

Kiikku-vauvaperhetyöntekijän rooli ja moniammatillinen yhteistyö

**Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu - tutkielma
Kristiina Siirto-Honkanen
Toukokuu 2008**

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

KRISTIINA SIIRTO-HONKANEN

Kiihku-vauvaperhetyöntekijän rooli ja moniammatillinen yhteistyö

Pro Gradu-tutkielma, 61s. ja 6 liitettä.

Ohjaajat: THT, professori Marja-Terttu Tarkka, TtM, lehtori Tiina Mäenpää

Hoitotiede

Toukokuu 2008

Kiihku-vauvaperhetyön perustana ovat kiintymyssuhdeteoria ja ekokulttuurinen teoria. Vauvaperhetyön tavoitteena on toistuvien kotikäyntien aikana antaa vanhemmille tietoa ja tukea lapsen hoitoon, edistää lapsen hoidon kannalta optimaalisen hoivaympäristön luomista ja integroida perheen tarvitsemia palveluita. Vauvaperhetyössä yhdistyy kaikkien lapsen hoitoon osallistuvien eri ammattihenkilöiden ja vanhempien osaaminen.

Tutkielman tarkoituksena oli kuvata vauvaperhetyöntekijöiden kokemuksia roolistaan ja yhteistyöstä erityistuen tarpeessa olevien perheiden muiden virallisten tuenantajien kanssa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää vauvaperhetyötä ja eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Tutkimuksen lähestymistapa on laadullinen. Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla työkokemuksen omaavia vauvaperhetyöntekijöitä seitsemästä sairaanhoitopiiristä. Aineiston muodosti teemahaastattelujen litteroitu teksti. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustuloksissa vauvaperhetyöntekijän roolin vaihtelevuus kuvastui vakiintuneena ja vakiintumattomana roolina. Roolin vakiintumisen perustana ovat johdon ja esimiestason tuki sekä oman työyksikön tiedostava tuki. Vauvaperhetyöntekijän tavoitettavuus ja työn toteutuminen kokopäivätoimisena osoittavat roolin vakiintumisen. Roolin vakiintumattomuus kuvastuu vauvaperhetyön toteuttamisen epävarmuutena ja ristiriitana osastotyön ja kotikäyntien välillä. Tarpeellisena vauvaperhetyön toteuttamisessa koettiin johdon myönteinen suhtautuminen työhön. Lähiesimiehen tuki työn käytännön järjestelyjen kannalta on oleellista.

Vauvaperhetyöntekijät toimivat perheen hoidon koordinoijana ja vastasivat tiedottamisesta. Perheillä saattoi olla useita erilaisia virallisen tuen antajia riippuen lapsen tilanteesta. Kokonaisvastuullista hoidonantajaa ei selkeästi määritelty, jolloin vauvaperhetyöntekijä toimi hoitoa ja perheen palveluja koordinoivana, huomioiden hoidon jatkuvuuden. Vauvaperhetyöntekijän asiantuntijuus ilmeni teoreettisena, taidollisena ja asenteellisena osaamisena osoittaen työssä voimaantumisen.

Yhteistyötahot ovat lapsen tilanteesta riippuen moninaiset. Erikoissairaanhoidon työtoverit koettiin keskeisinä. Vauvaperhetyöntekijät konsultoivat erityistyöntekijöitä lapsen asioissa ja olivat yhteistyössä fysio-, puhe-, toiminta- ja ravitsemusterapeuttien, psykologin ja pikkulapsipsykiatrisen yksikön kanssa. Vauvaperhetyöntekijät kokivat yhteistyönäkemyksen eroavuuden haittaavan moniammatillista yhteistyötä niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollon ammattilaisten kesken. Yhteistyötä edistävät työyhteisön myönteinen asenne sekä työntekijän oman asiantuntijuuden sisäistyminen. Perhekeskeisyyden aito toteutuminen yhteistyön perustana korostui vauvaperhetyöntekijöiden kehitysehdotuksena. Johtopäätöksinä todetaan, että vauvaperhetyömallin tunnettavuutta palvelujärjestelmässä voidaan lisätä koulutuksen ja verkostoitumisen avulla. Lisäksi tiedonvälittämiseen liittyvä kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen palvelee sekä perheen etua että tuenantajien välistä yhteistyötä.

Avainsanat: Varhainen vuorovaikutus, vauvaperhetyö, moniammatillinen yhteistyö

ABSTRACT

University of Tampere

Department of Nursing Science

KRISTIINA SIIRTO-HONKANEN: Kiikku - Parent adviser and multi-professional co-operation

Master's thesis, 61p. 6 appendixes.

Supervisors: Marja-Terttu Tarkka, professor, PhD and Tiina Mäenpää, MNSc
Nursing Science

May 2008

Kiikku - Parent – infant intervention is based on attachment theory and ecocultural theory. The aim of the house visits is to give information and support the parent-infant interaction in early infancy. This intervention increases the resources and parental sensitivities of the family. Integration of family services is part of the work. The capability of professionals and parents is united in this intervention.

This study aims to describe the role of a Kiikku -family visitor and the multi-professional co-operation with other official supporters of families with special needs. The aim of this study is to produce information that would be helpful in developing Kiikku -Parent-infant-intervention and multi-professional co-operation between different professionals in health care.

The study is of qualitative nature. The research material was collected by interviewing nine experienced Kiikku-family worker of seven nursing district. The method of data acquisition used was thematic interview and the analytic method used was qualitative content analysis.

The results of the study show that the role of Kiikku - family visitors is varying in different organizations from stabilized to unstable. Stabilizing of the role was connected the support of leadership and also the informed support of family workers own background unit. The unstable role showed the uncertainty to work. The conflict between home visits and hospital work existed. It is necessary that leaders in organization have positive attitude for this intervention. The support of closer leadership is relevant to practice.

Kiikku-family visitors were coordinators in family's welfare and they were responsible for information. Families could have many professional supporters among health care. Often there wasn't anyone responsible for the whole care of the child and family, Kiikku-family visitor coordinated the care and services. The continuity of the care was taken in notice. The professional knowledge of the family visitor was shown as theoretical, skilful and attitudinal capability leading to visitor's empowerment.

The multiprofessional co-operation was wideranged and depending on child's situation. The colleagues of special health care were essential in co-operation. Kiikku - family visitor consulted therapeutics, such as physio-, logo- and occupational therapeutics. Kiikku - family visitor consulted also the nutrition therapeutic, psychologist and psychiatric unit concerning child's welfare. The confusion of ideas was harmful in co-operation. The positive attitude in organization and family visitors' professionalism were advancing factors in co-operation. The real family focused work was emphasized basic factor in multiprofessional co-operation. As a conclusion of the results it can be stated the information of the Kiikku - Parent – infant intervention should be increased by education and network. The development of documentation serves the privilege of family and the co-operation between family's different professional supporters.

Key words: early interaction, Kiikku-Parent – infant intervention, multiprofessional co-operation

SISÄLLYS

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	5
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys lapsen ja vanhemman suhteessa.....	8
2.2 Vanhemmuuden ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen velvoitukset hoitotyössä.....	9
2.3 Vauvaperhetyö.....	13
2.3.1 Vauvaperhetyön sisällön kuvaus	13
2.3.2 Vauvaperhetyön vaikutukset erityistuen tarpeessa olevaan perheeseen.....	16
2.4 Moniammatillinen yhteistyö vauvaperhetyössä	21
2.5 Yhteenvedo teoreettisista lähtökohdista	24
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	28
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	28
4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat.....	28
4.2 Tutkimuksen osallistuneiden valinta ja kuvaaminen.....	28
4.3 Aineiston hankinta.....	29
4.4 Aineiston analyysi	31
5. TUTKIMUSTULOKSET	34
5.1 Vauvaperhetyöntekijän rooli	34
5.1.1 Roolin vaihtelevuus	34
5.1.2 Perheen hoidon koordinoiminen.....	35
5.2 Kokemukset yhteistyöstä muiden virallisten tuentajien kanssa.....	39
5.2.1 Moniammatillisen yhteistyön ilmeneminen	39
5.2.2 Moniammatillista yhteistyötä edistävät tekijät.....	44
5.2.3 Moniammatillisen yhteistyön esteet	46
5.3 Vauvaperhetyöntekijöiden kehitysehdotukset yhteistyölle	49
6. POHDINTA.....	50
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	50
6.2 Eettiset näkökohdat	54
6.3 Tulosten tarkastelua.....	55
6.4 Johtopäätökset	59
6.5 Hoitotyön kehittämis- ja jatkotutkimushaasteet	60
LÄHTEET	62
LIITTEET	68

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Varhaislapsuuden kasvuympäristön merkitys lapsen terveille kehitymiselle on monitieteellisen tutkimuksen myötä korostunut. Varhaisten riskien ja niihin kohdistuvien interventioiden tutkimusta on erityisesti uudistanut asteittain tarkentunut tieto ihmisen sikiöajan ja ensimmäisten vuosien kiihkeästä kehityksestä ja sen vuorovaikutuksellisesta luonteesta. Vauvan ja vanhemman välisellä varhaisella vuorovaikutuksella on useiden tutkijoiden mukaan suuri merkitys lapsen mielenterveydelle ja fyysiselle kehitykselle. (Emde 1989, Stern 1998, Tamminen 2000, Puura 2003, Siltala 2003, Sajaniemi 2004, Kivijärvi 200, Mäntymaa 2006.) Kiintymyssuhteenäkökulma on auttanut ymmärtämään traumatisoituja ja toistuvia eroja kokeneiden lasten ja aikuisten oireita ja ongelmia. Tieto varhaisten ennalta ehkäisevien ohjelmien merkityksestä ja kustannustehokkuudesta on kumuloitunut (Bardy & Öhman 2007). Se on johtanut hoitomallien kehittämiseen, joista yksi on vauvaperhetyön malli (Schulman 2002, Sinkkonen 2003, Korhonen 2003, Korhonen & Sukula 2004).

Kiihku-vauvaperhetyö on Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiön kehittämä työmalli. Se perustuu teoria- ja tutkimustietoon siitä, että vauva-vanhempi-suhteen muodostumiseen vaikuttavat vanhemman oma historia, lapsen ominaisuudet ja tuki, jota vanhempi saa lapsen ollessa pieni. Kotikäynteinä toteutuva Kiihku-vauvaperhetyö on julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä tehtävää työtä, jonka tarkoituksena on tukea vauvaperheitä vuorovaikutukseen ja kiintymyssuhteen kehittämiseen sekä vanhemmuuteen. (Kalland 1998, Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999, Korhonen & Sukula 2004.)

Bardy ja Öhman (2007) toteavat Fonagy'n (1998) viitaten jo ennen lapsen syntymää toteutuvan intervention hyödyn suurimmaksi, mutta myös heti syntymän jälkeen tai taaperoikäisiin kohdistuvien interventioiden menetyksellisyys on havaittu. Vanhemmuuteen varhain harjaannuttavien ohjelmien tuloksena ovat lapsen turvallisen kiintymyksen paraneminen ja vanhempien reflektiivisten taitojen kehittyminen. Riskitekijät, jotka altistavat varhaisen vuorovaikutuksen ongelmille voivat olla biologisia, psykologisia tai sosiaalisia ja ne voivat liittyä vauvaan, vanhempiin tai elinympäristöön (Korhonen & Koskinen 2007, 4.). Erityistuen tarve perheissä liittyy näin joko vanhempiin, erityisvauvaan tai koko perheeseen. Erityisvauvoiksi määritellään keskoset, täysiaikaisesti syntyneet sairaat lapset ja sosiaalisista syistä erityisvauvat (Korhonen 1999).

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2004 – 2007 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a) kirjaamia hoitotyön kehittämiskohteita olivat keskoslapsen hoidon, kasvun ja kehityksen tukeminen, vanhempien tukeminen ja perheen sosiaalisen verkoston vahvistaminen. Ennaltaehkäisevä työ suuntaa palvelujen tarvetta kevyisiin, avohoitopainotteisiin hoitoihin. Mattilan (2004) tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon tietotaito ei kuitenkaan riitä vastaamaan niiden lapsiperheiden tarpeisiin, joilla lapsen hoitoon liittyy erityisiä vaatimuksia. Kiikku-vauvaperhetyön tarkoituksena ei ole korvata olemassa olevia palveluita, vaan olla lisätukena vauvaperheille, joilla on biologisista, psykologisista tai sosiaalisista syistä potentiaalinen tai jo ilmennyt varhaista vuorovaikutusta vaarantava tekijä. (Korhonen & Sukula 2004).

Mattilan (2004) tutkimuksessa erityisvauvaperheiden pääasiallisina tuenantajina olivat keskussairaalan vauvaperhetyöntekijä, neuvolan terveydenhoitaja ja keskussairaalan henkilökunta sekä läheiset. Epävirallisen tuen lähteet olivat samoja kaikilla erityislapsen perheillä lapsen iästä riippumatta. Lapsen kasvaessa muuttuivat ja lisääntyivät virallisen tuen muodot. Vanhemmille erityislapsille virallista tukea antoivat eri ammattiryhmistä lääkintävoimistelijat, päiväkodin hoitajat, puheterapeutit ja opettajat. Kuitenkin kotimaisten tutkimusten mukaan tuen tarve on ilmeinen, oli sitten kyseessä erityislapsi tai terve lapsi. (Tamminen 1990, Tarkka 1996, Rantala 2002.)

Suomalaisessa palvelujärjestelmässä koulutetun vauvaperhetyöntekijän tehtävänä on tukea vanhemmuutta tilanteissa, joissa turvallisen kiintymyssuhteen muodostumiselle on olemassa todettuja riskitekijöitä, kuten vanhempien kokema stressi (Paavilainen 2003, Korhonen & Sukula 2004, Bardy & Öhman 2007). Vauvaperhetyöntekijän erityisosaamista voidaan hyödyntää näissä tilanteissa. Optimaaliseen tuloksellisuuteen pääsemiseksi interventioiden pitää kohdistua samanaikaisesti vanhempien psykologisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin, vanhempana käyttäytymiseen, ”äitimisen” taitoihin ja sikiön ja vauvan kehitykseen ja tilannekohtaista stressiä helpottavaan sosiaaliseen tukeen. (Bardy & Öhman 2007, 15.)

Veijolan (2004) mukaan lasten kuntoutuksessa keskeistä on toiminnan rakenne eli se ketä työryhmään kuuluu, tehtävä eli se mitä he tekevät ja vuorovaikutus ryhmässä eli se miten he työskentelevät yhdessä. Lähtökohtina yhteistyölle ovat yhteisesti jaettu tulkinta toiminnan tavoitteista ja arvoista ja samansuuntainen ihmiskäsitys. Vuorovaikutus, sitoutuminen, useiden toimijoiden ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja yhteinen tavoite ovat

työskentelyn tunnusmerkkejä. Pihlajan (1998) mukaan toimiminen työryhmissä ja tiimeissä edellyttää vuorovaikutustaitoja myös monenlaisten ammatti-ihmisten kanssa.

Moniammatilliselle yhteistyölle ovat usein tyypillisempää ristiriidat kuin yhdessä tekeminen. Moniammatillisuuteen ja asiantuntijuuteen liittyvissä käsityksissä korostuu perinteinen yksilöasiantuntijuus, jonka rajanylityksiin suhtaudutaan negatiivisesti. (Rantala 2002, Veijola 2004.) Isoherrasen (2005, 76–79) mukaan asiantuntijoiden ammattitaitovaatimukset ovatkin muutospainessa siten, että yksilön erityisosaamisen ja reviiriajattelun rinnalle nousee jaettu asiantuntijuus. Olkkosen (2003) mukaan muutosta on havaittavissa yksilöasiantuntijuudesta yhteisölliseen asiantuntijuuteen. Tällöin mahdollistuvat asiantuntijuuden rajanylitykset, hierarkkisuuden ja osaamisen reviirien purkaminen. Jaettu asiantuntijuus ilmenee Paukkusen (2003) mukaan myös kehittyneinä yhteistyövalmiuksina kuten tasa-arvoisuutena, luontevana keskusteluna ja keskinäisenä luottamuksena.

Moniammatilliselle yhteistyölle ei ole suomenkielessä vakiintunutta määritelmää. Moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa vauvaperhetyöntekijän ja erityisperheen muiden virallisten tuenantajien välillä tapahtuvaa yhteistyötä. Tutkimusten (Mattila 2004, Veijola 2004) mukaan tuenantajien välisen yhteistyön ovat erityistuen tarpeessa olevat perheet kokeneet vähäiseksi. Tukea kuvaavien käsitteiden kirjavuus ja moninaisuus haittaavat eri tahojen välistä yhteistyötä. Haasteellista olisikin luoda yhtenäinen ja selvä käsitteistö helpottamaan sekä käytännössä työskenteleviä ammattilaisia että tukea tarvitsevia perheitä. (Rantala 2002.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vauvaperhetyöntekijöiden kokemuksia roolistaan ja moniammatillisen yhteistyön ilmenemisestä erityistuen tarpeessa olevien perheiden virallisten tuenantajien kanssa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa induktiivista tietoa, jonka avulla voidaan kehittää vauvaperhetyötä ja yhteistyötä perheen eri tuenantajien välillä.

Tutkimuksen kirjallisuushaku tehtiin loka-marraskuussa 2005 ja täydennettiin vuosina 2007 - 2008. Hakusanoina käytettiin *varhainen vuorovaikutus ja hoitotyö (early intervention and nursing)*, *vanhemmuus ja poikkeava lapsi*, *moniammatillinen yhteistyö (multiprofessional cooperation)* ja *asiantuntijuus (professionalism)*. Viitehaussa olivat hoitotyöhön ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen liittyvät väitöskirjat, pro gradu-tutkielmat, tutkimusartikkelit ja –julkaisut.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys lapsen ja vanhemman suhteessa

Kolme ensimmäistä ikävuotta lapsen kehittyessä ovat tärkeimmät mielenterveyden edistämässä ja häiriöiden ehkäisyssä. Kaikki vuorovaikutussuhteessa ilmenevät piirteet voivat toimia lapsen mielenterveyttä edistävinä tai haitallisina tekijöinä. Pienillä lapsilla näkyekin selvimmin psyykkisen häiriön ja läheisen vuorovaikutussuhteen patologian välinen yhteys. Tärkein lapsen tunne-elämän, sosiaalisen ja tiedollisen kehityksen edellyttämä tekijä on riittävän herkkä ja lapsen tarpeisiin vastaava vuorovaikutus lapsen ja häntä hoitavan aikuisen välillä. (Zeanah, Boris & Larrieu 1997, Mäntymaa & Tamminen 2000, Mäntymaa 2006.)

Ensimmäisten elinkuukausien aikana lapsi ei kykene itsenäisesti säätelemään elimistönsä vaihteluita (kuten kylmä, kuuma, nälkä ja jano), jolloin aikuisen tärkeimpänä tehtävänä on tarjota apua silloin kun lapsi sitä tarvitsee. Tasoittava ja tyyntävä hoito pitää keskushermoston kiihtymystilan sopivalla tasolla, ja silloin neurobiologisen kehityksen ja aivojen suotuisan muovautumisen edellytykset ovat hyvät. Tutkijoiden mukaan (Crittenden 1995, Sajaniemi 2001, Broden 2005) tasapainon horjumisesta tulee haitallista ja kehitystä haittaavaa ainoastaan silloin kun tarjolla on liian vähän säätelyapua. Vauvan ja vanhemman välinen vuorovaikutus kytkeytyy pyrkimykseen säilyttää elimistön sisäinen tasapaino mahdollisimman vakiona. Tämä säätelyapu välittyy kiintymyssuhteessa, joka lapselle ja häntä hoitavalle aikuiselle muodostuu. (Bolwby 1969/1997, Stern 1998, Schulman 2002, Broden 2005.)

Äidin saamalla sosiaalisella tuella oli Kivijärven (2005) mukaan ratkaiseva merkitys äidin kiintymyskäyttäytymiseen eli kykyyn hoivata vauvaansa riittävästi ja näin luoda edellytykset vauvan turvalliselle kiinnittymiselle, kasvulle ja kehitykselle. Äidin sensitiivisyydellä oli yhteys vauvan sosiaalisen käyttäytymisen, temperamentin, itkuisuuden, hermostuneisuuden ja nukkumistapojen sekä kiinnittymisen välillä. Äidin kognitiiviset taidot ja hänen järjestelykykynsä vaikuttavat sensitiivisyyteen. Sensitiivisyyttä tarkasteltiin suhteessa äidin saamaan sosiaaliseen tukeen, äidin mielialaan ja vaikeuksien kokemiseen. Herkempien äitien vauvat olivat hyväntuulisia, aktiivisempia, itkivät vähemmän, kiinnittyivät ja nukahtivat helpommin. Mitä enemmän sensitiiviset äidit saivat tukea omalta äidiltään, sitä vähemmän heidän vauvansa itkivät. Vähäisen herkkyyden omaavat äidit eivät saaneet tukea omilta äideiltään, ja heidän vauvoillaan oli vaikeuksia nukahtamisessa. (Kivijärvi 2005.)

Lapsen ja vanhemman väliseen vuorovaikutukseen kielteisesti vaikuttavia tekijöinä voivat olla lapsen ja vanhemman heikko yleinen terveys, vanhempien ikä, vanhempien parisuhteen ristiriidat, kielteiset elämäntapahtumat ja vanhemman mielenterveysongelmat. Vanhemman psyykkinen sairaus voi heikentää kaikkia vanhemmuuden vuorovaikutuksellisten tehtävien osa-alueita ja vaikuttaa lapsen kehitykseen. (Tamminen 2000, Sinkkonen 2003, Broden 2005.) Lisäksi lapsen ympäristöstä johtuvat tekijät, erityisesti köyhyys, ovat yhteydessä lapsen hyvinvointiin. Ympäristötekijöitä arvioitaessa on kuitenkin merkittävämpää se, miten vanhemmat itse kokevat tilanteensa, kuin ulkopuolisen tuenantajan arvio. Useissa tutkimuksissa (Zeanah ym. 1997, Korhonen 2003, Kivijärvi 2005) korostetaan lähiympäristön sosiaalisen tuen merkitystä lapsen tasapainoiselle kehitykselle.

Lapsen suurentunut biologinen kehitysriskihäiriö, kuten keskosuus tai vakava sairaus vauvaiällä, saattavat vaikuttaa merkittävästi vauvan ennusteeseen. Vauvan ja vanhemman vuorovaikutus voi vähentää tai lisätä biologisen riskin merkitystä. Vanhempien kyky toimia vuorovaikutussuhteessa vauvan erityisongelmat huomioiden mahdollistaa vauvan optimaalisen kehityksen. Samalla tavalla vauvan temperamentin yhteensopivuus vanhempien käytöksen ja odotusten kanssa voi olla sekä suoja- että riskitekijä lapsen kehitykselle. (Tamminen 2000, Broden 2005.) Kuitenkin monissa perheissä spontaanisti toimiva vanhemmuus on häiriintynyt ja toimii puutteellisesti (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999). Kalland (2005) esittää erilaisia vanhemmuuden malleja. Vanhemman, joka ei osoita rakkautta eikä aseta rajoja, vanhemman, joka osoittaa rakkautta, mutta ei aseteta rajoja sekä vanhemman, joka ei osoita rakkautta vaan asettaa tiukkoja rajoja. Turvallisen kiintymyssuhteen muodostumista edesauttaa vanhemmuus, jossa osoitetaan rakkautta ja asetetaan myös rajoja.

2.2 Vanhemmuuden ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen velvoitukset hoitotyössä

Nykyään eletään postmodernissa yhteiskunnassa, jossa yksilöllisyys korostuu, molemmat vanhemmat käyvät ansiotyössä ja ovat koulutettuja ja yhteiskunnan vastuu kasvatus- ja hoivatyössä on lisääntynyt palvelujen antajana. Tämä edellyttää päivähoitojärjestelyjä (Laki lasten päivähoitosta 36/1973). Perheen ja vanhempien tehtävät ovat monimutkaistuneet. Lapsen paras paikka on perhe, olipa se oma tai jonkun toisen perheen hänelle tarjoama. Perheen erottavat muista sosiaalisista ryhmistä nimenomaan perheenjäsenten väliset tiiviit tunne-, sosiaaliset ja juridiset sitoumukset. Perheen käsitteellinen määrittely on huomattavasti

ongelmallisempaa kuin aikaisemmin, koska perhe on aika-, kulttuuri- ja oikeustilasidonnainen. Perhe voidaan kuvata ryhmäksi, jossa on aikuisia tai aikuisia ja heihin jonkinlaisessa huoltajuus- tai tunnesuhteessa olevia lapsia, jotka itse haluavat määritellä itsensä samaan perheeseen kuuluviksi. Näin määriteltynä perhe-käsite on hyvin moniulotteinen. Vanhemmuus on siihen vain yksi, mutta erityisesti lapsen kannalta tärkeä ulottuvuus. Huttunen (2001) korostaa jaettua vanhemmuutta.

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2004 – 2007 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a) kirjattiin tavoitteeksi lasten ja nuorten hyvinvoinnin lisääminen. Lasten varhaiskasvatus tukee perheitä heidän kasvatustyössään ja edesauttaa lapsen kokonaisvaltaista kasvua, kehitystä ja oppimista. Erityisesti lapsiperheiden psykososiaalisten palvelujen järjestelmä on kuitenkin kokonaisuutena pirstaleinen ja lapsiperheen näkökulmasta vaikeasti hahmotettava. Tavoitteena onkin kehittää perhepalveluverkostoa ja sitä kautta tukea vanhemmuutta. Kunnat voivat ehkäistä lasten ja nuorten syrjäytymistä ja terveyserojen syntymistä kehittämällä kotikäyntejä, vakiinnuttamalla varhaisen puuttumisen toimintakäytäntöjä, pitämällä huolta riittävästä jatkohoitomahdollisuuksista ja kiinnittämällä huomiota syrjäytymiseen johtaviin tekijöihin. Vauvaperhetyö voi toimia jatkohoitona ja olla myös varhaista puuttumista.

