjautumisen haasteeksi vastaajat nostivat koulutettujen pienen määrän sekä oman mahdollisuuden tarjota asiakkaille CFTSI-mallin mukaista hoitoa. Tarvetta olisi enemmän kuin yksittäinen, menetelmään koulutettu työntekijä voi tarjota. Hoitoon ohjautumisen tueksi toivottiin esimerkiksi hoitomallista kertovaa esitettä.

Osana kansainvälistä CFTSI-mallin levittämistä USA:ssa on laadittu koulutussuunnitelma, koska ilman päteviä kouluttajia parhaimmatkin koulutusohjelmat ja -materiaalit ovat tehottomia. Ollakseen hyvä CFTSI-kouluttaja henkilön on oltava: 1) pätevä, sitoutunut kouluttaja, joka tuntee materiaalinsa hyvin; b) vahva kliininen ohjaaja; ja 3) kokenut CFTSI-kliinikko, jolla on kokemusta riittävän suuresta määrästä CFTSI-hoitokasvoja. Suomen osalta keskeinen implementaation haaste tulee näkyviin viimeisen kriteerin kohdalla. Suomen kokoisessa maassa suurta määrää CFTSI-tapauksia ei yhdellä kliinikolla ole mahdollista saavuttaa. Tapauksen vähäinen määrä on ylipäättään haaste ammattilaisten taitotason ylläpitämisessä.

CFTSI haasteita ja onnistumisia

CFTSI:n koulutettujen ryhmässä ratkaistaviksi haasteiksi nostettiin esiin kirjaamiseen liittyvät pulmat sekä vaadittava lähetekäytäntö. Osassa CFTSI:tä hyödyntävistä paikkakunnista on kehitetty asiakkaiden ohjaamiseen matalan kynnyksen malli, joka vaikuttaa toimivan lähetekäytäntöä paremmin. Tietoisuus mallista on vielä heikkoa kaikilla alueilla. Monet CFTSI-koulutetuista ovat hyvinvointialueellaan ainoita CFTSI-osaajia ja mallin toteutus ja tulevaisuus on yhden henkilön varassa. Juurruttamiseen tarvittaisiinkin enemmän CFTSI-terapeutteja per alue. Perheneuvoloissa on saatu hyviä kokemuksia menetelmän käytöstä etenkin Espoossa, Vantaalla ja Vaasassa. Erityisen hyvänä pidettiin sitä, että vanhemman traumakokemukset ja -oireet kartoitetaan. Näin saadaan lisää ymmärrystä perheen kokonaistilanteesta ja siitä, miksi vaikka aiempi tarjottu tuki ja hoito ei ole ollut tehokasta. Työskentelyn aikana on saatu kokemus, että vanhemman oireisto helpottuu työskentelyn aikana. Perheneuvolassa on saatu myös kirjaamisen kysymykset ratkaistua. Vanhemmalle on luotu oma asiakkuus ja se mahdollistaa vanhemman asioiden kirjaamisen. Yhdessä CFTSI-koulutuspilottiin osallistuneessa perheneuvolassa on kokemusta siitä, että CFTSI-hoidon jälkeen ei tarvita TF-KKT:ta, koska traumaoireisto ei pääse vakiintumaan. Usein on kuitenkin tarvittu muuta perheen työskentelyä ja tukemista lyhyen intervention jälkeen. Malli on koettu hyväksi vanhemman ja lapsen vuorovaikutuksen vahvistamisessa. Myönteistä käyttökokeamista on saatu myös lastensuojelun tiimistä, missä kohdataan kiireellisesti sijoitettuja nuoria. Mallia toteuttavan työntekijän kokemuksen mukaan on saatu nopeasti tukea vakavissa tilanteissa vanhemman ja nuorten yhteisellä työskentelyllä. Ilman mallia todennäköisesti traumatapahtumien käsittelyä ei olisi ollut lainkaan, ei ainakaan yhdessä vanhemman ja nuoren kanssa. Palvelu on matalan kynnyksen palvelua, ilman läheteitä, ja esihenkilönä on johtava psykologi, joka tukee työntekijää. Muissa palveluissa CFTSI-osaajat ovat kokeneet, että CFTSI on usein liian kankea ja jäykkä malli toteutettavaksi. Lisäksi haasteena on ollut saada erikoissairaanhoidon asiakkaita ohjatuksi CFTSI:n pariin määräaikaisten puitteissa. Kun aikaa kuluu, perhe on saattanut kiinnittyä jo toiseen palveluun ja uudelleen ohjaaminen ei ole järkevää. Menetelmän käytön aikana aikuisilta on saatu positiivisempaa palautetta kuin lapsilta. Lasten voi olla vaikeampi motivoitua työskentelyyn toiston vuoksi tai sen vuoksi, että he eivät tunnista omaa traumaoireiluaan. Kaikki nuoret eivät haluaisi vanhempaa mukaan työskentelyyn ainakaan mallin mukaisessa nopeassa tahdissa.

“Kiva kun voi jossain näistä asioista puhua ja saada tietoa, myös se, että kuulee tekevänsä asiat oikein, sekä se että lapsen tilanne arvioidaan.” Asiakasäiti

Arviointia mallin soveltuvuudesta suomalaisen palvelujärjestelmään

CFTSI-mallia on pilotoitu perheneuvolassa, lasten ja nuorten oikeuspsykiatrian ja oikeuspsykologian (OiPsy) yksiköissä, lasten- ja nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, Seri-tukikeskuksissa, nuorten kriisipalvelussa ja lastensuojelun arviointi- ja vastaanottotoiminnassa. Pilotoinnissa kerätyt kokemukset antavat viitteitä siitä, että malli voisi soveltua hyvin perustason matalan kynnyksen palveluihin, joihin ei tarvita lähetettä tai lääkärin arviota, esimerkiksi perheneuvoloihin, joissa on tarjolla kiireellistä palvelua. OiPsy-yksiköiden etuna CFTSI-mallin käyttöönotossa on potentiaalisesti traumaattisten tapausten suuri määrä ja mahdollisuus vastata hoidontarpeeseen tietyissä tilanteissa kiireellisesti epäilyn esiintulon jälkeen. Haasteen hoidon tarjoamiselle OiPsy-yksiköissä muodostaa yksiköiden toiminnan lakipohja, joka ei tällä hetkellä anna mahdollisuutta hoidon tarjoamiseen laajamittaisemmin. Tämä seikka on syytä huomioida parhaillaan edistettävässä ns. järjestämislain (Laki lapsen kohdistuneen seksuaali- ja pahoinpitelyrikoksen selvittämisen järjestämisestä) päivityksessä. Toinen haaste OiPsy-yksiköiden näkökulmasta on se, että väkivaltatapaukset tulevat usein toiminnan piiriin vasta viiveen jälkeen, jolloin CFTSI ei sovellu käytettäväksi.

