

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Sanna Ahtiainen ja Minna Laine

MDFT Eksoten alueella - perheiden kokemuksia käytännön toteutuksesta

Opinnäytetyö 2018

Tiivistelmä

Sanna Ahtiainen ja Minna Laine

MDFT Eksoten alueella – perheiden kokemuksia käytännön toteutuksesta, 55 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Opinnäytetyö 2018

Ohjaajat: toimialajohtaja Pirjo Vaittinen ja koulutuspäällikkö Helena Wright, Saimaan ammattikorkeakoulu sekä MDFT-avainterapeutti Jarkko Karhunen, Eksote

MDFT Eksoten alueella – perheiden kokemuksia käytännön toteutuksesta oli ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö, jonka tarkoituksena oli kuvata MDFT:n käytännön toteutusta, terapeutin suhdetta perheeseen ja kehittämistarpeita. Työn tavoitteena on, että tulevat MDFT -asiakkaat olisivat entistä tyytyväisempiä työmuotoon ja heidän hyvinvointinsa lisääntyisi.

Pääministeri Juha Sipilän hallitus on huomioinut lapset, nuoret ja perheet päättäessään kärkihankkeista. Valtakunnallisessa Lapsi ja perhepalveluiden muutosohjelmassa (LAPE) tavoitteena on nykyistä lapsi- ja perhelähtöisemmät, ennaltaehkäisevät ja vaikuttavat palvelut. Eksoten strategia on samassa linjassa valtakunnallisten ohjeistuksien kanssa. MDFT on Eksoten strategian mukaista työtä, ja se on ollut tärkeä osa Eksoten palveluvalikkoa vuodesta 2013. MDFT:tä tehdään aktiivisesti koko Eksoten alueella.

Tämä opinnäytetyö oli tutkimuksellinen kehittämistyö, jossa käytettiin kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Opinnäytetyön tutkimus suoritettiin haastattelemalla 10 henkilöä aiemmin MDFT:hen osallistuneista perheistä. Haastattelujen tulokset analysoitiin aineistolähtöisellä induktiivisella sisällönanalyysillä. Haastatteluissa selvisi, että perheet olivat tyytyväisiä terapeutin toimintaan sekä terapeutin suhteeseen perheeseen. Perheet toivoivat joustoa sekä terapian kestoon että yksittäisen tapaamisen kestoon. Haastattelutulosten tulkinnan jälkeen tutkijat pitivät Eksoten MDFT-tiimille kehittämispäivän. MDFT-tiimi pohti tutkimustulosten pohjalta kolmea teema-alueita; MDFT:n kesto ja seurantajakso, jouston huomiointi terapian käytännön toteutuksessa sekä työparityöskentely. Terapeutit päättivät ottaa jokaisesta työstämästään osa-alueesta käyttöön neljästä kuuteen toimintatapaa. Terapian kestoon terapeutit päättivät vastata huolellisemmalla lopeutusvaiheen työskentelyllä, jouston tapaamisaikojen suhteen terapeutit lisäävät mahdollisuuksien mukaan ylimääräisen vartin tapaamisten päätteeksi käytettäväksi tarvittaessa ja työpariasiaan vastatakseen terapeutit päättivät resursoida enemmän työaikaan isolle perheelle. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää tulevilta MDFT-perheiltä, kokevatko he tässä kuvattujen muutosten jälkeen terapian käytännön toimenpiteet paremmin toimiviksi.

Käsitteet: Nuori, perhe, käytöshäiriö, päihdehäiriö, perheterapia, MDFT

Abstract

Sanna Ahtiainen and Minna Laine

MDFT program at the Eksote district – how the MDFT families have experienced the implementation of MDFT, 55 pages, 3 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Master's Degree Program in Developing and Leading Social and Health Care Services, Master's Thesis 2018

Instructors: Ms Pirjo Vaittinen, Dean and Ms Helena Wright, Degree Program Manager at Saimaa University of Applied Sciences and Mr Jarkko Karhunen, MDFT keytherapist at Eksote

MDFT program at the Eksote district – how the MDFT families have experienced the implementation of MDFT is a master's thesis that describes the implementation of MDFT and the interaction between a family and a therapist and reveals the needs of the implementation to be developed. The aim was to develop the implementation of MDFT so that the families that will attend to MDFT later will be more satisfied by the implementation of MDFT.

The prime minister of Finland Juha Sipilä and his government have observed the needs of the children and families by deciding which are the key projects that will be implemented by the government. The national programme to address reform in child and family services (LAPE) aims to create more effective and preventive services in Finland. The strategy of South Carelia Social and Health Care District (Eksote) aims at the same target as the national program of LAPE. Eksote has invested resources in MDFT, which is proven to be an effective program for youth problems and disorders. MDFT has been implemented at the Eksote area since 2013.

This master's thesis was an investigative development work using qualitative research methods. The researchers interviewed ten people from the MDFT families and gathered information on how the families had experienced the implementation of MDFT e. g. the meetings, the location of the meetings, the means to keep in touch. The results from the interviews were analyzed by an inductive content analysis. The interviews revealed that the families were pleased with their relationship with the therapist. The families wished to have more flexibility in the duration of the therapy and more time to be used if needed for a single therapy session. After analyzing the results from the interviews the researchers organized a workshop for the MDFT team by using the method of Learning Cafe. At the Learning Café session the team reflected three themes; the duration of the whole therapy, the use of flexibility in the implementation of the therapy and the use of a co-therapist. The therapists decided to give more support to the families at the end of the therapy and to give more time to a big or a needy family. As a follow-up research it would be interesting to investigate if the future MDFT families would be more pleased with the implementation of MDFT after these renovations.

Key words: Youngster, young people, family, behavioral disorder, substance abuse disorder, family therapy, MDFT

Sisälllys

1 Johdanto	5
2 Perheen merkitys nuoren elämässä.....	6
2.1 Nuoruuden määritelmä	6
2.2 Perheen ja vanhempien merkitys kasvavalle nuorelle	6
2.3 Lapsiperheiden avunsaanti.....	7
3 Käytös- ja päihdehäiriö	8
3.1 Nuorten käytöshäiriöt.....	8
3.2 Nuorten päihdehäiriöt	11
4 Multidimensional Family Therapy (MDFT)	13
4.1 MDFT menetelmänä	13
4.2 MDFT 13 – 18 vuotiaalle nuorille ja heidän perheilleen	17
4.3 Terapian aloitus-, työskentely- ja lopetusvaihe	18
4.4 Terapeutin suhde nuoreen ja perheeseen.....	20
4.5 MDFT Suomessa ja Eksotessa	21
5 Opinnäytetyön tarkoitus ja toteutus.....	24
5.1 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset	24
5.2 Tutkimusmenetelmät ja opinnäytetyön tiedonkeruu	24
5.3 Haastatteluiden aineiston analyysi.....	28
5.4 MDFT-tiimin kehittämispäivä.....	31
6 Haastatteluiden ja MDFT-tiimin kehittämispäivän tulokset.....	32
6.1 Haastatteluiden tulokset	32
6.2 MDFT- tiimin kehittämispäivän tulokset	39
7 Pohdinta.....	42
7.1 Luotettavuus ja eettisyys	42
7.2 Tulosten tarkastelu	45
7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	49
Lähteet.....	51

Liitteet

- Liite 1 Saatekirje ja suostumuslomake
- Liite 2 MDFT-kehittämispäivä (Learning Cafe, valokuva)
- Liite 3 MDFT-kehittämispäivä (tuotosten esittely, valokuva)

1 Johdanto

Suomessa periaatteena on varmistaa hyvän kasvun edellytykset kaikille lapsille ja nuorille (Salmi, Mäkelä, Perälä & Kestilä 2012). Pääministeri Juha Sipilän hallitus on huomionnut lapset, nuoret ja perheet päättäessään kärkihankkeista (Ratkaisujen Suomi 2017). Hyvinvointi ja terveys ”Kärkihanke nro 3:ssa” lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelmassa (LAPE) tavoitteena ovat nykyistä lapsi- ja perhelähtöisemmät, ennaltaehkäisevät ja vaikuttavat palvelut. MDFT on hallituksen kärkihankkeiden sekä Eksoten strategian mukaista työtä. (Lasten ja perhepalveluiden muutosohjelma – LAPE, Karhunen 2017.)

MDFT eli Multidimensional Family Therapy (suomeksi käytetään termiä monimuotoinen perheterapia) on alun perin kehitetty nuorten käytös- ja päihdehäiriöiden hoitoon. MDFT on perhekeskeinen ja intensiivinen yhdistelmähoitomuoto, jossa työskennellään nuoren lisäksi hänen perheensä ja muun verkoston kanssa. MDFT:tä voidaan toteuttaa päihde- ja mielenterveyspalveluissa, lastensuojelussa ja nuoren oikeuspalveluissa. MDFT:ssä pyritään luomaan nuorelle terveellinen ja normaalin kehityksen mahdollistava ympäristö vaikuttamalla nuoren verkostoihin samanaikaisesti. (Liddle 2007, 6.)

MDFT on ollut Eksoten palveluvalikossa vuodesta 2013 lähtien. Eksoten alueella on noin 70 MDFT:n läpikäynyttä perhettä. MDFT:tä ei ole vielä Eksoten alueella aiemmin tutkittu. (Karhunen 2017.) Koska MDFT on kiinteästi ja aktiivisesti osa Eksoten palveluvalikkoa, on tärkeää kuulla perheiden kokemuksia ja kehittämisehdotuksia. Näiden tietojen pohjalta MDFT-työskentelyä voidaan kehittää.

Opinnäytetyössä kiinnostuksen kohteena on Eksoten alueella toteutettava MDFT-työ. Tarkoituksena on MDFT:hen aikaisemmin osallistuneiden perheiden kokemusten avulla kuvata kehittämiskohteita MDFT-työskentelyn käytännön toteutuksesta ja terapeutin suhteesta perheeseen. Perheiden tuottaman tiedon pohjalta tutkijat järjestävät MDFT-tiimille kehittämispäivän, jossa terapeutit työstävät kehittämisehdotuksia.

2 Perheen merkitys nuoren elämässä

2.1 Nuoruuden määritelmä

Nuoruusikä määritellään eri yhteyksissä eri tavalla. Nuorisolaki määrittelee nuoreksi alle 29-vuotiaan henkilön (Nuorisolaki 1285/2016). Tilastoissa nuori henkilö määritellään biologisen ikänsä mukaisesti. Lääketieteellisen ja kehityspsykologisen viitekehyksen mukaan nuoreksi kasvamisessa ihminen kasvaa ruumiillisesti, hormonaalinen toiminta käynnistyy sekä tunne-elämä, ajattelu ja käyttäytyminen ja ihmissuhteet kehittyvät. Nuoruudessa ihmiselle alkaa kehittyä elintavat, joista toiset ovat hyvinvointia ja terveyttä tukevia ja toiset niitä haittaavia. (Kuussaari, Pietikäinen & Puhakka 2010, 16.) Tässä opinnäytetyössä nuoreksi henkilöksi käsitetään Eksoten alueella tehtävän MDFT:n kohderyhmän ikäiset henkilöt eli 13 - 18-vuotiaat nuoret.

2.2 Perheen ja vanhempien merkitys kasvavalle nuorelle

Perheen määrittäminen ei ole yksiselitteinen asia, koska sitä voidaan tarkastella ainakin viidestä eri näkökulmasta (Karlilig, Ojanen, Sivén, Vihunen & Vilen 2008, 23.) Tilastokeskuksen määritelmän mukaan perheen muodostavat yhdessä asuvat avio- tai avoliitossa olevat tai parisuhteensa rekisteröineet henkilöt ja heidän lapsensa, jompikumpi vanhemmista lapsineen sekä avio- ja avopuolisot sekä parisuhteensa rekisteröineet henkilöt, joilla ei ole lapsia (Tilastokeskus 2016).

Kasvavan lapsen ja nuoren kehitysalusta on perhe. Vanhempien aito kiinnostus lapsen ja nuoren asioita kohtaan on oleellisen tärkeää myös tavallisissa arjen asioissa. Helposti vanhempien huomio kohdistuu arjen paineiden keskellä vain negatiivisiin asioihin. Tavallisen arjen eläminen yhdessä ja perheen yhteinen aika luo perustan lapsen kasvulle. Lapsi ja nuori tarvitsevat rajoja elämäänsä, mutta ei pelkkien kieltojen puitteissa. Matinlompolon (2007) mukaan on tärkeää, että lapsi ja nuori saa päättää itsensä kokoisista asioista. (Matinlompolo 2007, 104-117.)

Nuoren minän rakentumisen ja eheyden kannalta tärkeää on koettu turvallisuus ja luottamus. Lapsen ja nuoren tulee kokea olevansa hyväksytyt sellaisenaan kuin on. Varhaisen kiintymyssuhteen ongelmat voivat näyttäytyä myöhemmin

nuoren elämässä vaikeutena toisten lähestymisessä, luottamuksen puutteena tai kyvyttömyytenä olla aito. (Uusitalo 2007, 30 - 31.)

Vanhempainrakkaus kiteytyy nuorta kasvatettaessa kahteen merkitykselliseen sisältöön: turvallisten rajojen asettamiseen sekä hyvän itsetunnon kasvattamiseen. Nuori tarvitsee häntä suojaavia rajoja sekä niitä asettavan aikuisen, jota vastaan kapinoida. Rajojen asettaminen kaikesta kiukusta ja vastustuksesta huolimatta luo tunteen turvallisuudesta ja välittämisestä. Vanhemmuudessa on erilaisia rooleja. Niitä on määritetty muun muassa vanhemmuuden roolikartan avulla. Siinä vanhemmuuden rooleiksi on määritelty elämän opettaja, ihmissuhdeosaaja, rakkauden antaja, rajojen asettaja ja huoltaja. (Määttä 2007, 222 - 227.)