Neuvolatoiminnalla on vahvat perinteet (Laki äitiys- ja lastenneuvoloista 224/1944, kunnallisista kättilöistä 223/1944 ja terveystarkastajista 220/1944). Äitiyshuolto on osa kansanterveystyötä (Kuntalaki 365/1995, Kansanterveyslaki 66/1972), joka edellyttää mm. väestön terveydentilan ylläpitämistä ja edistämistä. Terveyden edistämällä tarkoitetaan tässä toimintaa, jonka avulla tuetaan kaikkien perheenjäsenten mahdollisuuksia lisätä oman terveytensä hallintaa ja autetaan heitä kohentamaan terveyttään (Ottawan asiakirja 1986, Vertio 2003). Neuvola voi olla tässä avainasemassa huomioimalla perheet yhteisöinä, mutta myös perheenjäsenet yksilöinä.

Pelkosen (1994) tutkimuksessa perheiden kokemukset voimavarojensa riittävydestä kasautuivat jonkin verran samoille perheille. Puutteellisiin voimavaroihin olivat yhteydessä huonoksi koettu terveys, huolta aiheuttavat oireet, elämänmuutokset ja taloudelliset vaikeudet. Neuvolalla on mahdollisuuksia tukea perheen voimavaroja terveydenhoitajan ja perheen yhteistyösuhdetta vahvistamalla ja ottamalla huomioon myös perheen omat voimavarat (Pelkonen ja Hakulinen 2002). Mesiäislehto-Soukan (2005) mukaan äitiysneuvola tulee

kehittää humanistiseksi, kokonaisvaltaiseksi, asiakaslähtöiseksi ja perhekeskeiseksi hyvinvointineuvolaksi. Tämän isille suunnatun tutkimuksen mukaan on tärkeää, että isiä kannustetaan olemaan merkityksellinen henkilö sosialisatioprosessissa perheensä ja lastensa terveyden edistäjinä. Mesiäislehto-Soukan (2005) tutkimuksessa esiintyy ns. Leksandin malli, jossa pääperiaatteena on perheiden tukemisen ennaltaehkäisevä ote. Toiminnan perustan muodostaa ns. avoin päiväkotitoiminta, jonka yhteyteen on liitetty äitiysneuvola, lastenneuvola ja sosiaalitoimen neuvonta- ja tukipalvelut, osassa kuntia myös vakuutuskassa (vastaa Suomen Kansaneläkelaitoksen toimintaa ja perheneuvolatoimintaa). Synnytysvalmennuksesta on siirrytty kohti vanhempainkasvatuksen ohjelmaa. Äitien raskaudenajan seuranta on liitetty tiiviisti tapaamisten yhteyteen ja siitä vastaa äitiyshuollon asiantuntija. Myös synnytysairaalan asiantuntijoilla on mahdollisuus vierailu-ryhmissä. Toiminta mahdollistaa sekä isien että äitien henkilökohtaisen osallistumisen että vertaistuen. Leksandin mallissa painottuu myös parisuhteen aktiivinen tukeminen. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän suuntaamiseksi tällaiseen perhekeskeisempään työmalliin toimii Kiikku-vauvaperhetyö.

Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolassa eli VAVU – hankkeen tarkoituksena oli saada lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen tukeminen osaksi perusterveydenhuollon työtä aiempaa tavoitteellisemmin. Hankkeen käynnisti ja toteutti sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus yhdessä Stakesin kanssa vuosina 1997 - 2002. Hankkeen vetäjä on lastenpsykiatri Kaija Puura. Erityisesti lastenneuvolaan kohdistuva kehittämishanke oli osa monikansallista, The European Early Promotion Project (EEPP), tutkimus- ja kehittämishanketta, jossa varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen uusinta osaamista yhdistettiin WHO:n perusterveydenhuollon kehittämisprojektin kokemuksiin ja Davisin kehittämään Parent Adviser-menetelmään. (Davis 1993, Kurki, Koivuniemi-Iliev & Tuulos 2001, Puura 2003, Hastrup, Toikka & Solantaus 2005.)

Suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä lapsiperheille suunnattuja kotikäyntejä suorittaa terveydenhoitaja. Ne ovat luonteeltaan kertakäyntejä vaiheessa, jolloin uusi vauva kotiutuu ja jolloin perhe siirtyy äitiysneuvolan vastuualueelta lastenneuvolan hoitoon. Neuvolan kotikäynnit ovat luonteeltaan preventiivisiä vauvan ja vanhemman suhdetta tukevia. Kuitenkin silloin, kun perheellä on vauvan tilanteesta johtuen erityistä tuen tarvetta, neuvolan mahdollisuudet vastata niihin ovat rajalliset. Lisäksi on havaittu neuvolan resurssien riittämättömyys toistuviin kotikäynteihin. (Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen

2000.) Lastenneuvolan kehittämiskohteina ovat vanhemmuuden ja parisuhteen tukeminen sekä erityistukea tarvitsevien lasten ja perheiden varhainen tunnistaminen ja tilanteeseen puuttuminen. Edellytyksenä tähän on kotikäyntien ja vanhempainryhmätoiminnan kehittäminen sekä lapsiperhetyötä tekevien yhteistyön tiivistäminen kunnassa. Ongelmana nähdään monien kehittämishankkeiden satunnaisuus ja tulosten jääminen usein vain paikalliselle tasolle.(Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b.) VAVU-koulutuksen saaneet terveydenhoitajat kykenevät tunnistamaan varhaisen vuorovaikutuksen riskejä ja ongelmia, keskustelemaan niistä perheiden kanssa ja tarvittaessa hankkimaan erityistukea perheelle. (Niskanen 2001, Hastrup ym. 2005.)

Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiön KiiKKU - projektin vuosina 1993 – 1999 työmalli kohdistettiin ensin monivammaisiin lapsiin, mutta myöhemmin keskeiseksi tehtäväksi täsmennettiin varhaisen vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen tukeminen. Vauvaperhetyö on uusi käsite suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Työ sai alkunsa vuosituhannen vaihtuessa julkisen sektorin kärsiessä edelleen laman vaikutuksista (Korhonen & Sukula 2004). KiiKKU-vauvaperhetyön osuus perheen syrjäytymisen ehkäisyssä on resursseiltaan vaatimatonta, mutta yhteistyössä muiden tuenantajien kanssa merkittävä täydennys lapsiperheiden palveluihin. (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999.)

Vauvaperhetyö on luonteeltaan preventiivistä ja sitä on tarjottu perheille tilanteissa, joissa lapsen tai vanhempiin liittyvät tekijät lisäävät vauvan kehitysriskejä. Yksi riskitekijöiden ryhmä muodostuu biologisista riskeistä, joilla tarkoitetaan sairauksia tai terveydentilaa, joihin liittyy kohonnut alttius kehityksellisiin vaikeuksiin. Tällaisia ovat esimerkiksi keskosuus ja vastasyntyneisyyskauden aivoverenvuodot. Lapsen kehityksen kannalta riskitekijöitä ovat erilaiset kasvuympäristöön liittyvät tekijät, kuten keskosten pitkä sairaalahoito, suuri hoitoisuus ja tulevaisuuden epävarmuus. Myös sellaiset elinympäristöön, kotioloihin ja vanhemmuuteen liittyvät tekijät, kuten köyhyys, vanhempien vähäiset tukiverkostot, nuori ikä ja vähäinen koulutus, erilaiset vanhempien terveydentilaan liittyvät asiat tai alkoholi- ja huumeriippuvuus, nähdään riskitekijöinä. (Zeanah ym. 1997, Korhonen 2003.)

Uudistettu lastensuojelulaki velvoittaa kunnat lasten syrjäytymistä ennaltaehkäisevään työhön entistä perusteellisemmin. Ehkäisevällä lastensuojelulla edistetään ja turvataan lasten kasvua, kehitystä ja hyvinvointia sekä tuetaan vanhemmuutta. Tämä ei edellytä perheen tai lapsen lastensuojelun asiakkuutta. Säännöksessä on korostettu ehkäisevän lastensuojelun, erityisesti

äitiys- ja lastenneuvolan ja muun terveydenhuollon sekä lasten päivähoidon, koulun ja nuorisotyön roolia ja merkitystä. Ehkäisevä lastensuojelu voi sisältää myös erityisen tuen antamista perheelle tai lapselle ilman, että kysymys olisi vielä lapsi- ja perhekohtaisesta lastensuojelusta (Räty 2007, 20). Terveyskeskuksen ja sairaanhoitopiiriin on annettava lapsi- ja perhekohtaisessa lastensuojelussa asiantuntija-apua ja tarvittaessa järjestettävä lapsen tutkimus ja hoito- ja terapiapalveluja lapselle (Lastensuojelulaki 15 §). Säännöksessä ei ole rajattu minkälaisia ehkäisevään lastensuojeluun liittyviä palveluja ja tukitoimia kulloinkin kunnassa järjestetään (Räty 2007, 20). Kotikäynteinä toteutuva Kiikku-vauvaperhetyö ei ole lakisääteisesti ohjattua, mutta mahdollistettua. Tutkimuksen (Mahoney & Bella 1998, Gorzka 1999, Bardy & Öhman 2007) mukaan syrjäytymisen ehkäisemiseksi on kotikäynteihin perustuvalla työmallilla vaikutusta. Vuonna 2006 oli kodin ulkopuolelle sijoitettuna 15 628 lasta ja nuorta. Edellisestä vuodesta sijoitettujen määrä kasvoi 312 lapsella ja nuorella. Sijoitettujen kokonaismäärä on kasvanut viime vuosina 2 - 5 prosentin vuosivauhtia. Vuonna 2006 kasvua oli 2 % (Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2007).

2.3 Vauvaperhetyö

2.3.1 Vauvaperhetyön sisällön kuvaus

Kiikku-vauvaperhetyö on julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon sisällä oleva auttamismenetelmä, jonka tavoitteena on tukea vauvaperheitä kiintymyssuhteen kehittymiseen ja vanhemmuuteen. Kiikku-vauvaperhetyön intervention teoreettinen viitekehys perustuu kiintymyssuhdeteoriaan ja ekokulttuuriseen teoriaan (Bolwby 1969/1997, Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999). Kiintymyssuhdeteoria korostaa varhaisen vuorovaikutuksen ja kiintymyksen merkitystä vauvan tasapainoiselle kasvuille ja kehitykselle. Ekokulttuurisen teorian lähtökohtina ovat lapsen arki kasvu- ja kehitysympäristönä, jossa arkirutiinien sujuminen perheen haluamalla tavalla tukee vanhempien jaksamista ja edistää lapsen hyvinvointia. (Määttä 1999, Korhonen 2003.)

Puura (2003) pitää vuorovaikutuksessa opittuja malleja tunteiden ilmaisusta, vuorovaikutuksesta ja syy-seuraussuhteista tärkeinä myöhemmän psyykkisen kehityksen kannalta. Lapsuuden tunnekokemukset nähdään osana persoonallisuuden rakennetta. Pikkulapsipsykiatrisen tutkimuksen tuomat näkemykset vauvan synnynnäisestä valmiudesta vuorovaikutukseen ovat edesauttaneet myös varhaista vuorovaikutusta tukevan hoitotyön kehitystä. Varhaisen vuorovaikutuksen tukeen ja hoitoon valmistava Kiikku-vauvaperhetyön

koulutus antaa hoitotyöntekijälle valmiuden lapsen psykososiaalisen kehityksen tukemiseen sekä perheiden voimavarojen tunnistamiseen että ylläpitämiseen (Korhonen & Sukula 2004).

Kiikku-vauvaperhetyön asiakkuus määräytyy lapseen, vanhempiin tai elinympäristöön liittyvien tilanteiden tai vanhempien kokeman tuen tarpeen perusteella. Samalla perheellä voi olla useita asiakkuutta puoltavia tekijöitä. Vauvaperhetyön viitteellinen kesto aika on yksi vuosi ja se kohdentuu perheille, joissa on alle vuoden ikäinen lapsi (Korhonen & Koskinen 2007). Useissa tutkimuksissa (Puura 2003, Lyytinen, Eklund & Laakso 2006, Mäntymaa 2006) on todettu, että yksivuotiaan lapsen ja hänen vanhempansa kiintymyssuhteen laatu ennakoii lapsen myöhempää kehitystä.

Kiikku-vauvaperhetyötä tekee Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiön kouluttama julkisen palvelujärjestelmän ammattilainen, jolla on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattikorkeakoulu- tai opistotason koulutus tai toisen asteen ammatillinen tutkinto. Työmalli sopii eri ammattiryhmien lähestymistavaksi tehdä kokonaisvaltaista perheiden tarpeista lähtevää kiintymyssuhteen häiriöiltä ennalta ehkäisevää työtä. Kiikku-vauvaperhetyö laajentui kokeiluvaiheen neljästä sairaalasta 26 keskussairaalaan ja muutama neuvolaan (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999, Hatva 2002). Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiön järjestämä Kiikku-vauvaperhetyön koulutus siirtyy (2008) kuuteen eri sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakouluun osaksi täydennyskoulutustarjontaa. Tavoitteena on saada Kiikku-työntekijöitä myös sosiaalitoimeen ja neuvolaan. (Korhonen & Koskinen 2007.) Kiikku-vauvaperhetyön valtakunnallinen tiedottaminen tapahtuu Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiön internet-sivujen kautta (www.vamlas.fi).

Perhetyön voidaan ajatella olevan perheiden kanssa ja ehdoilla tehtävää työtä, jossa vanhemmat ovat työntekijän kanssa tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa ja jossa yksilöllisesti vauvan ja perheen erityistarpeet huomioiden pyritään vähentämään kasautuvia riskitekijöitä. (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999, Korhonen & Sukula 2004.) Työmalli koostuu kuudesta keskeisestä teemasta. Nämä ovat varhaisen vuorovaikutuksen teoreettinen tuntemus, varhaisen vuorovaikutuksen havainnointi ja arviointi, vauvan kokonaiskehityksen tunnistaminen sekä kasvun tukeminen ja ohjaaminen perheen arjessa. Lisäksi perhedynamiikan, perheiden moninaisuuden ymmärtäminen ja perheen voimavarojen tunnistaminen ovat tärkeitä osaamisen alueita. Oleellista on myös omien voimavarojen ja

ammattillisten rajojen tunnistaminen sekä moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksien ja rajoitusten ymmärtäminen. (Korhonen & Koskinen 2007.)

Vauvaperhetyöntekijä havainnoi vanhemman ja lapsen välistä vuorovaikutusta, jossa merkityksellistä on se, miten vuorovaikutus tapahtuu. Työntekijä voi mallittaa vuorovaikutusta ja toimia vauvan äänenä vanhemmalle ohjaten samalla vanhempia tunnistamaan lapsensa reaktioita, erityispiirteitä ja kehitystasoa. Vauvaperhetyöntekijä voi videoida vuorovaikutustilanteen ja tarkastella vuorovaikutusta toiminnan ja tunnesävyn tasolla sekä psyykkisellä tasolla. Videon katselutilanne vanhempien kanssa toimii palautteena vanhemmalle hänen käyttäytymisestään ja sen vaikutuksesta vauvaan. (Crittenden 1995.) Kuuntelu, kertominen ja koskettaminen vuorovaikutuksellisinä työvälineinä tukevat vanhemmuutta. Työntekijän rooli on rohkaista vanhempaa pohtimaan ja oivaltamaan omaa ja vauvan käyttäytymistä, ei toimia neuvojana. Kehitysriskissä oleva vauva tarvitsee tavallista enemmän tukea kehittyäkseen optimaalisesti. (Puura 2003, Sajaniemi & Mitts 2004.) Kehitysvammaliiton Pikku Portaat - varhaiskuntoutuksen mallia käyttäen autetaan vanhempia ymmärtämään vauvan viestejä ja tukemaan hänen kehitystään.

Vauvaperhetyöntekijät ottivat työyksikössään kehittäjän roolin, jolloin he ryhtyivät muutoksen käynnistäjiksi, dynaamisiksi yrittäjiksi ja ”oman kohtalonsa” muovaajiksi (Korhonen & Sukula 2004). Muutoksen käynnistämiseen kohti perhekeskeisempää työtettä perustuvat tämänhetkiset vauvaperhetyöntekijöiden roolit, joita jokainen toteuttaa omalla persoonallisella tavallaan. Vauvaperhetyöntekijän lähiverkostoon kuuluvat erityisvauvaa sairaalassa hoitava neonatologi, lastenneurologi ja hoitotyöntekijät. Vauvaperhetyöntekijä toimii erikoissairaanhoidossa useimmiten taustayksiköstään käsin, joka saattaa olla joko vastasyntyneiden teho-osasto, vastasyntyneiden poliklinikka, lasten tutkimus- ja kuntoutusyksikkö, lastenneurologian osasto tai lastenpsykiatrian poliklinikka. (Mattila 2004.)

Perusterveydenhuollon yhteistyötahoina ovat terveydenhoitaja ja neuvolalääkäri. Erityisvauvalla virallisen tahon tuentantajina ovat usein lapsen kuntoutuksesta vastaava fysio-, puhe-, toiminta- tai ravitsemusterapeutti. Kun tarvitaan sosiaalitoimen tai lastensuojelun perhetyöntekijöiden tukea, vauvaperhetyöntekijä on näihin tahoihin yhteydessä. Epävirallisen tuentajan muodostavat perheen kulloisenkin sosiaalisen verkoston jäsenet kuten lähisukulaiset ja ystävät. Vauvaperhetyöntekijä on usein läheisessä yhteistyössä myös heidän kanssaan. Heimion (2001) tutkimuksen mukaan perheet arvostivat kiireetöntä, yksilöllistä ja

perhelähtöistä vuorovaikutusta, odottivat voimavarojen ja vanhemmuuden vahvistamista, konkreettista tukea ja aktiivisuutta perheongelmien käsittelyssä. Hoitotyön keskeiset tukemiskeinot olivat ratkaisujen pohtiminen, rohkaisu ja ohjaus.

Perhetyötä kutsutaan vauvaperhetyöksi, koska se rajataan paikallisesti perheisiin, joissa on vauva ja ajallisesti aikaan, jolloin vauvan ja vanhemman välistä kiintymyssuhdetta luodaan (Korhonen & Sukula 2004). Kansainvälisessä kirjallisuudessa vauvaperhetyöllä tarkoitetaan vauvaperheen kotona tehtävää ammatillista vanhemmuuden ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemista (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999). Kuntien sosiaali- ja terveystoimen eri toimijat tekevät perhetyötä, joka kohdistuu kunnan eri-ikäisiin ja eri tavoin tukea tarvitseviin asukkaisiin, eikä siis pelkästään lapsiperheisiin tai varhaisen vuorovaikutuksen tukeen, kuten vauvaperhetyössä. Lisäksi kuntien perhetyön toimijoiden koulutustaustat vaihtelevat. (Korhonen & Koskinen 2007.)

2.3.2 Vauvaperhetyön vaikutukset erityistuen tarpeessa olevaan perheeseen

Kiikku-projekti antoi arvokasta tietoa ns. riskivauvojen ja heidän perheidensä tukemisesta sekä viitteitä siitä, että interventiolla, joka kohdistuu vauvan ensimmäisiin elinkuukausiin, on merkittävä vaikutus vauvan ja äidin väliseen vuorovaikutukseen. (Kalland 1998, Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999.) Kansainvälisesti (Gorzka 1999, Eckenrode, Zielinski, Mith, Marcynyszyn, Henderson, Kitzman, Cole, Powers & Olds 2001) on tutkittu kotikäyntien vaikuttavuutta riskilapsiperheissä, jolloin tuen kohteena ovat automaattisesti alhaisen sosiaaliluokan äidit ja ns. kodittomat vanhemmat. Perhetyöntekijältä ei vaadita terveys- tai sosiaalialan koulutusta ja työkokemusta, kuten vauvaperhetyössä. Tutkimusten tulokset puoltavat lyhyen vanhemmuutta tukevan ohjauksen hyödyllisyyttä. Ohjaus vähensi vanhempien epärealistisia odotuksia lapseltaan ja ruumiillisen rankaisun käyttöä sekä toimi positiivisena mallina lapsen ja vanhemman välisessä suhteessa. Tutkimusten (Mahoney & Bella 1998, Eckenrode ym. 2001) mukaan vanhempien kokema stressi tai hyvinvointi, asennoituminen lasta kohtaan, kyky ja mahdollisuudet leikkiä lapsen kanssa sekä osallistuminen lapsen kuntoutukseen osoittautuivat lapsen kehityksen kannalta merkittävämmiksi tekijöiksi kuin lapsen kohdistuneiden interventioiden määrä tai laatu. Jotta vanhemmat kykenisivät tukemaan täysipainoisesti lastensa kasvua ja kehitystä, tulisi heidän itse saada tarvitsemansa palvelut ja riittävästi sosiaalista tukea elämän eri vaiheissa. Sosiaalinen tuki jakaantui epäviralliseen eli läheisten ja tuttavien tarjoamaan sekä viralliseen, palvelujärjestelmän tukeen. (Bardy & Öhman 2007.)

Early Intervention Project- ohjelmaan liittyvässä tutkimuksessa (Koniak-Griffin, Anderson, Brecht, Verzemnieks, Lesser & Kim 2002) vertailtiin nuoriin äiteihin kohdistuneen EIP-intervention vaikutusta verrokkiryhmän kanssa. Intervention tavoitteena oli mm. parantaa äitien terveyskäyttäytymistä raskauden aikana ja sen jälkeen, vahvistaa äidin hoivataitoja ja parantaa äiti-lapsi-suhteen vuorovaikutuksen laatua, vähentää tiheitä synnytyksiä ja vahvistaa sosiaalista kyvykkyyttä. Tuloksien mukaan EIP- ryhmän lasten sairaalapäiviä oli verrokkiryhmää vähemmän ja äitien sosiaalinen kyvykkyys oli hieman parempaa kuin verrokkiryhmässä. EIP- ohjelma onnistui lapsen terveydentilaan ja joidenkin äidin terveyteen ja elämänhallintaan liittyvien tekijöiden kohdalla.

Kotikäynteihin perustuvien intervention onnistumista edistävät tutkimuksen (Heaman, Chalmers, Woodgate & Brown 2006) mukaan ohjelman lähtökohdat kuten voimavarakeskeisyys, vapaaehtoisuus, jatkuvuus, juostavuus perheen mukaan, varhainen interventio ja sisältö, jonka muodostaa terveyteen ja vanhemmuuteen liittyvän tiedon antaminen, lapsen kasvun ja kehityksen seuranta sekä vanhempien ja kunnallisten palveluiden yhteensaattaminen. Lisäksi onnistumiseen vaikuttavat työn tekijät. Vanhempien näkemyksessä korostettiin empaattista lähestymistä ja jatkuvan, ajallisesti oikein ajoitetun tiedon antamista vakuuttavasti. Kotikäyntejä tekevien mukaan työntekijän henkilökohtaiset ominaispiirteet ja taito edistää ohjelman toteutumista vaikuttivat onnistumiseen. Kotikäynteihin perustuvia interventioita on kuitenkin vaikea arvioida, koska tavoitteiden saavuttamisen mittaaminen ja tulosten sovellettavuus voidaan kyseenalaistaa (Bardy & Öhman 2007, Korhonen 2007).

Vauvaperhetyö eroaa perhetyöstä, koska sen antama tuki on erikoissairaanhoidossa olevan tiedon viemistä kotiin tilanteissa, joissa lapsen hoitoon liittyy erityisiä vaatimuksia ja vanhempien erityisosaamista. Vauvaperhetyön tavoitteena on perheen omien voimavarojen tunnistaminen ja vahvistaminen, ei perheen puolesta tekeminen. Tähän perheen voimaantumiseen pyritään toistuvien kotikäyntien aikana antamalla vanhemmille tietoa ja tukea lapsen hoitoon. Lapsen yksilöllisellä kehitysopastuksella pyritään edistämään lapsen kehityksen kannalta optimaalisen hoivaympäristön luomista. Lisäksi pyritään integroimaan perheen tarvitsemia palveluja. (Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999, Korhonen 2003, Sajaniemi & Mitts 2004.)

Kotona tehtävällä vauvaperhetyöllä on etuja verrattuna laitoksissa tehtävään työhön. Vanhemmuuden tuki sekä vauvan kasvun ja kehityksen tukeminen voidaan integroida perheen arkeen sen omalla maaperällä. Toiminnan tapahtuessa perheen omassa kontekstissa, sen sopivuutta perheen arvoihin voidaan arvioida yhdessä perheen kanssa. (Määttä 1999, Korhonen 2003.) Tämä perhekeskeisyys toimii niin ideologisenä kuin yhteistyön välineenä vauvaperhetyössä. Perhekeskeiseen työskentelyyn liittyvät positiivisuus, herkkyys, ystävällisyys ja joustavuus keskeisinä vuorovaikutustaitoina. Vuorovaikutuksellisia työvälineitä kuten keskustelua, haastattelua, osallistuvaa havainnointia ja kuulemistä voidaan pitää vauvaperhetyössä keskeisimpinä. Teknisenä työvälineenä vauvan fyysinen hoitaminen (esim. lääkityksen antaminen, painon seuranta, nenämahaletkun vaihtaminen) voi korostua keskosen tai vammaisen lapsen hoitosuhteessa. Erityisvauvaperheet tarvitsevat kotona toteutettavaa vauvaperhetyötä, jotta he selviäisivät vauvan hoidosta kotona ja osaisivat vastata vauvan erilaisiin tarpeisiin. (Mattus 1999, Pelkonen & Löthman-Kilpeläinen 2000, Korhonen 2003, Korhonen & Sukula 2004, Mattila 2004.)

Vauvaperhetyön voimavaroina erikoissairaanhoidossa voidaan pitää erityisosaamista sekä palvelun maksuttomuutta että leimautumattomuutta. Kiikku-vauvaperhetyö on lapsilähtöistä ja kiintymyssuhdeteorian tärkeä anti, lapsen ja hänen tarpeittensa tunnistaminen ja kunnioittaminen, näkyy työmallissa. Lapsen kohtaaminen ja kuunteleminen on oleellista niin vanhemman ja vauvan välisessä kohtaamisessa kuin vauvaperhetyöntekijän työskentelyssä. (Niskanen 2001, Hastrup 2006, Korhonen & Koskinen 2007.) Vauvaperhetyön työvälineitä voidaan nimetä vuorovaikutukselliseksi, ideologiseksi ja teknisiksi työvälineiksi sekä yhteistyövälineiksi. Keskeisenä työvälineenä on myös vauvaperhetyöntekijä itse asettaessaan oman persoonansa ammatilliseen käyttöön. Toisaalta työntekijä on metaväline asenteineen, arvoineen, tietoineen ja taitoineen ratkaisten sen, miten hän käyttää ideologisia, vuorovaikutuksellisia, teknisiä ja yhteistyövälineitä. (Hyvönen 2004.)