Seri-tukikeskukset tarjoavat matalan kynnyksen palvelua, johon nuori voi hakeutua itse, omaisten kanssa tai viranomaisen ohjaamana kuukauden sisällä tapahtuneesta. Seri-tukikeskukset tavoittavat siis paljon nuoria, jotka ovat seksuaaliväkivaltakokemuksen suhteen peritraumaattisessa vaiheessa, jolloin CFTSI-työskentely tulee aloittaa. CFTSI-malli sopisi näin ollen hyvin Seri-tukikeskusten tarjoaman kiireellisen tuen malliin. Lasten- ja nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa kohdataan paljon traumaattisia tapahtumia kokeneita lapsia ja nuoria, mutta lähetekäytännöt ja hoitoon pääsyn viiveet tekevät CFTSI-mallin käytöstä näissä palveluissa hankalaa. Mallin onnistunut käyttöönotto erikoissairaanhoidossa vaatisi vahvaa organisaatio- ja esihenkilötason sitoutumista ja tukea sekä lähetekäytäntöjen sujuvoittamista. Yksittäiset kokemukset lastensuojelun arviointi- ja vastaanottotoiminnassa ovat osoittaneet, että näissä palveluissa kohdataan kyllä paljon traumaattisia tapahtumia kokeneita lapsia ja nuoria, mutta CFTSI-menetelmän käyttöä tässä kontekstissa saattaa hankaloittaa perheiden sitoutuminen työskentelyyn. Lastensuojelun arviointi saattaa vaikuttaa lapsen ja vanhempien kykyyn tunnistaa tai halukkuuteen kertoa avoimesti esimerkiksi perheen sisäisistä traumaattisista tapahtumista ja lähteä työskentelemään niiden vaikutusten kanssa. Tässä kontekstissa on toisaalta saatu myös yksittäisiä hyviä kokemuksia mallin toimivuudesta ja erityisesti sen materiaalien hyödyntämisestä sijais- huollon traumatietoisessa työssä.

CFTSI-koulutettujen kehittäjäryhmästä tuli toive samanlaiseen rakenteeseen kuin TF-KKT:n osalta: toivotaan työnohjausta, yhteistä tutkimusartikkelien lukemista, kansallista tukea ja koordinaatiota. Haasteena on kuitenkin se, että CFTSI:n osalta ei ole samanlaista kansallista resurssia kuin laajemmalle levinneissä hoitomalleissa. Toisin sanoen senioritason osaaminen puuttuu. Esimerkiksi kouluttajakoulutuksen vaatimuksiin on vielä matkaa vaikkapa TF-KKT:n tilanteeseen verrattuna (2 kouluttajaa ja 2 kouluttajakoulutuksessa). CFTSI-osaajien verkosto jatkaa kuitenkin omia vertaistuellisia tapaamisiaan Barnahus-hankkeen jatkuessa huolimatta siitä, että mallin sijoittuminen on murroksessa hyvinvointialueiden organisoitumisen myötä. Mallin tulevaisuuteen vaikuttavia kysymyksiä ovat muun muassa perheneuvoloiden palveluiden jatkosijoittuminen sekä se, muodostuuko lasten ja nuorten mielenterveyden tueksi jatkossa uusia palveluyksiköitä. Näiden kysymysten ratkaisun lisäksi tarvitaan myös kansallisia traumatyöskentelyn hoitopolkuja ja malliehdotuksia hyvinvointialueille.

LKK-ohjelma (CPC-CBT)

Niina Remsu, Sini Vehkaoja

CPC-CBT-ohjelma, Combined Child and Parent Cognitive-Behavioral Therapy, on 2000-luvun alussa Yhdysvalloissa kehitetty strukturoitu hoitomuoto perheille, joissa on vanhemman lapsen kohdistamaa fyysistä tai henkistä väkivaltaa tai lapsen kohdistuvan väkivallan riski on kohonnut. CPC-CBT:n tavoitteena on auttaa lasta selviytymään väkivallan aiheuttamasta traumasta, auttaa vanhempaa tunteiden säätelyssä ja väkivaltaisen käyttäytymisen lopettamisessa sekä vahvistaa vanhemman ja lapsen välistä turvallista suhdetta. Menetelmä on tällä hetkellä ainoa terapiamuoto, jossa työskennellään kaltoinkohtelevan vanhemman kanssa. Vanhemmat saavat työskentelyn myötä uusia, toimivampia toimintamalleja ja oppivat lisäksi ymmärtämään paremmin lapsen tarpeita. Menetelmä tukee myös lapsia käsittelemään tapahtunutta väkivaltaa, sekä vahvistaa koko perheen turvallisuutta ja resilienssiä. Mallissa yhdistyy vanhempainohjaus, voimavarakeskeinen työskentely, traumafokusoitu hoito sekä perheterapeuttiset interventiot. Ohjelma pohjautuu pitkälti psykoedukaatioon ja kognitiivisbehavioraalisen teoriaan ja menetelmiin. CPC-CBT on tutkimusten mukaan vähentänyt lasten traumaoireita, muuttanut vanhempien kasvatuskäytäntöjä ja parantanut vuorovaikutusta vanhempien ja lasten välillä (Runyon ym. 2009; Runyon Deblinger & Steer, 2010; Kjellgren, Svedin & Nilsson, 2013).

Ohjelma on tarkoitettu 3–17-vuotiaille lapsille ja heidän vanhemmilleen tai vanhemman roolissa toimiville. Se sisältää 16–20 perhetapaamista ja jokaiseen tapaamiseen sisältyy lapsen/lasten oma sessio, vanhemman/vanhempien oma sessio ja perheen yhteinen sessio. Perhekohtaisten tapaamisten kesto on noin 90 minuuttia. Ohjelmaa voidaan tarjota myös ryhmämuotoisesti, jolloin tapaamisten kesto on 120 minuuttia.

CPC-CBT-ohjelman käyttöönotto on ollut vähäistä Yhdysvaltojen ulkopuolella. Ruotsissa ohjelman pilotointi aloitettiin vuonna 2010 ja hankkeesta saatujen myönteisten kokemusten jälkeen henkilöstön koulutukset käynnistyivät vuonna 2013. Ruotsissa ohjelmaa kutsutaan nimellä KIBB, Kognitiv behandling vid barnmisshandel. Suomessa ohjelman pilotointi alkoi vuonna 2018 Ensi- ja turvakotien liiton (ETKL), Viola – väkivallasta vapaaksi ry:n ja Vaasan ensi- ja turvakotien ry:n yhteistyönä ja ensimmäiset LKK-koulutukset toteutettiin vuonna 2021. Ohjelman suomalainen nimi on LKK, Lapsen kaltoinkohtelun katkaiseminen. ETKL vastaa ohjelman koordinoinnista, koulutuksesta ja siihen liittyvästä työnohjauksesta sekä ylläpitää kansallista osaajaverkostoa.

LKK-ohjelman hyödyt ja haasteet

Tässä esitettävät havainnot perustuvat LKK-ohjelman pilotoinnista saatuihin tuloksiin, asiakaspalautteisiin ja pilotointiin osallistuneiden työntekijöiden arviointeihin sekä LKK-koulutukseen osallistuneiden ammattilaisten havaintoihin. LKK-ohjelman vaikuttavuutta suomalaisessa kontekstissa tutkitaan osana ACElife-tutkimusta, joka on alkanut 2023.