2.3 Lapsiperheiden avunsaanti

Pääministeri Juha Sipilän hallitus on huomionnut lapset, nuoret ja perheet päättäessään kärkihankkeista. Hallitus valitsi viisi painopistealuetta, joita konkretisoivat 26 kärkihanketta. Yksi Sipilän hallituksen viidestä painopistealueesta on ”Hyvinvointi ja terveys”. (Hallituksen toimintasuunnitelma 2017 – 2019, 7.) Hyvinvointi ja terveys ”Kärkihanke nro 3:ssa” lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelmassa (LAPE) tavoitteena ovat nykyistä lapsi- ja perhelähtöisemmät, ennaltaehkäisevät ja vaikuttavat palvelut. Lapsi- ja perhepalveluiden hajanainen palvelujärjestelmä uudistetaan lapsi- ja perhelähtöiseksi maakuntien ja uuden kunnan toimintaympäristöön. LAPE-muutosohjelmassa toteutetaan kokonaisvaltainen uudistus, jossa siirretään painopistettä kaikille yhteisiin ja ennaltaehkäiseviin palveluihin sekä varhaiseen tukeen ja hoitoon. (Lasten ja perhepalveluiden muutosohjelma – LAPE.)

Suomessa periaatteena on varmistaa hyvän kasvun edellytykset kaikille lapsille ja nuorille. Tämän toteuttamisessa suuri rooli on kunnan järjestämällä päivähoito, koulutus- ja terveyspalveluilla. Viisasta kuntapolitiikkaa on tukea kaikkien lasten palvelujen kehittämistä niin, että palvelut saadaan toimimaan yhteistyössä sekä keskenään että vanhempien kanssa. Vankan tutkimusnäytön mukaan sijoittaminen lasten ja nuorten hyvinvointiin on taloudellisesti tehokasta. (Salmi ym. 2012.)

Suomalaista palvelujärjestelmää voidaan kuvata sektoroituneeksi. Yhteistyö eri viranomaisten välillä on riittämätöntä. Kun lapsen tai nuoren kokonaisvaltainen auttaminen ei kuulu kenenkään vastuulle, palvelut uhkaavat jäädä perheen näkökulmasta hajanaisiksi. Tällöin sekä yhteistoiminnan että perheen luonnollisen verkoston voimavarat jäävät käyttämättä. (Salmi ym. 2012.)

Erilaiset syyt aiheuttavat huolta nuorten vanhemmissa. Tällaisia ovat esimerkiksi kaveruussuhteisiin liittyvät vaikeudet tai huolet nuoren mielenterveydestä tai päihteiden käytöstä. Vanhemmat kokevat saavansa hyvin apua lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvissä asioissa, mutta tuen tarpeeseen vastaaminen on heikompaa vanhemmuuteen ja perheen tilanteeseen liittyvissä asioissa. Palvelujärjestelmä voi olla perheiden näkökulmasta hajanainen. Kunnassa tulisikin kiinnittää huomiota yhteisiä tavoitteita tukeviin käytäntöihin ja rakentaa palveluja entistä yhtenäisemmiksi. (Halme & Perälä 2014, 224 - 225.)

3 Käytös- ja päihdehäiriö

3.1 Nuorten käytöshäiriöt

Nuorten käytöshäiriöt ovat yleistyneet viime vuosikymmenten aikana suurten taloudellisten, yhteiskunnallisten ja kulttuuristen muutosten myötä (Lehto-Salo & Marttunen 2006, 99). Käytöshäiriö on yksi nuorten yleisimmistä mielenterveydenhäiriöistä ja se alkaa lapsuudessa tai nuoruudessa. Väestötutkimusten mukaan käytöshäiriötä esiintyy 2-16 %:lla nuorista, mutta rikoksista tuomituista nuorista jopa 70 - 90 %:lla on käytöshäiriö. (Lindberg, Ranta, Gergov, Strandholm, Tainio, Ehrling & Marttunen 2015.) Tyypillistä on toistuva tai pysyvä epäsosiaalisen käyttäytymisen malli, jossa lapsi tai nuori rikkoo toistuvasti iänmukaisia sosiaalisia normeja ja muiden perusoikeuksia (Marttunen & Pahlen 2013, 97).

Suomessa käytössä olevan ICD-10-tautiluokituksen mukaan käytöshäiriö jaetaan neljään eri muotoon: 1) perheensisäiseen 2) epäsosiaaliseen 3) sosiaaliseen sekä 4) uhmakkuushäiriöön. Perheensisäisessä käytöshäiriössä lapsen tai nuoren epäsosiaalisuus, tuhoavuus tai aggressiivisuus kohdistuu perheenjäseniin, kun taas perheen ulkopuolella ei ole merkittäviä käytösoireita. Epäsosiaalisessa käytöshäiriössä lapselta puuttuvat ikätasoiset ystävyssuhteet, kun taas

sosiaalisessa käytöshäiriössä lapsella tai nuorella on ikätasoisia ystävyssuhteita. (Psykiatrian luokituskäsikirja 2012, 306.)

Käytöshäiriö jaetaan yleensä lapsuusiässä alkavaan ja nuoruusiässä alkavaan muotoon. Lapsena alkanut käytöshäiriö on usein vakavampi kuin nuorena alkanut, koska lapsena alkaneeseen käytöshäiriöön liittyy neuropsykologisia suorituskyvyn ongelmia ja oppimisvaikeuksia. Lapsena alkanut käytöshäiriö jatkuu usein nuoruusikään asti. Se voi tulla esille esimerkiksi rikollisena käyttäytymisenä, päihteiden käyttämisellä ja edelleen aikuisiässä epäsosiaalisena persoonallisuutena ja sosiaalisina ongelmina. (Marttunen & Pahlen 2013, 97.)

Nuoruusiässä alkaneissa käytöshäiriöissä tavataan harvemmin varhaista neuropsykologista kypsymättömyyttä ja aggressiivisuutta eikä se jatku yhtä usein aikuisuuteen. Pojilla käytöshäiriöitä on enemmän kuin tytöillä ja niissä on myös eroja. Esimerkiksi poikien käytöshäiriö alkaa tyttöjen käytöshäiriötä useammin jo lapsena, kun taas tyttöjen käytöshäiriö alkaa poikia yleisimmin vasta nuorena. Sekä lasten että nuorten käytöshäiriöihin liittyy usein myös muita samanaikaisia mielenterveyden häiriöitä, joista yleisimpiä ovat ADHD, depressio, ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöt. Samanaikaiset häiriöt lisäävät usein päihteiden käytön, rikosten ja epäsosiaalisen persoonallisuuden kehittymisen riskiä. (Marttunen & Pahlen 2013, 97 – 98.) Käytöshäiriöihin liittyy usein koulunkäynti-, päihde- ja mielenterveysongelmia sekä lisääntynyt itsemurha- ja väkivaltakuolemien riski (Lindberg ym. 2015).

Käytöshäiriön ilmenemiseen liittyy geneettisiä syitä ja aivojen rakenteeseen ja toimintaan sekä vuorovaikutukseen ja ympäristöön liittyviä tekijöitä (Lindberg ym. 2015). Käytöshäiriö voi kehittyä, kun monta altistavaa tekijää kasautuu yhteen ja suojaavat tekijät ovat puutteelliset. Perinnöllisillä tekijöillä tiedetään olevan vaikutusta ADHD:n eli aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöön sekä aggressiivisuuden kehittymiseen, mutta ne eivät yksin aiheuta oireilua. Tutkimuksissa on selvinnyt, että jotkut vanhemmuuden piirteet esimerkiksi parisuhde- ja/tai päihdeongelmat, masennus tai rikollisuus voivat ylläpitää käytösongelmaa. Lapsen ja nuoren riski käytöshäiriöihin kasvaa, jos hän näkee aggressiivista käytöstä kotona. Toverisuhteilla on myös merkitystä, koska epäsuotuisa toveripiiri voi lisätä merkittävästi käytöshäiriölle alttiin nuoren käytösongelmien riskiä. Käytöshäiriöisillä

nuorilla on myös enemmän riitoja ikätovereidensa kanssa. (Marttunen & Pahlen 2013, 103.)

Käytöshäiriö näkyy usein varhaisessa lapsuudessa ilmenevissä kiintymyssuhteen vaikeuksissa ja lapsen vaikeahoitoisuudessa. Tähän voi liittyä lapsen temperamenttipiirteet, lapsuuden käytösongelmat ja tarkkaavaisuushäiriöt. Myöhäislapsuudessa on usein koulunkäynnin vaikeutta ja ikätovereiden hylkäämisiä, jonka seurauksena nuori liittyy epäsosiaaliseen ystäväpiiriin. Tämän elämänketjun päätteeksi käytöshäiriö todetaan nuoruusiässä. Kaikissa vaiheissa voidaan todeta vanhempien kasvatukselliset vaikeudet. (Lehto-Salo & Marttunen 2006, 99 – 100.)

Käytöshäiriön hoito

Käytöshäiriönuorten hoito on usein haasteellista oireiden monitahoisuuden ja usealle elämänalueelle ulottuvuuden sekä hoidon keskeyttämisen vuoksi. Onnistuneen hoidon lähtökohtia ovat nuoren kaikkien ongelmakohtien samanaikainen hoito, hoidon riittävän pitkä kesto sekä toimiva yhteistyö eri auttajatahojen kanssa. (Lehto-Salo & Marttunen 2006, 105.)

Nuoren ja hänen perheensä tarpeet ja vahvuudet tulee ottaa yksilöllisesti huomioon. Nuoren ja verkoston osallistuminen ja sitoutuminen hoitoon on usein onnistuneen hoidon edellytys. Tärkeää on puuttua nuoren ei-toivottuun käyttäytymiseen ja pyrkiä muuttamaan sitä toivotuksi. Mahdolliset oheissairaudet, kuten ADHD, masennus ja päihdekäyttö sekä oppimisen erityisvaikeudet tulee ottaa hoidossa huomioon. Lasten ja nuorten käytöshäiriöiden hoitomalleista useimmissa tavoitteena on vanhemmuuden vahvistaminen. Hoidon aikana pyritään vanhemman ja lapsen välisen positiivisen ja rakentavan vuorovaikutuksen lisäämiseen. Nuorten käytöshäiriöiden hoitomallit pohjautuvat nykyään perhekeskeisiin menetelmiin, joissa otetaan huomioon myös nuoren laajempi sosiaalinen verkosto ja elinympäristö sekä yhdistämällä siihen tarvittaessa yksilöllisiä hoitomuotoja. (Marttunen & Pahlen 2013, 106.)

Kehityspsykologisen ja psykopatologisen tutkimuksen mukaan häiriökäytökseen vaikuttavat nuoren psykologiset ominaisuudet ja ympäristöstä johtuvat tekijät. Tähän tutkimustietoon pohjaten käytöshäiriöiden hoidossa on yksilöhoidon tilalle otettu uudenmallinen perhe- ja verkostokeskeinen työskentelytapa, joka on myös MDFT:lle keskeistä. (Liddle 2010, 416 - 417.)

3.2 Nuorten päihdehäiriöt

Päihdeongelmat ovat mieliala-, ahdistuneisuus- ja käytöshäiriöiden ohella nuorten yleisimpiä mielenterveysongelmia (Tacke 2006, 139). Aineita, jotka vaikuttavat psyykkisiin toimintoihin ilman lääketieteen hoitotavoitetta kutsutaan päihteiksi. Laillisia päihteitä ovat tupakka ja alkoholi, ja laittomia päihteitä ovat huumeet. Huumeisiin luetaan myös tekniset liuottimet ja pääasiassa keskushermostoon vaikuttavat PKV-lääkkeet kuten bentsodiatsepiinit ja opiaatit. (Tacke 2006, 135.)

Päihdehäiriöt alkavat kehittyä tutkimusten mukaan noin 14 – 15 vuotiaana. Nuori voi käyttää yhtä aikaa useampia erilaisia päihteitä. Päihdehäiriöistä tulee usein pitkäkestoisia ja vaikeahoitoisia. Päihdehäiriöt jaetaan päihteiden väärinkäyttöön ja päihderiippuvuuteen. Noin viidellä prosentilla nuorista on diagnoositasoinen päihdehäiriö, mutta eriasteisia päihdeongelmia on huomattavasti useammalla. Päihdehäiriön syntymisen riski on suurin niillä nuorilla, joilla riskitekijät kasautuvat. Riskitekijät voivat tulla nuoren persoonallisista ja perinnöllisistä taipumuksista sekä kasvatuksellisista ja ympäristötekijöistä. (Lepistö, Marttunen & Pahlen 2013, 114 – 119.)

Liddlen mukaan päihteiden käyttöön liittyviä riskitekijöitä on tunnistettu niin yksilön, perheen, ystäväpiirin, koulun kuin yhteiskunnan tasoilta. Riskitekijät eivät vaikuta yksinään vaan toimivat vuorovaikutuksessa keskenään, jolloin ne voivat kasaantua ja vahvistavat toinen toisiaan. Riskitekijöiden negatiivinen yhteisvaikutus voi lisätä nuoren haavoittuvuutta ja vaikeuttaa normaalia kehitystä. Tutkimukset ovat osoittaneet, että myönteisen elämäntavan omaavat nuoret viihtyvät useimmiten muiden kaltaisten nuorten parissa, kun taas epäsosiaalisesti käyttäytyvät ja ongelmakäytökseen taipuvaiset nuoret hakeutuvat toistensa seuraan. (Liddle 2007, 10.)

Suojaavia tekijöitä ovat seikat, jotka tukevat nuoren myönteistä kehitystä. Ne ovat puskurina riskitekijöiden negatiivisille vaikutuksille. Nuoren häiriökäyttäytymiseltä suojaavia tekijöitä ovat hyvät suhteet vanhempiin ja muutenkin paremmat ihmis-suhteet niin perheen sisällä kuin ulkopuolellakin sekä myönteistä kehitystä tukevat aktiviteetit. (Liddle 2007, 12.)