Viljamaa (2003) kuvaa perhekeskeisestä lähestymistapaa ja korostaa kunnioittavaa kumppanuutta perheiden kanssa. Siihen sisältyy vanhempien mahdollisuuksia osallistua palveluihin niin, että ne kohtaavat perheiden tarpeet ja perheet saavat emotionaalista ja kasvatuksellista tukea. Äitiyshuoltoa on perinteisesti pidetty perhekeskeisenä, mutta tutkimusten (Vehviläinen-Julkunen 1987, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, Paavilainen 2003, Viljamaa 2003) mukaan perheet asiakkaina odottavat perhekeskeisempää palvelua. Asiakslähtöisyyden tunnuspiirteitä ovat asiakkaan tarpeisiin vastaaminen,

yksilöllisyyden huomioiminen, palvelujen hyvä saatavuus ja valinnan mahdollisuus. Asiakaslähtöisyys sisältää rutiininomaisen toiminnan välttämisen ja asiakkaan edun mukaisen toiminnan.

Mattilan (2004) erityisvauvaperheille suunnatussa tutkimuksessa ilmeni, että perheet pitivät saamaansa tukea kotikäyntien muodossa tärkeänä. Perheet kokivat merkityksellisinä vauvaperhetyöntekijän suorittamat kotikäynnit, koska heillä oli aikaa keskustella perheen tilanteesta. Neuvolan terveydenhoitajan kotikäynneistä perheet eivät kokeneet hyötynensä samoin. Vauvaperhetyön tukimuodoista tärkeimmiksi nousivat vanhempien kanssa keskusteleminen ja vauvan fyysinen hoitaminen. Perheet kokivat tukea antavien tahojen välisen yhteistyön riittämättömäksi.

Korhosen (2003) mukaan vauvaperhetyössä korostuivat emotionaalisen, kannattelevan ja tilannekohtaisen tuen muodot. Emotionaalinen tuki välittää tuen vastaanottajalle luottamusta siihen, että hänestä välitetään ja häntä rakastetaan. Emotionaalinen tuki sisältää myös yhteenkuuluvuuden tunteen ja tilannekohtaista empatiaa. Vauvaperhetyön emotionaalinen tuki ilmeni äitien kuvauksissa kuuntelemisena ja auttamisena käsittelemään keskosuuteen liittyviä tunteita. Emotionaaliseen tukeen liitettiin henkinen tuki, ymmärtävä kuunteleminen ja se, että äidit saivat purkaa mieltään ammattihenkilölle. Erityisesti äidit halusivat keskustella lapsen sairaalavaiheeseen liittyvistä asioista. Samoin heille antoi tukea se, että he saivat purkaa mieltään painaneita asioita ihmiselle, joka tuli heidän kotiinsa eivätkä he näin ollen olleet yksin lapsensa keskosuuden kanssa. Keskustelu perhetyöntekijän kanssa auttoi omalta osaltaan äitejä alkuun arkipäivän selviytymisessä keskosien kanssa kotona.

Kannatteleva tuki tarkoittaa tietoa, jonka avulla yksilölle välitetään arvostuksen ja kunnioittamisen tunnetta. Vauvaperhetyössä tämä tuki ilmeni äidin itsetunnon ja itsearvostuksen rohkaisuna positiivisten kommenttien ja lapsen hoitoon liittyviin päätöksiin mukaan ottamisena. Tuki oli tärkeä lapsen kotiuduttua sairaalasta, jolloin äidit tunsivat itsensä epävarmoiksi lapsensa hoidossa. Tilannekohtainen tuki tarkoittaa sellaisen tiedon antamista, jossa tiettyyn tilanteeseen tuodaan arkipäivän selviytymistä tukevaa erityistietoa kuten keskosien hoitoon, kasvuun ja kehitykseen liittyvän erikoistiedon välittämistä kotiin. Keskosien kehitykseen liittyvä tieto sisälsi konkreettista tietoa esimerkiksi syöttämisestä. Palautteen saaminen keskosien kehityksen etenemisestä tuki äitejä selviytymään keskosien päivittäisestä

hoidosta. Lisäksi tieto siitä, että vauvaperhetyöntekijä tuli tietynä aikana kotiin ja että hänelle voi soittaa, toi äideille turvallisuutta keskosten hoidossa. (Korhonen 2003.)

Muut vauvaperhetyön antamat tuen muodot olivat instrumentaalinen tai materiaallinen tuki, joka tarkoittaa konkreettista, aineellista ja kodinhoidossa tarvittavaa apua. Myös erilaisten palvelujärjestelmän sisällä olevien palveluiden välittäminen, esimerkiksi avustaminen tiettyjen etuisuuksien hakemisessa, kuului materiaaliseen tukeen. Integroiva tuki tässä aineistossa ilmeni lapsen hoitoon liittyvinä kysymyksinä, joita perhetyöntekijä välitti kodin ja sairaalan ammattihenkilöstön välillä. Aktiivinen tuki vauvaperhetyön antamana tukena ilmeni erilaisten toimenpiteiden suorittamisena, mutta myös lasten hoitona tilanteissa, joissa äiti tarvitsi aikaa irrottautua lapsen hoidosta hetkeksi. Aktiivinen tuki sisälsi myös lapsen kehitysseurannan Pikku Portaat - varhaiskuntoutusmallin avulla. (Korhonen 2003, Veijola 2004.)

Sajaniemen (2001) tutkimuksessa arvioidaan perheille suunnatun neuvontaohjelman vaikutuksia keskosten kehitystä tukevassa interventiossa. Intervention vaikutus näkyy ajassa etenevänä prosessina, jonka vaikutukset tulevat esille erilaisina kehityksen eri vaiheissa. On mahdollista, että interventiota saaneiden lasten kehityksessä saavuttama hyöty on välillistä, vanhempien kasvavasta vuorovaikutusherkkyydestä johtuvaa. Riittävän turvallisesti kiinnittynyt lapsi voi kehityksen edetessä saada koko kehityskapasiteettinsa käyttöön riippumatta mahdollisten neurologisten toimintahäiriöiden sille asettamista rajoituksista.

Tutkimustulokset (Korhonen 2003, Sajaniemi & Mitts 2004) antavat aihetta uskoa, että vauvaperhetyö oli lisännyt vanhempien kykyä reflektoida itseään, lasta ja vuorovaikutusta. Vanhempien lisääntyneet taidot voivat edistää muutosta, joka vaikuttaa myönteisesti lapsen kasvuolosuhteisiin ja kehityspotentiaaliin. Vuorovaikutuksen herkistämiseen pyrkivät varhaiset interventiot saattavat edistää riittävän turvallisen kiintymyssuhteen kehittymistä ja lisätä lapsen toimintaedellytyksiä. Jokainen häiriö varhaisessa vuorovaikutussysteemissä luo korjaamisen mahdollisuuden ja vastavuoroisuuden löytymisen. Perheellä on itsellään voimavaroja muutokseen, vaikka vauvalla tai vanhemmalla on jokin varhaista vuorovaikutusta häiritsevä riskitekijä. Kuten lapsi kasvaa yhteydessä muihin ihmisiin, niin tarvitsevat äiti ja isäkin tukea ja sosiaalista vuorovaikutusta vanhempana olemiseen. Yhteiskunnan tuottamat tuki- ja hoitorakenteet ovat tärkeitä vanhemmuuden tukemiseksi. (Siltala 2003, Belsky 2005, Kivijärvi 2005.)

2.4 Moniammatillinen yhteistyö vauvaperhetyössä

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2004–2007 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a) kehoitettiin kuntia tehostamaan lapsiperheiden parissa työskentelevien moniammatillista ja suunnitelmallista yhteistyötä esimerkiksi perustamalla perhepalveluverkostoja tai -keskuksia ja organisoimalla niiden kautta vanhempainryhmätoimintaa ainakin ensimmäistä lastaan odottaville ja kasvattaville vanhemmille. Kunnat voivat ehkäistä lasten ja nuorten syrjäytymistä ja terveyserojen syntymistä kehittämällä kotikäyntejä ja vakiinnuttamalla varhaisen puuttumisen toimintakäytäntöjä. Yhtenä keinona voidaan pitää Kiikku-vauvaperhetyön toimintamahdollisuuksien parantamista kunnissa.

Laadukkaan lastenneuvolatyön tavoitteena on turvata myös erityistukea tarvitsevien perheiden tukeminen, ohjaus ja muu apu. Neuvolapalveluiden tulee olla suunnitelmallinen osa kunnan moniammatillisia lapsiperhepalveluja, jotka koordinoidaan erikoissairaanhoidon ja muiden tarvittavien tahojen kanssa. Hoitotyössä toimivalta tämä edellyttää moniammatillisen yhteistyön tehostamista lasten terveyspalvelujen koordinoimiseksi sekä hoitoketjujen ja yhteisesti sovittujen menettelytapojen luomiseksi neuvolan, muun sosiaali- ja terveystoimen, erikoissairaanhoidon ja muiden yhteistyötahojen kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b.) Lastenneuvolatyölle on näin asetettu lakisääteinen velvoite tehostaa moniammatillista yhteistyötä. Vauvaperhetyöntekijältä tämä edellyttää aktiivisuutta työn sisällön tiedottamisessa ja yhteyksien luomista perhettä hoitaviin tahoihin. Osallistuminen hoitoketjujen ja yhteisten menettelytapojen luomiseen auttaa koordinoimaan erityistukea tarvitsevien perheiden hoitoa. Perheen eri tuentajien välisen yhteistyön lakisääteinen velvoitus edellyttää sekä terveydenhuollon että sosiaalitoimen työntekijöiltä toistensa työn tuntemusta ja työkokemusten jakamista. Moniammatillisen yhteistyön edellytyksenä nähdään eri ammattiryhmien työn tuntemus ja verkostoituminen. Verkostotyössä tavoitteena on dialogisuus, jolloin asiakas itse ja lapsilla vanhemmat ovat voimavarojensa mukaan tasavertaisia ja vastuullisia verkoston jäseniä (Veijola 2004). Verkostotyöskentely edellyttää, että osapuolet tuntevat toisensa kyetäkseen tehokkaasti hyödyntämään voimavaransa sekä eri tahojen osaamisen ja asiantuntijuuden (Sirola & Salminen 2002).

Sosiaali- ja terveystoimen organisaatioiden kehittäminen avoimemmaksi edellyttää verkostoitumista. Toiminta liitetään moniammatilliseen yhteistyöhön. Verkostokeskeisellä työllä tarkoitetaan työntekijän tai työryhmän toimintaperiaatetta ottaa asiakkaan sosiaalinen

verkosto huomioon kaikissa tilanteissa. Sosiaalisen verkoston käsitteellä tarkoitetaan niitä vuorovaikutussuhteita, joiden kautta yksilö ylläpitää sosiaalista identiteettiään ja saa tukea ja uusia ihmissuhteita. (Veijola 2004.) Vauvaperhetyöntekijä on osallisena tässä verkostossa, jolla tarkoitetaan erilaajuisten toimintayksiköiden kokonaisuutta yhteisine toimintakohteineen tai -aikoineen. Toimijoita yhdistää jokin yhteinen teema, jolloin toiminta on aktiivista prosessinomaista työskentelyä.

Moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen asiantuntijat vastaavat oman alansa erityisosaamisesta; joukko ammattihenkilöitä, joilla on erilaista osaamista ja valtuuksia suorittaa tiettyjä tehtäviä. Tällöin on tärkeää vertailla ammattitaitojaan ja löytää yhteisen osaamisen alueet sekä tunnistaa omat erityistiedot ja -taidot. Keskeistä yhteistyössä on jatkuva vuorovaikutus ja tarkoituksenmukaisuus. Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvilla tulee olla selkeä kuva sekä omasta että toisten rooleista. (Ovretveit 1995, 157–158.)

Moniammatillisessa tiimityössä korostuvat Metsämuurosen (2001) mukaan sosiaaliset taidot, kuuntelemisen taito ja yhteistyökyky. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat vuorovaikutustietoisuus, ammatti- ja sektorirajojen ylitykset sekä verkostojen hyöty. Verkostoyhteistyöllä tarkoitetaan moniammatillista työtapa, jonka tavoitteena on, että lapsen ja perheen kanssa toimivat työntekijät muodostavat ammatillisen verkoston. Arnkilin ja Seikkulan mukaan (2005) yhteistyö toteutuu parhaimmillaan silloin, kun perhe itse on mukana verkostossa. Verkoston jokainen jäsen tuo oman osaamisensa ja tietonsa yhteiseen käyttöön. Avoimet dialogit kuuluvat sellaiseen hoito- ja auttamiskäytäntöjen suuntaukseen, jossa pyritään läheisverkostojen ja työntekijäverkostojen vuoropuheluun sekä mahdollisuuksiin yhdistää voimavaroja maallikot–ammattilaiset- rajoja ylittäen. Avoimissa dialogeissa työntekijät ovat itsekkin muutoksen kohteina; ekspertiisi on verkostojen kohtaamisessa muodostuvaa uutta ymmärrystä ja jaettua asiantuntemusta. Vuoropuhelussa muodostetaan yhteistä kieltä, joka tulee oireiden sijaan. Asianosaisille käy mahdolliseksi jakaa kokemuksia. Avointen dialogien käytäntö toteutuu sosiaalisten verkostojen huomioon ottamisena. Kyse on sekä asiakkaan läheisverkon että pulmaan liittyvän työntekijäverkoston kokoamisesta. Kutsuttavien valinnan tekevät ammattilaisiin yhteyden ottaneet ihmiset itse. Läheisverkostoja ei kutsuta mukaan vuorovaikutuksesta etsittävien patologioiden paljastamiseksi, kuten joissakin perheterapiasuuntauksissa, vaan voimavaraksi. Jotta voitaisiin ymmärtää, mistä on kysymys, tarvitaan moniäänisyyttä. Hoito tapahtuu siellä, missä se on

potilaalle turvallisinta, usein kotona. Samoin eri hoitomenetelmät integroidaan yhteiseen prosessiin kunkin potilaan erityistarpeen mukaisesti. (Seikkula & Arnkil 2005.)

Isoherrasen(2005) mukaan toimivan yhteistyötiimin jäsenet suhtautuvat toisiinsa tasavertaisina eli ovat löytäneet ratkaisun yksilöllisen ja jaetun asiantuntijuuden välillä. Asiantuntijuutensa sisäistäneellä, voimaantuneella vauvaperhetyöntekijällä on edellytykset toimia tasavertaisena kumppanina sekä perheen että yhteistyötahojen kanssa. Vauvaperhetyöntekijällä yhteistyö ilmenee useimmiten lasta hoitavien työtovereiden, kollegoiden ja lääkäreiden konsultointina. Vauvaperhetyöntekijän voimavaroja lisäsi vauvaperhetyön koulutus. Sisäisinä voimavaroina ovat teoriatieto, ammattitaito, ammatti-identiteetti sekä teorian yhdistäminen käytännön toiminnassa. (Ervasti 2004.) Voimaantuminen ymmärretään yksilöstä lähtevänä mutta samalla myös sosiaalisena prosessina (Siitonen 1999). Jos voimaantuminen ymmärretään vain käyttäytymisen tason ilmiönä, sen luonne jää ohueksi. Vasta voimaantumisen ontologinen ja eettinen tarkastelu paljastavat sen todellisen merkityksen. Eettisesti voidaan ajatella, että se mihin kukin ihminen pyrkii ja tuntee olevansa oikeutettu, itseksi tulemiseen, täytyy sallia ja mahdollistaa myös toiselle. (Mattila 2008).

Kaikki Pelttarin tutkimuksen (1997) tiedonantajaryhmät nostavat yhdeksi sairaanhoitajan työn tärkeäksi kvalifikaatiovaatimukseksi vuorovaikutus- ja kohtaamisvalmiudet. Myös Metsämuurosen (2000) tutkimuksen mukaan ihmisen kohtaaminen koettiin sosiaali- ja terveysalalla oleelliseksi taidoksi ja on sitä tulevaisuudessakin. Kohtaamisosaamisen tarvetta painottavat terveysalan edustajat enemmän kuin sosiaalialan edustajat. Kiikkuvauvaperhetyössä voidaan puhua kohtaamistaidoista ja yhdenvertaisesta yhteistyösuhteesta. (Korhonen & Sukula 2004.)

Lipponen (2006) kirjoittaa puolestaan dialogin kaltaisesta yhteydestä hoitosuhteessa, Potinkara (2004) auttavasta kanssakäymisestä, joka lisää voimaa potilaan läheisessä. Mattilan (2008) mukaan huomattavan usein sosiaali- ja terveysalalla toimivat ihmiset noudattavat ihmisen luontaista taipumusta pyrkiä hallitsemaan ja alistamaan muita ihmisiä, asiakkaitaan olevia ihmisiä, työtovereitaan ja alaisiaan. Merkille pantavaa on, että vain pieni osa heistä tiedostaa sen. Kiire ja väsymys näyttävät voimistavan tuota taipumusta. Sandelinin (2007) tutkimuksen mukaan psyykkiselle väkivallalle otollisia olosuhteita terveydenhuollon työ- ja opiskelijayhteisöissä ovat yhteisöjen hierarkkiset rakenteet, yhteisöjen muuttuneet arvot,

niiden kielteiset byrokraattiset toiminta- ja johtamistavat sekä talouslama ja sen seuraukset. Nämä tekijät estävät yksilön voimaantumista työssään. Suurin osa vauvaperhetyöntekijöistä työskentelee erikoissairaanhoidossa tehden vauvaperhetyön kotikäynnit saamiensa resurssien mukaan kohdaten erilaisia johtamistapoja, hierarkkisia rakenteita ja niukkoja resursseja. (Ervasti 2004.)

Sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän byrokraattinen toimintastruktuuri ja lapsiperheen palveluja tarjoavien henkilöiden suuri määrä näyttävät Sirviön (2006) tutkimuksen mukaan olevan syitä, miksi moniammatillisuus jää usein toteutumatta lapsiperheiden terveyttä edistävässä toiminnassa. Työntekijät eivät kokeneet yhteistyön kuuluvan normaaliin toimenkuvaansa ja sen katsottiin olevan jopa lisärasite omalle työskentelylle. Yhteistyön merkitystä ei myöskään pidetty kovin tärkeänä yksittäisen työntekijän asiantuntijuuden kehittymisessä.

VAVU- koulutetut terveydenhoitajat saivat konkreettisia menettelytapoja miten puhua vaikeista asioista ja miten tunnistaa perheet, joissa lapsi on erityisen altis psykososiaalisen kehityksen ongelmille ja milloin/miten ohjata perheet erityispalveluiden piiriin. Toiminta tapahtuu pääosin organisaation sisällä ja painottuu vanhempien kanssa työskentelyyn. (Heimo 2001, Hastrup ym.2005.) Kiikku-vauvaperhetyö on suunnattu vauvaperheisiin, joissa on potentiaalinen tai jo ilmennyt varhaista vuorovaikutusta vaarantava tekijä. Keskeistä toiminnassa on vauvan ja vanhemman vuorovaikutussuhteen tuki ja hoitaminen, jolle asetetaan yhdessä perheen kanssa tavoitteet. Työskentely tapahtuu aina perheen kotona toistuvina kotikäynteinä ja painottuu vauvalähtöisyyteen. (Korhonen & Sukula 2004.) Terveystalvveluhoitajien ja vauvaperhetyöntekijöiden toimintaympäristöt ovat erilaiset, mutta yhteistyölle on olemassa perusteet.

2.5 Yhteenvedo teoreettisista lähtökohdista

Tässä opinnäytetyössä vauvaperhetyö ymmärretään Korhosen (2003) kuvaamalla tavalla, jossa vanhemmuuden tuki sekä vauvan kasvun ja kehityksen tukeminen integroidaan perheen arkeen sen omalla maaperällä. Toiminnan tapahtuessa perheen omassa kontekstissa, sen sopivuutta perheen arvoihin voidaan arvioida yhdessä perheen kanssa. Vauvaperhetyöntekijällä on kokonaisvaltainen näkemys perheen arjen sujumisesta erityisvauvan kanssa, jolloin hän voi toimia palvelujen koordinoijana. Tässä työssä

erityisvauvalla tarkoitetaan keskosta, täysiaikaisesti syntynyttä sairasta lasta tai sosiaalisista syistä erityisvauvaa.

Terveydenhuollon tehtävänä on tehostaa lapsiperheiden parissa työskentelevien moniammatillista ja suunnitelmallista yhteistyötä. Tulevaisuuden hyvinvointineuvola (vrt. Rimpelä 2002, Mesiäislehto-Soukka 2005) on ihmisten, perheenjäsenten, odottavan, synnyttävän ja lapsivuoteisen äidin, vastasyntyneen, isän ja perheen lasten auttamista, hoitamista, tukemista ja ohjaamista, joka perustuu ihmisten ainutlaatuisiin kokemuksiin terveydestään ja terveysongelmistaan sekä niiden merkityksestä elämälleen. Kansallisissa sosiaali- ja terveystieteellisissä suosituksissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003a) annetaan mahdollisuudet uudenlaisten palvelujen järjestämiseen.

Mattilan (2004) tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollon tietotaito ei riitä vastaamaan niiden lapsiperheiden tarpeisiin, joiden lapsen hoitoon liittyy erityisiä vaatimuksia. Tällöin vauvaperhetyö erikoissairaanhoidon palveluna on olemassa olevia perusterveydenhuollon palveluita täydentävä tukimuoto. Vauvaperhetyössä korostuu tilannekohtainen tieto tukena, johon sisältyy keskossuuteen tai vammaisuuteen liittyvän erityistiedon antaminen, konkreettinen hoidon ohjaus ja perhetyöntekijän saavutettavuus. Emotionaalisen tukena korostuu kuuntelu ja aito läsnäolo, integroivana tukena palvelujen koordinointi ja aktiivisena tukena lapsen konkreettinen kehitysseuranta.

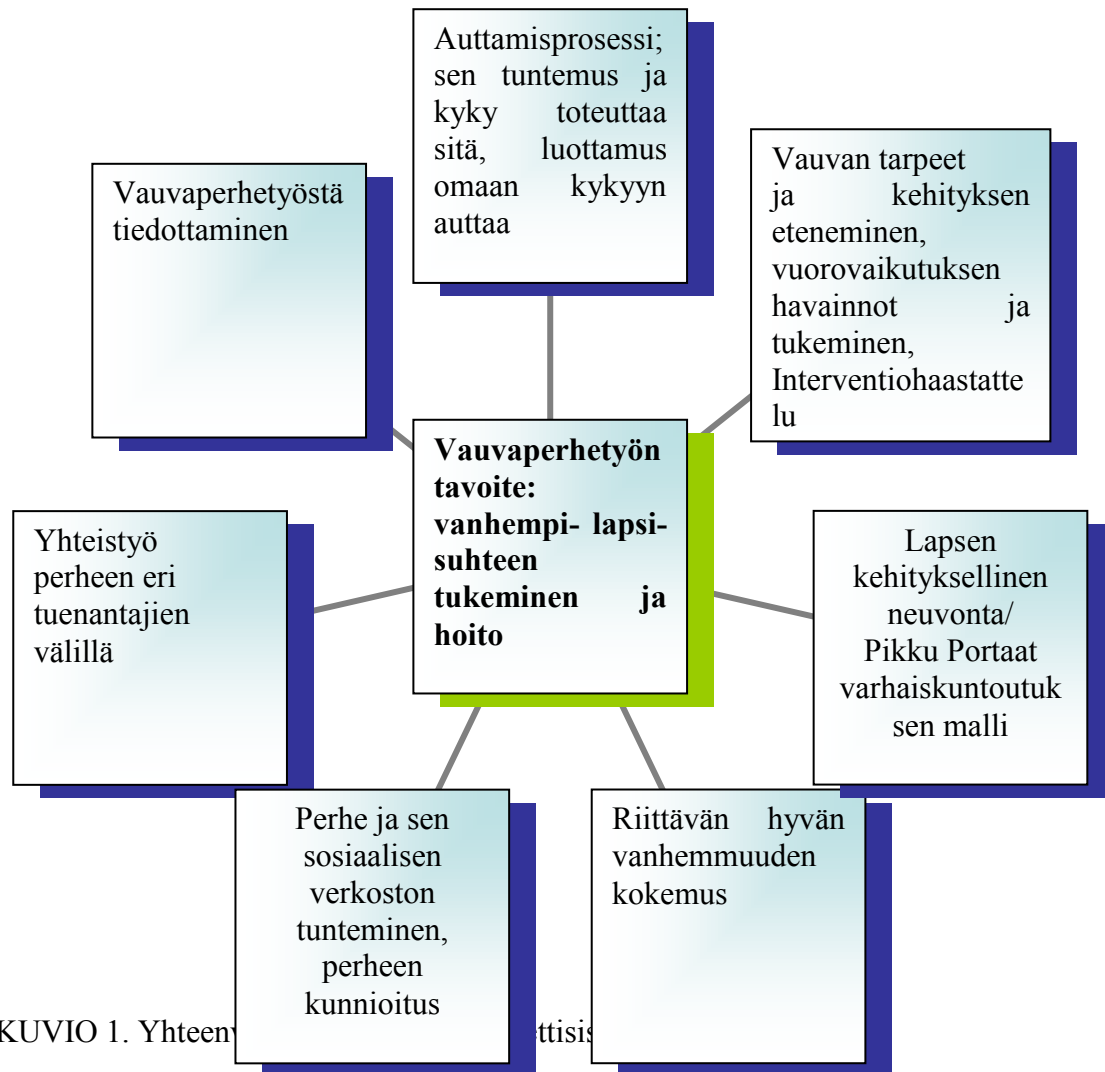
Kotimaisten tutkimustulosten (Viljanen & Lauri 1990, Hakulinen 1998, Korhonen 2003, Mattila 2004) perusteella voidaan olettaa, että koulutetulla ja työkokemusta omaavalla vauvaperhetyöntekijällä on paremmat valmiudet tukea erityisvauvaperheitä kuin terveydenhoitajalla. Yhteistyön kannalta olisi hedelmällistä lisätä terveydenhoitajien tietoutta lasten erityistarpeista ja perheiden tuen tarpeista. Vanhempi-lapsi-suhteen ja varhaisen vuorovaikutuksen laadun merkittävyys lapsen psykososiaaliselle kehitykselle on osoitettu kiistatta. Varhaista suhdetta edistävien ja haittaavien tekijöiden tunteminen on osa hoitotyöntekijän ammattitaitoa. Varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen valmiuksia omaavat terveydenhoitajat työskentelyn painottuessa vanhempiin ja Kiikku- vauvaperhetyöntekijät työskentelyn painottuessa vauvalähtöisyyteen. Työntekijöiden toimintaympäristöt ja työtavat poikkeavat toisistaan, jolloin ne täydentävät toisiaan ja tukevat varhaisen vuorovaikutuksen tuen porrastusta yhteiskunnassa. (Korhonen & Koskinen 2007.) Työmenetelmät perustuvat tasavertaiseen kumppanuuteen ja vanhemmuuden ammatilliseen tukemiseen.