Tuloksia LKK-ohjelman pilotoinnista

LKK-ohjelmaa pilotoitiin vuosina 2018–2020 kahdessa ETKL:n jäsenyhdistyksessä. Pilotointiin osallistuneet työntekijät (n = 8) arvioivat hankkeen keskeisten tavoitteiden saavuttamista perheen saaman hyödyn ja ohjelman juurtumisen näkökulmasta (taulukko 3). Arviointiasteikko oli 1 = tavoitetta ei saavutettu ja 5 = tavoite saavutettiin.

Taulukko 3. Keskeisten tavoitteiden saavuttaminen perheen saaman hyödyn ja LKK-ohjelman juurtumisen näkökulmasta

Pilottihankkeen tavoitteet	ka
Väkivallan taso, lapsen turvallisuus ja perheen saama hyöty on (esim. lastensuojelussa) arvioitu ennen LKK-prosessia.	4,0
Pilotoinnissa on huomioitu perheessään pahoinpideltyjen ja traumatisoituneiden lasten tarpeet.	3,8
Pilotoinnissa on vahvistettu väkivaltaa käyttäneen vanhemman kiintymyssuhdetaitoja.	4,0
Pilotoinnissa on vahvistettu vanhemman taitoja omaksua uusia kasvatuksellisia käyttäytymismalleja.	4,7
Pilotoinnissa on kehitetty lapsen ja vanhemman turvallisen vuorovaikutuksen menetelmiä.	4,3
Pilotointi on toteutettu yhdistysten, alueellisten toimijoiden ja julkisen sektorin yhteistyönä.	5,0

Pilotoinnin loppuvaiheessa työntekijät arvioivat, että ohjausprossin aikana perheissä fyysinen väkivalta väheni tai loppui kokonaan. Väkivaltaa käyttäneiden vanhempien negatiiviset käyttäytymistavat vähentyivät ja perheenjäsenten myönteinen vuorovaikutus lisääntyi. Vanhemmat omaksuivat uusia kasvatustapoja ja tunteiden säätelykeinoja, he muun muassa kykenivät hallitsemaan vihantunteitaan entistä paremmin. Työntekijät olivat myönteisesti yllättyneitä siitä, että erityisesti lapset ovat olleet innostuneita työskentelystä heti alusta alkaen.

”Lapsilta ja nuorilta on tullut hyvää palautetta, työskentelyn myötä vuorovaikutus vanhempien kanssa on muuttunut kivemmäksi.” Väkivaltatyöntekijä

Pilottiin osallistuneet perheet sitoutuivat LKK-ohjelman mukaiseen työskentelyyn (16–20 tapaamiskertaa/viikko) hyvin. Perheet ja lähettävänä tahona toimineet viranomaiset arvioivat ohjelman olleen hyödyllinen perheelle. Perheiden saaman hyödyn lisäksi työntekijät havaitsivat itse hyötynensä ammatillisesti pilotoinnista. Työmuoto on uudistanut heidän tapaansa ajatella väkivaltatyötä ja se on laajentanut ja syventänyt heidän käsitystään lähisuhdeväkivallan moninaisuudesta ja kompleksisuudesta ylisukupolvisena ilmiönä.

”Pilotointi on vaikuttanut suuresti ajattelutapaan, miten ajatellaan väkivaltakontekstiin liittyen, kokonaiskuva on laajentunut väkivallasta ja osataan enemmän ajatella, mitkä väkivaltaan on vaikuttanut, osataan ajatella yksilön taustaan. Osataan ajatella mitkä on ne mekanismit, mihin pitää vaikuttaa, jotta katkaistaan väkivalta. CPC-CBT on syvempi ja siinä on laajempi näkökanta.” Väkivaltatyöntekijä

Pilotointiin liittyviä haasteita olivat muun muassa menetelmään perehtymiseen ja ohjausprosessiin menevä aika, työntekijäresursseista sopiminen, työntekijävaihdokset sekä vaikeudet löytää oikea-aikaisesti perheitä. Joissakin perheissä ongelmien kasaantuminen ja lastensuojelullisia tai erityissairaanhoidon toimenpiteitä vaativat tilanteet estivät osallistumisen LKK-ohjelmaan. Pilotointi aikana yhteistyö ETKL:n jäsenyhdistysten ja lastensuojelun välillä tiivistyi perheen työntekijäverkostossa. Työntekijät havaitsivat tarpeen sellaiselle avoimuudelle, joka ylläpitää uusia myönteisiä käyttäytymis- ja toimintamalleja, jotka perhe on oppinut LKK-ohjelmassa.

”Työskentelyn jälkeinen tuki perheille tulisi taata, sillä ei voida olettaa, että 16 tapaamiskerran jälkeen opitut asiat säilyvät perheiden arjessa. Tämä on heikko kohta, mitä ei palvelujärjestelmämme ymmärrä.” Väkivaltatyöntekijä

LKK-ohjelmassa perheitä tavataan säännöllisesti noin kerran viikossa. Vanhemmat ja lapset pitivät tärkeänä, että tapaamisten väli on ollut lyhyt. Silloin he pystyivät käsittelemään ristiriitatilanteita vielä, kun ne olivat muistissa ja harjoittelemaan uusia toimintatapoja kyseessä oleviin tilanteisiin. Koko perheen osallistuminen ohjausprosessiin oli sekä vanhemmille että lapsille myönteinen kokemus.

”Viikoittaiset tapaamiset olivat hyviä, koska edellisen viikon töppäykset tai haastavat tilanteet voitiin heti käydä läpi, sai ehkä jotain vinkkejä, miten hoitaa tilanne tai mitä olisi voinut tehdä toisin.” Vanhempi

”Oli hyvä, että tietyt asiat tuli selvitettyä ja nyt ne osaa itsekin ajatella toisin, kuten riitatilanteet äidin kanssa.” Lapsi

LKK-ohjelmassa harjoitellaan aktiivien ohjauksen avulla kognitiivisia selviytymiskeinoja, tunteiden säätelyä ja turvallisuustaitoja. Pilotista vastanneet työntekijät raportoivat, että vanhempien ymmärrys omasta käytöksestä, omista lapsuuden aikaisista kokemuksista ja niiden vaikutuksista vanhemmuuteen lisääntyivät LKK-ohjelman aikana. Työntekijät myös raportoivat psykoedukaation merkityksestä myönteisen vanhemmuuden tukemisessa.

”Näky vanhempien puheessa, mitä ovat omaksuneet arjessa mm. käytösmaalleja. On tullut paljon palautetta vanhemmilta, että ovat onnellisia, että ovat saaneet uusia keinoja arjen tilanteisiin ja niistä on ollut tosi paljon hyötyä heille.”

LKK-koulutettujen havainnot

Barnahus-hankkeen kautta koulutukseen osallistuneet olivat keskimäärin tyytyväisiä koulutuksiin ja erityisesti niiden kiinnostavaan ja monipuoliseen teoriaosuuteen. Tämän tietotaidon koettiin hyödyttävän osallistujia ja avaavan uusia näkökulmia myös oikeuspsykologisen työn kannalta. Myös menetelmän strukturoitu rakenne ja käsikirja saivat positiivista palautetta.