Varhaisnuoruudessa aloitettu päihteiden käyttö ja nuoruuden päihdeongelmien lisäksi erityisesti ADHD ja käytöshäiriöt altistavat myöhemmille päihdehäiriöille. Lapsuuden ja nuoruuden psyykkisen oireilun ja näiden häiriöiden varhainen tunnistaminen ja tehokas hoito voivat ehkäistä päihdehäiriön kehittymisen. Nuorten päihdeongelmien ehkäisy ja hoito vähentävät myös aikuisuudessa ilmeneviä päihdehäiriöitä. (Lepistö ym. 2013, 119 - 121.)

Päihdehäiriön hoito

Päihdehäiriöstä kärsivät nuoret ovat usein moniongelmaisia, johon voi liittyä myös muita mielenterveyden häiriöitä. Näin ollen hoidon on oltava kokonaisvaltaista ja yksilöllistä. Varhainen tunnistaminen on tärkeää, etteivät ongelmat syvenisi ja monimutkaistuisi. Nuoren päihdehäiriö hoidetaan yleisimmin avohoidon puolella. (Tacke 2006, 139 – 142.)

Psykososiaalinen hoito on ensisijaista, kun taas lääkehoitoa toteutetaan erityistapauksissa. Hoidossa on tärkeää vahvistaa suojaavia tekijöitä ja vähentää altistavia tekijöitä. Päihteiden käytön seuranta ja motivoiva haastattelu kuuluvat myös hyvään hoitoon. Hoidossa tuetaan sekä nuorta että perhettä. Perinteinen perheterapia ei yleensä riitä hoidoksi, vaan siihen pitää yhdistää myös nuoren ja vanhempien yksilötapaamisia, kuten MDFT-hoidossa tehdään. (Lepistö ym. 2013, 121 – 122.)

4 Multidimensional Family Therapy (MDFT)

4.1 MDFT menetelmänä

Perheterapiassa perheeksi yleisimmin määritellään se perheenkaltainen vuorovaikutusyksikkö, jota yhdistää samasta ongelmasta tai asiasta puhuminen. Perheterapian määritelmässä ajatellaan niin, että se on ammatillinen ja tietoinen pyrkimys ja menetelmä tutkia, ymmärtää ja hoitaa perheen sisäisiä vuorovaikutusmalleja sekä yksittäisten perheenjäsenten häiriöitä ja niiden aiheuttamaa kärsimystä (Aaltonen 2009.) MDFT:ssä asiakkaana on nuori, mutta siinä työskennellään koko perheen kanssa (Karhunen 2017).

MDFT eli monimuotoinen perheterapia on tutkimuspohjaiseen tietoon perustuva, Yhdysvalloissa 1980-luvulla kehitetty perhekeskeinen avohoidon yhdistelmähoitomalli nuorten päihde- ja käytöshäiriöiden hoitoon. Menetelmän on kehittänyt professori Howard Liddle Miamin yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta. (MDFT program history.)

MDFT kuuluu manualisoitujen työmallien joukkoon. Se ei ole psykoterapiaa, vaan intensiivinen perheterapeuttinen työmenetelmä. (Liddle 2007, 6.) Mallissa yhdistyy monia terapeuttisia suuntauksia ja hoitotekniikoita. MDFT edesauttaa muutosta nuoren mieleen ja tunteisiin ja siihen, kuinka vanhemmat suhtautuvat ja vaikuttavat lapsiinsa. (MDFT program, what is MDFT.)

Monimuotoisuus (englanniksi multidimensional) kuvaa ilmiötä, johon sisältyy useita muotoja ja ulottuvuuksia eli dimensioita. Monidimensionaalinen sanana kääntyy huonosti Suomen kielelle, joten Suomessa on päädytty käyttämään MDFT:stä muotoa monimuotoinen perheterapia. (Liddle 2007, 7.)

MDFT:n keskeisin teoreettinen perusta juontuu perhe- ja kehityspsykologian sekä kehityksellisen psykopatologian tutkimuksesta (Liddle 2007, 9). Myös sosioekologista ja riski-voimavara-ajattelun näkökulmaa on käytetty. MDFT:ssä hyödynnetään perheen vuorovaikutusta ja tunnesidettä, joka tukee nuoren hyvinvointia. Kehityspsykologisen tarkastelun kautta pyritään pohtimaan nuoren tämänhetkistä elämäntilannetta ja siihen johtaneita syitä suhteuttamalla sitä nor-

matiiviseen kehityskaareen analysoiden samalla käytöshäiriötyyppisen käytökseen johtaneita syitä. Myös voimavarojen tunnistaminen on tärkeää, jotta niitä voidaan hyödyntää hoidossa. Perheen ulkoisten verkostojen ottaminen työskentelyyn mukaan avaa sosioekologisen näkökulman vaikutusta nuoreen. (Liddle, 2010, 427 - 430.) Ekologinen näkökulma avaa erilaisten ja eritasoisten sosiaalisten vaikuttajien roolia (Ehrling 2014, 35).

MDFT:ssä yksi työntekijä tekee yksilö-, perhe- ja verkostotyötä (Liddle 2007, 35 – 38). MDFT-työskentely kestää neljästä enintään yhdeksään kuukauteen. Tapaamisia ja/tai puhelinkontakteja on kahdesta neljään kertaa viikossa. Hoidon suunnitelmallisuutta kuvaa se, että terapeutti suunnittelee kirjallisesti tulevat tapaamiset tavoitteineen ja interventioineen. Tapaamisia on perheiden kotona, autossa, koululla tai muualla nuoren elinympäristössä. (Ehrling 2014, 37 – 38.) Terapeutti toimii perheen case managerina eli vastuutyöntekijänä. Terapeutin tukena on MDFT- tiimi ja viikoittainen menetelmäohjaus avainterapeutin kanssa. (Karhunen 2017.) MDFT:tä voidaan toteuttaa päihde- ja mielenterveyspalveluissa, lastensuojelussa ja nuoren oikeuspalveluissa. (MDFT program, what is MDFT.)

Tavoitteet ja pääperiaatteet

MDFT:n *pää*tavoitteena on auttaa nuorta ja luoda hänelle terveellinen ja normaalin kehityksen mahdollistava ympäristö. Tähän pyritään vaikuttamalla nuoren elämään kokonaisvaltaisesti eri osa-alueiden kautta. MDFT:ssä vaikutetaan erityisesti käytöshäiriönuoren ja hänen perheensä ongelmallisiin ja virheellisiin toimintamalleihin. Haitallisia toimintamalleja voidaan ehkäistä ja korvata kehitystä edistävillä malleilla. MDFT:n tärkein päämäärä on tarjota parasta mahdollista hoitoa nuorille ja heidän perheilleen. MDFT vaalii perheiden autonomiaa ja itsemääräämisoikeutta sekä asettaa perheet etusijalle työskentelyssä. (Liddle 2007, 53 – 57.) Kuvassa yksi on kuvattu MDFT-hoidon seitsemän *pääperiaatetta* (MDFT program, what is MDFT).

1. Nuorten ongelmat ovat monimuotoisia
2. MDFT tunnistaa yksilö-, perhe- ja ympäristötekijät, jotka edesauttavat päihteidenkäyttöä ja siihen liittyviä ongelmia
3. Perheiden toimivuus edesauttaa pysyvän muutokset luomista alaikäisten elämässä
4. Muutosmotivaatio on vaihteleva ja terapeutin vastuulla on luoda olosuhteet, jotka motivoivat nuorta ja vanhempaa
5. Terapeutti luo yksilölliset suhteet nuoren, molempien huoltajien ja yhteistyöviranomaisten kanssa
6. Yksilölliset interventiot lisäävät perheenjäsenen voimavaroja kehityksellisen kasvun tukemiseksi
7. Terapeutin asenne ja taidot ovat keskeisiä onnistuneen terapian kannalta

Kuva 1. MDFT:n pääperiaatteet (MDFT program, what is MDFT)

MDFT parantaa nuorten ja heidän perheidensä elämää vaikuttamalla neljään kohdealueeseen: 1) *nuoreen itseensä*, 2) *hänen vanhempiin*, 3) *perheeseen ja perheen vuorovaikutukseen sekä 4) yhteisöön*. Yhdessä osa-alueessa tapahtuva muutos edesauttaa muutosta myös muissa osa-alueissa. (MDFT program, how MDFT works.)

MDFT:n vaikuttavuus

MDFT:llä on 30 vuoden kansainvälisiin tutkimuksiin perustuva näyttö. MDFT:tä on toteutettu yli sadassa maassa USA:ssa ja Euroopassa. MDFT soveltuu hyvin olemassa oleviin työmuotoihin ja se voidaan räätälöidä mihin tahansa ohjelmiin. Se on onnistuneesti yhdistetty päihde- ja mielenterveysongelmaisten, nuorisoriikollisten ja lastensuojelun työmuotoihin sekä avo- että laitoshoidossa. MDFT vähentää kodin ulkopuolisia sijoituksia. (MDFT program, why MDFT.)

Leena Ehrlingin (2012) mukaan MDFT on havaittu tehokkaaksi menetelmäksi 14 eri tutkimuksessa. Tutkimustuloksissa on tullut esille, että MDFT:stä on ollut apua erityisesti nuorten päihteiden käytön vähenemiseen ja hoitotulosten pysymiseen. MDFT:n on todettu olevan erityisen vaikuttava pitkälle kehittyneissä ja vaikeasteisissa päihde- ja useista samanaikaisista mielenterveydenongelmista kärsivien nuorten hoidossa. (Ehrling 2012, 6 – 7.)

EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) on tehnyt vuonna 2014 katsauksen, jonka tavoitteena oli järjestelmällisesti arvioida MDFT:n toimivuutta ja tehokkuutta alaikäisten huumeiden käyttäjien hoidossa. MDFT:n toimivuutta on verrattu muihin terapiamuotoihin tai verrokkiryhmään. (EMCDDA 2014, 4.) Osa tutkimuksista tuotti todisteita siitä, että MDFT on menetelmänä tehokkaampi huumeiden käytön vähentämisessä kuin vertaistuki tai muu perheisiin kohdistuva opetuksellinen väliintulo (MEI Multifamily Educational Intervention) sekä alkoholinkäyttöön paremmin tehoava väliintulo kuin yksilöterapia. Verrattaessa MDFT:tä kognitiiviseen terapiaan MDFT näyttää olevan tehokkaampi vakavampia huumeongelmia vähentävänä väliintulona. MDFT ei vähennä yhtä tehokkaasti kannabiksen käyttöä. Toisaalta MDFT näyttää olevan vastaavanlainen alaikäisten ryhmäterapian kanssa huumeiden käytön vähentämisen osalta ja viiden kerran kognitiivisen käyttäytymisterapian mukaisen motivaation nostattamisen hoitajakson ja alaikäisten yhteisöllisyyden vahvistamisen näkökulmasta. Se myös lisää kannabiksesta pidättäytymistä paremmin. MDFT näyttää vähentävän päihteiden väärinkäyttöä enemmän kuin vertaisryhmäterapia sekä vähentävän huumeiden käytön aiheuttamien ongelmien vakavuutta enemmän kuin kognitiivis-behavioristinen terapia. Toisaalta MDFT:tä voidaan käyttää enemmän sellaisilla nuorilla, joilla on enemmän kannabiksen käyttöä, ja joilla on jo vakavampia ongelmia huumeista. (EMCDDA 2014, 9.)

MDFT:n vaikutukset näyttävät olevan pysyviä ja useimmissa tapauksissa tulokset ovat 12 kuukauden jälkiseurannassa parempia kuin aiemmilla seurantakerroilla. Positiiviset tulokset hoidon päättyessä sekä heti hoitajakson jälkeen ovat olleet MDFT:illä hoidetuilla nuorilla pysyviä ajan saatossa. MDFT näyttää olevan myös hyväksytympi hoidettujen osalta kuin muut hoitomuodot eli toisin sanottuna alaikäiset pysyvät hoidossa loppuun saakka. (EMCDDA 2014, 9-10.)

Verrattuna muihin hoitomuotoihin MDFT:lle tyypillistä on sen pidempi kesto ja voimakkaampi intensiteetti. MDFT:n hyötyjä selittävä tekijä voisi olla useammat hoitokerrat verrattuna muihin vähemmän intensiivisiin ja lyhytkestoisiin hoitomuotoihin (esim. kognitiivis-behavioristinen terapia). (EMCDDA 2014, 10.)

4.2 MDFT 13 – 18 vuotiaalle nuorille ja heidän perheilleen

MDFT soveltuu alaikäisille nuorille, joilla on korkea riski päihteiden käyttöön ja rikollisiin tekoihin (Liddle 2007, 6). Nuorilla voi olla laaja-alaisia vaikeuksia monella eri alueella, esimerkiksi päihdekäyttöä, rikollisuutta, masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, koulun käynnin vaikeutta, perheen konflikteja ja vuorovaikutusongelmia sekä sijoituksen uhka (Karhunen 2017).

Uimosen (2016) tutkimuksen mukaan MDFT-hoidon piiriin tulleiden nuorten kohdalla merkittävimpiä diagnooseja olivat mielialahäiriö, käytös- ja tunnehäiriöt sekä ADHD. Ahdistuneisuus- ja stressihäiriötä esiintyi neljällä nuorella kymmenestä. Autismikirjon häiriö, syömishäiriö tai muu psyykkisen kehityksen häiriö esiintyi viidenneksellä. Nuorilla esiintyi internalisoivia oireita kuten masennusta, ahdistuneisuutta ja itsetuhoisuutta. Myös eksternalisoivaa oireilua esiintyi monimuotoisesti yli puolella nuorista. Näitä ovat mm. raivokohtaukset ja uhmakkuus. Kaveripiirissä esiintyvää epäsosiaalista toimintaa esiintyi vajaalla puolella nuorista. Koulun ja opiskeluun liittyviä häiriön aiheuttamia haittoja ilmeni kolmella nuorella neljästä. Toiminnanohjaukseen liittyviä ongelmia ja nukkumisvaikeuksia oli puolella nuorista. Hieman alle puolet nuorista käytti päihteitä. (Uimonen 2016, 51 - 71.)