Vanhempainneuvonnan tärkeimpiä työntekijän taitoja ovat kuuntelu, kuuleminen, kunnioitus, aito kiinnostus ja läsnäolo. Nämä elementit ovat myös varhaisessa vuorovaikutussuhteessa vanhemman ja lapsen välillä merkityksellisimmät vanhemman ominaisuudet. Kumppanuuteen perustuva toimiva vuorovaikutussuhde työntekijän ja vanhemman välillä mahdollistaa vanhemman ja lapsen välisen vuorovaikutuksen tukemisen. (Määttä 1999, Niskanen 2001, Sinkkonen 2003, Puura 2003, Mattila 2004, Kalland 2005.)

Vanhemmuuden vahvistamiseksi tarvitaan lapsipalvelujen neuvonta- ja tiedonjakokulttuurin rinnalle uudenlaista keskustelu- ja kumppanuuskulttuuria. Sellaista palvelukulttuuria, jossa tuetaan ja jaetaan perheiden, vanhempien ja lasten omia kysymyksiä, tarinoita ja pulmia. Tällaisessa kulttuurissa sellaiset ominaisuudet kuin hienotunteisuus, kunnioitus, empatia, jämäkkyys, luotettavuus ja tasa-arvoisuus korostuvat. Työntekijältä tämä vaatii avointa dialogia niin itsensä kuin vanhempien kanssa. (Kekkonen 2004.) Verkostotyössä avoin dialogi vanhempien kanssa vahvistaa heidän voimavarojaan ja he kykenevät toimimaan verkoston tasavertaisina jäseninä. Rantalan (2002) mukaan vanhempien tasavertainen rooli lapsen kuntoutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa yhdessä ammatti-ihmisten kanssa ilmentää perhekeskeisyyttä. Yhteistyökumppanuus rakentuu vauvan ja perheen tarpeista lähtien.

Moniammatillisen yhteistyön toteutumisen edellytyksenä nähdään tietous omasta ja toisten rooleista sekä erityisosaamisesta. Rooleista vapautuminen nähdään tiedon ja taitojen jakamisena yhdessä keskustellen (Veijola 2004). Moniammatillisen yhteistyön tunnusmerkkejä ovat jaettu visio toiminnasta, selkeät tavoitteet, asiantuntevat jäsenet, hyvä vuorovaikutus ja yhteishenki, roolien ymmärtäminen ja arviointi sekä arvostaminen. Tarvitaan myös tulosorientoitunut, selkeä ja puolueeton johto. (Poulton & West 1993.) Parhaimmillaan yhteistyö on silloin kun vuorovaikutus, sitoutuminen, useiden toimijoiden ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja yhteinen tavoite näkyvät työskentelyssä. Kiikku-vauvaperhetyöntekijät toimivat lapsi- ja perhepalveluita tuottavissa organisaatioissa, joista vauvaperhetyötä tehdään toistuvina kotikäynteinä. Nämä organisaatiot ovat osa lapsi- ja perhepalveluita tarjoavaa verkostoa, joka kattaa julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kolmannen sektorin toimijat. Tulevaisuudessa yhteistyökumppaneina toimivat myös palvelujen koordinointiin suunnitelluissa perhepalvelukeskuksissa toimivat eri ammattiryhmät, joten haasteita riittää moniammatilliselle yhteistyölle (Korhonen & Koskinen 2007).

Kuviossa 1 esitetään yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.



3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Lasten hoitotyön alueella on niukasti tutkimuksia kotona tapahtuvasta vauvaperhetyöstä. Siksi on tarkasteltava Kiikku-vauvaperhetyömallin sijoittumista terveydenhuollon organisaatiossa täydentävänä tukijana. Tämän työn tarkoituksena on kuvata vauvaperhetyöntekijän kokemuksia roolistaan ja yhteistyöstä erityistukea tarvitsevien perheiden muiden virallisten tuenantajien kanssa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää vauvaperhetyötä ja yhteistyötä perheen eri tuenantajien välillä.

Tutkimustehtävänä on kuvata:

1. Millainen on vauvaperhetyöntekijän rooli?
2. Millaisia kokemuksia vauvaperhetyöntekijällä on muiden virallisen tuenantajien kanssa tehdystä yhteistyöstä?
3. Mitä kehitysehdotuksia vauvaperhetyöntekijällä on yhteistyölle muiden virallisen tuenantajien kanssa?

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vauvaperhetyöntekijöiden kokemuksia roolistaan ja yhteistyön toteutumisesta perheen muiden virallisen tuenantajien kanssa. Tutkimustehtävä vaikuttaa tutkimusmenetelmän valintaan. Lähestymistapa on laadullinen eli kvalitatiivinen tässä opinnäytetyössä, koska pyritään kuvaamaan tutkittavien itse tuottamaa tietoa ja omia kokemuksia yhteisesti koetusta ilmiöstä. Tarkoituksena on selkiyttää ilmiötä ja tuottaa siitä uutta tietoa. (Alasuutari 1999.) Laadullinen tutkimusote on perusteltu, koska pyritään esittämään tutkittavien oma näkemys asiasta sekä tutkitaan aluetta, josta on vähän tietoa. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998.)

4.2 Tutkimuksen osallistuneiden valinta ja kuvaaminen

Tässä tutkimuksessa osallistujat valikoituivat seitsemästä sairaanhoitopiiristä, koska näissä toimii koulutettu vauvaperhetyöntekijä, muodostaen harkinnanvaraisen näytteen (N=9).

Haastateltavat tavoitettiin ensin sähköpostitse, kun tutkimusluvat oli myönnetty. Erityistukea tarvitsevien perheiden kanssa työskenteleviltä Kiikku-vauvaperhetyöntekijöiltä (N= 9) edellytettiin vähintään kolmen vuoden työkokemusta vauvaperhetyössä ja tietoista suostumusta tutkimukseen osallistumisesta (Liite 2). Työkokemuksen karttumisen katsotaan antavan tarvittavan kokemuspohjan oman osaamisen reflektomiselle. Tutkimus toteutettiin seitsemässä eri sairaanhoitopiirissä, koska vauvaperhetyö oli kestänyt riittävän kauan eli 4 -5 vuotta. Taustatietoina haastatelluilta kysyttiin työkokemusta vauvaperhetyöntekijänä, työhön käytettävissä olevaa aikaa ja kustannustahoa. Haastateltujen peruskoulutus ja työkokemus vastasivat koulutuksen edellytyksiä. Kaikki haastatellut ovat naisia, koska vauvaperhetyöntekijöinä ei toistaiseksi ole miehiä.

TAULUKKO 1. Haastateltujen vauvaperhetyöntekijöiden taustatiedot

Haastatellut(N=9)	Vauvaperhetyökokemus/vuotta	Työaika/periodi	Kustannustaho
V1	4	½ periodi	erikoissairaanhoito
V2	5	kokopäivätoiminen	kuntalaskutus
V3	4	16h/periodi	kuntalaskutus
V4	5	16h/periodi	kuntalaskutus
V5	5	2/3 periodi	kuntalaskutus
V6	5	2/3 periodi	kuntalaskutus
V7	4	kokopäivätoiminen	projektirahoitus
V8	5	ei määritelty	erikoissairaanhoito
V9	4	ei määritelty	erikoissairaanhoito

Tutkimukseen osallistuneiden vauvaperhetyöntekijöiden työkokemus vaihteli neljästä viiteen vuoteen. Vauvaperhetyöhön käytettävissä oleva työaika vaihteli eri sairaanhoitopiireissä kokopäivätoimisesta työstä (n=2) ei ennalta määriteltyyn työaikaan(n=2). Työaika on tässä tutkimuksessa ilmoitettu kolmen viikon periodissa(114:45h). Vauvaperhetyö (n=7) laskutettiin pääosin kunnilta. (Taulukko 1.)

4.3 Aineiston hankinta

Aineiston hankintamenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska haastattelu sopii laadullisen aineiston hankintamenetelmäksi (Eskola & Suoranta 2000, 86.) Aineiston keruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua. Haastattelussa on oleellisinta se, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Haastattelun tema-alueet ovat kaikille samat. Teemojen järjestys ja laajuus voivat

vaihdella haastattelun kuluessa. Teemahaastattelussa vastauksia voidaan myös selventää lisäkysymysten avulla. (Hirsjärvi & Hurme 2004.)

Tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista muodostuivat haastattelun teema-alueet (Liite 3), joita ovat vauvaperhetyöntekijän roolikokemukset, moniammatillisen yhteistyön toteutuminen, sitä edistävät ja estävät tekijät sekä yhteistyön kehitysehdotukset. Tarkentavien kysymysten avulla voitiin syventää teemoihin liittyviä seikkoja. Teemahaastattelussa tiedonantajilla on mahdollisuus tuoda julki kaikki haluamansa näkökulmat kysytystä asiasta (Hirsjärvi & Hurme 2004).

Hyvälle haastattelulle on tunnusomaista kiinnittää huomiota ensivaikutelmaan, kohteliaisuuteen, luottamuksen herättämiseen, kiinnostuksen, aktiivisen kuuntelun ja vuorovaikutuksen ylläpitämiseen. Tarkoituksena oli saada kohteeseen liittyvät kokemukset esille niin hyvin kuin mahdollista. (Polit ym. 2001, Hirsjärvi ym. 2002). Haastattelua ohjasivat samansisältöiset teemat, mutta haastatellut saivat kertoa vapaamuotoisesti tutkittavasta ilmiöstä. Koska haastattelut nauhoitettiin, varmistettiin, että häiriötekijät oli minimoitu. Haastattelut toteutettiin pääosin haastateltavien työaikana ja rauhoitetussa tilassa työpaikalla tai koulutuksen yhteydessä. Haastatteluun varattu rauhallinen tila ja etukäteistieto haastattelupahtumasta vähensivät häiriötekijöitä, joskaan eivät niitä täysin poistaneet. Kaikki haastatellut suhtautuivat nauhoitukseen myönteisesti. Haastatteluaineisto kerättiin touko-marraskuun aikana vuonna 2006. Haastattelun aikana kirjattiin joitakin tukisanoja paperille, jotta kyettiin tarkentavaan kysymykseen tai palaamaan aiheeseen haastattelun edetessä. Haastattelut kestivät 50–90 minuuttia. Ensimmäinen haastattelu oli esihaastattelu, jolla varmistettiin haastattelun toimivuus. Myöhemmin esihaastattelu liitettiin aineistoon, koska teemat pysyivät samoina. Haastattelumateriaali kirjoitettiin sanatarkasti puhtaaksi. Litteroinnin jälkeen aineistoa kertyi 90 sivua, fontilla 12 ja rivivälillä 1,5.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston määrää ei ole tarkkaan määritelty, vaan tutkijan tulee päättää milloin aineistoa on aiheen kannalta kertynyt riittävästi. Tutkimuksen tarkoituksen ja aineistonkeruutavan lisäksi tutkittavien henkilöiden lukumäärään vaikuttaa aineiston saturaatio eli kylläntyminen: kun samat asiat alkavat toistua eri henkilöiden kuvauksissa, on aineisto kylläntynyt ja tutkimuksessa on silloin riittävästi tiedonantajia. (Åstedt-Kurki & Nieminen 1998.) Aineistoon vaikuttava seikka on se, että vauvaperhetyöntekijöiden toimintaympäristö vaihteli maantieteellisesti.

4.4 Aineiston analyysi

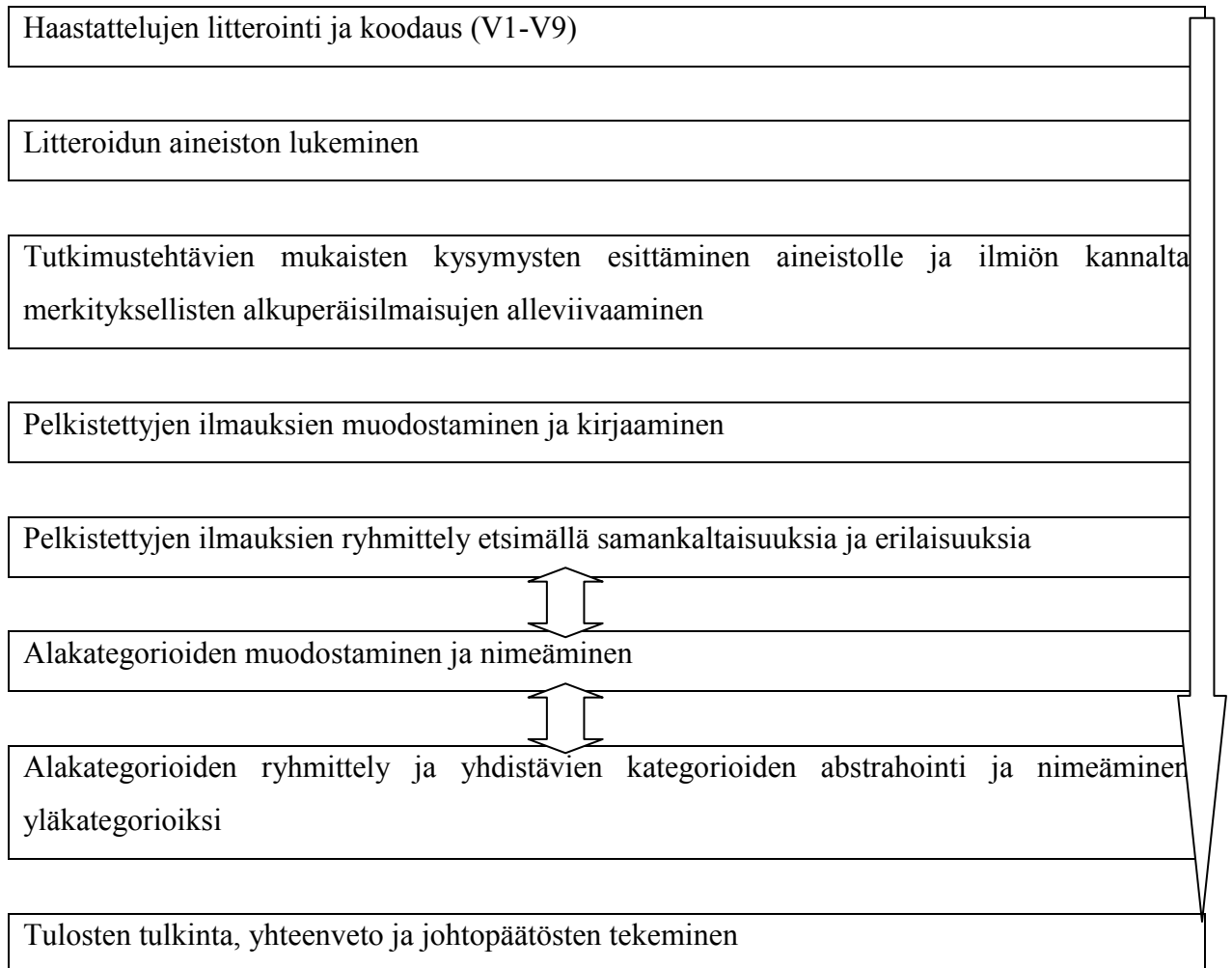
Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Teemahaastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä eli induktiivisella sisällönanalyysillä. Sisällön analyysi on keino järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt eli mitä kategorioilla tarkoitetaan. Aineiston suorilla lainauksilla lisätään raportin luotettavuutta ja osoittaa lukijalle luokittelun alkuperä. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 3-4, 10.) Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen, koska hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota. (Hämäläinen 1987, Burns & Grove 1997.) Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja koodataan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Lopputuloksena tuotetaan kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä tai malleja tutkittavasta ilmiöstä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Hirsjärvi & Hurme 2004.) Abstrahoinnin edetessä muodostui kategorioiden sisältö vauvaperhetyöntekijän roolikokemuksista, moniammatillisen yhteistyön ilmenemisestä sekä yhteistyön esteistä ja edistävästä tekijöistä sekä yhteistyön kehittämisehdotuksista.

Miles ja Huberman (1984) kuvaavat aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysia kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluu aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston analyysin aloitin aineistonkeruuvaiheessa ja aineistoa auki kirjoittaessani. Kirjoitettuani haastattelut ja luettuani aineiston useaan kertaan läpi sain mahdollisimman tarkan käsityksen aineistosta. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston lukeminen on aktiivista eli koko tutkimusprosessin ajan etenevää, koska tarkoituksena on valmistella hyvää pohjaa analyysille ja löytää kaikki tutkittavan ilmiön kannalta merkittävät asiat. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jolloin auki kirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja, jotka alleviivataan erivärisillä kynillä. Alleviivatut ilmaisut kirjoitetaan sen jälkeen eri konsepteille. Nämä pelkistetyt ilmaisut pyrittiin pitämään mahdollisimman paljon alkuperäisilmausujen merkitystä kuvaavina.

Sisällön analyysissa aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistosta valitaan yksikkö, joka voi olla sana, lause tai lausuma. (Burns & Grove 1997, Kyngäs & Vanhanen

1999.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin kaikki aineistosta nousevat tutkimustehtävän kannalta olennaiset selkeät ilmaisut sanan, lauseen ja ajatuskokonaisuuden välillä eli analyysi kohdistui aineiston ilmisisältöön. Ne koostuivat alkuperäisistä ilmauksista muodostaen ajatusteeman, joka saattoi sisältää useita lauseita. Analyysiyksikköä ei valittu tarkasti etukäteen, koska haluttiin tuoda esille kaikki tutkittavien tulkinnat ja merkitykset ilmiöstä tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Analysoinnin aikana vauvaperhetyöntekijöiden lausumat ryhmiteltiin merkityksensä mukaan. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käytiin tarkasti läpi, ja aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja/tai eroavuuksia kuvaavia käsitteitä.

Vauvaperhetyöntekijöiden kokemukset muodostivat tutkimustehtäviin vastaavat alkuperäisilmaukset, joista muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja. Pelkistetyt ilmaisut koodattiin ja numeroitiin (V1-V9), jotta saatettiin palata aineistoon tarvittaessa. Pelkistettyjä ilmauksia kertyi 906 ja ne ryhmiteltiin tutkimustehtävän mukaan niin, että ilmaisun sisältö vastasi tutkimuskysymykseen. Eri konsepteille kirjoitetut pelkistetyt ilmaisut tallennettiin omaksi tiedostoksi. Aineiston analysointi jatkui näiden tiedostojen sisällä. Luokittelua ohjasi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin alakategoriaksi, joka nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112.) Kuviossa 2 kuvataan aineiston analyysiprosessin eteneminen. Esimerkit analyysista on esitetty liitteinä (Liite 4 - 6).



Kuvio 2. Analyysiprosessin eteneminen

5. TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksia esitellään vauvaperhetyöntekijöiden kokemukset roolistaan, moniammatillisen yhteistyön toteutumiseen perheen muiden virallisen tuentajien kanssa vaikuttaneista tekijöistä, yhteistyön esteisiin ja edistämiseen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi esitellään vauvaperhetyöntekijöiden kehittämissuhteet moniammatillisen yhteistyön parantamiseksi.

5.1 Vauvaperhetyöntekijän rooli

5.1.1 Roolin vaihtelevuus

Tutkimustulosten mukaan vauvaperhetyöntekijällä on useita erilaisia rooleja. Eri organisaatioiden välillä on eroavuuksia työn toteuttamisessa. Vauvaperhetyöntekijöiden kokemuksia kuvaavaksi pääkategoriaksi muodostui roolin vaihtelevuus (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Vauvaperhetyöntekijän roolikokemukset

Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Johdon tuki Vauvaperhetyön sisällön tunnettavuus Vauvaperhetyöntekijän tavoitettavuus Työn arvostus	Vakiintunut rooli	Roolin vaihtelevuus
Vauvaperhetyön toteuttamisen epävarmuus Osastotyön ja kotikäyntien välinen ristiriita Yhteistyötahojen riittämätön tietous työn sisällöstä Johdon riittämätön tietous työn sisällöstä	Vakiintumaton rooli	
Palvelujen koordinoija Perheen edustaja	Hoidon koordinoiminen	Perheen hoidon koordinoiminen
Yhteyshenkilö perheen ja muiden virallisen tuentajien välillä Tiedonvälittäjä	Tiedottajana toimiminen	
Teoreettinen osaaminen Taidollinen osaaminen Asenteellinen osaaminen	Asiantuntijuuden kehittyminen	

Vakiintunut rooli

Roolin vakiintumisen perustana ovat johdon ja esimiestason tuki sekä oman työyksikön tiedostava tuki. Vauvaperhetyön sisällön tunteminen omassa työyhteisössä selkeytti roolia; työtehtävä toteutui kotikäynteinä ja taustatukena toimi oma työyksikkö. Kun vauvaperhetyöntekijät lähtivät kukin omassa yksikössään muodostamaan työnkuvaansa, he kokivat aluksi vastustusta työyhteisössä. Yksikön johtamistavan vaikutus muutosvastarintaan tuli esille. Avoimessa ja keskustelelevassa työyhteisössä otettiin uusi työmalli paremmin vastaan. Tarpeellisena vauvaperhetyön toteuttamisessa on johdon myönteinen suhtautuminen työhön. Tämä edellytti myös johdon informointia vauvaperhetyön sisällöstä. Lähiesimiehen tukea tarvitaan työn käytännön järjestelyissä. Vauvaperhetyöntekijän tavoitettavuus ja työn toteutuminen kokopäivätoimisena osoittavat roolin vakiintumista. Toimintamahdollisuuksien paranemisen myötä työn arvostus lisääntyi.

Vakiintumaton rooli

Roolin vakiintumattomuus ilmeni vauvaperhetyön toteuttamisen epävarmuutena. Työhön käytettävissä olevaa aikaa ei ollut riittävästi tai sitä ei määritelty ennakkoon työvuoroihin. Tämä vaikeutti perheen kanssa kotikäynnin sopimista ja työntekijä koki turhautumista, koska ei kyennyt tukemaan perhettä suunnitellusti. Ristiriita osastotyön ja kotikäyntien välillä hankaloitti myös vauvaperhetyön toteuttamista. Vauvaperhetyöntekijällä saattoi olla lähiesimiehen tuki työlleen, mutta johdon keskuudessa työmallia ei tunnettu riittävästi. Joissakin organisaatioissa ei oltu vakuuttuneita työmallin sopivuudesta erikoissairaanhoidon, vaan se nähtiin perusterveydenhuollon osaamisalueena. Yhteistyötahojen vähäinen tietous työn sisällöstä aiheutti epävarmuutta uudessa roolissa.

5.1.2 Perheen hoidon koordinoiminen

Vauvaperhetyöntekijät ovat perheen palvelujen ja hoidon koordinoijia. Perheillä saattoi olla useita eri virallisen tuen antajaa riippuen lapsen tilanteesta. Kokonaisvastuullista hoitotahoa ei määritelty selkeästi. Vauvaperhetyöntekijä toimi tällöin hoitoa koordinoivana. Perheen palvelujen koordinoijana huomio on hoidon jatkuvuudessa. (Taulukko 2.)

”Just se on nähty, että on perheitä, joissa pyörii ihan hirveästi ihmisiä ympärillä, mutta perhe ei välttämättä koe tulevansa kuulluksi tai kukaan ei tiedä, kuka sitä hoitoa koordinoi, kenellä on kokonaisvastuu.”(V7)

Vauvaperhetyöntekijä on perheen edustaja. Työn etuna on se, ettei perhe leimaantunut tukityöstä. Perheen vapaaehtoisuuden perustalta alkanut työ mahdollisti osaltaan luottamuksellisen suhteen syntymisen työntekijän ja perheen välille. Vauvaperhetyöntekijä koki olevansa perheen luottohenkilö, joka tuo esille perheen näkökulman ollessaan perheen asioissa yhteydessä muihin tahoihin. Työntekijä huolehti siitä, että perheen tarvitseman tuen tavoitteet olivat lapsen ja perheen edun mukaisia. Perheen etujen ajaminen eri viranomaisten kanssa korostui vammaisen lapsen hoitosuhteessa.

Vauvaperhetyöntekijä oli perheen tukena kehitysseurantapoliklinikalla tai lastenneurologian poliklinikalla, jolloin hänen tietämyksensä lapsen ja perheen tilanteesta auttoivat lääkäriä kokonaiskuvan muodostamisessa. Vauvaperhetyöntekijä oli perheen tukena ja edustajana kunnassa avustaen palvelusuunnitelman, päivähoidossa henkilökohtaisen avustajan ja sosiaalitoimessa perhetyöntekijän saamisessa. Vauvaperhetyöntekijä koki olevansa myös perheen asianajaja tilanteissa, joissa perheen asiantuntemus tai etu uhkasi tulla syrjäytetyksi.