“Käsikirja antaa työskentelylle selkeät raamit, mutta se mahdollistaa myös perhekohtaisen tilanteen huomioimisen ja muotoutumisen lapsen kehitysvaiheen mukaisesti”.

Lasten ja nuorten oikeuspsykologian ja -psykiatrian yksiköiden osallistujat pitivät menetelmää itsessään hyvänä ja hyödyllisenä, vaikka sen toteuttaminen yksiköistä käsin koetaan tällä hetkellä jossain määrin haastavana. Menetelmän etuina koulutetut mainitsivat muun muassa koko perheen kanssa työskentelyn sekä perheen sisäiseen vuorovaikutukseen vaikuttamisen. Asioista suoraan puhuminen, syylistämättä, yhdessä ratkaisujen pohtiminen, ja koko perheen ottaminen mukaan työskentelyyn nähdään erityisen vaikuttavina tekijöinä menetelmässä, joskin osa koulutetuista pohti näiden toteutumisen mahdollisuuksia ottaen huomioon Suomen varsin matalan ilmoituskynnyksen. Perheenjäsenten voi olla vaikeaa puhua avoimesti väkivallasta, jos samalla mielessä on huoli siitä, että puheiden perusteella tehdään välittömästi ilmoitukset poliisille ja lastensuojeluun. Suomen laki huomioiden menetelmän toteutuksessa ei siis voida aina toteuttaa terapeutillista salassapitoa, mikä voi vaikeuttaa yhteistyötä ja perheiden menetelmästä saatavaa hyötyä.

Barnahus-hankkeen kautta koulutettujen kokemukset LKK-menetelmän soveltuvuudesta lapsiperheiden sosiaalipalveluihin olivat positiivisia. Joidenkin perheiden kohdalla LKK-prosessin ja seu-

rannan jälkeen lastensuojelun työskentely voitiin lopettaa kokonaan, tai perheet siirtyivät matalamman tason palveluihin. Koulutetut arvioivat menetelmän sopivan erityisesti lastensuojelun tehostettuun perhetyöhön, tai päivämuotoiseen perhekuntoutukseen, joissa perheitä tavataan jo muutoinkin viikoittain ja työskentely on usein pitempiaikaista verrattuna esimerkiksi sosiaalihojaukseen.

Koulutetut toivat esiin haasteen sopivien perheiden ohjautumisessa menetelmään. Selkeitä palvelupolkuja ei vielä ole ja muun muassa lasten ja nuorten oikeuspsykologian ja -psykiatrian yksiköiden osalta pitkät välimatkat ovat haaste, kun kyseessä on kuitenkin varsin intensiivinen ja pitkä työskentelyjakso. Haastavana pidettiin myös virkatyöaikaa, jolloin perheiden voi olla vaikea päästä paikalle, tai ainakin se vaatii useita järjestelyjä ja mahdollisia työ- ja koulupoissaoloja. Lisäksi lasten ja nuorten oikeuspsykologian ja -psykiatrian yksiköiden rooli traumamenetelmien osalta vaatii vielä selkiyttämistä. Jotta yksiköt voisivat toimia alueillaan konsultatiivisesti, olisi niissä myös tarpeen toteuttaa menetelmää jossain määrin.

LKK-koulutettujen havaintoja:

- ”Perhettä arvostava työskentelytapa, yhteistyösuhteen sisukas rakentaminen ja ”isoäidillinen” hyväksyvä ymmärrys vanhemmuuden haastavuudesta tuntuvat kyllä houkuttavan perheet hyvin työskentelyyn”
- ”Perhesysteemin muutoksen voima on tietenkin ihan mahtava, kun asiat lähtevät liikkeelle ja perheen jäsenet hoksaavat itse pystyvänsä vaikuttamaan siihen, mitä perheessä tapahtuu ja miten siellä voidaan”.
- ”Työskentelyn vahvuutena on perhekeskeisyys, joka mahdollistaa vaikean teeman ja ikäviiden tapahtumien työstämisen yhdessä vanhemman ja lapsen kanssa. Tärkeimpänä asiana pidämme kuitenkin lapsen näkyväksi ja kuuluvaksi tulemistä sekä vanhemman vastuunottoa esimerkiksi kirjetyöskentelyn kautta. Vanhemman kannalta merkitykselliseltä on tuntunut myös hänen traumataustansa läpikäyminen”.
- ”Näin haastattelevana oikeuspsykologian alan psykologina huomaan, että koulutus on myös kuin salaa tuonut muuhunkin työhön jo jotain lisää. Huomaan ottavani rohkeammin asiakkaan tunteet myös haastattelutilanteessa huomioon, vaikka varsinaiseen terapeuttiseen vuorovaikutukseen en siinä tilanteessa syvemmin voikaan antautua”.
- ”Turvallisuusnäkökulma on huomioitu aidosti vanhemman ja lapsen näkökulmat ensin eriyttävällä ja sitten yhdistävällä tavalla, molempien omien työntekijöiden mahdollistamana. Meidän pitää saada nimenomaan turvallisuusnäkökulmaa nostavaa menetelmää esiin, koska ammattilaiset eivät nykyään uskalla työskennellä lapsiin kohdistuvan väkivaltateeman parissa, koska pelkäävät toimivansa väärin ja jopa pahentavan lapsen tilannetta”.

LKK-ohjelman soveltuvuus lapsiperheiden palveluihin

Vuonna 2021 pidettiin Mikkelin seudun alueellinen arviointikeskustelu LKK-ohjauksen tulevaisuudesta. Osallistujilta kysyttiin:

- Miten turvataan toimintaedellytykset ja mahdollisuudet tarjota LKK-ohjausta perheille vuonna 2022?
- Mitä pitää ottaa huomioon, kun sote-uudistus ja hyvinvointialueet aloittavat vuonna 2023?

LKK-ohjelman tulee kattaa koko hyvinvointialue. Perheet eivät saa joutua asuinpaikkansa takia eriarvoiseen asemaan, vaan heillä pitää olla tasavertaiset mahdollisuudet saada LKK-ohjausta sitä tarvitessaan. Tämä edellyttää hyvinvointialueelta menetelmäosaamisen lisäämistä kouluttamalla työntekijöitä LKK-ohjelman osaajiksi. Lisäksi resursointia tarvitaan LKK-ohjelman koordinointiin ja työntekijöille tarjottavaan työnohjaukseen, joka tukee osaamisen ylläpitoa. Palvelun tarjoaminen varhaisessa vaiheessa, niin että se vastaa perheen tarpeeseen, vaatii alueellisen asiakaspolun kuvaamista ja entistä tiiviimpää viestintää perheen ja toimijoiden välillä.

LKK-ohjelman todettiin soveltuvan peruspalveluihin sekä ennalta ehkäisevänä että korjaavana tukipalveluna esimerkiksi perhekeskuksiin osana ETKL:n lähisuhdeväkivaltatyötä tai yhteistyössä toteutettuna.