Uimosen (2016) tutkimuksessa tutkittavien perheiden ongelmat ennen MDFT:n alkamista olivat monimuotoisia. Kolmanneksessa tuli esille vanhempien alkoholi- tai mielenterveysongelma, vanhemmuuden ja kasvatuksen ongelmat sekä vuorovaikutusongelmat. Perheväkivaltaa esiintyi yli viidenneksessä perheissä. Tutkimuksen mukaan varhaisnuoret perheineen voisivat hyötyä kaikkein eniten MDFT:stä, koska silloin voidaan parhaiten ehkäistä nuoren oireilun kehittyminen ja korjata ongelmat ennen niiden eskaloitumista. (Uimonen 2016, 50 -51.)

MDFT:ssä nuori tarvitsee vähintään yhden aikuisen henkilön, joka osallistuu hoitoon. Henkilö voi olla vanhempi, huoltaja tai joku muu perheenjäsen tai henkilö,

jolla on merkittävä vaikutus nuoren elämässä. Nuori ei saa olla akuutisti itsetuhoisin tai kärsiä psyykkisestä ongelmasta ellei se ole väliaikainen tai johdu päihdeiden käytöstä. (MDFT program, what is MDFT.)

Nuoren kehitystä ja kehityksellistä psykopatologiaa koskevat tutkimukset ovat osoittaneet, että perhe on terveen identiteetin ja minuuden kehittymisen ensisijainen konteksti. Toverisuhteiden vaikutus on kontekstuaalista eli perhe voi suojata nuorta negatiivisilta vaikutteilta. Nuoren tulisi myös pystyä rakentamaan enemmän vastavuoroinen kuin emotionaalisesti irrallinen suhde vanhempiinsa. MDFT:ssä ensimmäisestä tapaamisesta alkaen terapeutin keskeisin tavoite on saada aikaan muutosta perheenjäsenten väliseen vuorovaikutukseen eli siihen, kuinka perhe kommunikoi keskenään. Perheenjäsenten väliset konfliktit vähenevät ja helpottuvat sekä ongelmien ratkaisukyky paranee, kun vuorovaikutus muuttuu rakentavammaksi. Myös tunnesiteet perheenjäsenten välillä vahvistuvat samalla. (Liddle 2007, 16.)

4.3 Terapian aloitus-, työskentely- ja lopetusvaihe

MDFT—hoito on jaettu kolmeen eri askelmaan. Voidaan puhua myös työskentelyn aloitus-, työskentely- ja lopetusvaiheesta. Aloitus- ja lopetusvaihe kestävät tilanteesta riippuen noin yhdestä kahteen kuukauteen. Työskentelyvaiheet voivat myös mennä limittäin. (Liddle 2007, 24 – 34.)

Askelmassa yksi eli työskentelyn aloitusvaiheessa luodaan perusta muutokselle. Tällöin terapeutti luo olosuhteet, missä nuori ja vanhemmat tuntevat olonsa kunnioitetuiksi ja ymmärretyiksi. Terapeutti tapaa yksin nuorta, yksin vanhempia tai perhettä kokonaisuudessaan riippuen tapaamiskerran tavoitteista. Ensimmäisen askelman tavoitteena on luoda vahva terapeutin suhde, saavuttaa yhteinen näkemys ongelmista, edesauttaa nuoren ja perheen motivaatiota itsetutkiskeluun ja aloittaa muutosprosessi. (MDFT program, how MDFT works.)

Nuori tulee MDFT-työskentelyyn yleensä jonkun ohjaamana ja siten usein vailla omaa sisäsyntyistä muutosmotivaatiota (Karhunen 2017). Nuoren motivoitumisen ja hoitoon kiinnittymisen ajatellaan tapahtuvan vanhempien kautta. MDFT:ssä ajatellaankin, että vanhemmat ovat lastensa asiantuntijoita, ja juuri he

ovat "lääke" muutokseen. Lisäksi sisäisen motivaation puuttumisen vuoksi tarvitaan tapaamisia tiiviillä aikavälillä hoidon alusta saakka. Ideana on, että orastava motivaatio ei ehdi hiipumaan tapaamisten välillä. (Liddle 2007, 37.) Tapaamisten tiheys on myös tärkeää, jotta terapeutin yhteistyösuhde muodostuu nuoreen ja perheeseen. Tämä luo maaperän myös terapiaan sitoutumiselle ja muutokselle. (Karhunen 2017.)

MDFT:ssä pyritään alusta asti tekemään konkreettisia muutoksia. Näkökulmana on, että perheet, jotka ovat tottuneet epäonnistumisiin ja ovat menettäneet jo toivoaan paremmasta huomisesta, tarvitsevat heti konkreettisia muutoksia, joiden suotuista vaikutus näkyy heti perheen arjessa. (Karhunen 2017.)

Askelmassa kaksi eli työskentelyvaiheessa tavoitteena on edesauttaa nuoren yksilöllistä muutosta sekä muutosta koko perheessä. Koko tämän vaiheen aikana nuoren, vanhempien ja perheen tavoitteita asetetaan ja arvioidaan. Saavutukset eri osa-alueilla tukevat toisten osa-alueiden tavoitteiden saavuttamista. (MDFT program, how MDFT works.)

Muutosnäkökulman mukaan oireiden väheneminen ja myönteisen kehityksen vahvistuminen ongelmanuorilla tapahtuu kohdentamalla interventiot perheen toimintaan. MDFT:ssä arvioidaan ja puututaan systemaattisesti nuoren toiminnan eri osa-alueisiin, kuten päihteiden käyttöön, rikolliseen toimintaan, itsenäistymiseen, identiteetin kehittymiseen, ystäväpiiriin, harrastuksiin, etnisiin ja kulttuuriin asioihin sekä terveyteen ja seksuaalisuuteen. Tärkeää on samanaikaisesti vahvistaa nuoren normaalia kehitystä monilla tasoilla ja elämänalueilla. Ongelmien muodostumiseen ja jatkumiseen liittyvää käyttäytymistä, tunteita ja ajatusmalleja korvataan uusilla sekä nuoren että perheen kehitystä tukevilla ajatusmalleilla, tunteilla ja toiminnoilla. (Liddle 2007, 16 - 17.)

Kolmannessa askelmassa eli hoidon lopetusvaiheessa tavoitteena on muutosten vakiinnuttaminen. Hoidon muutamia viimeisiä viikkoja vahvistavat nuoren ja vanhempien saavuttamia tavoitteita. Terapeutti vahvistaa muutosta ja auttaa perhettä luomaan konkreettisia suunnitelmia tulevaisuuden ongelmien varalle, kuten päihteiden käytön repsahdus, pettymykset ja perheriidat. Perheenjäsenet pohtivat hoidon aikana tapahtuneita muutoksia, näkevät tulevaisuuden valoisampana

ja saavuttavat uudelleen toivon. (MDFT program, how MDFT works.) Terapian loppuvaiheessa käyntien ja yhteydenottojen tiheyttä harvennetaan. Eksoten MDFT:ssä lopetusvaiheeseen kuuluu tärkeänä osana myös jatkohoitokontaktin järjestäminen yhdessä perheen kanssa, mikäli siihen on tarvetta. (Karhunen 2017.)

4.4 Terapeutin suhde nuoreen ja perheeseen

Renée Taylorin (2008) mukaan terapeutin vuorovaikutussuhde tapahtuu yksilöllisesti asiakkaan ja terapeutin välillä. Vuorovaikutussuhteen tarkoitus on lisätä toimintaan sitoutumista ja tukea terapian tavoitteiden saavuttamista. Asiakas ja terapeutti ovat inhimillisiä olentoja. He tuovat suhteeseen omat ajatuksensa, tunteensa, persoonansa sekä asenteensa. Terapeutin vastuulla on huolehtia vuorovaikutussuhteen positiivisista ja vahvistavista tekijöistä. (Taylor 2008, 54 - 56.)

Terapeutin tulee olla myös tietoinen omasta vuorovaikutuksestaan. Omien vuorovaikutuksellisten kykyjensä vahvuudet ja haasteet on hyvä määrittää. Tämä auttaa terapeuttia kiinnittämään huomiota omaan vuorovaikutukseen, kehittymään siinä ja valitsemaan sopivimman tavan olla vuorovaikutuksessa tilanteen vaatimusten mukaan. (Taylor 2008, 38 - 39.)

Ehrling viittaa teoksessaan Millerin ja Rollnickin (2012) tutkimukseen, jossa on tullut esille melko vahva näyttö siitä, että terapeutin emotionaalisella mukautumiskyvyllä ja tietyillä persoonallisuuden piirteillä on yhteyttä hyviin hoitotuloksiin. Erityisesti työntekijän vuorovaikutus on hoitoon kiinnittymisen kannalta merkityksellisiä. Terapeutin vuorovaikutustyyli ja -tapa ovat jopa ratkaisevia muutostekijöitä. (Ehrling 2014, 17.) Liddlen (2007, 23) mukaan terapeutilta toivotaan optimistista asennetta ja kykyä muodostaa hyviä ihmissuhteita.

MDFT:n onnistumisen edellytys on, että terapeutti pystyy luomaan henkilökohtaisen allianssin niin nuoreen kuin vanhempiinkin (Liddle 2007, 162). Allianssi rakentuu asiakkaan ja terapeutin välisestä suhteesta, työskentelyn yhteisistä tavoitteista sekä tehtävistä (Ehrling 2014, 18). Intensiivinen ja nopeasti ongelmien sisään menevä MDFT-työskentely edellyttää vahvaa luottamuksen ja kunnioituksen ilmapiiriä, sekä toimivaa yhteistyösuhdetta kaikkien osallistujien välillä. Yhteisen työskentelypohjan luominen on jokaisen perheenjäsenen ja verkostojen

edustajien kanssa ehdoton edellytys prosessin tuloksellisuudelle. (Ehrling 2014, 38.) Myös Karhunen (2017) toteaa, että hyvä suhde osallistujien välillä syntyy yhteisestä työskentelystä, johon vaikuttavat vuorovaikutus, luottamus ja terapeutin ammattitaito.

Liddle korostaa, että terapeutti on sekä nuoren että vanhemman edustaja. Hän ei ole nuoren ”pelastaja” eikä yksipuolisen tiukan kurin puolestapuhuja. Terapeutit ovat muutosmyönteisiä. He tiedostavat roolinsa muutoksen mahdollistajina ja ymmärtävät oman toimintansa vaikutukset joko edistäen tai heikentäen työskentelyn etenemistä. (Liddle 2007, 22.) Ehrlingin mukaan terapeutin tulee pystyä työskentelemään paineisessa tilanteessa, koska se on tärkeä muutostekijä (Ehrling 2014, 43).

Terapeutin kuuntelemisen taidolla on todettu olevan positiivinen vaikutus asiakkaan tyytyväisyyteen ja henkiseen hyvinvointiin. Terapeutin tulee kyetä antamaan asiakkaalle positiivista, rakentavaa ja tarpeen vaatiessa myös vaikeammin kuultavaa palautetta. Terapeutin tulee pyytää palautetta asiakkaalta ja pystyä ottamaan sitä myös vastaan. (Taylor 2008, 157.)

4.5 MDFT Suomessa ja Eksotessa

MDFT:n jalkautuminen Suomeen

MDFT:n toimeenpano Eurooppaan alkoi vuonna 2006, kun tiimit Hollannissa, Sveitsissä, Saksassa, Belgiassa ja Ranskassa kouluttautuivat MDFT:hen. MDFT:n siirtäminen Suomeen toteutettiin siten, että Suomen Mielenterveysseuran ”Palaset kohdalleen” -hanke toimi kotimaisena koordinaattorina MDFT Academyn ja kotimaisten asiakkaiden välillä. Suomen Mielenterveysseura koordinoi hanketta Raha-automaattiyhdistyksen ja Suomen Lääkäriliiton rahoituksella vuosina 2011–2013. Psykoterapeutti, VTT Leena Ehrling oli hankkeen projektipäällikkönä. (Ehrling 2014, 44 – 47.)

Suomen ensimmäinen MDFT-koulutus toteutettiin vuosina 2011 – 2013. MDFT Academyn järjestämä koulutus muotoutui tiiviiksi, aktiiviseksi, intensiiviseksi ja moniulotteiseksi. (Ehrling 2014, 44 – 48.)

MDFT Eksotessa

Eksote eli Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri on vuonna 2010 perustettu kuntayhtymä, johon kuuluu yhdeksän kuntaa (Eksote 2017, Eksote). Syyskuussa 2013 alkaneeseen MDFT koulutukseen osallistui Eksotelta kuuden henkilön joukko eri organisaatioista. Kaksi henkilöä aloitti opiskelun nuorisopsykiatrian avohoidosta, yksi opiskeluterveyden palveluyksiköstä sekä kolme lastensuojelusta. Koulutusohjelma oli yhdellä psykologin tutkinto, kahdella sairaanhoitaja (AMK) ja kolmella sosionomi (AMK). Kaikilla henkilöillä oli yli viiden vuoden työkokemus lasten-, nuorten- ja/tai perheiden parissa työskentelystä. (Karhunen 2017.)