Tiedottajana toimiminen

Vauvaperhetyöntekijä on yhteyshenkilö perheen ja muiden virallisten tuenantajien välillä. Tiedottaminen ja yhteydet perheen muihin virallisiin tuenantajiin koettiin merkittävänä työnsisältönä. Tärkeää oli se, että perheen muut viranomaistahot olivat tietoisia vauvaperhetyöntekijän tuesta. Toimiminen linkkinä perheen ja yhteistyötahojen kesken helpotti perheen arkea, koska perhe välttyi aikaavieviltä ja joskus tuloksettomilta yhteydenottoyrityksiltä lapsen asioita selvitellessä. Vauvaperhetyöntekijä kertoi lapsen hoitoon ja kehitykseen liittyvistä asioista hoitavalle lääkärille. Tarvittaessa vauvaperhetyöntekijä ohjasi perheen erityisasiantuntijalle. Kaikki yhteydenotot tapahtuivat perheen suostumuksella.

”Tuon sen sairaalan tiedon siihen kuntaan, mikä siellä on se olennainen asia. Sen arkipäivän todellisuuden esiin tuominen, että mitä se käytännössä tarkoittaa.”(V5)

Vauvaperhetyöntekijän yhteydet neuvolan terveydenhoitajaan vaihtelivat. Yhteydenottoa vaikeutti terveydenhoitajien soittoaikojen rajallisuus. Vauvaperhetyöntekijät kokivat

yhteydenpidon yksipuoliseksi terveydenhoitajan kanssa, mutta selkeää syytä tähän ei osattu määrittellä. Terveydenhoitajan tavoitettavuutta, liiallista työmäärää ja osaamisaluetta pidettiin esteenä yhteistyölle.

”Me yleensä otamme yhteyttä terveydenhoitajaan. Siinä itse kertoo työroolistaan ja esittäytyy samalla ja mihin terveydenhoitaja voisi minua käyttää. Yllättävän vähän on tullut soittoja.”(V5)

”Terveydenhoitajat on niin kovin ylikuormitettuja muutenkin. Ja keskosia osuu kuitenkin aika harvoille terveydenhoitajille.”(V8,9)

Tiedonvälittämisen tarve on vauvaperhetyössä keskeistä niin perheelle kuin perheen tukijoiden välillä. Vauvaperhetyöntekijöiden kokemukset tiedottamisesta jakautuivat välittömään perheelle tiedottamiseen ja yhteistyötahoille tapahtuvaan tiedottamiseen. Vauvaperhetyöstä tiedottaminen oli satunnaista tai riittämätöntä. Tiedottamiseen sisältyi ristiriitaisuutta. Lapsen omahoitaja tai lasta kotiuttava hoitaja saattoi tiedottaa perheelle tuesta, mutta usein vasta kotiutuspäivänä. Vauvaperhetyöntekijät pitivät kuitenkin tärkeänä tavata tuen tarpeessa olevaa perhettä henkilökohtaisesti ja riittävän ajoissa ennen lapsen kotiutusta. Perheelle tieto vauvaperhetyöntekijästä ja tuen mahdollisuudesta antoi luottamusta tulevaan. Myös lääkäri saattoi kertoa vauvaperhetyön mahdollisuudesta perheelle. Lapsen epikriisiin saatiin lääkärin maininta vauvaperhetyöstä tukityön usein jo alettua. Tämä tapahtui työntekijän pyynnöstä.

Toisaalta tiedottaminen saattoi puuttua kokonaan; tieto vauvaperhetyöstä ei tavoittanut perhettä eikä yhteistyötahoja sairaalahoidon aikana eikä myöhemmin. Suunnitelmallista tiedottamista ei voitu toteuttaa työn vakiintumattomuuden vuoksi.

”On paljon perheitä, joille haluaisi antaa tätä, mutta niitä täytyy rajata. Lähinnä meidän omalla osastolla tiedotetaan.”(V8)

Aktiiviseen tiedottamiseen perheen muiden tukijoiden tai kolmannen sektorin kanssa vauvaperhetyöntekijällä ei ollut riittävästi resursseja riippumatta siitä, oliko rooli vakiintunut tai vakiintumaton. Yhteistyötahoille suunnatut alueelliset koulutuspäivät koettiin hyväksi, mutta niiden arveltiin tavoittavan vain pienen osan yhteistyötahoista. Vauvaperhetyön hoitoketjun kuvauksia oli esillä joidenkin sairaaloiden intranet-sivuilla, mutta tieto ei sieltä välittynyt perusterveydenhuoltoon.

”Tiedottaminen on loputon työsaika, koska henkilöt vaihtuvat.” (V6)

Kun vauvaperhetyö oli vakiintunut kokopäivätoimiseksi, eri ammattiryhmien tietoisuus ja kokemukset vauvaperhetyöstä lisääntyivät. Yhteistyötahoille annettiin tällöin paremmin tietoa vauvaperhetyöstä.

”Roolini on hyvin paljon tiedottamista ja yhteydenpitoa. Tiedon viemistä perheelle ja myös sieltä sen tiedon tuomista kaikille meidän yhteistyötahoille ja verkostoille täällä sairaalassa.” (V6)

Asiantuntijana oleminen

Kokemukset vauvaperhetyön asiantuntijuuden kehittymisestä muodostuivat teoreettista, taidollista ja asenteellista osaamisesta osoittaen vauvaperhetyöntekijän voimaantumista (Taulukko 2). Kiikku-vauvaperhetyön koulutuksen jälkeen haastateltavat omasivat valmiudet varhaisen vuorovaikutuksen havainnointiin sekä vauvan ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen tukemiseen. Teoreettisen osaamisen perustana olivat kiintymyssuhdeteoria ja ekokulttuurinen teoria, perhedynamiikan ja perheiden moninaisuuden ymmärtäminen.

Taidollinen osaaminen ilmaistiin teoretiedon sisäistämisenä, jolloin kyettiin tunnistamaan kiintymyssuhdetta suojaavia tekijöitä ja siihen liittyviä riskitekijöitä. Oman työn, vastuun ja voimavarojen rajaaminen ovat taidollista osaamista. Omia yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja korostettiin. Tämä ilmeni toisen työn kunnioittamisena, kykynä konsultoida ja luoda keskusteleva ote yhteistyötahoihin. Yhteistyötaholta saatiin myös vahvistusta omalle näkemykselle perheen pärjäävyydestä.

”Keskustelun kautta nostan niitä asioita että hei, tällaiset on tärkeitä perheissä ja tuon tietoa” (V6)

”...kun alkaa näkyä siellä perheessä, äidin psyykessä näkyy, että hän on tosi masentunut tai hän alkaa tuottaa puhetta, josta se myös paljastuu. Silloin en ole se terapeutti, vaan lähden etsimään sitä yhteistyötahoa, esim. lastenpsykiatrian puolelta.” (V7)

”En ole terapeutti, vaan haen yhteistyötaholta apua perheelle.” (V5)

”En lähde määrittämään sitä toisen työtä vaan nostan sen asian esille lapsen ja perheen kautta.” (V5)

Asenteellinen osaaminen näkyi tasavertaisena yhteistyösuhteena eri ammattiryhmien ja perheen kanssa omaa ammatillisuutta menettämättä. Perheen vapaaehtoisuus on perustana työlle. Perheen näkökulman ja kulttuurin kunnioittaminen korostui. Vauvaperhetyöntekijät näkivät työnsä myös varhaisena puuttumisena, jolloin vauvaperhetyöntekijän rooli perheen hyvinvoinnin edistämässä ja ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä korostui. Myös näkökulma hoidon jatkuvuuteen koettiin avartuneen.

Uuden roolin myötä koettiin työtavan muuttuneen ja tämä välittyi myös omaan työyksikköön. Vauvaperhetyöntekijää konsultoititiin vauvan ja perheen asioissa. Hänen mielipidettään kuunneltiin. Ammatti-identiteetti vahvistui työkokemuksen myötä. Osa yhteistyötahoista kykeni hyödyntämään vauvaperhetyön kirjaamistiedot perheen hoidossa. Työmalli nähtiin hoitotyötä kehittävänä. Vauvaperhetyöntekijä osallistui myös asiantuntijana parisuhdekoulutustilaisuuteen.

”Mulla on siellä se paikka ja se mun osaaminen ja se mun näkemys on siinä. Mua kuunnellaan kyllä, ihan rinta rottingilla saa olla...” (V3)

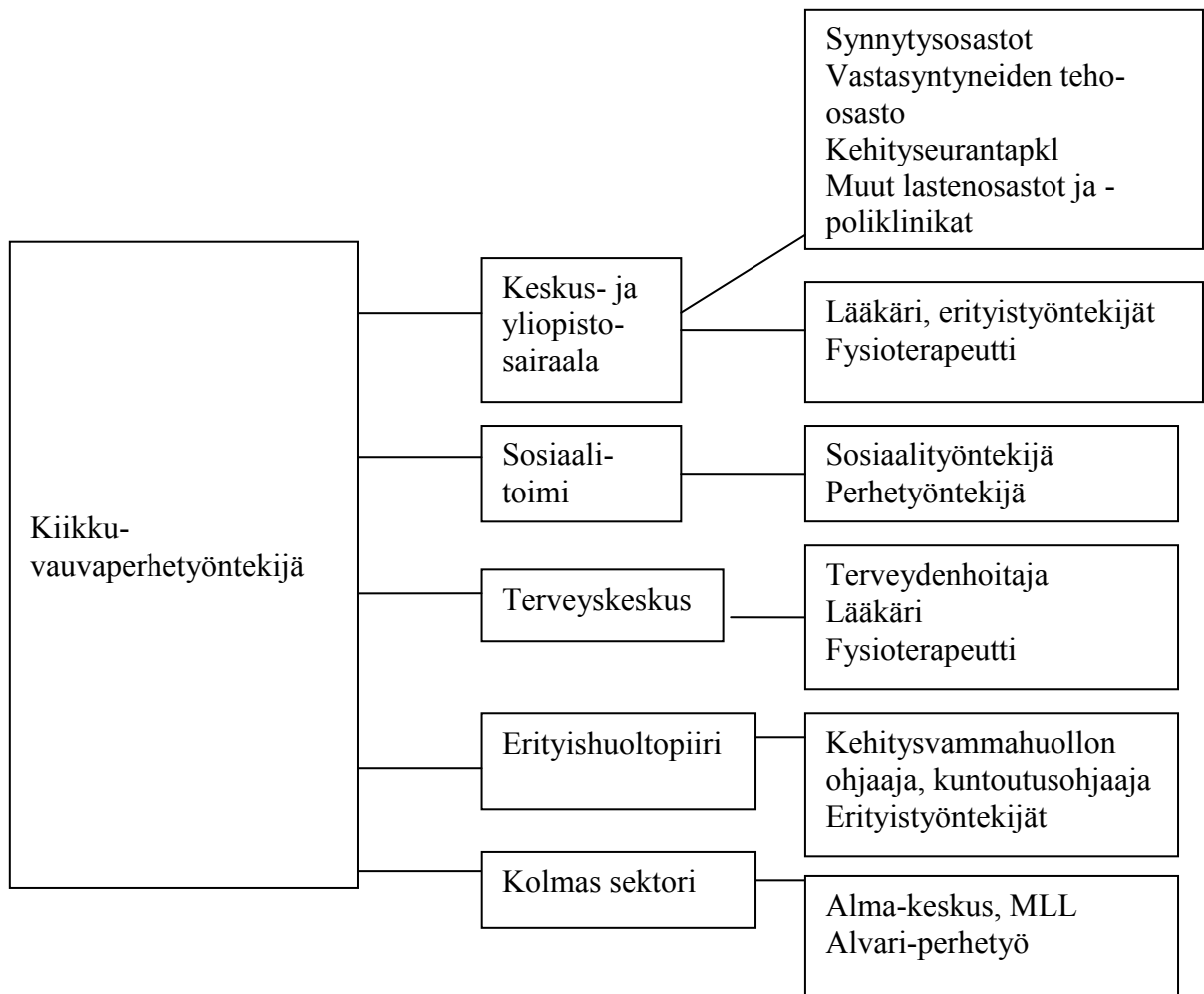
”Kyllä mä koen, että kun on toi meidän Effica, niin mä pystyn sinne meidän hoitotyön lehdelle kirjaamaan niitä asioita. Sieltä pystyy myös lääkäri tai jumppari poimimaan tarvittaessa niitä tietoja.”(V3)

”Lääkäri arvostaa kyllä, että oon huomannu, että se helpottaa hänen työtään sitten tuolla jatkopoleilla.”(V8)

5.2 Kokemukset yhteistyöstä muiden virallisten tuenantajien kanssa

5.2.1 Moniammatillisen yhteistyön ilmeneminen

Moniammatillinen yhteistyö ilmeni yhteydenottoina sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon työntekijöihin perheen ja lapsen hoitoa järjestettäessä. Yhteistyön monitahoisuus kuvastui perheen ja lapsen hoitoon osallistuvien tuenantajien lukuisuutena. Keskeisinä yhteistyökumppaneina vauvaperhetyöntekijät nimesivät lapsen hoitoon osallistuvat erikoissairaanhoidon työntekijät. Myös perusterveydenhuollossa ja erityishuoltopiirissä oli yhteistyökumppaneita. Yhteistyön tarve riippui paljolti lapsen tilanteesta.



KUVIO 3. Yhteistyötahot

Yhteistyötahojen moninaisuus ja vuorovaikutuksen vaihtelevuus perheen eri tuenantajien kesken asetti vauvaperhetyöntekijän yhteistyöosaamiselle ja vuorovaikutustaidoille haasteita. Vauvaperhetyöntekijällä yhteistyön perustana on perhekeskeinen ajattelu, jonka ilmenee perheen etujen ajamisena ja perheen näkökulman esilletuomisena. (Liitteet 4- 6.)

TAULUKKO 4. Moniammatillisen yhteistyön ilmeneminen

Alakategoria

Yläkategoria

Yhdistävä kategoria

Yhteistyötahojen moninaisuus Erikoissairaanhoidon hoitotyöntekijät, erityistyöntekijät Perusterveydenhuollon hoitotyöntekijät Yhteistyötahot riippuvaisia lapsen tilanteesta	Yhteistyön moninaisuus	Moniammatillisen yhteistyön ilmeneminen
Avoin keskustelu Vuorovaikutus sujuvaa Yhteistyötahon ja hänen työnsä tunteminen tärkeää Yhteistyötahon työn kunnioittaminen Yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojen tarpeellisuus Yhteistyötahojen välillä ei vuorovaikutusta	Vuorovaikutuksen vaihtelevuus	
Usean erikoisalan konsultointi Yhteistyö lääkäreiden kanssa Vastuun jakaminen lääkärin kanssa Vauvaperhetyön asiakkuudesta keskustellaan moniammatillisesti	Konsultointi yhteistyön välineenä	

Yhteistyön moninaisuus

Yhteistyötahot olivat lapsen tilanteesta riippuen moninaiset. Erikoissairaanhoidon työtoverit koettiin keskeisiksi. Oman työyksikön sairaanhoitajat, osastonhoitaja ja lääkäri olivat useimmiten taustatukena. Synnytyssalin ja - vuodeosastojen hoitohenkilöstön kanssa käytiin keskusteluja varhaisen vuorovaikutuksen tukeen liittyvissä asioissa. Erityisalojen terapeutteja, kuten fysio-, puhe-, toiminta- ja ravitsemusterapeuttia ja psykologia, konsultoitiin lapsen asioissa. Pikkulapsipsykiatrinen yksikkö oli joissakin sairaanhoitopiireissä aktiivinen yhteistyötaho. Sovitun yhteiskäynnin jälkeen saatettiin hoitovastuu siirtää pikkulapsipsykiaatria, koska vauvaperhetyöntekijällä ei ollut riittävää ammattitaitoa eikä riittävästi resursseja. Erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijän ja kuntoutusohjaajan kanssa tehtiin yhteistyötä järjestettäessä perheen tarvitsemia muita palveluita.

”Lasten kuntoutusohjaaja tuossa lastenneuron polilla on yksi yhteistyökumppani. Monesti kun he pitää niitä tiimikeskusteluja, niin musta tuntuu, että monesti siellä mietitään, että onko tässä jo sitten kotikäyntien paikka.”(V3)

”...hirveen tiivistihän me tehdään sosiaalityöntekijän kanssa ja meillä on tosi hyvä sosiaalityöntekijä.”(V8,9)

Vuorovaikutuksen vaihtelevuus

Moniammatillisessa työskentelyssä ilmeni vuorovaikutuksen vaihtelevuutta eri toimijoiden kesken. Toisen työn tunteminen ja kunnioittaminen oli edellytyksenä vuorovaikutuksen ja yhteistyön sujuvuudelle. Tällöin korostettiin yhteistyötahon kuuntelemisen tärkeyttä. Yhteistyökumppanin ja hänen työnsä tunteminen helpotti yhteydenottoja. Yhteistyökäytäntöjen hioutuminen kesti kuitenkin vuosia. Yhteistyösuhteiden luomisessa ja ylläpitämisessä vauvaperhetyöntekijät korostivat yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojen tarpeellisuutta. Avoin keskustelu mahdollisti jaetun ymmärryksen yhteistyöstä.

”Tämä vaatii hirvittävän hyviä yhteistyötaitoja.”(V7)

”Työn tekemistä näkyväksi ja avoimeksi, että tavataan näitä ihmisiä ja tiedetään, ketä toimii. Myös semmoinen utelias kiinnostuneisuus siitä, mikä on kenenkin työsarka tämän perheen hoidon kokonaisuudessa. On kiinnostunut siitä, mikä on kunkin palanen tässä.”(V6)

”Työ on tullut tietyllä tavalla näkyväksi, niin aletaan jo jatkohoitosairaalassakin sanomaan, että eikö tässä sopisi kotikäynti perheeseen ja tämä voisi hyötyä siitä.”(V7)

Konsultointi yhteistyön välineenä

Usean erikoisalan konsulttoimista tarvittiin lapsen ja perheen tukemisessa. Konsultointi sisälsi eri ammattiryhmien välisen konsultoinnin mm. lääkärin kanssa. Yhteinen pohdinta lääkärin ja omahoitajan kesken vauvaperhetyön tarpeesta koettiin hyvänä. Myös kollegiaalista konsultointia oli omahoitajan kanssa pohdittaessa vauvaperheen tuen tarvetta. Usean erikoisalan konsultointia vaativat tilanteet liittyivät lapsen vammaisuuteen tai perheen moniongelmaisuuteen. Vauvan ja vanhemman vuorovaikutusvideota katsottiin puheterapeutin tai psykologin kanssa keskustellen yhdessä havainnoista. Fysioterapeutilta saatiin opastusta lapsen motorisen kehityksen tukemiseen ja puheterapeutilta lapsen syömishäiriöiden hoitoon ja puheen kehityksen tukemiseksi. Pohdinta yhteistyökumppanin kanssa antoi varmuutta työhön.

Apuvälineyksikön työntekijään oltiin yhteydessä järjestettäessä liikuntavammaisen lapsen apuvälineasioita. Saatettiin myös kuljettaa apuvälineitä perheen ja yksikön välillä. Lapsen kehitysvammaan liittyen yhteistyö alkoi erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajan kanssa ja

jatkuu erityishuoltopiirin työntekijöiden kanssa. Yhteistyötahona tällöin saattoi olla myös kehitysvammahuollon avohuollon ohjaaja. Lapsella todetun näkö- ja kuulovamman vuoksi oltiin yhteydessä näkövammaisten lasten ja kuulovammaisten lasten kuntoutusohjaajaan.

”Vammaisen lapsen kohdalla erityistyöntekijät, myös neuvolan terveydenhoitaja ja palvelusuunnitelmaa laatiessa tulee mukaan sosiaalitoimi...”(V1)

”Suurimmalla osalla minun asiakasperheistä vie erityishuoltopiirin eli kehitysvammahuollon asiakkuuteen. Se on tosi suuri työsarka ja yhteistyötaho minulle. Siinä vaiheessa kun tätä diagnostiikkaa tehdään täällä, niin olen yhteydessä kuntien kehitysvammahuollon avohuollon työntekijöihin. Lähes kaikkien asiakasperheitteni kanssa olen tehnyt tutustumiskäynnin sinne, koska sitä tutustumiskäyntiä pitää yleensä työstää perheen kanssa.”(V6)

Yhteistyö lääkäreiden kanssa vaihteli eri organisaatioissa. Toisaalla lääkäri osallistui vauvaperhetyön tuen tarpeen määrittelyyn hoitavana lääkärinä, oli perheen ja vauvaperhetyöntekijän käytettävissä. Toisaalla lääkäriltä saatiin hyväksyntä jälkikäteen, kun tukityö oli jo aloitettu. Toisinaan lääkäriä ei saatu vakuuttuneeksi vauvaperhetyön tarpeellisuudesta. Tutkimustuloksen mukaan lääkärit hyötyivät ns. kotitiedosta, jota vauvaperhetyöntekijät välittivät esimerkiksi kehitysseurantapoliklinikalle.

”...lääkärit ovat tulleet aiemmin mukaan kuin hoitohenkilökunta.”(V7)

”Jos perhe haluaa niin tulen mukaan siihen polikäynnille lääkärin vastaanotolle. Sitten myöhemmin voidaan palata siihen, että mitä siellä lääkärillä olikaan puhetta. Myös lääkärille on hyötyä siitä, eihän se voi kauheasti pitkittyä se vastaanottotilanne. Lääkärin kannalta hyöty ”kotitiedosta” jos vanhemmat jää miettimään sitä, että osasko se nyt sitä mitä oli puhetta.”(V2)

”Varmaan pitäisi lähteä sieltä osastonlääkäristäkin, jos hoitajat saisi tukea sieltäpäin. Onko me opittu siihen, että lääkäri antaa nämä määräykset eikä hoitaja ajattele, että hän voisi itse tehdä semmosen ratkaisun ja pyytää vauvaperhetyöntekijää.”(V4)

Erikoissairaanhoidon kuntoutusohjaajan ja kunnan sosiaalityöntekijän kanssa tehtiin yhteistyötä, kun laadittiin perheelle palvelusuunnitelmaa. Mukana palvelusuunnitelman teossa olivat toisinaan myös erityislastentarhanopettaja ja päiväkodin edustus. Yhteistyö kunnan sosiaalitoimen kanssa oli useimmiten sujuvaa, samoin lasta hoitavan päiväkodin henkilökunnan kanssa. Kunnan perhetyöntekijän kanssa tehtiin yhteiskäyntejä, jolloin voitiin yhdessä perheen kanssa keskustellen miettiä perheen pärjäämistä tukevia asioita.

5.2.2 Moniammatillista yhteistyötä edistävät tekijät

Valmiudet jaettuun asiantuntijuuteen ja yhteistyön perhekeskeisyys nousivat aineistosta selkeästi yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi (Taulukko 5).

TAULUKKO 5. Yhteistyötä edistäviä tekijöitä

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Roolin tunnettavuus Työyhteisön myönteinen asenne Oman asiantuntijuuden sisäistyminen Tiiminsisäinen työnohjaus	Valmius jaettuun asiantuntijuuteen	Yhteistyötä edistävät tekijät
Työn läpinäkyvyys Perheen päätöksen kunnioittaminen Perheen tietoinen päätöksenteko Yhteispalaverit perheen ja hoitoon osallistuvien tahojen kesken Yhteinen tavoite työskentelyssä	Yhteistyön perhekeskeisyys	

Valmius jaettuun asiantuntijuuteen

Yhteistyötä edistäväksi yläkategoriaksi muodostui valmius jaettuun asiantuntijuuteen, jonka alakategorioita ovat roolin tunnettavuus, työyhteisön myönteinen asenne ja oman asiantuntijuuden sisäistyminen sekä tiiminsisäinen työnohjaus. Vauvaperhetyöntekijän roolin tunnettavuus koettiin yhteistyötä edistäväksi perheen eri tuenantajien kesken. Yhteistyökumppanin oli helpompi ottaa yhteyttä mahdollisimman varhain tuttuun vauvaperhetyöntekijään. Jatkuva tiedottaminen työn sisällöstä ja tarkoituksesta olivat lisänneet vauvaperhetyön tuntemusta. Erään työyhteisön tutkimushanke vahvisti vauvaperhetyön alkamisen ja teki työtä tunnetuksi jatkohoitoon.

”Se on jännä, kun henkilökohtaisesti tapaa, niin on paljon helpompi ottaa yhteyttä. Se poikiikin sitten enemmän yhteistyötä. Etenkin kun näkökulmat tai visiot tai samantyylinen ajatustapa kohtaavat.”(V5)

”Koordinaattorina siirtovaiheessa edistää sitä yhteistyötä.”(V2)

Työyhteisön myönteinen asenne mahdollisti avoimuuden ja sujuvan keskustelun. Oma yhteistyö- ja vuorovaikutusosaaminen koettiin edellytyksenä toimia. Keskusteleva ote yhteistyötahoihin oli osoituksena vuorovaikutusosaamisesta. Oman työn arvostaminen ja

toisen työn kunnioittaminen osoittivat asiantuntijuuden sisäistymistä. Työkokemuksen karttuminen vahvisti asiantuntijuutta; vauvaperhetyöntekijä toimi itsenäisesti, konsultoi ja ohjasi oman taustayksikkönsä kollegoita ja kykeni päätöksentekoon. Vauvaperhetyöntekijän työkokemuksen karttuessa koettiin yhteistyö sujuvampana. palvelurakenteet olivat tulleet tutuiksi ja tunnettiin myös perheen eri tuenantajat. Samalla oman työn rajaaminen oli helpompaa. Oman asiantuntijuuden jakaminen oli osoituksena työntekijän voimaantumisen. Prosessinomaisen vauvaperhetyön keston määrittelevät perhe ja vauvaperhetyöntekijä yhdessä. Tavoitteena tälle yhteistyölle vauvaperhetyöntekijät näkevät perheen voimaantumisen. Tiiminsisäinen työnohjaus merkitsi foorumia suunnitella hoitolinjoja.