LKK-ohjelman hyödyt ja soveltuvuus mm. kansallisiin ohjelmiin:

- Soveltuu perhetyöntekijöiden työhön; osa työstä voisi olla LKK-ohjausta, eivät sulje toisiaan pois
- LKK-ohjaus soveltuu lähisuhdeväkivallan ehkäisevänä toimintana lasten ja perheiden tukipalveluksi perhekeskustoimintaan
- LKK sopii systemisen lastensuojelun ohelle
- Resurssien yhteiskäyttö: käytännön työparityö järjestön ja peruspalvelun välillä
- Jaettu työresurssi myös helpottaa tiedonsiirtoa
- LKK-ohjauksessa tukea saa koko perhe, myös sisarukset
- LKK-koulutuksessa saa keinoja ja taitoja myös muuhun työhön
- Jo olemassa olevan oman työkalupakin soveltaminen on mahdollista LKK-ohjauksessa
- LKK lisää koko perheen turvallisuutta
- Voidaan toteuttaa työparityönä esim. ls- ja neuvolan työntekijöiden välillä

Pohdintaa ja menetelmäpilottien arviointia

Taina Laajasalo, Sini Stolt

Koulutetuilta ammattilaisilta kerätyn palautteen perusteella menetelmien juurtumisen tukena arjessa toimii työntekijän innostus ja motivaatio menetelmän käyttöön sekä asiakkaan saama hyöty. Haasteena taas näyttäytyvät muun muassa työajan käyttö sekä kansallisen tason tuen puute. Kansainvälisen implementaatiokirjallisuuden löydöksiä peilaten kyselyyn vastanneet toivat esiin, että implementointiprosessin aikana kansallisen tason tukea olisi tarvittu enemmän niin menetelmien käyttöönoton vaiheessa kuin ylläpitovaiheessakin. Tuen puutteeseen vaikuttanee ratkaisevasti se, ettei traumafokusoiduilla psykososiaalisilla menetelmillä, tai useimmilla muillakaan psykososiaalisilla menetelmillä, toistaiseksi ole tahoa, joka vastaisi niiden arvioinnista ja ylläpidosta. Näin siitä huolimatta, että erikoissairaanhoidon keskittämisasiäasetuksessa (582/2017) veloitetaan viittä yliopistosairaalaan huolehtimaan omalla yhteistyöalueellaan psykososiaalisten menetelmien arvioinnin ja osaamisen ylläpitämisestä, kokonaisuuden suunnittelusta ja yhteensovittamisesta (erikoissairaanhoidon työnjaon ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun asetuksen mukaisesti yliopistosairaalaan ylläpitävistä sairaanhoitopiireistä, 582/2017). Myös esimerkiksi Väkipollaton lapsuus toimenpidesuunnitelmassa (2019) seksuaaliväkivaltaa kokeneiden lasten hoitojen koulutustehtävä asetettiin yliopistosairaaloille.

Keskittämisasiäasetuksen mukainen kansallinen ”kotipesämalli”, joka on jo käytössä lasten käytöshäiriöihin soveltuvien interventioiden osalta, tukee sitä, että asiakasperheet saavat yhdenvertaista ja oikea-aikaista tukea ja hoitoa (Kouvonen & Kurki, 2020). TF-KKT on psykososiaalinen työmenetelmä, jonka tavoitteena on posttraumaattisen stressihäiriön oireiden ehkäisy ja hoito. Hankeajana menetelmäosaajien, työnohjaajien ja kansallisten kouluttajien koulutuksesta sekä materiaalipankin laativisesta on vastannut THL ja Barnahus-hanke. Jatkossa tehtävän tulee olla yliopistosairaaloiden vastuulla. TF-KKT kotipesän tehtäviin tulisi kuulua menetelmäkoulutuksen ja menetelmäuskollisuuden varmistamisen lisäksi hyvinvointialueiden henkilöstön (mukaan lukien johdon) laajempi perehdyttäminen ja jatkuva yhteistyö (Kouvonen & Kurki, 2020). Kun jatkossa TF-KKT hoitajaksoista kirjataan THL:n ylläpitämän toimenpideluokituksen mukainen I-koodi Kanta-järjestelmään, on yhdenmukaisen ja vertailukelpoisen tiedon keruu menetelmän käytöstä kansallisesti mahdollista (THL, 2023).

Tarve löytää TF-KKT:lle kotipesä keskittämisasiäasetuksen mukaisesti on akuutti ja kirjoittamishetkellä neuvottelut ovat käynnissä. Koulutustarve on jatkuva huolimatta siitä, että Suomeen on rakentunut viime vuosina verrattain laaja koulutettujen verkosto. Osviittaa Suomen tulevaisuuden koulutustarpeista antaa Norja, jonka väestörakenne on lähellä Suomen vastaavaa. Norjassa on arvioitu, että lasten ja nuorten psykiatrian avohoitoon (Child and Adolescent Psychiatric Out-patient Clinic; BUP) ohjatuista lapsista vähintään puolet oli kokenut vähintään yhden traumaattisen tapahtuman ja noin 60 prosentilla heistä oli traumaperäisen stressihäiriön oireita. Näin ollen karkeasti arvioiden ainakin ”puolesta puolet” eli noin neljännes asiakaslapsista, saattaisi hyötyä TF-KKT:sta tai muusta traumafokusoidusta hoidosta. Norjassa on laskettu, että joka neljännen tai joka viidennen lasten ja nuorten kanssa työskentelevistä klinikoista pitäisi pystyä tarjoamaan näyttöön perustuvaa traumahoitoa. Tällä hetkellä Norjassa on noin 250–300 aktiivista koulutettua TF-KKT-terapeuttia, jotka työskentelevät myös muiden tapausten ja hoitomuotojen parissa, ja vaihtuvuus on suuri. Norjassa verkoston ylläpitäminen vaatii vuosittain noin 50 uuden terapeutin kouluttamista (Birkeland, A., Norwegian centre for violence and traumatic stress research, kirjallinen tiedonanto).

TF-KKT menetelmän verrattain alhainen käyttöaste kyselyaineiston vastaajien joukossa ei ole tutkimustiedon valossa yllätys. Osa kyselyyn vastanneista koulutettavista on vastavalmistuneita, ja aikaan käyttöönotolle on ollut vähän. Lisäksi alhaista käyttöönottoa selittänevät myös implementaation tunnistetut lainalaisuudet. Suomessa esimerkiksi Ihmeelliset vuodet -menetelmään koulutetuista ammat-

tilaisista vain puolet hyödynsi koulutusta perheiden kanssa seurattututkimuksessa (Karjalainen & Santalahti, 2016). Vastaavasti kansainvälisesti on havaittu, että lähes kolmannes terapeuteista keskeytti TF-KKT menetelmän käytön joko jo koulutusprosessin tai sitä seuraavien kolmen vuoden aikana (Barnett ym., 2014; Amaya-Jackson ym., 2018). Muissa tutkimuksissa on todettu, että suurin osa kliinikoista suorittaa TF-KKT koulutuksen alkuosan, mutta ei jatka kaikkien koulutusten käymistä loppuun (Barnett, Jankowski, & Trepman, 2019; Miron & Scheeringa, 2019). Huomionarvoista on, että TF-KKT kliinikon sitoutuneisuus ja aktiivisuus ovat yhteydessä asiakkaiden parempiin hoitotuloksiin (Miron ja Scheeringa, 2019), ja terapeutin vaihdokset ovat yhteydessä nuoren poisjäämisiin terapiakerroilta (Babbar ym., 2018). Ilman ammattilaisten kouluttautumista ja sitoutuneisuutta tukevaa kansallista implementaatorakennetta ja kotipesää jää menetelmän käyttöaste todennäköisesti alhaiseksi, hyödyt saavuttamatta ja menetelmä on riskissä kuihtua kokonaan.