Eksoten tiimistä koulutettiin kaksi avainterapeuttia ja neljä terapeuttia. Avainterapeuttien koulutus alkoi syyskuussa 2013, ja terapeuttien koulutus tammikuussa 2014. Lähiopetuspäivät olivat Helsingissä, ja opettajat tulivat Hollannista. Varsinaisen MDFT-työn tekeminen alkoi heti koulutuksen käynnistyttyä, jolloin jokainen MDFT:tä opiskeleva aloitti työskentelyn oman MDFT-perheen kanssa. Avainterapeutit toimivat oman tiiminsä johtajina, antavat menetelmäohjausta sekä tekevät myös itse MDFT:tä. Kaikki Eksoten alueen terapeutit valmistuivat syyskuussa 2016. Vuonna 2017 Eksote on lähettänyt MDFT -koulutukseen kaksi henkilöä, molemmilla taustalla sairaanhoitajan (AMK) tutkinto. Syynä tiimin henkilöstöresurssin lisäämiseen on mm. Imatran kaupungin liittyminen Eksoteen vuonna 2016. (Karhunen 2017.)

Eksotessa käytetään aktiivisesti MDFT:tä. Työskentelyssä perheitä on ollut tähän mennessä noin 70. Perheet ohjautuvat MDFT:hen lapsiperheiden peruspalveluista, lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä lastensuojelun avohuollosta. Avainterapeutit ovat yhteyshenkilöinä hoitoonohjauksessa, mutta MDFT-tiimi yhdessä päättää soveltuuko nuori ja perhe hoitoon, ja kuka terapeuteista aloittaa työskentelyn kunkin perheen kanssa. Terapeutit työskentelevät koko Eksoten alueella. (Karhunen 2017.)

Eksoten tavoitteena on strategiansa (kuva 2) mukaisesti tukea ihmisten toimintakykyä niin, että he voisivat asua ja elää omilla alueillaan sekä saada elämän

kriisitilanteisiin helposti ja matalalla kynnyksellä apua. Eksotessa on pystytty merkittävästi vähentämään kustannuksia muun muassa purkamalla laitoshoidtoa ja vastaavasti kehittämällä voimakkaasti kotiin vietäviä palveluita sekä kuntoutusta. (Eksote 2017, Strategia.)

Strategia 2014–2018

Toimintakykyisenä kotona

- Asiakkaamme huolehtivat omatoimisesti toimintakyvystään ja hyvinvoinnistaan.
- Hoito- ja palvelumallimme ovat kevyitä, kuntouttavia ja kotilähtöisiä.
- Asiointi on helppoa käyttämällä sähköisiä ja matalan kynnyksen palveluja.
- Ohjaamme asiakkaat oikeaan paikkaan ja oikeaan aikaan.
- Kiireellinen hoito ja apu elämän kriisitilanteisiin ovat helposti saatavilla.



Megatrendit

- Väestön ikääntyminen
- Yksitöllisyyden kasvu ja asiakaslähtöisyys
- Sosiaalisten ja henkisten tarpeiden korostuminen

Visionamme

Toimintakykyisenä kotona

Tavoitteemme

- Asiakkaan omatoimisuuden tukeminen
- Sosiaalisen osallisuuden lisääminen
- Palvelujen saatavuuden helpottaminen
- Innostava ja vetovoimainen työpaikka
- Tasapainoinen talous



Arvomme
Yhdessä asiakkaan kanssa

Halu ottaa vastuuta

Mutkan vuorovaikutus

Rohkeus uudistua

Kuva 2. Eksoten strategia 2014 – 2018 (Eksote 2017, Strategia).

MDFT on Eksoten strategian mukaista työtä. MDFT:tä toteutetaan avopalveluissa. Työmuodossa jalkaudutaan koko Eksoten alueelle tekemään työtä nuorten ja perheiden kotiin sekä nuoren kasvuympäristöön. MDFT:n avulla voidaan myös vähentää laitossijoituksia ja sitä kautta saavutetaan säästöjä. (Karhunen 2017.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja toteutus

5.1 Tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyössä kiinnostuksen kohteena on Eksoten alueella toteutettava MDFT-työ. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata MDFT:n käytännön toteutusta, terapeutin suhdetta perheeseen ja mahdollisia kehittämistarpeita.

Opinnäytetyön tarkoituksesta johdetut tutkimuskysymykset:

- Millaisia kokemuksia perheellä on MDFT:n käytännön toteutuksesta?
- Millaisiksi perheet ovat kokeneet terapeutin suhteen perheeseen MDFT-työskentelyn aikana?
- Mitä kehittämissuhteita perheellä on MDFT-työskentelyyn?

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tulevien MDFT-perheiden tyytyväisyyttä hoitomuotoon ja näin lisätä heidän hyvinvointiaan.

5.2 Tutkimusmenetelmät ja opinnäytetyön tiedonkeruu

Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö, jossa käytettiin kvalitatiivisia eli laadullisia tutkimusmenetelmiä. Kvalitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, jossa tarkoituksena on ymmärtää tutkittavan kohteen ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen aineisto kerätään todellisista ja luonnollisista tilanteista, kuten haastatteluilla. (Jyväskylän yliopisto.) Toukon & Rantasen (2009) mukaan tutkimuksellinen kehittämistoiminta yhdistää konkreettisen kehittämistoiminnan ja tutkimuksellisen lähestymistavan. Käytännön kehittämisessä hyödynnetään ja sovelletaan tutkimuksesta saatua uutta tietoa. (Touko & Rantanen 2009, 19.) Tämä opinnäytetyö eteni tutkimukselliselle kehittämistyölle tyypillisen prosessimallin mukaisesti (kuva 3).

1. Kehittämiskohteen tunnistaminen ja tavoitteiden määrittäminen
2. Kehittämiskohteeseen ja teoretietoon perehtyminen
3. Kehittämiskohteen määrittäminen ja rajaaminen
4. Tietoperustan laatiminen ja menetelmien suunnittelu
5. Kehittämishankkeen toteuttaminen (haastattelu, kehittämisiltapäivä ja raportointi)
6. Kehittämistyön ja tulosten arviointi

Kuva 3. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 24)

Kiinnostus opinnäytetyön aiheeseen heräsi tutkijoiden virkatyön kautta. Tutkijat aloittivat tammikuussa 2017 tutkimustyön ottamalla yhteyttä Eksoten MDFT-avainterapeuttiin ja ilmaisemalla kiinnostuksen tehdä MDFT-tutkimus. Tutkijat keskustelivat aiheesta MDFT-avainterapeutin ja ohjaavien opettajien kanssa. Keskustelujen päätteeksi keväällä 2017 opinnäytetyön aihe rajautui koskemaan MDFT:n läpikäyneiden perheiden kokemuksia terapian käytännön toteutuksesta.

Tutkijat aloittivat teoria- ja tutkimustietoon perehtymisen opinnäytesuunnitelman aloitusvaiheessa keväällä 2017 jatkuen koko opinnäytetyöprosessin ajan. Aineistoa löytyi Saimia Finnan tietokannoista, kirjallisuudesta sekä MDFT Academyn ylläpitämästä internetsivustolta. MDFT:stä löytyy useita englanninkielisiä tutkimuksia. Suomessa on tehty yksi tutkimus vuonna 2016. MDFT:n vaikuttavuutta on tutkittu, mutta tutkimusta perheiden kokemuksista MDFT:n käytännön toteutukseen ei löytynyt. Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostui nuoren, perheen ja yhteiskunnan näkökulmasta, nuoren käytös- ja päihdehäiriöistä sekä häiriöiden hoitoon käytettävästä MDFT:stä.

Tutkimuskysymyksiä mietittiin ensin MDFT-tiimin kanssa. Lopulliseen muotoon tutkimuskysymykset muotoutuivat ohjaavien opettajien ohjauksessa. Ennen tutkimusluvan hakuprosessia tutkijat kysyivät suullisesti hyväksynnän opinnäytetyön toteutukselle Lasten ja nuorten talon johtajalta. Tutkimussuunnitelman hyväksynnän jälkeen lokakuussa 2017 tutkijat hakivat Eksoten eettiseltä työryh-

mältä ja terveystalveluiden johtajalta lupaa opinnäytetyön tekemiselle. Tutkimusluvan saamisen jälkeen tutkijat informoivat MDFT Academyn yhteysenkilöä opinnäytetyön aloittamisesta. Perheiden etsiminen haastatteluihin alkoi heti tutkimusluvan saamisen jälkeen lokakuussa 2017.

Haastattelutulosten tulkinnan jälkeen tutkijat pitivät Eksoten MDFT-tiimille kehittämisiltapäivän. MDFT-tiimi pohti tutkimustulosten pohjalta Learning Cafe -menetelmän avulla kolmea teema-alueetta; 1) MDFT:n kesto ja seurantajakso, 2) jouston huomioiminen terapian käytännön toteutuksessa sekä 3) työparityöskentely.

Haastateltavien valinta

Tutkimusluvan saamisen jälkeen MDFT-tiimi etsi asiakasrekisteristään sopivat perheet. Haastatteluun valittiin myös perheitä, joissa MDFT -työskentelyn tavoitteet eivät olleet kokonaisuudessaan toteutuneet tai terapia oli keskeytynyt. Ensimmäinen yhteydenotto perheeseen tapahtui MDFT-tiimin toimesta. Haastatteluun osallistuvien perheiden valintaan asetettiin seuraavat kriteerit:

- MDFT on päättynyt vähintään puoli vuotta aiemmin
- Haastatteluun ei valita ensimmäisiä MDFT:ssä mukana olleita perheitä
- Haastatteluun valitaan perheitä, joilta voidaan olettaa saatavan tietoa
- Haastatteluun ei valita perheitä, joiden kanssa tutkijat ovat virkatyönään työskennelleet
- Perhe antaa suostumuksen haastatteluun

Tutkijat olivat alustavan suostumuksen antamisen jälkeen puhelimitse yhteydessä perheeseen. Puhelussa selvitettiin opinnäytetyön tarkoitus, tutkimusmenetelmät, haastatteluun liittyvät käytännön asiat ja luottamuksellisuuteen liittyvät seikat. Osa alustavan haastatteluluvan antaneista henkilöistä ja perheistä eivät päätyneet haastateltaviksi.

Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmäksi tutkijat valitsivat haastattelun, koska sen avulla saadaan varmimmin kattava tuotos laadullisen tutkimuksen pohjaksi. Metsämuurosen (2009, 187) mukaan haastattelututkimus soveltuu tiedonkeruumenetelmäksi silloin kun tutkitaan henkilökohtaisia asioita tai halutaan kuvaavia

esimerkkejä aiheesta. Hirsjärvi (2014, 205) mainitsee haastattelun eduksi sen, että siinä voidaan tulkita vastauksia enemmän kuin kyselyssä. Haastattelumenetelmässä on myös mahdollista esittää täydentäviä kysymyksiä selventääkseen ja syventääkseen vastauksia. (Hirsjärvi 2014, 205.) Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena tuoda näkyväksi MDFT:n läpikäyneiden perheiden kokemukset terapian käytännön toimivuudesta sekä terapeutin suhteesta perheeseen. Haastattelu antaa mahdollisuuden täydentää ja varmentaa vastauksia ymmärryksen saamiseksi subjektiivisesta kokemuksesta.

Teemahaastattelu

Tutkimuksessa käytettiin puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua. Teemahaastattelu sopii tiedonkeruumenetelmäksi sellaisissa tilanteissa, kun halutaan selvittää jotain arkaluontoista asiaa, mitä ei välttämättä ole tiedostettu aiemmin (Metsämuuronen 2009, 189). Teemahaastatteluun valitaan muutama aihe, mistä haastatteluissa etsitään tietoa (Kylmä & Juvakka 2007, 78). Tutkijat kuuluivat MDFT-tiimin jäsenten ajatuksia haastattelun rungoksi valittavista teemoista tutkimussuunnitelmaa tehtäessä ja tämän pohjalta tutkijat valitsivat haastatteluun viisi teema-aluetta:

- Yhteydenottotavat
- Työskentely tapaamisissa
- Terapeutin vuorovaikutussuhde
- Käytännön toteutus
- Terapeutin toiminta

Haastattelutilanne

Haastatteluja tehtiin neljälle perheelle. Viides alustavasti haastatteluun suostumuksensa antanut perhe perui haastatteluun osallistumisen ennen haastattelutilanteen toteutumista. Lisäksi haastatteluun alustavan suostumuksen antaneiden perheiden perheenjäsenistä kaikki eivät tulleet haastattelutilanteeseen. Haastatteltavia oli yhteensä kymmenen henkilöä. Näistä seitsemän oli perheen vanhempia ja nuoria kolme nuoria. Haastatteluista kaksi toteutettiin Lasten ja nuorten talolla ja kaksi perheiden kotona. Lisäksi kaksi haastattelua toteutettiin puhelimitse pitkän välimatkan ja haastateltavien toiveiden vuoksi. Yhdessä haastattelussa oli

nuori yksin mukana, vanhemman tai vanhempien haastatteluja oli kolme ja perhehaastatteluja oli kaksi. Perhehaastatteluissa oli mukana vanhempi tai vanhemmat sekä nuori. Puhelimitse tehdyt haastattelut suoritti yksi tutkijoista yksilöhaastatteluina. Haastattelut kestivät 30 – 90 minuuttia.

Haastatteluihin osallistuvilta perheenjäseniltä pyydettiin ennen haastattelun aloittamista kirjallinen tietoinen suostumus haastatteluun (liite 1) sekä lupa nauhoittaa haastattelu. Samalla perheiden kanssa sovittiin haastatteluun käytettävä aika ja käytiin läpi tutkimuksen tarkoitus, haastattelun teemat, luottamuksellisuus sekä mahdollisuus perua suostumuksensa tiedon antamiseen. Kylmän ja Juvakan (2007, 90) mukaan haastatteluun käytettävä aika on oltava tiedossa haastateltavilla. Lisäksi tutkijoiden tulee kiinnittää huomiota siihen, että haastattelutila on rauhallinen ja häiriötön. Tutkittaville entuudestaan tuttu paikka edesauttaa hyvän haastatteluvuorovaikutuksen syntyä. (Kylmä & Juvakka 2007, 91.) Haastattelut toteutettiin kunkin perheen toivomassa paikassa. Perheiden kotona sekä Lasten ja nuorten talolla tehdyissä haastatteluissa olivat läsnä molemmat tutkijat.