”...tiimejä, joihin tuodaan koostetusti niitä asioita, ettei tarvitse tuolla käytävillä hosua säästää monen aikaa, kun kaikki kokoontuu samaan paikkaan yhtä aikaa.”(V7)

”...siinä yhdistyy kaikkien asiantuntemus ja kokemus. Ja sen huomaa, että kaikki näkee sen asian tarpeellisuuden.”(V5)

Yhteistyön perhekeskeisyys

Vauvaperhetyöntekijät korostavat perhekeskeisyyttä. Perheen hoitoa koordinoitaessa tärkeää on työn läpinäkyvyys. Perheen tulee olla tietoisia yhteistyötahoista ja perheen päätös on huomioitava yhteydenotoissa. Yhteispalaverit lapsen ja perheen hoitoon osallistuvien tahojen kesken jo sairaalahoidon aikana ja lasta kotiutettaessa mahdollistivat perheen osallisuuden lapsensa hoidossa. Työntekijät kokivat perheen tuntijana edistävänä yhteisen tavoitteen määrittelyä ja saavuttamista. Kun vauvaperhetyön asiakkuudesta keskusteltiin moniammatillisesti, löydettiin yhteiset tavoitteet ja hoidon jatkuvuus parani. Keskustelu mahdollisti yhteisen tavoitteen asettamisen; esimerkiksi kiintymyssuhteen vahvistamisen yhdessä omahoitajien kanssa. Yhteinen tavoite työskentelyssä perheen ja eri tahojen välillä edistää yhteistyötä.

Vauvaperhetyöntekijät kuvasivat toimintaympäristön uusia keskustelukäytäntöjä yhteistyötä edistäväksi. Erityisesti pitkään hoidossa olleen lapsen yhteiskotiuttamispalaverit uutena käytäntönä (pitkäaikaispotilaan polku eli Pipo) mahdollistivat yhteisen keskustelun perheen ja hoitavan tahon kesken. Vauvaperhetyöntekijä koordinoijan roolissaan saattoi olla yhteispalaverin koollekutsujana, mutta hänet saatettiin myös unohtaa kutsua. Hän oli tukemassa perhettä heidän siirtyessään toisen palvelun käyttäjäksi esimerkiksi kehitysvammahuollon asiakkaaksi.

”Olen kokoonkutsujana... useampia hoitavia tahoja, useita erikoisalojen lääkäreitä. Ja se oli perheen toive ja se toteutui. Sellaista kaipaisi enemmän.”(V2)

”Yhteistyö sujuu ja nyt on esim. polkaistu käyntiin, että tässä kehitysseurantapoliklinikalla kokoontuu myös tällöinen polikokous, missä on eri asiantuntijoita ja käydään niitä perheitä läpi. Osa on niitä, missä minä käyn ja joista haluan tuoda sille tiimille huolta.”(V7)

”...vauvat, jotka ovat pitkään meillä, niin siinä matkan varrella olis niitä palaveriteita, joissa tarjotaan eri tukimuotoja. Näihin kutsutaan vanhemmat, omahoitaja, hoitava lääkäri, sosiaalityöntekijä, sairaalapastori, näitten pienten kohdalla vauvaperhetyöntekijä.”(V2)

5.2.3 Moniammatillisen yhteistyön esteet

Yhteistyön suunnittelemattomuus, kehittymättömät kirjaamiskäytännöt ja yhteistyötahojen kulttuuriset erot muodostivat yhteistyön esteitä kuvaavat yläkategoriat.

TAULUKKO 6. Yhteistyön esteet

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Hoidon pilkkoutuneisuus Resurssien vähäisyys Kilpailu asiantuntijuudesta	Yhteistyön suunnittelemattomuus	Moniammatillisen yhteistyön esteet
Erilaiset kirjaamisen keinot Kirjaamisen yhtenäiset kriteerit puuttuvat Ajanpuute kirjaamisessa	Kirjaamiskäytäntöjen kehittymättömyys	
Yhteistyönäkemyksen erilaisuus Yksin työskentely Työn tuntemattomuus	Yhteistyötahojen kulttuuriset erot	

Yhteistyön suunnittelemattomuus

Hoidon pilkkoutuneisuus, resurssien vähäisyys ja kilpailu asiantuntijuudesta ilmensivät suunnitelmallisen yhteistyön puuttumista (Taulukko 6).

Erityisvauvalla saattoi olla useita hoitavia tahoja, joiden kanssa vauvaperhetyöntekijä pyrki yhteistyöhön perheen edustajana. Vauvaperhetyöntekijät kokivat, etteivät lääkärit näe perheen kokonaistilannetta. Kuntoutukseen liittyvien läheteiden viipyminen saattoi haitata jonkin lapselle tarpeellisen hoidon alkamista tai aiheuttaa keskeytyksiä.

”Aika usein on sitten ollutkin niitä tilanteita, että lääkäriellä on se oma järkähtämätön kantansa. Olen sitten esittänyt, että vanhemmat ovat tätä mieltä ja puhumme kotona näin ja näin. Aina se ei ole onnistunut tietenkään.”(V2)

Perheen terveydenhoitajan vaihtuminen haittasi yhteistyötä. Oman työajan puitteissa oli myös joskus vaikea tavoittaa perheen terveydenhoitaja. Yhteistyötahojen kesken ei ollut syntynyt keskustelua hoidon tavoitteista.

”Kun mä en tee pääsääntöisesti tätä, niin on aika vaikea sopia sitä aikaa, jos siihen ei terveydenhoitajalla ole silloin mahdollisuutta niin se ei siinä mielessä toimi.”(V3)

”Terveydenhoitajiin ei ole ollut minulla kontaktia, vaikka olisi pitänyt.”(V4)

”Olen käynyt perheen mukana neuvolassa. Vastaanotto on ollut kahdenlaista, että ihan kiva ja sitten taas toiset, että ei tässä mitään tarvita”(V7)

Suurin osa haastatelluista työskenteli osastotyössä ja teki vauvaperhetyön kotikäynnit saamiensa resurssien mukaan. Resurssien vähäisyys ilmeni kotikäynteihin varattu tuntimäärän riittämättömytenä. Perheille ei voitu tarjota vauvaperhetyön tukea, koska työaika ei ollut. Ajanpuutetta oli myös tietojen hankinnassa, yhteydenotoissa tuenantajiin tai perheisiin sekä kouluttautumisessa. Oman auton käyttöoikeuden ja työpuhelimien puuttuminen olivat osa resurssittomuutta.

Palvelujärjestelmän joustamattomuuden ja reviiriajattelun koettiin johtavan kilpailuun työstä ja asiantuntijuudesta. Rajapinnat olivat vaikeita; vauvaperhetyöntekijä nähtiin uhkana muille ja kateus heräsi.

”Reviiriajattelu, jokainen pitäytyy omassa tehtävässään. On kateutta, näkemyseroja.”(V6)

”Rajanveto on vaikeata, että välillä tulee näitä törmäyksiä, että mikä on tämä reviiriajattelu.”(V7)

”Tietty kateus, olen päässyt luomaan aika monimuotoista toimenkuvaa. Se on tullut ehkä myös johdon tietoon, että perheet kokevat tarvitsevansa tällaista palvelua. Silloinhan moni pelkää sen oman asemansa puolesta.”(V7)

”...kuntoutusohjaajat, kokevatko he niin, että viedään heiltä työt. Että he määrittävät tai kuntoutusosasto määrittää, eikä perheeltä kysytä. On ollut semmoisia tapauksia, vaikka he tietävät, että käyn perheessä ja kirjaamisesta näkevät, mitä asioita on käyty läpi. Niin siellä on ajateltu, että kuntoutusohjaaja tulisi tapaamaan teitä ja vauvaperhetyö jää pois.”(V5)

Kirjaamiskäytäntöjen kehittymättömyys

Tiedonvälittämiskäytäntöjen kehittymättömyys ilmeni erilaisina kirjaamisen mahdollisuuksina ja tapoina. Sähköinen kirjaaminen tehtiin erilaisille erikoisalan lehdille, pääosin hoitotyön lehdelle. Vauvaperhetyö kirjattiin omana erikoisalanaan vain yhdessä sairaanhoitopiirissä. Osa kirjasi manuaalisesti sairaalan peruslehdelle tai poliklinikan lomakkeelle. Kirjaamiseen oli liian vähän aikaa eikä kirjaamiselle ollut yhdenmukaisia kriteereitä. Vauvaperhetyöntekijöiden mukaan vain osa hoitajista ja yhteistyötahoista hyödyntää kirjaamistiedot perheen ja lapsen hoidossa. Kehittyvä aluetietojärjestelmä mahdollistaa jatkossa perhettä hoitavalla taholle tiedonsaannin perheen suostumuksella. Tiedon välittyminen perheen terveydenhoitajalle ja yhteyden saaminen muihin virallisiin tuenantajiin varmistuu.

”Perheen asioiden koordinoitiin ja kirjaamiseen ei riittävästi aikaa”(V2, V3)

Yhteistyötahojen kulttuuriset erot

Yhteistyönäkemyksen erilaisuus, vauvaperhetyöntekijän työn tuntemattomuus ja työn yksinäisyys muodostivat kulttuuriset erot yhteistyökumppaneiden välille. Työmallia ei tunnettu riittävästi. Yhteistyökumppaneiden ei koettu tiedostavan eikä arvostavan vauvaperhetyötä. Yhteistyötahojen tiedon puutteen koettiin heikentävän yhteistyömahdollisuuksia. Yhteistyönäkemyksen erilaisuus perheen eri tuenantajien kesken haittasi yhteistyötä. Myös henkilökemian vaikutukseen viitattiin, kun vuorovaikutus ei toiminut. Tutkittavat kokivat työskentelynsä yksinäisyyden dialogin puutteena ja omissa poteroissa olemisena. Konsultoinnin virallisuus, osastonlääkärin tuen ja konsultoinnin puuttuminen koettiin työn yksinäisyyttä lisäävinä.

”...omissa poteroissa oleminen niin se on este yhteistyölle, jos ei jollakin tavalla kykene näkemään muitten työn merkitystä.”(V5)

”Että haluaisi neuvotella ja kysyä, vähän niinkun konsultoida, niin jossain taholla on niinku semmonen, että joo, pyydä lääkärin lähete tänne.”(V1)

”Varmaan yhteinen tavoite, niin näkemyserot tilanteeseen ovat niin erilaiset, jotka ehkäisevät yhteistyötä. En tiedä voiko joittenkin kanssa saavuttaa sitä yhteistä näkemystä ihan millään, että se on niin kuin henkilökysymys.”(V6)

Työn tuntemattomuus näkyi riittämättöminä yhteydenottoina vauvaperhetyöntekijään, työn pioneeriluonteesta johtuvana epätietoisuutena työn sisällöstä ja odotuksena jonkun auktoriteetin taustatuesta.

”Varmaan pitäisi lähteä sieltä osastonlääkäristäkin, jos hoitajat saisi tukea sieltäpäin. Onko me opittu siihen, että lääkäri antaa nämä määräykset eikä hoitaja ajattele, että hän voisi itse tehdä semmosen ratkaisun ja pyytää vauvaperhetyöntekijää. Hoitajat odottavat lääkärin määräystä.”(V4)

5.3 Vauvaperhetyöntekijöiden kehitysehdotukset yhteistyölle

Kehittämishaasteita yhteistyön edistämiseksi nähtiin tiedonkulussa ja omassa ammatillisuudessaan (Taulukko 7).

TAULUKKO 7. Kehitysehdotukset moniammatillisen yhteistyön parantamiseksi

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Tiedottamisen lisääminen Kirjaamisen kehittäminen Verkostoituminen	Tiedonkulun turvaaminen	Kehitysehdotukset
Syventävä koulutus Työnohjaus Vauvaperhetyön seminaarit	Ammatillinen kehittyminen	

Tiedonkulun turvaaminen

Uudesta työtavasta tiedottamisen tarpeellisuus nousi selkeästi esille aineistosta. Kaikki haastatellut ilmaisivat kirjaamisen kehittämisen oleellisena tiedonkulun turvaamisessa, mutta myös osana perheen edun mukaisten tavoitteiden saavuttamisessa ja hoidon jatkuvuuden takaamisessa. Verkostoitumisen perheen virallisten tuentajien kesken koettiin parantavan tiedonkulkua.

”Tällä hetkellä työstämme vuorovaikutuksen asioiden kirjaamista osastotyössä, että löydettäisiin yhteinen kieli. Olisiko jotain fraaseja, miten ilmaista jotakin asiaa tai jos tulee jokin huoli perheen asioista, miten viedä sitä asiaa eteenpäin seuraavalle. Lähinnä se tiedonkulku eri yksiköiden välillä...” (V5)

”...neurologiset lapset ovat sellaisia, että monta kertaa minä oon se ainut, joka tietää sen kokonaistilanteen ja sitten monta hoitavaa tahoa on Helsingissä myöten. Helsingissä vaikka joku suoliavanne laitetaan ja sitten ne käy siellä sydänkirurgilla ja sitten ne käy meillä neurologilla ja sitten ne käy

hengityspanoksen ja kasvuasioissa pediatrialla. Enemmän tällaista yhteistyötä eri tahojen kanssa.”(V2)

”Semmoinen verkottuminen lapsen asioissa. Oma rooli on semmoinen, että otan yhteyttä sinne ja tänne. Joskus toivoisi, että otettaisiin yhteyttä minuun. Mutta näkyihän ne tiedot siellä kirjattuna. Ehkä semmoinen yhteiskotiuttaminen olisi hyvä ainakin pitkäaikaispotilaan kohdalla. Mutta semmoiseen ei ole totuttu, varsinkin jos on jotain hankaluutta perheellä. Aikataulutus on vaikeaa ja ylipäätään näiden palavereitten järjestäminen on työlästä ja vie aikaa.”(V5)

Ammatillinen kehittyminen

Vauvaperhetyöntekijät halusivat syventävää koulutusta kehittyäkseen työssään. Koulutuksella toivottiin olevan vaikutusta myös yhteistyötaitojen kehittymiseen. Työkokemuksen karttuessa huomattiin oman tietämyksen riittämättömyys ja todettiin yhteistyötaitojen harjaantumisen tarve.

”Oman itsensä kehittäminen koulutuksella. Hyvä, että on lastenpsykiatrisia koulutuksia kaksi kertaa vuodessa. Niihin on hyvä osallistua.”(V5)

”Ajattelen, että jokaiselle vauvaperhetyöntekijälle olisi eduksi saada jonkun verran jotakin koulutusta, jolla voisi tarkastella sitä perheen kokonaisuutta.”(V6)

6. POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit eivät ole yhtä selkeästi määriteltyjä kuin kvantitatiivisen tutkimuksen. Arviointikohteina ovat tutkimusaineisto ja sen kerääminen, aineiston analysointi ja tulosten raportointi. Arviointi kohdistuu koko tutkimusprosessiin. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuva tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2000.) Analyysillä luodaan selkeyttä aineistoon, jotta sen perusteella voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. Lukijan on kyettävä seuraamaan analyysin eri vaiheita voidakseen arvioida tutkijan tekemien tulkintojen ja johtopäätösten luotettavuutta.

Tutkimusaineiston ja – menetelmän luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen aineisto ei pyri olemaan edustava otos perusjoukosta kuten määrällisessä tutkimuksessa. Tyypillinen aineistonhankintatapa on tekstimuotoon saatettu vapaamuotoinen haastattelu. Luotettavuuden lisäämiseksi tutkimuksen teemat ja niihin liittyvät kysymykset pidettiin väljinä, koska tutkimuksen luotettavuus vähenee, jos kysymykset ovat liian suppeita (Nieminen 1997, 217.). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen, joten aineisto kootaan sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. (Nieminen 1997.) Tämän tutkimuksen otos on harkinnanvarainen muodostuen vapaaehtoisesti tutkimukseen osallistuneista vauvaperhetyöntekijöistä, joilla oli vähintään kolmen vuoden vauvaperhetyön työkokemus. Tarkoituksenmukaisuusperiaatetta noudattaen aineiston muodostivat yhdeksän vauvaperhetyöntekijän litteroitu haastattelu. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa vauvaperhetyöntekijän roolista ja moniammatillisesta yhteistyöstä. Koska laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ilmiö koko moninaisuudessaan, on tarkoituksenmukaista, että tutkimukseen valitaan ainoastaan niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja jotka kykenevät hyvin ilmaisemaan itseään. Tutkimusaineistoa voidaan pitää luotettavana, koska vauvaperhetyöntekijöillä oli kaikilla omakohtaisia kokemuksia uudesta roolistaan ja yhteistyöstä perheen eri tuentajien kanssa.

Teemat, joita tässä haastatteleamalla kerätyssä aineistossa käytettiin, on kuvattu liitteessä 3. Haastattelun etu on se, että siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Tällöin tutkija voi selvittää ja syventää annettuja vastauksia. (Hirsjärvi ym.2007.) Haastattelut kestivät 50 minuutista 11/2 tuntiin ja ne nauhoitettiin luotettavuuden parantamiseksi. Nauhoitusten laatu oli hyvä. Ympäristötekijöitä voidaankin pitää haastattelun onnistumisen kannalta merkittävänä. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Haastattelun luotettavuutta lisäsi haastattelutilanteiden luontevuus. Tutkittavat tunsivat entuudestaan tutkijan, joten tällä saattoi olla vaikutusta haastateltuihin. Tutkijan henkilökohtainen kokemus kohteena olevasta ilmiöstä saattoi vähentää haastateltavien taipumusta antaa sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia. Haastattelut toteutettiin pääosin rauhoitetussa tilassa työntekijän osoittamassa paikassa. Muutaman haastattelun keskeytyminen (puhelinsoitto, huoneessa käynyt kollega) saattoi heikentää tutkimustulosten luotettavuutta. Tällöin tutkijan tulikin johdatella haastateltava takaisin haastatteluteemoihin. Tärkeää on myös se, että haastattelukysymykset eivät saaneet olla tiettyihin vastauksiin johdattelevia. Oleellista oli saada vauvaperhetyöntekijät kuvailemaan ja kertomaan esimerkkejä kaikista kokemuksistaan

uudessa roolissaan sekä yhteistyön toteutumisesta että siihen vaikuttavista tekijöistä. Esimerkiksi Hirsjärven ja Hurmeen (1991) mukaan tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkijalla ja tutkittavilla on yhteinen ymmärrys käytetyistä käsitteistä. Tutkimuksessani empiirisen aineiston perusteella muodostunut perhekeskeisyyden käsite noudattelee teoreettista perhekeskeisyyden käsitettä. Tutkimuksessa on pyritty löytämään uutta näkökulmaa vauvaperhetyöntekijän työhön muodostamalla käsitteitä, jotka kuvaavat perhekeskeisyyden toteutumista moniammatillisessa yhteistyössä.

Aikaulottuvuus voi tuoda kertomuksiin unohtamisen ja muistamisen elementit (Nieminen 1997). Tässä tutkimuksessa ajan tuoma unohtamisen vaara minimoitui, koska tutkittavilla oli tuoreita ja jatkuvia kokemuksia ilmiöstä. Haastattelun avulla saadut aineistot olivat laajoja ja monipuolisesti kuvattuja, joten yhden tutkimusmenetelmän riittävyys on todennettu. Arvioitaessa tutkimuksen aineiston keruun eri vaiheita ja menetelmiä, voidaan todeta haastattelujen antaneen monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

Aineiston analyysin luotettavuus

Aineiston sisällön analyysin luotettavuus on yhteydessä aineiston keruun luotettavuuteen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Aineisto tulee koota sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. Validiteettiongelmia voi syntyä esimerkiksi siitä, että tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen tai tutkimusaineisto ei ole edustava. (Nieminen 1997.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tulkitaan kehittämällä yläluokituksia ja niille alaluokituksia. Tutkijan tulee löytää luokitus aineistosta. Aineistoa ei pakoteta ennaltamäärättyyn kehikkoon, vaan induktiivisella sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Tämä vaatii tutkijalta kykyä abstraktiseen, käsitteelliseen, ajatteluun. (Burns & Grove 1997, Nieminen 1997, Kyngäs & Vanhanen 1999, Tuomi & Sarajärvi 2000.) Aineiston analyysi toteutettiin tarkastelemalla alkuperäisaineistoa avoimesti ja luokittelemalla se pelkistämisen kautta abstraktimmalle tasolle (Liitteet 4-6). Analysoinnin luotettavuuden takaamiseksi tarkasteltiin alkuperäisaineiston ja tehtyjen tulkintojen välisen yhteyden säilymistä. Analysoinnin eri vaiheissa esitettiin tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä aineistolle, jotta voitiin tarkastaa vastasiko luokitus asetettuun tutkimustehtävään.

Luotettavuuden kannalta sisällön analyysin ongelmana on pidetty sitä, että tutkija ei kykene tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Tutkittava aihe oli minulle tutkijana entuudestaan tuttu. Työkokemukseni ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen hoitotyössä kohdistunut kirjallisuuskatsaus mahdollistivat aihepiirin syvällisen tuntemuksen. Aiheen tuntemus oli minulle tutkijana myös heikkous. Eskola ja Suoranta (1998) toteavat, että tutkimustulosten luotettavuuden kannalta objektiivisuuden vaatimus on vaikea, jos tutkija on tutkittavan kanssa osa samaa merkityks maailmaa. Koko tutkimusprosessini ajan pyrin tiedostamaan omia ennakkokäsityksiäni. Analyysityö oli rankin ja intensiivisin vaihe tutkimusprosessini kokonaisuudessa. Analyysin kohteena oleva käsitteet olivat abstrakteja ja myös käsitteellisesti toisiinsa kietoutuneita. Kategorioiden sisältöluokat oli esitettävä siten, ettei luokkien kuvauksissa ollut päällekkäisyyksiä. Abstrahoinnin ollessa kesken kategoriat eivät vielä sulje pois toisiaan (Kynge & Vanhanen 1999). Analyysiprosessin aikana pyrin kriittisyyteen tekemieni valintojen suhteen sekä tulosten kuvauksessa perustelemaan luokitusten sisällön. Luokituksia on useita, mutta olen pyrkinyt erittelemään kategoriat välttämällä päällekkäisyyksiä. Laadullisen sisällön analyysin luotettavuuden reliabiliteettiongelmat voivat liittyä aineiston koodaukseen tai virhetulkintoihin. Yhtä tulkinnallista totuutta ei kuitenkaan ole, vaan tulkintaan vaikuttavat tutkijan persoonallinen näkemys, hänen omat tunteet ja intuitio. (Denzin 1994, ks. Nieminen 1997.)

Tutkimustulosten ja raportoinnin luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen raportoinnissa pyritään antamaan riittävästi tietoa, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen soveltuvuutta muihin vastaaviin tilanteisiin. Lisäksi on pyrittävä analyysin taloudellisuuteen mahdollisimman harvojen käsitteiden avulla. (Leino-Kilpi 1990, Nieminen 1997.) Raportissa on käytetty rinnalla taulukoita ja kuvioita, joiden tarkoituksena on selventää tutkijan tekemää aineiston abstrahointia. Raportoinnissa pyrittiin luomaan selkeä ja tuore kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä.

Tutkimuksen tekijä on vastuussa tutkimuksensa eettisistä ratkaisuista haastattelemailleen henkilöille, yhteiskunnalla ja itselleen. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 217.). Haastatteluaineiston olen litteroinut ja analysoinut itse, joten tutkimusaineisto on ollut vain minun käytössäni koko tutkimuksen ajan. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on kuitenkin

eduksi, jos tutkija on itse tehnyt kaikki tutkimuksen vaiheet. (Eskola & Suoranta 1998, Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Raportointivaiheessa poimittiin alkuperäisaineistosta ilmaisia havainnollistamaan tehtyjä luokituksia. Suorien lainauksien tarkoituksena on lisätä raportin luotettavuutta. Tuloksen luotettavuuden kannalta onkin tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tulokset muodostuivat todellisista kokemuksista, joita vauvaperhetyöntekijöillä oli roolistaan työyhteisössä ja toteutuneesta yhteistyöstä perheen eri tuenantajien kanssa. Merkityksellistä on se, että vastaavatko tutkimustulokset tutkimustehtäviin. Saadut tulokset vastaavat tutkimustehtäviin.

6.2 Eettiset näkökohdat

Laadullisessa tutkimuksessa eettistä pohdintaa on tehtävä tutkijan roolista suhteessa tiedonantajiin ja tutkimusorganisaatioon (Paunonen & Vehviläinen – Julkunen 1997, 28.). Tutkimusta tehdessäni olin osa tutkittavien maailmaa. Haastattelussa on kyse tutkijan ja tutkittavan välisestä vuorovaikutuksesta. Toimin tutkimuksen eri vaiheissa rehellisessä ja luottamuksellisessa yhteistyössä tutkittavien kanssa. (Leino-Kilpi 1990, Janhonen & Nikkonen 2001,39.)

Hoitotieteellisen tutkimuksen tulee noudattaa tutkimusetiikkaa, joka ei vahingoita tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Lisäksi tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava mahdollisia haittoja suurempi. Tutkimukseen osallistumisen on oltava vapaaehtoista ja osallistujalla on oikeus pysyä tuntemattomana, oikeus luottamuksellisuuteen ja oikeus odottaa tutkijalta hienotunteisuutta ja vastuuntuntoa. (Leino-Kilpi 1990, Hirsjärvi & Hurme 2004.)

Tutkimukseni kohdistui hoitotyöntekijöihin ja tutkimuslupaa haettiin kunkin laitoksen lupalomakkeella. Tutkimusluvan myönsi vauvaperhetyöntekijän vastuualueen ylihoitaja tai johtava lääkäri. Kun kyse on pienestä tiedonantajien joukosta, tutkimusraporttiin ei ole liitetty tutkimuslupia, koska tieto saattaisi vahingoittaa yksityistä tiedonantajaa. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–32.)

Laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita ovat tiedonantajien vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus ja yksityisyys eli heidän henkilöllisyytensä suojaaminen (Janhonen &

Nikkonen 2001, 39.). Informointiin perustuvan suostumuksen periaate on, että tiedonantaja antaa suostumuksensa asianmukaisen informaation pohjalta. (Hirsjärvi & Hurme 2004.) Tutkimukseen osallistuvat vauvaperhetyöntekijät tavoitin puhelimitse tai sähköpostitse sopiaksemme haastatteluajan ja -paikan. Tutkittaville annettiin tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja käytännön järjestelystä. Heillä oli mahdollisuus hyväksyä tutkimukseen osallistumisensa tai kieltäytyä siitä. Haastattelutilanteessa tutkittavien annettiin tutustua haastatteluteemoihin ja esittää tarvittaessa lisäkysymyksiä. (Liite 1-2.) Tutkittavat suhtautuivat myönteisesti haastatteluun ja sen nauhoitukseen. Haastattelut etenivät keskustelunomaisesti. Keskustelun kuluessa saatettiin esittää eri ammattiryhmiin kohdistuvaa kritiikkiä. Tutkijana velvollisuuteni oli säilyttää puolueeton asenne. Kuitenkin roolini sairaanhoitaja-tutkijana mahdollisti osallistuvan keskustelun, jolloin tutkittava saattoi samalla reflektoida työtään. Velvollisuuteni tutkijana oli palauttaa keskustelu teemoihin.

Tutkija on eettisesti vastuussa siitä, että tutkimustulos vastaa aineistoa (Kygäs & Vanhanen 1999). Tiedon välittämistä koskevat eettiset näkökohdat ja vastuu tiedon välittämisestä ovat ohjanneet tutkimuksen raportointivaihetta. Tutkimuksen tulokset on raportoitu totuudenmukaisesti säilyttäen tutkittavien tunnistamattomuus. Anonymiteetin turvaamiseksi käytettiin numerointia vauvaperhetyöntekijöiden tunnistimena. Haastattelussa esille tulleet paikkakuntien tai hoitolaitosten nimet jätettiin huomioimatta. Haastattelujen suorissa lainauksissa on huomioitu tunnistamattomuuden säilyminen. Tutkittavien tunnistamattomuus on erityisen tärkeää, kun aineiston otos on pieni (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–32). Tutkimukseen osallistui yhdeksän vauvaperhetyöntekijää, joten anonymiteettiin kiinnitettiin erityistä huomiota.

6.3 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tulokset osoittavat Kiikku-vauvaperhetyöntekijän roolin vaihtelevuuden eri organisaatioissa. Roolin vakiintuminen ilmenee selkeänä työnjakona kotikäynteinä toteutuvan vauvaperhetyön ja osastotyön välillä. Oman taustayksikön tukea tarvitaan ja myös arvostetaan. Johdon ja esimiestason tiedostava tuki on tärkeä toimintaedellytys. Roolin vakiintumattomuutta kuvaavat ristiriitaiset näkemykset vauvaperhetyön tarpeellisuudesta ja käytössä olevista resursseista. Resurssien vähäisyys ja johdon tai lähiesimiehen selkeän tuen puuttuminen toivat epävarmuutta työn toteutukseen.

Uuden toimintatavan tuntemattomuus yhteistyötahojen keskuudessa heijastuu roolikokemuksissa. Verrattaessa tuloksia Korhosen (2003) ja Veijolan (2004) tutkimuksiin huomataan, että roolin vakiintuminen on yhteydessä työn tunnettavuuteen, työntekijän tavoitettavuuteen ja erityisesti työyhteisön myönteiseen asennoitumiseen ja esimiestason tukeen. Roolin vakiintumattomuus ilmenee sekä johdon että yhteistyökumppaneiden tietämättömyytenä vauvaperhetyön sisällöstä ja työntekijän roolista. Työn tuntemattomuus ja resurssien puute näkyy työn toteuttamisen epävarmuutena. Yhteistyötahojen moninaisuudella ja roolin vakiintumattomuudella osoittautui olevan ratkaiseva vaikutus yhteistyöhön. Roolin vakiintumisen mahdollisuudet ovat vähäiset resurssien puuttuessa ja tällöin yhteistyömahdollisuudet ovat vähäisempiä. Kokopäivätoimisesti vauvaperhetyötä teki kaksi haastatelluista, ja tällöin resurssit yhteydenpitoon perheen muiden tuenantajien kanssa paranivat.

Tulosten mukaan vauvaperhetyöntekijät toimivat perheen edustajina tuoden perheen näkökulman esille ja huolehtivat perheen edun toteutumisesta. He toivat perheen palautteen erikoissairaanhoidon hoidosta vastaavalle taholle, toimivat tiedonvälittäjinä kuntaan ja konsultoivat erityistyöntekijöitä lapsen hoitoon liittyvissä asioissa. Korhosen (2003) tutkimuksen sisällöllisinä piirteinä korostuivat tilannekohtainen, keskosten hoitoon sovelletun erityistiedon antaminen sekä perhetyöntekijän saavutettavuus. Tutkimuksessa ilmeni vauvaperhetyöhön liittyvien kustannusten vähäisyys.

Kiihku-vauvaperhetyötä on toteutettu ja arvioitu erikoissairaanhoidossa. Vauvaperhetyö antoi tukea erilaisissa tilanteissa vanhempien vuorovaikutukseen vauvan kanssa sekä vastasi tiedollisen ja emotionaalisen tuen tarpeisiin. Lisäksi se antoi vanhemmille yhteistyökanavan lasta hoitavaan organisaatioon (Kalland 1998, Kalland & Maliniemi-Piispanen 1999, Korhonen 2003, Mattila 2004). Vauvaperhetyö edisti lasten kognitiivista ja emotionaalista kehitystä sekä vanhempien myönteisiä mielikuvia lapsestaan lasten ollessa viisivuotiaita (Sajaniemi & Mitts 2004.) Kallandin (1998) tutkimustulosten mukaan vauvaperhetyöntekijän toiminnassa korostuu henkinen tuki, tieto vauvan kehityksestä ja kehityksen tukeminen. Lisäksi tuki sisälsi perheen asioiden selvittämistä ja eteenpäinviemistä.

Perhekeskeisyys ideologisena ja myös työvälineenä ilmeni vauvaperhetyöntekijöiden roolissa vahvana. Vauvaperhetyöntekijöiden kokemukset roolistaan osoittivat heidän muuttaneen työtapojaan ja irtaantuneen rutiineista. Voimaantuneen vauvaperhetyöntekijän osaamisalueet

muodostuvat teoreettisesta, taidollisesta ja asenteellisesta osaamisesta osoittaen hyvää ammattitaitoa. Kokonaisvaltaisen ihmiselämän ymmärtämistä tukee terveydenhuoltohenkilöstön irtaantuminen joistakin rutiineista, jotka saattavat täyttää vastaanottotilanteen, ja ihmisen hätä jää toissijaiseksi. Perheen maailmaan tulee tutustua yksilöllisten kokemukset kautta, ja tämän voi tehdä vain kuuntelemalla heitä (Mesiäislehto-Soukka 2005). Koulutuksen myötä työntekijät omasivat valmiudet kotiin tehtävään varhaisen vuorovaikutuksen tukeen ja hoitoon. Työntekijän taidot edistää intervention toteutumista ovat yhteydessä työssä onnistumiseen, kuten myös henkilökohtaiset ominaispiirteet. (Heaman ym. 2006.) Onnistuminen näkyy vanhempien lisääntyneinä taitoina vaikuttaen myönteisesti lapsen kasvuolosuhteisiin ja kehityspotentiaaliin. Vuorovaikutuksen herkistämiseen pyrkivät varhaiset interventiot saattavat tutkimusten mukaan edistää riittävän turvallisen kiintymyssuhteen kehittymistä ja lisätä lapsen toimintaedellytyksiä (Sajaniemi & Mitts 2004).

Kiikku-vauvaperhetyön koulutus antoi varmuutta ja taitoja varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen erilaisissa perhetilanteissa. Aiemman tutkimuksen (Hatva 2002, Pitkänen 2004) mukaan työmalli integroitui hyvin julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Yhteistyö organisaation sisällä sekä muiden lapsi- ja perhepalveluita tarjoavien välillä selkeytyi. Työmallin käyttöönottamista edisti organisaatioissa yhteisten toimintatapojen sopiminen (Ervasti 2004). Tässä tutkimuksessa vauvaperhetyöntekijät toivat esille yhteistyönäkemyksen eroavuuden ja palvelujärjestelmän joustamattomuuden, jotka häitäsivät toimintatavoista sopimista.

Vauvaperhetyöntekijöiden taidollinen osaaminen on pyrkimystä keskustelemaan otteeseen yhteistyötahojen kanssa ja välittämään tietämystään muille perheen virallisille tuenantajille. Tärkeää on yhteistyötahon kuunteleminen ja kunnioittaminen sekä toisen työn arvostaminen. Avoin keskustelu on edellytys ammattiryhmien väliselle yhteistyölle. Se vaatii rohkeutta asioiden esittämiselle ilman ammatillisen reviiirin suojelua. Vauvaperhetyöntekijän kokemukseen omasta roolistaan yhdistettiin vuorovaikutustaidot, joita koulutuksen aikana oli harjoiteltu; kuuntelun, kunnioittamisen, läsnäolon ja positiivisuuden esille nostamisen taitoja. Tämä on perustana vuorovaikutus- ja yhteistyötaidoille, joita rakentavassa yhteistyössä aiempien tutkimusten mukaan tarvitaan. (Metsämuuronen 2001, Häggmann-Laitila 2002, Veijola 2004.)

Tutkimuksen mukaan moniammatillisen yhteistyön toteutumista perheen virallisten tuenantajien kesken edistää valmius jaettuun asiantuntijuuteen ja yhteistyön perhekeskeisyys. Työkokemuksen karttuessa nähtiin paremmin omat ammatilliset vahvuudet ja tunnistettiin oman työn rajallisuus. Valmius asiantuntijuuden jakamiseen perheen muiden tuenantajien kanssa vahvistui työkokemuksen myötä.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vauvaperhetyöntekijät pyrkivät tutustumaan yhteistyökumppaniin ja hänen työhönsä, kuuntelemaan tämän mielipidettä ja keskustelemaan yhteisestä tavoitteesta. Tämä edellyttää vuorovaikutusta ja henkilökohtaista tutustumista. Paukkusen (2003) tutkimusten mukaan jaettu asiantuntijuus ilmenee konsultointina ja tarpeena yhteiseen päätöksentekoon. Vauvaperhetyöntekijät kokivat yhteistyösuhteissa reviiirin suojelua ja jonkinlaista kateutta luodessaan toimenkuvaansa. Tämä koettiin yhteistyön esteenä. Organisaatorajat ylittävä yhteistyö on moniammatillista yhteistyötä edistävä tekijä. Vastaavasti esteenä yhteistyön toteutumiselle on palvelujärjestelmän joustamattomuus. Organisaatorajat ylittävä moniammatillisuus on tutkimustuloksien (Paukkunen 2003, Veijola 2004, Isoherranen 2005) mukaan erityistukea tarvitsevan lapsen ja perheen hoidossa ensiarvoisen tärkeää, koska tällöin löydetään työlle yhteinen tavoite. Vauvaperhetyöntekijät näkevät työnsä hoitoprosessina, jonka keston määrittelevät perhe ja vauvaperhetyöntekijä yhdessä. Työskentelyssä keskitytään perheen voimavarojen vahvistamiseen ongelmakeskeisyyden sijaan. Veijolan (2004) mukaan eri toimijoita yhdistää jokin yhteinen tema, jolloin toiminta on aktiivista prosessinomaista työskentelyä. Lisäksi moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvilla tulee olla selkeä kuva sekä omasta että toisten rooleista.

Vauvaperhetyöntekijät korostivat perhekeskeisen ajattelun tarpeellisuutta moniammatillisessa yhteistyössä. Ollikaisen (2003) tutkimuksen keskeisimpänä tuloksena oli ammattilaisten tietoisuus siitä, miten toimia perhekeskeisesti ja kumppanuudessa vanhempien kanssa. Sekä henkilökunta että vanhemmat korostivat vanhempien läsnäolon merkitystä ja sitä, että mahdollisimman moni lapsen erityiseen tukeen ja kuntoutukseen aikaisemmin osallistuneet tai tulevaisuudessa osallistuvat työntekijät olivat yhtä aikaa läsnä. Kaikki saivat samalla kertaa tiedon lapsen tilanteesta ja voivat tehdä yhteisiä suunnitelmia ja sopimuksia.

Vauvaperhetyöntekijät olivat toisinaan erityistyöntekijöiden ja perheen yhteispalaverien koollekutsujana. He huolehtivat perheen edusta. He myös pyrkivät omalta osaltaan avoimeen dialogiin yhteistyökumppaneiden kanssa. Avoimuus työyhteisössä vaatii tasavertaisuutta ja

yksilön vastuuta. Avoimessa ilmapiirissä sallitaan mielipiteen ilmaisut ja työntekijät kuuntelevat toisiaan. Myös Ollikaisen (2003) tutkimuksesta ilmeni, että kokouksen tunnelmalla oli merkitystä siihen, miten turvalliseksi läsnäolijat ilmapiirin kokivat. Avoimen, sallivan ilmapiirin syntymiseksi osallistujien oli tärkeää saada tarpeeksi etukäteistietoa kokouksen kulusta ja odotuksista sekä siitä, mitä siellä heiltä odotetaan. Jotta hyvä vuorovaikutus ja dialogi voivat syntyä osallistujien välille, vanhempien on itse saatava olla mukana määrittelemässä, keitä kokoukseen kutsuttiin.

Aiemmissa tutkimuksissa (Rantala 2002, Mattila 2004) on ilmennyt perheiden tyytymättömyys tuenantajien väliseen yhteistyöhön. Tässä tutkimuksissa ilmeni yhteistyönäkemyksissä eroavuuksia eri toimijoiden kesken. Rajapinnat olivat vaikeita eri ammattiryhmien kesken eikä aina edetty vuorovaikutukseen asti. Yhteisöllisen asiantuntijuuden omaksuminen moniammatillisessa yhteistyössä, sen ylläpitäminen ja edelleen kehittäminen ovat haasteellista niin hoitotyön johdolle kuin hoitotyöntekijöille.

6.4 Johtopäätökset

Kiihku-vauvaperhetyön koulutuksen antamat valmiudet ja työkokemus kehittivät ammattitaidoksi. Roolin vakiintuessa yhteistyön mahdollisuudet sekä perheen että virallisten tuenantajien kanssa paranivat. Vauvaperhetyöntekijät toimivat perheen hoidon koordinoijina, tiedottajina ja varhaisen vuorovaikutuksen tukemisen asiantuntijoina. Lapsi- ja perhepalveluja ylläpitävän organisaation saama hyöty konkretisoituu työntekijän osaamisen lisääntymisenä ja monipuolistumisena.

Resurssien niukkuus haittaa kotikäyntien toteuttamista, työstä tiedottamista ja yhteydenpitoa eri ammattiryhmien kesken. Voimaantuneenkin vauvaperhetyöntekijän resurssit ovat liian vähäiset. Pelkästään työaika lisäämällä voidaan parantaa palvelun saatavuutta ja yhteistyömahdollisuuksia vauvaperhetyössä. Ensisijaisena vauvaperhetyön hyödynsaajana on vauvaperhe, joka tarvitsee varhaisen vuorovaikutuksen tuen ohessa lapsi- ja perhepalveluja tarjoavien organisaatioiden perustehtävän mukaisia vauvan ja vanhempien kehitykseen tai hyvinvointiin liittyvää osaamista. Kiihku-vauvaperhetyöntekijät vastaavat erityisvauvan tuen tarpeeseen. Tutkimustuloksen mukaan osaaminen näkyy vauvaperhetyöntekijän asiantuntijuutena ja työn arvostuksena. Työntekijän ammatillinen osaaminen monipuolistuu ja työnkuva laajenee organisaation seinien sisältä tukea tarvitsevan vauvaperheen kotiin.

Kiihku-vauvaperhetyön ja varhaisen vuorovaikutuksen koulutuksista ja niiden vaikuttavuudesta on saatavilla niukasti tietoa. Stakesin VAVU-koulutus suunnattiin

ensisijaisesti perusterveydenhuollon toimijoille. Kiikku-vauvaperhetyöllä ja VAVU-mallilla on toisiaan täydentävä funktio. Sen sijaan kuntien perhetyön toimijoiden koulutustaustat vaihtelevat. Koulutuksen eroavuudet vaikuttavat eri ammattiryhmien yhteistyönäkemyksiin. Yhtenäisellä koulutuksella voidaan lähentää näkemyksiä. Tutkimustuloksissa ilmeni, että vauvaperhetyöntekijät kokivat yhteistyönäkemyksen eroavuuden haittaavan moniammatillisen yhteistyön toteutumista niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa.

Perhekeskeisyyden toteutumisessa oli eroja eri ammattiryhmien välillä. Tulosten mukaan perheen näkökulma ei tule riittävästi huomioiduksi eri ammattiryhmien työskentelyssä, jolloin vauvaperhetyöntekijän rooli perheen edustajana korostuu. Perhekeskeisyyden toteuttamisessa tarvitaan yhteisiä kotiuttamispalavereita etenkin pitkään sairaalahoitossa olleen vauvan päästessä kotiin vanhempinsa hoitoon. Tällaiseen avoimeen keskusteluun osallistuvat perhe, vauvan hoitoon osalliset ammattilaiset ja perheen eri tuenantajat. Tuen tarve usein kasvaa ja yhteistyötahot lisääntyvät erityislapsen kasvun myötä.

Moniammatillisuus jää usein toteutumatta lapsiperheen palveluja tarjoavien henkilöiden suuren määrän vuoksi eivätkä työntekijät koe yhteistyön kuuluvan normaaliin toimenkuvaansa lapsiperheiden terveyttä edistävässä toiminnassa. Tarvitaan avointa keskustelua eri ammattiryhmien välillä yhteisen näkemyksen saavuttamiseksi moniammatillisessa yhteistyössä, jolloin voidaan vähentää hoidon pilkkoutuneisuutta. Perheen hoidon koordinoiminen ja tiedon välittäminen edistivät yhteistyötä esimerkiksi lasta hoitavan lääkärin kanssa. Tuloksien mukaan yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan myös foorumi avoimelle dialogille.

Moniammatillisen yhteistyön edellytyksenä vauvaperhetyöntekijät pitävät hyviä vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja. Keskeiset taidot sosiaali- ja terveysalalla ovatkin ihmisyyden merkityksen tiedostaminen ja dialogin taito. Se merkitsee itsen ja toisen kunnioittamista niin, että vaikeistakin asioista voidaan ja halutaan puhua niiden oikeilla nimillä ja työyhteisössä ja asiakassuhteissa oikeasti halutaan päästä kaikkien osapuolien voimaantumista edistäviin ratkaisuihin.

6.5 Hoitotyön kehittämis- ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksella tuotettiin tietoa moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi erityistuen tarpeessa olevien perheiden virallisten tuentajien kesken. Tutkimustulosten mukaan moniammatillisen yhteistyön kehittämishaasteeksi muodostui perhekeskeisyyden omaksuminen yhteistyön perustana. Perheiden äänen on tultava paremmin kuulluksi. Vauvaperhetyöntekijät kokivat työskentelevänsä perheen edustajina, tukijoina ja hoidon koordinoijina. He toivat perheen näkökulman yhteistyötahojen keskuuteen. Perheen ja yhteistyötahojen välillä keskusteluja yhteisestä tavoitteesta häyttasi käsitteiden tuntemattomuus ja näkökulmien eroavuus. Tämä asettaa haasteita vauvaperhetyömallin palvelujärjestelmään integroimisessa. Tulokset haastavat terveydenhuollon ammattilaisia tutustumaan Kiikku-vauvaperhetyön työmalliin, josta on saatavilla tietoa. On myös mahdollisuus hakeutua ammattikorkeakouluissa järjestettävään täydennyskoulutukseen. Terveydenhoitajien ja vauvaperhetyöntekijöiden työn tuloksellisuus pitkällä aikajänteellä lasten ja perheiden hyvinvoinnin edistämässä edellyttää tuentajien välistä yhteistyötä. Työmallin omaksuminen vaatii vauvaperhetyöntekijän oman työyhteisön ja myös muiden terveydenhuollon organisaatioiden tietoisuutta työn sisällöstä, jotta se hyväksytään ja kollegiaalisesti tuetaan. Tutkimuksen yhtenä tarkoituksena oli edistää ammatinharjoitusta. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien tuntemus vauvaperhetyöstä mahdollistaa moniammatillista yhteistyön kehittämisen.

Kehittämishaasteena vauvaperhetyöntekijät näkevät oman ammatillisen kehittymisensä ja tiedonkulun turvaamisen. Perheen palvelujen ja hoidon koordinointiin kului vauvaperhetyöntekijän voimavaroista suuri osa. Tiedonvälittämisen parantaminen kirjaamiskäytäntöjä kehittämällä palvelee perheen etua ja tuentajien välistä yhteistyötä sekä hoidon jatkuvuutta. Tiedonkulun turvaaminen asettaa vaatimuksia käytännön hoitotyöhön ja myös hoitotyön organisaatioille. Vauvaperhetyön vakiintuessa voidaan tutkia miten muut ammattiryhmät kokevat tämän työmallin ja yhteistyön. Perhe on edelleen moniammatillisen tiimin tärkein tekijä. Jatkotutkimushaasteeksi nousee myös perheiden kokemusten kartoittaminen hoitotieteellisellä tutkimuksella.

LÄHTEET

- Alasuutari P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Vastapaino.
- Bardy M & Öhman K. 2007. Vaativa vauvaperhetyö. Kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta. *Stakes, Työpaperieita 13/27*. Helsinki.
- Bowlby J. 1969/1997. Attachment and loss I. Hogart/Pimlico. London.
- Belsky J. 2005. Attachment in ecological perspective. Teoksessa Grossmann K.E, Grossman K & Waters E (toim.) Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studie. The Guilford Press, New York, 71-97.
- Burns N & Grove S. 1997. The practice of nursing research. Conduct, critique & utilization. W.B.Saunders Company, Philadelphia.
- Crittenden P. 1995. The preschool assessment of attachment. Coding manual. Family Relations Institute, Miami.
- Davis H. 1993. Counselling Parents of Children with Chronic Illness or Disabilities. British Psychological Society Books. Leicester.
- Eckenrode J, Zielenski D, Smith E, Marcynyszyn L. A, Henderson C.R.Jr, Kitzman H, Cole R. Powers J & Olds D.L. 2001. Child maltreatment and early onset of problem behaviours: can a program of nurse home visitation break the link? *Development & Psychopathology 13*, 873-890.
- Emde R.N. 1989. The infant's relationship experience: developmental and affective aspects. Teoksessa: Sameroff, A.J. & Emde, R.N. (toim.) Relationship Disturbances in Early Childhood. Basic Books. New York, 225–235.
- Ervasti A. 2004. Vauvaperhetyöntekijän voimaantuminen. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. Oulu.
- Gorzka P. A. 1999. Homeless Parents: Parenting Education to Prevent Abusive Behaviors. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, Volume 12, Number 3, 101-109.
- Hakulinen T. 1998. The family dynamics of childbearing and childrearing families, related family demands and support received from child health clinics. *Acta Universitatis Tamperensis 585*. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Hastrup A. 2006. Hoitajien ja vanhempien välinen vuorovaikutus. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto. Tampere.
- Hastrup A, Solantaus T & Toikka S. 2005. Vavu-hankkeen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen julkaisuja 8. Stakes. Helsinki.
- Hatva S. 2002. Projektin puolivälisarviointi vuosilta 2000–2001. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätio. Kiikku-projekti.(Julkaisematon)
- Heaman M, Chalmers K, Woodgate R & Brown J. 2006. Relationship work in an early childhood home visiting program. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(4), 319–330.
- Heimo E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Seurantatutkimus vuosina 1997–2000. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 184. Turku.
- Hirsjärvi S, Remes P ja Sajavaara P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Hirsjärvi S & Hurme H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki
- Huttunen J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat. PS-kustannus Oy. Juva.
- Hyvönen S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. *Acta Universitatis Tamperensis 1028*. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Tampere.

- Häggmann-Laitila A. 2002. Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämiseksi. Teoksessa: Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M & Sirola K, toim. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Juva.
- Häggmann-Laitila A. 2003. Early support needs of Finnish families with small children. *J Adv Nurs*. Vol. 41, 595–606.
- Isoherranen K. 1996. Moniammatillinen ryhmä terveydenhuollossa – tiimien keskustelujen analyysiä. Lisensiaattitutkimus, Sosiaalipsykologian laitos, Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Janhonen S & Nikkonen M 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.
- Kalland M. 1998. Turvallinen Kiikku. Vanhempien kokemukset Kiikku-projektista. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Helsinki. (Julkaisematon.)
- Kalland M. & Maliniemi-Piispanen S. 1999. Vauvan Kiikku. Kuvaus kokeilevasta vauvaperhetyöstä. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Helsinki.
- Kalland M. 2005. Vauvan sairaus tai vamma varhaisessa vuorovaikutuksessa. Teoksessa Niemelä, P, Siltala, P & Tamminen, T. (toim.) 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus, 191–203. WSOY, Juva
- Kansanterveyslaki 66/1972, Suomen asetuskokoelma. Helsinki.
- Kekkonen M. 2004. Vanhemmuutta etsimässä ja tukemassa. Lapsiperheiden peruspalveluiden kehittäminen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 281. Saarijärvi.
- Kivijärvi M. 2005. ”A contented baby has a sensitive mother”- The Construct and Determinants of Maternal Sensitivity Behaviour, and its Association with Infant Temperament and Behaviour in Early Interaction. *Annales Universitatis Turkuensis Ser. B-Tom 281*. Department of Psychology, University of Turku. Turku.
- Koniak-Griffin D, Anderson NL, Brecht ML, Verzemnieks I, Lesser J, Kim S. 2002. Public health nursing care for adolescent mothers: impact on infant health and selected maternal outcomes at 1 year post birth. *J Adolesc Health*. 2002 Jan; 30(1):44–54.
- Korhonen A. 1999. Erityisvauvan kehityksen tukeminen. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Korhonen A. 2003. Vauvaperhetyö keskosten äitien tukena. *Acta Universitatis Ouluensis*. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. Oulu.
- Korhonen A & Koskinen S. 2007. Kiikku-vauvaperhetyön koulutus. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Helsinki. (Julkaisematon.)
- Korhonen A & Sukula S. 2004. Vauvaperhetyö. Opetus 2000. PS-kustannus, Juva.
- Korhonen A. 2007. Vauvaperhetyön vakuuttavuudesta. Luento. 28.11.2007. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö. Helsinki. (Julkaisematon.)
- Kuntalaki 365/1995, Suomen asetuskokoelma. Helsinki.
- Kurki P-L, Koivuniemi-Iliev L, Tuulos T. 2001. Psykkisten häiriöiden ehkäisy neuvolassa – Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä - projekti 1997 - 2000. Oulun lääninhallituksen julkaisuja Nro 64. Kuvaus varhaisen vuorovaikutuksen projektin teoriataustoista, projektin lähtökohdista ja toteutumisesta Oulun läänissä. Päivitetty 27.4.2000. Saatavilla www.muodossa.intermin.fi/olh. Luettu 15.5.2006.
- Laakkonen A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto, Kasvatustieteellinen tiedekunta. Tampere.
- Laki äitiys- ja lastenneuvoloista 224/1944, Suomen asetuskokoelma. Helsinki.
- Laki kunnallisista kättilöistä 223/1944 ja terveystieteistä 220/1944, Suomen asetuskokoelma. Helsinki.