CFTSI:n pilotista saadut kokemukset osoittavat, että tietoisuus mallista on toistaiseksi heikkoa, leviäminen alueilla on yksittäisten henkilöiden varassa ja asiakasohjauksessa on ollut haasteita. Vaikka menetelmää käyttävät ammattilaiset kokevat työskentelyn tehokkaana, on kansallisella tasolla mietittävä pysyvien implementaation tukirakenteiden rakentamisen mielekkyyttä tilanteessa, jossa juurruttaminen on osoittautunut vaikeaksi maamme pienen väestöpohjan ja rajatun kohderyhmän (peritruumaattisessa vaiheessa olevat lapset noin pian potentiaalisesti traumaattisen tapahtuman jälkeen) vuoksi. Mahdollisuudet saada Suomeen oma kansallinen menetelmäkouluttaja ovat heikot, sillä menetelmän emo-organisaatio USA:ssa on asettanut kouluttajakoulutukselle tiukat kriteerit kouluttajan kokemuksen osalta. Kriteerit ovat tiukat myös ammattilaisten asiakasvirtauksen osalta: USA:n laatukriteerien mukaisesti CFTSI-asiakasprosesseja tulisi olla meneillään noin kolme samanaikaisesti osaamisen jatkuvaksi ylläpitämiseksi (Carrie Epstein, kirjallinen tiedonanto).

Eettisestä näkökulmasta resurssit on jaettava siten, että mahdollisimman monen kohdalla saataisiin mahdollisimman paljon myönteisiä tuloksia. McKay (2018) kumppaneineen on määritellyt interventioiden juurruttamisen päättämiseksi, ”de-implemmentatiolle” kolme kriteeriä: a) interventio ei ole tehokas tai se on suorastaan haitallinen, b) tehokkaammin ongelmaan vaikuttavia interventioita on saatavilla, tai c) interventio ei ole enää tarpeellinen. Näistä keskimäinen kriteeri on CFTSI:n osalta huomionarvoinen: joissain tapauksissa näyttöön perustuvan intervention jalkauttaminen on rationaalisinta lopettaa, mikäli interventio on liian kallis, liian vaikea toteuttaa tai sen tilalle löytyy tehokkaampi interventio. Implementaatiotuen päättyminen tulee viestiä selkeästi ja avoimesti sidosryhmille ja henkilöstölle, ja pilotista saatuja kokemuksia tulee joka tapauksessa käyttää tulevan päätöksenteon pohjana. Ruotsissa CFTSI on käytössä useimmissa Barnahus-yksiköissä, mutta myöskään siellä ei ole tehty päätöstä kansallisesta jatkosta. Sen sijaan paikallisesti on kehitetty kriisituen adaptaatio CFTSI:tä ja TF-KKT:tä yhdistellen, mutta tästä ei toistaiseksi ole saatavilla tutkimustietoa (Poa Samuelberg, kirjallinen tiedonanto).













Lapsen kaltoinkohtelun katkaiseminen -interventio on kolmen intervention joukossa monella tapaa erityinen. Ensinnäkin menetelmän levittämisen ”kotipesänä” toimii kolmannen sektorin toimija, Ensi- ja turvakotien liitto, ja sitä toteutetaan tiiviissä yhteistyössä muun muassa lastensuojelun toimijoiden kanssa. Toiseksi interventio on ilmiö-, ei oire- tai häiriölähtöinen: sen tavoitteena on vähentää väkivaltaa ja lisätä myönteistä vanhemmuutta. Ensi- ja turvakotien liitolle on kertynyt paljon sekä väkivaltaerityistä osaamista yleisesti että menetelmäkohtaista osaamista erityisesti. Liitto on lisäksi sitoutunut toiminnan arvioimiseen tieteellisen tutkimuksen kautta, ja tutkimusta tehdään parhaillaan ACElife-hankkeessa². Haasteena on työn jatkuvuuden turvaaminen ja rahoituksen riippuvuus ulkoisista hankerahoituksista. Resurssit haastavat toiminnan skaalautuvuuden, mistä kertoo myös toistaiseksi pieni tuettujen perheiden määrä (vajaa 80 noin neljässä vuodessa). Kuten hoidollistenkin menetelmien osalta, koskevat myös LKK-menetelmän kaltaisia terveydenhuollon ulkopuolella jalkautettavia menetelmiä

2 www.ancelife.fi

kysymykset kansallisesta koordinaatiosta, implementaation tuesta ja seurannasta. Keskustelua on käyty mahdollisesta sosiaalihuollon keskittämisasiästä, joka määrittäisi vastuutahon sosiaalihuollon näyttöön perustuvien menetelmien tuelle (mm. koulutukset, menetelmäohjaukset ja muu kotipesätoiminta) sekä seurannalle, ja toiminnot sovitettaisiin yhteen terveydenhuollon kanssa.

Taulukko 4 tiivistää arviomme kunkin menetelmän implementoitavuudesta Barnahus-hankkeen pilottien perusteella. Vaikka TF-KKT -menetelmän implementaatioon liittyy pulmallisia kysymyksiä (esimerkiksi käytön edellytykset perustasolla), siirtyminen juurruttamisvaiheesta ylläpitovaiheeseen vaikuttaa ajankohtaiselta, mikäli menetelmälle löytyy keskittämisasiästä mukainen kotipesä. LKK-menetelmä on löytänyt kotipesänsä kolmannen sektorin toiminnasta. Toiminnan jatkuvuus, riittävä saatavuus ja alueellinen tasa-arvoisuus, sekä kytkeytyminen sote-järjestelmän rakenteisiin vaativat vielä työstöä. CFTSI-mallin osalta jalkauttaminen Suomen olosuhteissa ei vaikuta kustannustehokkaalta, kun huomioidaan kansainvälisten menetelmäkehittäjien asettamat korkeat implementaation edellytykset, maamme pieni koko ja haasteet paikantaa kohderyhmään kuuluvat lapset palvelujärjestelmästä. Näin ollen akuuttiin kriisivaiheeseen ja peritraumaattiseen vaiheeseen soveltuvien näyttöön perustuvien osalta palataan kartoitusvaiheeseen ja soveltuvan menetelmän etsintä jatkuu.