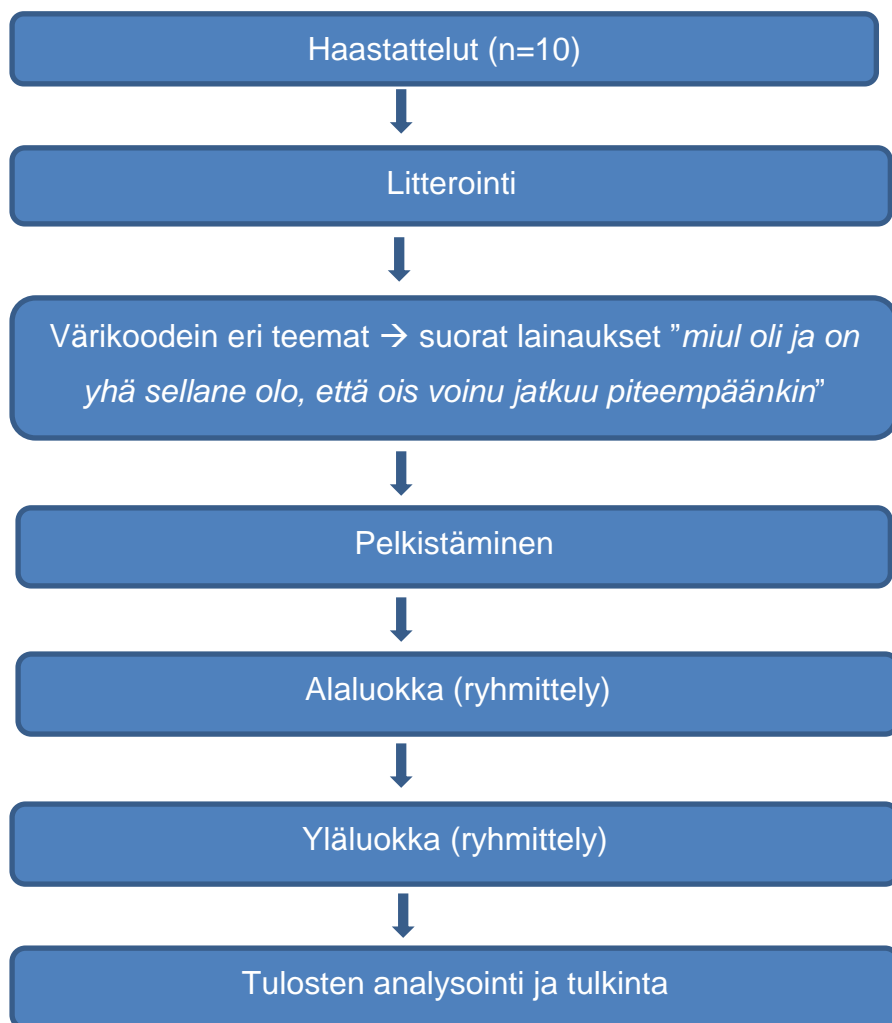
Kylmän ja Juvakan (2007, 90) mukaan haastattelut tulee nauhoittaa, jotta sisällönanalyysin tekemiseen saadaan riittävän tarkat tiedot. Haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhurilla. Puhelinhaastatteluissa haastateltavalle luettiin suostumuslomake ääneen ennen haastattelua sekä kerrottiin, että haastattelua ei nauhoiteta vaan se kirjoitetaan suoraan tekstiksi. Suostumuslomake lähetettiin postissa vastauskuoren kera allekirjoitettavaksi.

Aineiston voidaan katsoa olevan riittävä kun tieto kyllääntyy eli saturoituu. Tämä tarkoittaa sitä, että aineisto alkaa toistaa itseään eikä tutkittavat tuota uutta tietoa tutkimusaiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.) Haastatteluissa tieto alkoi kylläännyä nopeasti. Viimeistä haastattelua tehtäessä tutkijat totesivat, etteivät enää saaneet uutta tietoa tutkittaviin aiheisiin. Haastattelut purettiin jokaisen haastattelukerran jälkeen sanatarkasti tekstiksi eli litteroitiin.

5.3 Haastatteluiden aineiston analyysi

Sisällönanalyysillä kuvataan dokumenttien sisältöä sanallisessa muodossa. Sisällönanalyysi voidaan jakaa aineistolähtöiseen, teorialähtöiseen ja teoriaohjaa-

vaan sisällönanalyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 106.) Tämän tutkimuksen analysoinnissa hyödynnettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysia. Induktiivisessa sisällönanalyysissä aineisto pilkottiin osiksi ja sisällöltään vastaavanlaiset yhdistettiin (kuva 4). Lisäksi aineisto tiivistettiin valituissa luokissa tutkimuskysymyksiin vastaaviin teemoihin. Sisällönanalyysin jälkeen esille nousseista aiheista valittiin keskeiset teemat, joiden pohjalta tutkijat suunnittelivat kehittämispäivän MDFT-tiimille.



Kuva 4 . Analyysiprosessin kulku

Tutkijat litteroivat koko aineiston sanatarkasti, mikä on Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2004, 210) mukaan yksi tapa aineiston litteroinnille. Tutkijat lukivat litteroidut haastattelut läpi useamman kerran, jolloin aineistosta sai paremmin ko-

konaiskuvan. Aineistosta etsittiin haastattelun teemoihin liittyviä asioita, ja ne alleviivattiin eri väreillä. Alleviivatut asiat kirjoitettiin omien otsikoiden alle värikoodien mukaan. Tämän jälkeen sanonnat pelkistettiin ja toisiaan vastaavia ilmaisuja yhdistettiin. Tuomi & Sarajärven (2009) mukaan aineiston pelkistämässä analysoitava tieto voi olla litteroitu haastatteluaineisto. Pelkistäminen tarkoittaa joko aineiston palastelua osiin tai tiedon tiivistämistä. Litteroinneista etsitään ja nostetaan esiin tutkimuskysymyksen kannalta olennaiset tiedot. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Aineiston ryhmittelyssä (klusterointi) koodatuista ilmaisuista on tarkoitus etsiä samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 110). Tutkijat kokosivat samaa tarkoittavat käsitteet yhteen ja nimesivät ne luokkaa kuvaavalla termillä.

Ryhmittelyn jälkeen aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Tämän tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Tätä kutsutaan käsitteellistämiseksi (abstrahointi). Käsitteellistämässä luokituksia yhdistellään niin kauan kuin se sisällön kannalta on mahdollista ja tutkimustehtävään saadaan vastaus. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 111 – 112.) Sisällönanalyysissä tutkijat yhdistivät alaluokat yläluokiksi. Kuvassa viisi on esitetty esimerkkinä tutkijoiden tekemä pelkistäminen ja ala- ja yläluokkien muodostaminen.

Suora lainaus	Pelkistetty	Alaluokka	Yläluokka
"Terapeutti oli tosi miellyttävä ihminen"	Miellyttävä	Terapeutti ihmisenä	Ammattitaito
"Se just oli, että että siinä oli täysi luottamus"	Luottamus	Terapeutin toiminta	Ammattitaito

Kuva 5. Esimerkki suoran lainauksen pelkistämisestä sekä alaluokan ja yläluokan muodostumisesta

Tutkijat kävivät analysointiprosessin aikana reflektivoivaa keskustelua toistensa, itsensä sekä ohjaavien opettajien kanssa. Koko prosessin ajan tutkijat perehtyivät alan kirjallisuuteen. Haastattelututkimuksen analysoinnin tuloksia käytettiin pohjana MDFT-tiimin kehittämispäivälle.

5.4 MDFT-tiimin kehittämispäivä

Haastatteluiden analysoinnin ja tulosten tulkinnan jälkeen Eksoten alueen MDFT-tiimille pidettiin kehittämispäivä tammikuussa 2018. Kehittämispäivään osallistui seitsemän terapeuttia. Toinen tutkijoista kuuluu MDFT-tiimiin, joten paikalla olivat kaikki kahdeksan Eksoten alueen terapeuttia. Kehittämispäivä oli kestoltaan neljä tuntia.

Kehittämispäivä aloitettiin toisen tutkijan ohjaamalla mindfulness -harjoituksella. Mindfulnessilla eli tietoisuus- ja läsnäolotaidoilla tarkoitetaan keskittymistä kulloinkin meneillään olevan hetken kokemiseen ja havainnointiin (Suomen Mielen-terveysseura 2018). Mindfulnessin vaikutukset mielen tasolla liittyvät erityisesti ajattelun joustavuuteen, positiivisiin tunteisiin sekä kasvaneeseen tietoisuuteen oman mielen toiminnasta. Mindfulness parantaa keskittymiskykyä, tehostaa tiedon käsittelyä ja lisää luovaa ongelmanratkaisua. (Mind@work 2018.) Harjoituksen tavoitteena oli, että tiimin jäsenet voisivat aloittaa kehittämispäivän läsnäolevasti, luovasti ja mieli mahdollisimman vapaana muista asioista.

Mindfulness -harjoituksen jälkeen tutkijat esittelivät lyhyesti tutkimuksen prosessin ja kertoivat päivän kulusta. Tutkijat kertoivat tiimille haastattelututkimuksen keskeisimmät tulokset ja perheiden kehittämissuhteet. MDFT-tiimi osallistui vuorovaikutuksellisesti tulosten pohdintaan.

Learning Cafe

MDFT-tiimin jäsenet valitsivat tutkijoiden esittämistä haastattelututkimuksen tuloksista saaduista keskeisistä kehittämissuhteista kolme teemaa, jota he lähtivät pohtimaan Learning Cafe eli oppimiskahvila – menetelmän avulla. Innokylän mukaan tätä 12 hengelle tai suuremmalle ryhmälle soveltuvaa rentoa yhteistoi- mintamenetelmää käytetään keskusteluun ja tiedon luomiseen. Menetelmässä

osallistujat jaetaan ryhmissä pöytiin, joissa keskustellaan annetusta aiheesta tai kysymyksestä. Pöytäryhmän kirjuri tai puheenjohtaja kirjaa asiat ylös. Ryhmät käyvät kaikki pöydät läpi, kun taas kirjuri pysyy samassa pöydässä. Lopuksi tuotokset esitellään osallistujille keskustellen ja sovitaan jatkokehittämisestä. (Innokylä, Learning Cafe.)

Pienen ryhmäkoon vuoksi tutkijat sovelsivat oppimiskahvila -menetelmää niin, että pöydissä ei ollut pysyviä kirjureita tai puheenjohtajia. Tiimi jaettiin kahteen kahden hengen ryhmään ja yhteen kolmen hengen ryhmään. Tutkijat kiersivät pöytiä ja auttoivat ryhmäläisiä tarvittaessa. Ryhmäläiset kirjasivat keskustelun ja pohdinnan tuotokset isolle paperille erivärisillä tusseilla. Jokainen ryhmä oli yhden kysymyksen kohdalla noin 15 – 20 minuuttia (liite 2).

Oppimiskahvila-menetelmään kuuluu, että pöytätyöskentelyn jälkeen teemat käydään läpi yksitellen (Innokylä, Learning Cafe). Kukin ryhmä esitteli tuotokset muille ryhmäläisille, jonka jälkeen aiheista keskusteltiin sekä tarvittaessa asioita täydennettiin. Iso paperi, johon kunkin teeman asiat olivat kirjattuna, laitettiin seinällä (liite 3). Keskustelujen päätteeksi MDFT-tiimiläiset päättivät yhdessä mitkä asiat he ottavat käytännön toteutukseen. Tutkijat tuottivat MDFT-tiimille kirjallisen muistion sovitusta kehittämisasioista.

6 Haastatteluiden ja MDFT-tiimin kehittämispäivän tulokset

6.1 Haastatteluiden tulokset

Haastatteluista kävi ilmi, että terapian käytännön toteutukseen liittyvistä asioista tapaamispaikkaa, kokoonpanoa, koko terapian kestoa sekä terapiatapaamisten tiheyttä ja kestoa koskevat asiat olivat perheiden mielestä keskiössä. Terapeutin ammattitaitoon liittyvinä asioina tuloksista jaoteltiin terapeutin vuorovaikutukseen, terapeutin toimintaan sekä ihmisenä ihmiselle olemiseen liittyviä asioita. Haastattelujen tuloksista kehitettäviä asioita olivat terapian kesto, jousto sekä yksittäiset muut ehdotukset (kuva 6).