- Lastensuojelu 2006 (Barnskyddet 2006 – Child welfare 2006).
Tilastotiedote13/2007. Päivitetty 27.8.2007. Suomen virallinen
tilasto, Sosiaaliturva 2007. Stakes.
- Leino-Kilpi H. 1990. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen M ja
Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 26–33.
- Lipponen V. 2002. Sairaanhoidajan ja potilaan yhteistyösuhteen filosofinen tarkastelu.
Julkaisussa Munnukka T & Aalto P. (toim.) Minun hoitajani – näkökulmia
omahoitajuuteen. 2. painos. Vantaa: Dark Oy, 31–37.
- Lipponen V. 2006. Läheisyyttä ja etäisyyttä kuoleman lähestyessä. Acta Universitatis
Tampereensis 1161. Tampere: Tampere University Press. Acta Electronica
Universitatis Tampereensis 539.
- Lyytinen H, Eklund K & Laakso M-L. 2006. Varhainen kognitio, temperamentti ja
vuorovaikutus. Teoksessa Lyytinen P, Korkiakangas M & Lyytinen H.(toim.).
Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. WSOY. Helsinki,
40–60.
- Mahoney G & Bella J.M. 1998. An examination of the effects of family-centered early
intervention on child and family outcomes. Topics in Early Childhood Special
Education 18(2), 83–94.
- Mattila T. 2004. Eritysvauvaperheen saama tuki lapsen syntymän jälkeen. Pro gradu-tutkielma.
Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Mattila H. 2008. Voimaantumisen ydin. Sosiaali- ja terveysalalla toimivien ihmisten
mahdollisuuksia voimaantua työssään Väitöskirja Kuopion yliopiston julkaisuja
E. Yhteiskuntatieteet 151. Kuopio.
- Mattus M-R. 1999. Perhelähtöinen arviointi: Haastattelumenetelmä interventiona HMI.
Opetusmateriaali 11. Jyväskylän yliopisto. Erityispedagogiikan laitos.
Jyväskylä.
- Mesiäislehto-Soukka H. 2005. Perheenlisäys isien kokemana – fenomenologinen
tutkimus. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja
terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. Oulu.
- Metsämuuronen J. 1988. Moniammatillisuus tulevaisuuden haasteena. Teoksessa:
Metsämuuronen J 2001. Sosiaali – ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä.
International Methelp Ky.
- Miles M & Huberman A.M 1994. Qualitative data analysis. An expanded sourcebook. Toinen
painos. London, Sage.
- Mäntymaa M. 2006. Early mother-infant interaction: Determinants and Predictivity. Acta
Universitatis Tampereensis; 1144. Tampere University Press. Tampere.
- Määttä P. 1999. Perhe asiantuntijana. Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt. Opetus
2000. Atena Kustannus, Jyväskylä.
- Nieminen H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen M ja
Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 215–221.
- Niskanen T. 2001. Lapsen ja vanhempien välisen varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen
lastenneuvolassa. Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen lastenneuvolatyössä–
hankkeen koulutuksellisten valmiuksien ilmeneminen terveydenhoitajan
viestinnässä. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
Tampere.
- Olkkonen K. 2003. Rajat ylittävä vai rajoista kiinnipitävä yhteistyö.
Mielenterveystyöntekijöiden käsityksiä moniammatillisuudesta ja
asiantuntijuudesta. Sosiaalityön pro gradu- tutkielma. Tampereen
yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Tampere.

- Ollikainen L. 2003. Moniammatillisuus lapsen kehityksen ja oppimisvalmiuksien seurannassa ja edistämisessä. NMI. Bulletin. Oppimisvaikeuksien erityislehti. Saatavilla www.muodossa www.enorssi.fi/opetus/erilaisen-oppijan-tuki/eot. Luettu 22.2.2008.
- Ottawan asiakirja (1986) Teoksessa: Vertio H 2003:172–177. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Ovretveit J. 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu(suomennos). Hakapaino. Helsinki.
- Paavilainen R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Acta Universitatis Tamperensis. Tampereen yliopisto, 161. Tampere.
- Paukkunen L. 2003. Sosiaali- ja terveysalan yhteistyöosaamisen kehittäminen. Koulutuskokeilun arviointitutkimus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 103. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K.1997. Tutkimussuunnitelman laadinta kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva.
- Pelkonen M. & Löthman-Kilpeläinen L. 2000. Neuvola lapsiperheiden tukena. Selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Selvityksiä 2000:10, Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Peltari P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Stakes, Tutkimuksia 80. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Pihlaja P. 1998. Päivähoidon syrjällä. Erityispäivähoito 1997. Selvityksiä 1998:7. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Pitkänen M. 2004. Vauvaperhetyön integroituminen julkiselle sektorille. Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö, Helsinki.(Julkaisematon)
- Poulton B & West M. 1993. Effective multidisciplinary teamwork in primary health care. Journal of Advanced Nursing 28: 672–679.
- Potinkara H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Acta Universitatis Tamperensis 1013. Tampere: Tampere University Press.
- Puura K, Davis H, Papadopoulou R. 2002. The European early promotion project: A new primary health care service to promote children's mental health. Infant Mental Health Journal 23(6), 606–624.
- Puura K. 2003. Terveystenhoitaja varhaisen vuorovaikutuksen tukijana. Teoksessa Niemelä, P, Siltala, P & Tamminen, T. (toim.) 2003. Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus, 475–487. WSOY, Juva
- Puura K., Davis H., Mäntymaa M., Tamminen T., Roberts R., Dragonas T., Papadopoulou K., Dimitrakaki C., Paradisiotou A., Vizacou S., Leontiou F., Rudic N., Miladinovic T., & Radojkovic A. 2005. The Outcome of the European Early Promotion Project: Mother-Child Interaction. The International Journal of Mental Health Promotion, Volume 7, Number 1, pp. 82-94(13) The Clifford Beers Foundation.Saatavilla <http://www.ingentaconnect.com/content/>. Luettu 12.3.2007.
- Rantala A. 2002. Perhekeskeisyys- puhetta vai todellisuutta? – työntekijöiden käsitykset yhteistyöstä erityistä tukea tarvitsevan lapsen perheen kanssa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

- Rekola L., Isoherranen K., Koponen L. 2005. Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. Tutkiva hoitotyö 1/2005, 16–21.
- Rimpelä M. 2002. Perheneuvola koko perheen hyvinvointia tukemaan. Dialogi 2/2002: 27.
- Räty T. 2007. Uusi lastensuojelulaki. Edita. Helsinki.
- Sajaniemi N. 2001. Keskosten käyttäytyminen, kognitiiviset toimintaedellytykset ja niihin vaikuttaminen. Väitöskirja. Psykologian laitos, Helsingin yliopisto. Helsinki
- Sajaniemi N. ja Mitts T. 2004. Kiikku-vauvaperhetyön vaikutukset vanhemmuuteen ja lapsen kehitykseen. Helsingin yliopiston soveltavan kasvatustieteen laitoksen julkaisuja. Helsinki
- Sandelin P. 2007. Kertomuksia psyykkisestä väkivallasta terveydenhuollon työ- ja opiskeluyhteisöissä. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Saatavilla <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284755/>. Luettu 25.1.2007
- Seikkula J & Arnkil T.E. 2005. Dialoginen verkostoyhteistyö. Tammer-Paino Oy. Tampere.
- Schulman M. 2002. Vauvahavainnointi – oppia observoimalla. Therapie-säätiö. Gummerus kirjapaino, Saarijärvi
- Siitonen J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmotelma. Acta Universitas Ouluensis E 37. Oulu University Press. Oulu.
- Siltala P. 2003. Varhainen vuorovaikutus kokemuksen ja tutkimuksen valossa. Teoksessa Niemelä P, Siltala P ja Tamminen T (toim). Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus, 16–43. WSOY, Juva.
- Sinkkonen J. 2001. Kiintymyssuhteen häiriöiden yhteydet psykopatologiaan. Teoksessa: Sinkkonen J ja Kalland M (toim) Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen, 146–173. WSOY, Porvoo
- Sinkkonen J. 2003. Lapsen varhainen isäsuhde. Teoksessa: Niemelä P, Siltala P ja Tamminen T (toim) Äidin ja vauvan varhainen vuorovaikutus, 261–267. WSOY, Helsinki.
- Sirola K & Salminen E-M. 2002. Projektit, verkosto- ja tiimityöskentely. Teoksessa: Pietilä A-M, Hakulinen T, Hirvonen E, Koponen P, Salminen E-M & Sirola K, toim. Terveiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Juva, 273–275
- Sirviö K. Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointia sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmista. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 132.2006. Kuopio.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003a. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004 - 2007. Julkaisuja 18, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003b. Lastenneuvolatoimikunnan asiantuntijatyöryhmän muistio. Opas lastenneuvolatoiminnan kehittämiseksi kunnissa. Työryhmämuistioita 2003:7, Helsinki.
- Stern D. 1997. Maailma lapsen silmin: mitä lapsi näkee, kokee ja tuntee. Juva, WSOY.
- Tamminen T. 1990. Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. Acta Universitas Tamperensis. Series A, volume 304. Väitöskirja, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Tamminen T. 1996, 2000. Pikkulapsipsykiatria. Teoksessa Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T. ja Almqvist, F. toim. Lasten ja nuorten psykiatria, Duodecim. Helsinki
- Tarkka M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. Ensisynnyttäjän selviytyminen äitiyden varhaisvaiheessa. Acta universitatis Tamperensis. Ser A. Vol. 518. Tampereen yliopisto. Tampere.

- Tuomi J & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen M ja Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 26–34.
- Vehviläinen-Julkunen K. 1999. Perheen tukeminen raskauden aikana. Teoksessa: Paunonen M ja Vehviläinen-Julkunen K (toim) Perhe hoitotyössä, teoria, tutkimus ja käytäntö, 157–175. WSOY, Porvoo.
- Veijola A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Oulun yliopisto. Oulu.
- Vertio H. 2003. Terveyden edistäminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Viljamaa M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä studies in education 212. Psychology and social research. Jyväskylä.
- Viljanen K & Lauri S. 1990. Perhekeskeisyys lastenneuvolassa. Lääkintöhallituksen julkaisuja 157. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Zeanah C H, Boris N W & Larrieu J A. 1997. Infant development and developmental risk: review at the past 10 years. Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 36(2), 165-178.
- Åstedt-Kurki P, Paavilainen E, Paunonen M & Nieminen H. 1998. Education of Family nursing Specialists at the University of Tampere, Finland. Journal of Family Nursing. Vol 4(4):350–357.

LIITTEET

Liite 1.

Moniammatillinen yhteistyö vauvaperhetyössä - haastattelututkimus yhteistyön toteutumisesta perheen muun virallisen tuenantajien ja vauvaperhetyöntekijän välillä Pori, maaliskuu 2006 Tiedote

Hyvä Vauvaperhetyöntekijä

Teen pro gradu-tutkimusta Tampereen yliopiston Hoitotieteen laitoksella. Tutkimukseni tarkoituksena on kuvata yhteistyön toteutumista vauvaperhetyöntekijän ja muiden virallisen tuenantajien välillä. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa, jonka avulla yhteistyötä voidaan kehittää ja parantaa hoidon jatkuvuutta.

Tutkimuksen avulla saatua tietoa käytetään vauvaperhetyön ja eri tuenantajien välisen yhteistyön kehittämiseen. Vauvaperhetyöntekijänä olet paras asiantuntija kertomaan vauvaperhetyön vaatimasta yhteistyön tarpeesta, joten pyydän Sinua osallistumaan tähän tutkimukseen.

Haastateltavat vauvaperhetyöntekijät on valittu tutkimukseen sairaanhoitopiireistä, joissa vauvaperhetyötä voidaan pitää vakiintuneena työmuotona ja työ kuuluu kuntalaskutuksen piiriin. Haastattelut on tarkoitus suorittaa vuoden 2006 aikana. Haastattelutilanteessa pyydän kertomaan vapaamuotoisesti ja omin sanoin kokemuksistasi vauvaperhetyössä toteuttamastasi yhteistyöstä eri tuenantajien kanssa. Haastatteluun pyritään suorittamaan työaikana. Arvioitu haastattelu-aika on yksi tunti. Kaikki antamasi tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia. Tutkimuksen antamat tiedot raportoidaan siten, että kenenkään tutkittavan henkilöllisyyttä ei ole mahdollista tunnistaa. Haastattelutallenteet hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista ja Sinulla on oikeus kieltäytyä siitä. Työtäni ohjaavat Tampereen yliopiston Hoitotieteen laitoksella THT, dosentti Marja-Terttu Tarkka ja TtM, lehtori Tiina Mäenpää.

Osallistumalla tähän tutkimukseen voit antaa ensisijaisen tärkeää tietoa siitä, miten vauvaperhetyössä eri tuenantajien ja vauvaperhetyöntekijän yhteistyötä voitaisiin kehittää. Tutkimukseen osallistuminen vahvistetaan täyttämällä oheinen suostumuslomake, joka postitetaan allekirjoittaneelle palautuskuoressa. Otan Sinuun yhteyttä puhelimitse haastatteluajan varmistamiseksi saatua suostumukseksi. Tarvittaessa annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta. Osoitteeni on: XXXXXXXX gsmXXXXXX.

Ystävällisin terveisin

Kristiina Siirto-Honkanen

TtM-opiskelija,

terveydenhoitaja, lasten- ja nuorten sairaanhoitaja, vauvaperhetyöntekijä

Liite 2.

SUOSTUMUS

Haastattelu on keskustelunomainen tilanne, joka vie aikaa 1-1½ tuntia ja se nauhoitetaan. Henkilöllisyyttäsi ja Sinua koskevaa haastatteluaineistoa ei anneta ulkopuolisten käyttöön. Haastattelusi sisältöä ei käytetä sellaisenaan vaan tutkimustuloksina vauvaperhetyön palvelujen ja moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen.

Osallistun Kristiina Siirto-Honkasen pro gradu – tutkimukseen, jossa tarkastellaan vauvaperhetyöntekijän kokemuksia roolistaan ja yhteistyöstä perheen eri tuentajien kanssa.

Päiväys _____

Nimi: _____

allekirjoitus

Osoite: _____

Puh. _____

Liite 3. Kiikku-vauvaperhetyöntekijän rooli työyhteisössä ja moniammatillinen yhteistyön toteutuminen - haastattelututkimus yhteistyön toteutumisesta perheen muiden virallisen tuentajien ja vauvaperhetyöntekijän välillä

Taustatekijät:

- 1) työkokemus vauvaperhetyöntekijänä
- 2) työhön käytettävissä olevaa aika
- 3) kustannustaho

Haastatteluteemat

1 Vauvaperhetyöntekijän rooli

- Millainen on tämän hetkinen työnkuvasi?
- Millaisia kokemuksia Sinulla on vauvaperhetyön tiedottamisesta?
- Mikä vauvaperhetyöntekijänä toimiessasi on mielestäsi tärkeää suhteessa muihin tuentajiin?

2 Toteutunut yhteistyö

- Millaisissa asioissa yhteistyötä tehdään?
- Millaisia yhteistyön välineitä käytät työssäsi?
Esim. konsultaatio, perhekeskeisyys
- Millaista yhteistyötä olet kaivannut?
Kuvaile yhteistyötä perheen muun virallisen tuentajan kanssa
Esimerkiksi yhteinen kotikäynti, sosiaalitoimen kanssa tehty yhteistyö

3 Yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät

- Mitkä tekijät edistävät ja mitkä haittaavat yhteistyötä?
- Mitä asioita pitäisi yhteistyössä kehittää, jotta se paremmin palvelisi perhettä?

Liite 4: Esimerkki aineiston pelkistämisestä koskien vauvaperhetyöntekijän asiantuntijana olemista

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
<p>Niin aluksi sitä vähä piti että ei tavallaan ollu yhtä tärkeä siellä, mutta kun niiltä sai kysyä, neuvoa, opastusta ja tukea myös omalle työlle niin tavallaan pidän työtäni yhtä tärkeänä kuin niitten muitten työt</p>	<p>Toisen työn kunnioittaminen</p> <p>Oman työn arvostaminen</p>
<p>Mulla on siellä se paikka ja se mun osaaminen ja se mun näkemys on siinä. Mua kuunnellaan kyllä, ihan rinta rottingilla saa olla (naurua)</p>	<p>Osaamistani ja näkemystäni arvostetaan</p>
<p>Saa vahvistusta niihin omiin mielipiteisiinsäkin, että miten perhe pärjää. Tulee aina mieleen joku perhe ja sitten puhuu siitä</p>	<p>Yhteistyötaholta vahvistusta omalle näkemykselle perheestä</p>
<p>Asiantuntijana kuitenkin siinä, että kyllä he siten näkevät roolini</p>	<p>Perhe kokee asiantuntijana</p>
<p>Ja sitten se, että se että se on avointa ja sen lapsen hyväksi ja perheen hyväksi. Niin se on niinku tärkeätä että on sellasta avointa, mutta tietysti vaitiolovelvollisuus ja että perhe tietää keneltä kysyn neuvoa, perheessä yleensä päätetään, että keneltä kysyn neuvoa</p>	<p>Työn läpinäkyvyys</p> <p>Perheen vapaaehtoisuus perustana työlle</p> <p>Perheen tietoisuus yhteistyötahoista</p> <p>Perheen päätös huomioidaan yhteydenotoissa</p>
<p>Keskustelun kautta nostan niitä asioita että hei, tällaiset on tärkeitä perheissä ja tuon tietoa</p>	<p>Keskusteleva ote yhteistyötahoihin</p>
<p>Osataan hyödyntää sitä asiantuntemusta, mikä mulla on siitä palvelujärjestelmästä, viranomaisista ja eri kuntien toiminnoista</p>	<p>Hyödynnetään asiantuntemusta palvelujärjestelmästä</p>
<p>Käytäntö on opettanut ihan valtavan paljon, että nyt voisi sanoa aika sujuvasti, että tietää monesta asiasta, tietää yhteistyötahoista. Kyllähän siinä useampi vuosi mennee, ennen kuin ne käytännöt hioutuvat itellekin selviksi</p>	<p>Työkokemus on lisännyt yhteistyötä</p> <p>Yhteistyökäytäntöjen hioutuminen vie vuosia</p>
<p>Ei meillä ole resursseja eikä ammattitaitoakaan mennä sinne. Jos on mielenterveyspotilaita, joilla on paljon sitä tukea jo tulossa. Vaikkakin tällä hetkellä meillä on perhe, jonka lapsi on meillä hoidossa ja sieltä sosiaalipuolelta odotetaan, että me seurataan sitä äitiä, mitenkä hän hoitaa</p>	<p>Omien rajojen tiedostaminen</p> <p>Työn rajaaminen</p>

<p>Aina pitää miettiä mikä on minun vastuu ja mikä on lääkärin vastuu. Herkästi otan sen lääkärin mielipiteen, että ei mene sellaisessa asiassa sanomaan, mikä ei ole minun osaamisen alueella</p> <p>Kolmivuorotyössä olen tavallinen hoitaja, semmonen kuin ennekin, mutta toki tieto mitä on saanu, oppi ja koulutus, kyllä se vaikuttaa siihen mun työskentelyyn, mutta siellä ei myöskään voi ruveta sooloilemaan</p> <p>Mielletään, että minun työtehtäväni on täällä avopuolella. ...että se toi jo turvallisuutta siihen kotiinlähtöön, kun tiesi, että jatkuu siellä kotona.</p> <p>Meidän osastonlääkäri kokee sen meidän työn tärkeänä eli hän pitää sitä meidän roolia isossa asemassa siinä</p> <p>Lääkäri arvostaa kyllä, että oon huomannu, että se helpottaa hänen työtään sitten tuolla jatkopoleilla Olen tärkeä linkki perheen hyvinvoinnin edistämisessä</p> <p>Perheellehän se tuntuu olevan kovin helpotus, että siellä kehitysseurantapolilla on se sama ihminen. Siinä voidaan niitä samoja asioita vaihtaa sitten, mitä kotikäynnilläkin... Mukana asiantuntijana parisuhdekoulutustilaisuudessa.</p> <p>Onhan kuntoutusohjaajat, mutta tämä on näkökulmaltaan vielä varhaisempaa työtä. Eri näkökulmasta ja puututaan varhaisemmin asioihin ja se ennaltaehkäisyn näkökulma on.</p> <p>Valtakunnallisesti ennaltaehkäisevä mielenterveystyö, niin miksikä se ei koskisi myös erikoissairaanhoidon. Vähentää potilasmääriä, sehän on ajatuksena.</p> <p>Oma vankka näkemys oman työn tärkeydestä, ettei ihan kaikkea kuuntele. Myös kun yrittää tuoda eri näkökulmaa asioihin. Ajatellaan, että osastotyö on vaan sitä, että se päättyy tähän. Hei, että nämä ihmiset elävät kotona.</p>	<p>Vastuun jakaminen lääkärin kanssa</p> <p>Koulutuksen antamat valmiudet</p> <p>Uusi rooli; erikoissairaanhoidon toteutuminen kotikäynteinä</p> <p>Osastonlääkärin taholta työn arvostus</p> <p>Jatkoseurantaan apua lääkärille</p> <p>Linkki perheen hyvinvoinnin edistämisessä</p> <p>Kehittänyt hoitotyötä</p> <p>Varhaista puuttumista</p> <p>Ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä</p> <p>Näkemys oman työn tärkeydestä</p> <p>Näkökulma hoidon jatkuvuuteen on avartunut</p>
---	--

Liite 5: Esimerkki ala- ja yläkategorioiden muodostumisesta koskien roolin vaihtelevuutta

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
Esimiestason tuki tarpeellinen Johto näkee työn tarpeellisena Esimiestason tuki	Johdon tuki	Vakiintunut rooli
Omalla osastolla tieto vauvaperhetyöntekijästä Oma osasto taustatukena Oma työyksikkö on sisäistänyt vauvaperhetyön Vauvaperhetyöntekijä osataan hyödyntää perheen tukemisessa Tutkimuksen tieto hyödynnetty Tutkimushanke kartoitti vauvaperhetyötä Tutkimustiedon antama tuki	Vauvaperhetyön sisällön tunnettavuus	
Selkeästi määritellyt vauvaperhetyön päivät Työ on vakiintunut kokopäivätoimiseksi Työtehtävä avopuolella Vauvaperhetyöntekijänä menen kotikäynnille	Vauvaperhetyöntekijän tavoitettavuus	
Näkemys oman työn tärkeydestä Oman työtehtävän tiedostaminen Oma persoona työvälineenä Vauvaperhetyöntekijä osataan hyödyntää perheen tukemisessa Työyksikön ymmärtävä tuki työlle	Työn arvostus	

<p>Uusi työmuoto Pioneerityötä Työtapa vielä tuntematon Työtä pidetään autoiluna ja kahvitteluna Työtä ei pidetä tärkeänä Työtapa ei ole vakiintunut, kuten terveydenhoitajan</p>	<p>Yhteistyötahoilla riittämätön tietous työstä Yhteistyötahot eivät ole sisäistäneet työtä</p>	<p>Vakiintumaton rooli</p>
<p>Esimiehen periaatteellinen tuki, mutta käytännön tuki puuttuu Esimiehet tukevat periaatteellisesti Lähiesimiehen tuki puuttuu Vauvaperhetyöntekijää ei osata hyödyntää Omalla osastolla tieto vauvaperhetyöstä, mutta työn sisäistäminen kesken</p>	<p>Vauvaperhetyön toteuttamisen epävarmuus</p>	
<p>Jakautunut toimenkuva; kolmivuorotyö ja kehitysseurantapoliklinikka Vauvaperhetyö hakee paikkaansa Vauvaperhetyölle ei ole suunnitellusti varattu aikaa Kotikäynnin sopiminen perheen kanssa vaikeaa</p>	<p>Osastotyön ja kotikäyntien välinen ristiriita</p>	

Liite 6. Esimerkki yläkategorioiden ja yhdistävien kategorioiden muodostumisesta koskien moniammatillisen yhteistyön ilmenemistä

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Yhteistyötahojen moninaisuus Erikoissairaanhoidon hoitotyöntekijät, erityistyöntekijät Perusterveydenhuollon hoitotyöntekijät Yhteistyötahot riippuvaisia lapsen tilanteesta	Yhteistyön moninaisuus	Moniammatillisen yhteistyön ilmeneminen
Avoin keskustelu Vuorovaikutus sujuvaa Yhteistyötahon ja hänen työnsä tunteminen tärkeää Yhteistyötahon työn kunnioittaminen Yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojen tarpeellisuus Yhteistyötahojen välillä ei vuorovaikutusta	Vuorovaikutuksen vaihtelevuus	
Usean erikoisalan konsultoiminen Yhteistyö lääkäreiden kanssa Vastuun jakaminen lääkärin kanssa Vauvaperhetyön asiakkuudesta keskustellaan moniammatillisesti	Konsultointi yhteistyön välineenä	