Taulukko 4. Arvio implementaatiovalmiudesta menetelmittäin

	TF-KKT	CTFSI	LKK
Sijainti löytynyt sote-palveluissa			
Käytettävyys ammattilaisten näkökulmasta			
Kansallinen kotipesäorganisaatio löytynyt			
Asiakaskohderyhmä tavoitetaan			

punainen = merkittäviä haasteita, keltainen = joitakin haasteita, vihreä = vähäisiä haasteita

Johtopäätökset

Taina Laajasalo, Sini Stolt

Mielenterveyspalvelujen visio rakentuu yhteistyölle, johon kuuluvat perustasolle erikoissairaanhoidosta tarjottavat konsultaatiopalvelut, työmallit, ohjeistukset ja vaikuttavat terapeutit ja psykososiaaliset hoidot, ja jossa myös kolmannen sektorin osaaminen on merkittävä osa palvelukokonaisuutta (Pirkola, 2020). Useampi kansallinen strategia, ohjelma ja toimenpide on korostanut portaittaisten palveluiden merkitystä, ja perustason palveluita näyttöön perustuvien menetelmien tulevaisuuden tärkeänä alustana. On muun muassa esitetty, että lapsi- ja perhepalveluiden osalta osaamis- ja tukikeskukset (OT-keskukset) tulevat jatkossa vastaamaan tarpeisiin, jotka liittyvät kaikkein vaativimpien palvelujen tuottamiseen, tutkimus- ja kehittämistoimintaan sekä palvelujen koordinointiin. Tähän kuuluisi keskeisesti vertikaalinen koordinaatio eli perustason toimijoiden ohjaus ja kouluttaminen näyttöön perustuviin käytäntöihin ja menetelmiin (Halila ym., 2019). Barnahus-hankkeen implementaatioprosesseissa ja menetelmäpiloissa on noudatettu OT-kehittämisen linjauksia. Kirjoittamishetkellä OT-keskusten tulevaisuus ja rooli näyttöön perustuvien menetelmien tuessa on kuitenkin vielä epäselvä.

Mielenterveysstrategia 2020–2030 toteaa, että neuvoloissa, oppilas- ja opiskelijahuollossa ja muissa perustason palveluissa tulee ehkäisevän työn lisäksi huomioida näyttöön perustuvat lyhytkestoiset kriisi-interventiot. Edelleen Orpon hallitusohjelmassa (2023) halutaan turvata lainsäädännöllä lasten ja nuorten yhdenvertainen pääsy perustasolla lyhytpsykoterapiaan tai muihin vaikuttaviin psykososiaalisiin hoitoihin (hallituksen mallin mukainen lasten ja nuorten terapiatakuu). Vaikka suunta ja tahtotila - perustason toimijoiden roolin ja osaamisen vahvistaminen - on kansallisesti jaettu, liittyy käytännön toteutukseen vielä useita haasteita. Kouluikäisten lasten traumaattisten kokemusten osalta perustason tehtäväksi on määritelty seurausten lievittäminen psykososiaalisen tuen kautta, seuranta mahdollisen traumaperäisen stressihäiriön tunnistamiseksi sekä traumaperäisen stressihäiriön varhaisdiagnostiikka ja hoidon tarpeen arvio. Vakauttavaa alkuvaiheen tukea voidaan antaa, kun nuori on aiemmin ollut psyykkisesti vakaa eikä elämäntilanteessa ole muita merkittäviä riskitekijöitä (Aalto-Setälä ym. 2020). Oppilas- ja opiskelijahuoltolain perusteella koulukuraattori- ja psykologipalveluilla kuitenkin tuetaan ensisijaisesti opiskelijoiden oppimista ja hyvinvointia sekä sosiaalisia ja psyykkisiä valmiuksia, ja painopiste on ehkäisevässä työssä ja yhteisöllisessä toiminnassa. Kuten kyselyymme vastauksista ilmenee, ei aikaa vievä TF-KKT tämän vuoksi sovellu ainakaan nykytilanteessa luontevasti koulukontekstissa tarjottavaksi. Tärkeä ehdotettu muutos olisi sisällyttää peruskoulun opiskeluhuollon lakisääteisiin tehtäviin lievien mielenterveyshäiriöiden hoito (Huikko, Peltola & Aalto-Setälä, 2023). Oppilashuollon toimijoiden osaamispotentiaalia, ilman spesifiä traumafokusoitua interventiotakaan, ei tule aliarvioida. Viime vuosina laajasti peruskouluihin ja toisen asteen oppilaitoksiin jalkautettu IPC (interpersonaalinen ohjanta) on suunnattu masennusoireiden ehkäisyyn ja hoitoon (Linnaranta ym. 2022). Menetelmä on kohentanut muun muassa kouluissa työskentelevien terveydenhoitajien ja kuraattorien mielenterveysosaamista, ja vähintään hypoteettisesti koulutuksen voidaan olettaa myös lisänneen valmiuksia kohdata potentiaalisesti traumatisoivia tapahtumia kohdanneita nuoria. Nuorempien lasten osalta perheneuvolaa moniammatillisena ja perhekeskeisenä toimintamuotona pidetty yhtenä väkivaltaa kokeneiden lasten tuen tärkeimmistä tahoista (Laajasalo ym. 2020). Perheneuvoloiden rooli hoidollisten interventioiden osalta on kuitenkin ollut vuosia epäselvä (Bildjuschkin ym. 2018; Kalmari, 2022). Kansallisen lapsistrategian osana toteutettu selvitys on ehdottanut hyvinvointialueille perusterveydenhuoltoon 0–12-vuotiaiden mielenterveyden häiriöiden hoidosta vastaavia moniammatillisia työryhmiä, jotka ottaisivat vastuulleen kasvatus- ja perheneuvoloissa nykyisin toteutettua mielenterveyshäiriöiden hoitoa (Huikko, Peltola & Aalto-Setälä, 2023). Mikäli tähän suuntaan edetään, tulisi ryhmillä luonnollisesti olla mahdollisuuksia toteuttaa myös traumafokusoituja hoidollisia interventioita.

Lopuksi todettakoon myös, että eri toimijoiden roolin kirkastamisen lisäksi menetelmien valinnan tukena tulee jatkossa olla vahvempaa kansallista ohjeistusta siitä, miten vaikuttavuus ja soveltuvuus palvelujärjestelmän eri tasoille arvioidaan. Sama koskee maahamme muualta tuotavien psykososiaalisten menetelmien valinta- ja implementaatioprosesseja. Niin traumafokusoitujen kuin muidenkin menetelmien osalta huolellinen implementoinnin suunnittelu ja implementoinnin ydintekijöiden, kuten jatkuvan seurannan ja menetelmäuskollisuuden, varmistaminen ovat oleellisia onnistuneen lopputuloksen kannalta. Erityisen kriittistä huolellisen ja vaiheittaisen implementaatio suunnitelman laatiminen on valtionavustuksella tai järjestöjen hanketoiminnoissa käynnistettyjen ohjelmien alkuvaiheessa.