Kuva 6. Haastatteluiden tulokset

Terapian käytännön toteutus

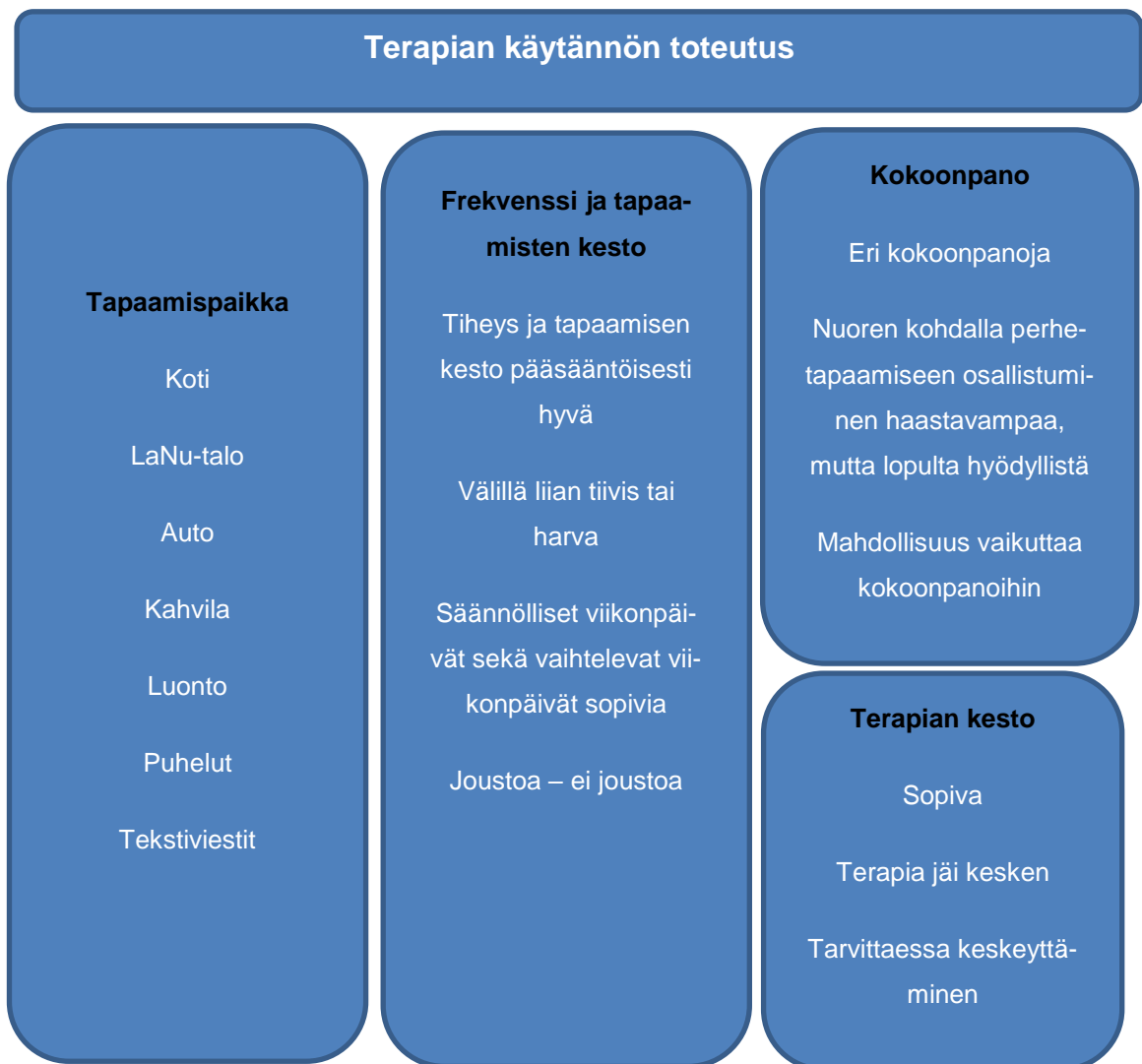
Haastattelujen perusteella käytännön toteutukseen liittyvissä asioissa tapaamispaikka, tapaamisten kokoonpano, tapaamisten kesto ja frekvenssi sekä koko terapian kesto olivat merkittäviä asiakokonaisuuksia (kuva 7). Kaikki haastateltavat antoivat hyvää palautetta kotona tapahtuvista tapaamisista. Tapaamiset kotona koettiin käytännöllisiksi, käteviksi ja turvallisiksi. Nuoret kokivat Lasten ja nuorten talon epämukavaksi, kun taas vanhemmille se oli enemmän neutraali paikka tavata. Suurin osa MDFT-tapaamisista oli ollut perheiden kotona. Tapaamisia oli ollut myös autossa, luonnossa ja kahviloissa.

Kaikki tapaamiset oli kotona. Se oli tosi kätevä. Vissii kerran oli Talolla. Olis ollu varmaan mahdollisuus tavata muuallakin, kahvilla tai muualla. (vanhempi)

Monta kertaa hää vei miut johonkin. Vaikka koulusta työmaalle, ni puhuttiin siinä autossa. Tavattiin yleensä kotona, joskus Talolla. Meillä oli tosi hyvä olla täällä kotona. Miul oli itellä turvallinen olla, ja terapeutinkin tykkäs. (nuori)

Tapaamisia oli ollut MDFT-metodin mukaisesti eri kokoonpanoilla. Vanhemmat toivat esille, että heille syntyi käsitys mahdollisuudesta vaikuttaa tapaamisten kokoonpanoihin. Yksi nuori kertoi, että perhetapaamiset olivat vaikeita, mutta lopulta hänelle oli niistä hyötyä.

Miul oli perhetapaamisissa vähän vaikea kertoa asioista. Ko jos on salaisuuksia ni siinä miu sisko ja vanhempi, ja ko mie heitän miu salaisuuksia, ni se oli vaikea tilanne miulle. Mut kyl ne oli tarpeellisia ne tapaamiset. (nuori)



Kuva 7. Terapian käytännön toteutus

Tapaamisia oli ollut työskentelyn aikana kerran tai kaksi viikossa. Yhden terapatapaamisen kesto oli ollut 30 – 120 minuuttia, ja koko terapian kesto 6-8 kuukautta. Tapaamisten kestoa ja tiheyttä pidettiin pääasiassa hyvänä. Joissakin ti-

lanteissa nuori ja vanhemmat olisivat halunneet terapeutilta lisää aikaa ja tiheämmin tapaamisia, kun taas joissakin tilanteissa vähemmän aikaa ja harvemmin tapaamisia. Samat viikonpäivät tapaamisilla sekä myös vaihtelevat tapaamispäivät olivat haastateltujen mielestä hyviä. Terapian loppua kohden tapaamiset olivat harventuneet.

Se tiheys oli hyvä ja oikeastaan enempiä olisi ollut hankala sitoutuakaan näissä puitteissa. (vanhempi)

Ei sen niin tiiviinä olis tarvinnu jatkuu välttämättä, mut ku se loppu ni se loppu ja myö jäätiin vähän niinku, meil ei ollu mitään kontaktia mihinkää. (vanhempi)

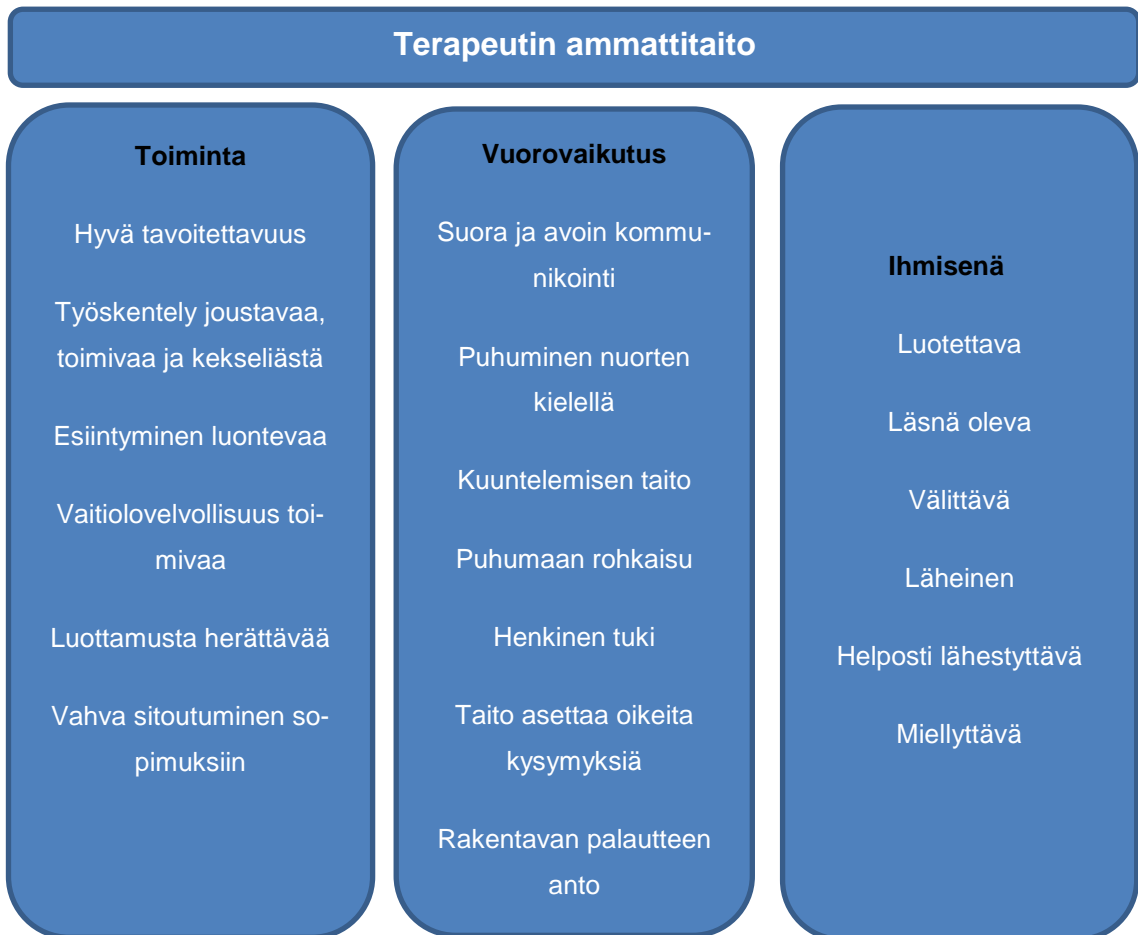
Suurin osa vanhemmista ja osa nuorista oli sitä mieltä, että terapia loppui liian aikaisin. Terapia loppui sovitusti ja suunnitellusti jokaisen kohdalla. Yksi perhe toi esille, että terapian olisi voinut keskeyttää aikaisemmin nuoren tilanteen vuoksi. Useampi perhe toi esille tyytymättömyyttä jatkohoitokontaktiin.

Terapeutin ammattitaito

Haastattelututkimuksen mukaan terapeutin ammattitaito vaikuttaa siihen, kuinka perhe on kokenut terapeutin suhteen perheeseen. Ammattitaitoon liittyy terapeutin toiminta, vuorovaikutus ja ihmisenä ihmiselle olemisen (kuva 8). Professori emeritus Jarl Wahlsrömin mukaan ammattitaitoisen terapeutin tunnistaa siitä, että terapeutti on kunnioittava, kuunteleva ja luottamusta herättävä (Wahlsröm 2015). Kaikki haastateltavat antoivat positiivista palautetta terapeutin ammattitaidosta. MDFT:ssä ensiarvoisen tärkeää on se, että terapeutti pystyy luomaan henkilökohtaisen allianssin niin nuoreen kuin vanhempiinkin (Liddle 2007, 162). Tämän haastattelututkimuksen mukaan terapeutit olivat onnistuneet allianssin luomisessa kaikkiin perheenjäseniin hyvin.

Miulla on aikoja sitten mennyt luottamus viranomaisiin, mutta mie luotin terapeuttiin. Koin, että terapeutti ei edes ollut viranomainen, vaan hoitaja, joka hoiti ja antoi henkistä tukea. Nuori sai henkistä tukea terapeutilta, ja se oli hyvä juttu. (vanhempi)

Alussa miun on tosi vaikee luottaa ihmisiin, mut sit pari kuukautta ni miu oli jo tosi helppo kertoa. Sit mie en enää valehdellut niistä asioista, mistä mie ennen valehtelin. Aloin luottaa häneen. Hää on se oikee ihminen kelle mie kerron niitä asioita. (nuori)



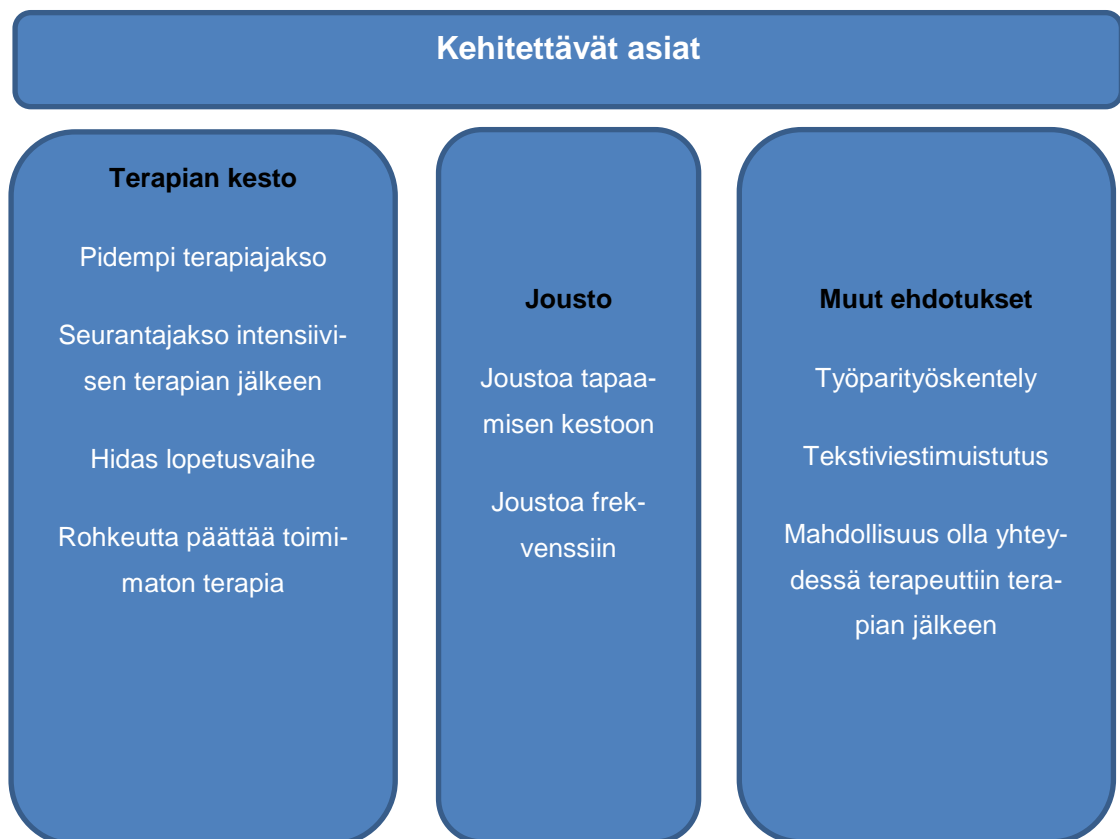
Kuva 8. Terapeutin ammattitaito

Haastateltavien mukaan terapeutin sai aina helposti puhelimitse kiinni. Työskentely oli toimivaa ja pääasiassa joustavaa. Terapeutin vuorovaikutus oli suoraa ja avointa. Perheiden mielestä terapeutti omasi sekä kuuntelemisen että kuulemisen taidon. Terapeutilla oli kyky puhua nuorille sekä kyky asettaa oikeat kysymykset oikeassa paikassa ja antaa rakentavaa palautetta. Terapeuttia kuvailtiin ihmisenä sanoilla miellyttävä, luotettava, läheinen, välittävä, läsnä oleva ja helposti lähestyttävä.