Lähteet

- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23. doi:10.1007/s10488-010-0327-7
- Amaya-Jackson, L., Hagele, D., & Sideris, J. (2018). Pilot to policy: statewide dissemination and implementation of evidence-based treatment for traumatized youth. *BMC Health Services Research*, 18, 589. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3395-0>
- Beidas, R. S., Marcus, S., Wolk, C. B., et al. (2016). A Prospective Examination of Clinician and Supervisor Turnover Within the Context of Implementation of Evidence-Based Practices in a Publicly-Funded Mental Health System. *Administration and Policy in Mental Health*, 43(5), 640-649.
- Berkowitz, S., & Marans, S. (2011). *The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Implementation Guide for Providers*.
- Berkowitz, S. J., Stover, C. S., & Marans, S. R. (2011). The Child and Family Traumatic Stress Intervention: secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52(6), 676-685. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02321.x>
- Bildjuschkin, K. (Toim.) (2018). Työpäpöri 20/2018 17 Kasvatus- ja perheneuvonta – työnsisältöjen, työtehtävien, tavoitteiden ja työmenetelmien määrittely parisuhteen tukemiseksi ja hoitamiseksi. TYÖPAPERI 20/2018.
- Brookman-Fraze, L., Zhan, C., Stadnick, N., Sommerfeld, D., Roesch, S., Aarons, G. A., Innes-Gomberg, D., Bando, L., & Lau, A. S. (2018). Using Survival Analysis to Understand Patterns of Sustainment within a System-Driven Implementation of Multiple Evidence-Based Practices for Children's Mental Health Services. *Frontiers in Public Health*, 6, 54. doi:10.3389/fpubh.2018.00054.
- Dams, J., Rimane, E., Steil, R., Renneberg, B., Rosner, R., & König, H.-H. (2020). Health-Related Quality of Life and Costs of Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents and Young Adults in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00697>
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 531-540. doi:10.1177/1049731509335549
- Hahn, H., Putnam, K., Epstein, C., Marans, S., & Putnam, F. (2019). Child and family traumatic stress intervention (CFTSI) reduces parental posttraumatic stress symptoms: A multi-site meta-analysis (MSMA). *Child Abuse & Neglect*, 92, 106-115.
- Haravuori, H., & Luoma, I. (2020a). Traumafokusoitu kognitiivinen käyttäytymisterapia (TF-KKT) on tehokas 7–18-vuotiaiden lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoitomuoto. Näytönastekatsaus. Käypä hoito -suosituksessa: Traumaperäinen stressihäiriö.
- Haravuori, H., & Luoma, I. (2020b). Traumafokusoidun kognitiivisen käyttäytymisterapian tehon säilyminen lasten ja nuorten traumaperäisen stressihäiriön hoidossa. Näytönastekatsaus. Käypä hoito -suosituksessa: Traumaperäinen stressihäiriö.
- Haravuori, H., & Luoma, I. (2020c). Lapseen ja perheeseen kohdistuva varhainen interventio PTSD-oireiden ehkäisyssä lapsilla ja nuorilla. Näytönastekatsaus. Käypä hoito -suosituksessa: Traumaperäinen stressihäiriö.

- Huikko, E., Peltola, K., & Aalto-Setälä, T. (2023). Lasten ja nuorten mielenterveystyön vaikuttavuuden lisääminen - Kansallisen lapsistrategian toimenpiteen 13 loppuraportti. Työpäperi 3/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kalmari, H. (Toim.) (2022). THL Työpäperi 30/2022 Kasvatus- ja perheneuvonta 2020-luvulla Kasvatus- ja perheneuvonnan kansallisen kehittämisprosessin loppuraportti
- Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6.
- Karjalainen, P., & Santalahti, P. (2016). Ohjaajien kokemukset vanhemmuusohjelmasta ja sen hyödyistä. Suomen lääkärilehti, 10.
- Kjellgren, C., Svedin, C. G., & Nilsson, D. (2013). Child physical abuse – Experiences of combined treatment for children and their parents: A pilot study. *Child Care in Practice*, 19(3), 275–290.
- Kouvonen, P., & Kurki, M. (2020). Vaikuttavien lasten ja nuorten psykososiaalisten menetelmien käyttöönoton tukeminen päätöksenteossa 2020-luvun Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 57(2). <https://doi.org/10.23990/sa.91583>
- Kouvonen, P., & Laajasalo, T. (2019). Näyttöön perustuva työ lasten kasvun tukena – miten johtajuurtumista? Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö.
- Kouvonen, P., Tani, S., Kurki, M., & Hamari, L. (2023). Miten onnistun implementoinnissa? Opas psykososiaalisten menetelmien vaikuttavaan implementointiin. In Koskenalho, N. (Ed.).
- Lindholm, L., & Laitila, M. (2022). Työkaluja näyttöön perustuvien menetelmien käyttöönoton edistämiseksi. *Duodecim*, 138, 881-8.
- Linnaranta, O., Ranta, K., Marttunen, M., Aalto-Setälä, T., Stähle, M., Suvisaari, J., & Vormaa, H. (2022). A national implementation of Interpersonal Counselling, Adolescent version (IPC-A) in Finland. *Psychiatria Fennica*, 53, 24-35.
- Marans, S., Berkowitz, S., & Epstein, C. (2011). *The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Adaptation for Children in Foster Care*.
- McKay, V. R., Morshed, A. B., Brownson, R. C., Proctor, E. K., & Prusaczyk, B. (2018). Letting Go: Conceptualizing Intervention De-implementation in Public Health and Social Service Settings. *American Journal of Community Psychology*, 62, 189-202. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12258>
- Nadeem, E., Saldana, L., Chapman, J., & Schaper, H. (2018). A mixed methods study of the stages of implementation for an evidence-based trauma intervention in schools. *Behavior Therapy*, 49(4), 509–524. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.12.004>.
- Pirkola, S. (2020). Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 135, 1763-4.
- Powell, B. J., Patel, S. V., Haley, A. D., et al. (2020). Determinants of implementing evidence-based trauma-focused interventions for children and youth: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health*, 47, 705–719. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-01003-3>.
- Runyon, M. K., Deblinger, E., & Schroeder, C. M. (2009). Pilot evaluation of outcomes of Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Group Therapy for families at risk for child physical abuse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 101–118.

- Runyon, M. K., Deblinger, E., & Steer, R. A. (2010). Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: An initial study. *Child & Family Behavior Therapy*, 32, 196-218.
- Tani, S. (2023). Vuorovaikutusohjannan (IPC-N) implementointi yhteistyöalueiden yliopistollisissa sairaaloissa.
- THL (2023): TIEDÄ & TOIMI: Vaikuttava mielenterveys- ja päihdetyö näkyväksi toimenpidekoodeilla –perusterveydenhuollon työntekijän ohjeistus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Thulin, J., Nilsson, D., Svedin, C. G., & Kjellgren, C. (2019). Outcomes of CPC-CBT in Sweden concerning psychosocial well-being and parenting practice: Children's perspectives. *Research on Social Work Practice*, 30(1), 65-73.
- Valtioneuvosto. (2023). Vahva ja välittävä Suomi. Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelma. VALTIONEUVOSTON JULKAISUJA 2023:58.
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Koslof, A. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6*.

Lainsäädäntö:

- Erikoissairaanhoidon keskittämisasiasetus: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582#Piddm45843168768112>
- Laki hyvinvointialueesta (tehtävät): <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2021/20210611#O1L2P6>
- Sosiaalihuoltolaki: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Terveysihuoltolaki: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>