Kehitettävät asiat

Kehittämistä vaativiksi asioiksi aineistosta nousivat terapian kesto ja jousto sekä joukko erinäisiä ehdotuksia käytännön sujuvuuden helpottamiseksi, kuten työparityöskentely, tekstiviestimuistutus tapaamisajasta sekä mahdollisuuden olla yhteydessä tuttuun terapeuttiin myös terapiajakson jälkeen (kuva 9). Useimmat perheistä nostivat tärkeimmäksi kehitettäväksi asiaksi terapian keston. Perheet toivoivat terapian pidempää kestoja ja mahdollista seurantajaksoa. Perheiden mukaan uuteen hoitotahoon tai työntekijään tutustuminen oli raskasta intensiivisen MDFT-terapiajakson jälkeen. Joissakin perheissä uutta hoitotahoa ei ollut tullut, ja heille oli syntynyt tunne tyhjän päälle jäämisestä MDFT:n päätyttyä. Yksi perhe toi esille, että terapeutilla tulisi olla enemmän rohkeutta päättää toimimaton terapia.

Olisi se voinut olla pidempikin, jatkua vaikka vuoden, mutta ei tän nuoren kohdalla. Tän nuoren kohdalla se olisi voitu todeta päättyneeksi jo siinä kohdassa kun lääkärin tapaamista järjesteltiin kesken sen sovittujen terapiajaksoin. Rohkeutta todeta asia, että tämä ei nyt näytä toimivan. (vanhempi)



Kuva 9. Kehitettävät asiat

Miukii mielestä olis voinu jatkua. Se oli miulle tosi vaikeeta kun terapeutti meni pois. Mie olin tosi masentunut kun terapia alko, mut sitten siinä loppuvaiheessa miulla oli paljon parempi olla. Se terapia autto miuta henkisesti tosi paljon. (nuori)

Mun mielestä se olisi voinut jatkua niin kauan kunnes asiat olis ollut hyvin. Mut se loppu kesken ongelmien, ni tulee sellane tilanne, että mistäs myö nyt saadaan apua. (vanhempi)

Ne oli joustavia ne ajat. (vanhempi)

Useimmat haastateltavista olivat tyytyväisiä terapeutin joustamiseen tapaamisajoissa, mutta osa toivoi lisää joustoa tapaamisen keston. Erityisesti kriisiytyneissä tilanteissa osa perheistä kertoi, että he olisivat tarvinneet vielä enemmän MDFT-terapeutin aikaa. Toisaalta joissakin tilanteissa lyhyemmätkin ja harvemmat tapaamisajat olisivat olleet osan mielestä riittävät.

Joskus oli sillei että oli paljon mielessä jotakin, että piti laittaa pieneen pähkinänkuoreen, ja jotain jäi sanomatta, mitä olisi halunnut vielä sanoa. Aikaa olis voinu pidentää. (vanhempi)

Riippu niin paljon päivästä. Ehkä välillä tuli sellasia fiiliksiä, että aika loppu kesken. Joskus ei olis taas jaksanu tapaamista. (nuori)

Meidän tapauksessa työparityöskentelystä olisi ollut hyötyä. Yhden työntekijän voimin se aikatauluttaminen alkoi olla haasteellista. Jos olisi ollut työpari, joka olisi vaikka voinut paneutua etävanhemman suuntaan tehtävään työhön, rakentamaan sitä vuorovaikutusta, niin sillä olis voinut olla tässä kohdassa toimiva lisä. (vanhempi)

Oli kiireistä elämää, ni ei aina muistanut sitä aikaa. Olisi voinut muistuttaa aamulla tapaamisesta siis tekstiviestillä. (vanhempi)

Yksi perhe toi esille työparityöskentelyn mahdollisuuden, jotta kaikille perheenjäsenille riittäisi tapaamisaikoja. Yksi perhe ehdotti tekstiviestimuistutusta, jolloin tapaamiset eivät unohtuisi. Yksi vanhempi taas pohti uuden MDFT-jakson mahdollisuutta, ja toivoi siihen samaa terapeuttia, joka oli työskennellyt ensimmäiselläkin jaksolla.

6.2 MDFT- tiimin kehittämispäivän tulokset

Kehittämispäivän aluksi tutkijat esittelivät MDFT-tiimille haastatteluaineiston tulokset. Tulosten esittelemisen jälkeen MDFT- tiimi pohti mitä aihealueita he lähtevät tarkemmin työstämään kehittämispäivässä. Pohdinnan kautta tiimi valitsi Learning Cafen eli oppimiskahvilan aiheiksi seuraavat kolme teemaa:

- MDFT:n kesto ja seurantajakso
- Jouston huomioiminen MDFT:n käytännön toteutuksessa
- Työparityöskentely MDFT:ssä

MDFT:n kesto ja seurantajakso

Haastattelututkimuksen tulokset osoittivat, että suurin osa haastateltavista olisi halunnut MDFT:n kestävän pidempään. Tämän sijaan tai lisäksi perheet ehdottivat terapiaan pitkää seurantajaksoa. MDFT-tiimi oli yhtä mieltä siitä, että MDFT:n kesto ei voida pidentää tai kehittää siihen erillistä seurantajaksoa. Tällä hetkellä Eksoten alueella toteutettavat terapiajaksot ovat keskimäärin jo hieman pidempiä kuin mitä MDFT-metodi määrittää. Terapiajaksot ovat kestäneet yleisimmin kuudesta kahdeksaan kuukauteen, mutta enimmillään 12 kuukautta. Karhusen (2018) mukaan yli 8 kuukautta - korkeintaan 12 kuukautta kestävät terapiajaksot ovat mahdollisia, mutta ne mietitään aina tapauskohtaisesti. MDFT:n ohjeiden mukainen terapian kesto on neljästä enintään yhdeksään kuukauteen (Ehrling 2014, 37 – 38). MDFT on kehitetty intensiiviseksi perheterapeuttiseksi työmenetelmäksi (Liddle 2007, 6). Tämän vuoksi terapian pitkittäminen ei tule kysymykseen. Toisaalta myöskään aikaresurssit eivät mahdollista terapiajakson pidentämistä tai seurantajakson toteuttamista.

MDFT-tiimi pohti asioita, jotka voisivat tukea perheitä niin, että terapian päättymisen tuntuisi perheistä helpommalta. Pohdinnan jälkeen tiimi päätti kehittää seuraavia toimintatapoja:

- Perheiden kanssa käydään enemmän läpi terapian kestoja ja työskentelyn eri vaiheita
- Perhettä valmistellaan terapian päättymiseen paremmin terapian lopetusvaiheessa (tukeminen, motivointi, uskon luominen)

- Panostetaan enemmän jatkosuunnitelman ja jatkohoitosuunnitelman tekemiseen
- Lopetusvaiheessa perhe on pidempiä aikoja yksin ilman terapiatapaamisia (esim. 2 – 3 viikkoa ilman tapaamista)
- Terapian kesto on edelleenkin enintään yksi vuosi (erityistapauksissa)
- Mikäli MDFT:n päättyessä nuorelle ei tule jatkohoitokontaktia, perhe voi olla yhteydessä terapeuttiin ongelmatilanteessa. Terapeutti voi auttaa perhettä tarpeenmukaisen tuen hakemisessa.

Jouston huomioiminen MDFT:n käytännön toteutuksessa

Haastattelututkimuksen mukaan suurin osa perheenjäsenistä piti joustamista terapia-ajoissa ja tapaamisten tiheydessä riittävänä, mutta osa olisi halunnut niihin lisää joustavuutta. MDFT-tiimi pohti, että jouston mahdollisuus liittyy pääasiassa terapeutin ajallisiin resursseihin, oman työn suunnitteluun ja kalenterointiin, mutta myös joissain tapauksissa terapeutin jaksamiseen liittyviin asioihin.

Pohdinnan jälkeen MDFT-tiimi päätyi kehittämään työssään seuraavia toimintatapoja:

- Terapeutit kiinnittävät enemmän huomiota omaan kalenterointiin jättämällä mahdollisuuksien mukaan 15 – 30 min lisäaikaa varsinaisen tapaamisajan loppuun
- Erityisesti terapian aloitusvaiheessa ja kriisiytyneissä tilanteissa pyritään jättämään enemmän joustonvaraa aikoihin
- Harkinnan mukaan voidaan perua jonkun muun perheen tapaamisaika, jolloin saadaan lisäaikaa sitä tarvitsevalle perheelle (kriisitilanteet)
- Terapeutti kysyy perheen mielipidettä tapaamisaikojen riittävyteen ja tapaamistiheyteen läpi työskentelyn
- Terapeutti ottaa edelleen huomioon oman jaksamisensa ja elämäntilanteensa
- Terapeutti keskustelee mietityttävistä tilanteista tarvittaessa avainterapeutin kanssa

Työparityöskentely MDFT:ssä

Haastattelututkimuksessa yksi perhe esitti toiveen työparityöskentelystä. Tämän nuoren perheessä oli useampi huoltaja, ja yksi vanhemmista asui toisella paikkakunnalla. MDFT:n metodin mukaan perheessä työskentelee yksi terapeutti, joka toimii perheen case managerina vastaten perheestä työskentelyn ajan (Liddle 2007, 35 – 38). Eksoten MDFT-tiimissä työparityöskentelyä on käytetty vähän. Näissä tilanteissa indikaationa on ollut väkivallan uhka. (Karhunen 2018.)

MDFT-tiimi pohti työpariasiaa ja päätyi siihen, että MDFT-työskentelyn aloittaa jatkossakin yksi terapeutti perheen koosta riippumatta. Poikkeuksena on tiedossa oleva väkivallan uhka yhdistettynä siihen, että perhe ei pääse tulemaan Lasten ja nuorten talolle tapaamisiin. Tällaisessa tilanteessa perheessä voi aloittaa kaksi terapeuttia. Työparityöskentely on mahdollinen yksittäisissä tapaamisissa, vaikka kyseessä ei olisi väkivallan uhka.

MDFT-tiimi päätti kehittää seuraavia toimintatapoja:

- Isoon perheeseen (uusioperhe, sijaisperhe) resursoidaan enemmän aikaa, jolloin perheenjäsenillä on mahdollisuus tavata terapeuttia säännöllisesti
- Työparityöskentely on mahdollinen yksittäisissä tapaamisissa mm. väkivallan uhka tai perheen haastava tilanne
- MDFT-terapeutti keskustelelee työparitoiveesta avainterapeutin kanssa
- Työparina voi olla avainterapeutti, toinen MDFT-terapeutti tai muu Lasten ja nuorten talon ammattilainen

7 Pohdinta

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen tekemiseen kuuluu tutkimuksen luotettavuuden arviointi, koska tutkimuksen yksi keskeisimmistä tavoitteista on tuottaa totuudenmukaista tietoa. Luotettavuuden arvioinnissa pohditaan, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on saavutettu ja mikä on tutkimuksen hyödynnettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Tämän opinnäytetyön tuottamaa tietoa arvioidaan uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereillä.

Uskottavuudella (credibility) tarkoitetaan sitä, että tutkimus ja sen tulokset ovat uskottavia ja ne pystytään osoittamaan (Tuomi & Sarajärvi 2012, 71). Kylmän ja Juvakan (2007, 128) mukaan tutkimustulosten on oltava uskottavia sekä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden että lukijan kannalta. Tutkimustulosten on vastattava tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Riittävän pitkä aika tutkittavan aiheen parissa ja tutkimuspäiväkirjan tekeminen vahvistavat uskottavuutta. Uskottavuutta lisää myös keskustelu tutkimusprosessista ja tuloksista tutkimuksen eri vaiheissa tutkimukseen osallistuneiden tai muiden samaa aihetta tutkivien kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Molemmilla tutkijoilla on pitkäaikainen työkokemus nuorten ja perheiden parissa työskentelestä, joten nuorten ja perheiden kohtaaminen on luontevaa ja ammattitaitoista. Toinen tutkijoista on tehnyt MDFT-työtä kolmen vuoden ajan, joten asiantuntijuutta on myös teemaan liittyen.

Vahvistettavuudella (dependability, auditability) tarkoitetaan sitä, että toisen tutkijan on mahdollista seurata prosessinkulkua pääpiirteissään ("audit trail"). Laadukkaasti kuvatusta raportista voidaan seurata tutkijan tekemiä tuloksia ja johtopäätöksiä. Laadullisessa tutkimuksessa todellisuuksia voi olla useita. Vaikka toinen tutkija toteuttaisi samankaltaisen tutkimuksen, voi tulkinta olla toinen. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tässä opinnäytetyössä tutkijat ovat pyrkineet kuvaamaan tutkimusprosessin ja perusteet mahdollisimman selkeästi ja tarkasti. Tulokset ja johtopäätökset on pyritty perustelemaan selkeästi.

Refleksiivisyys tarkoittaa tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan on pohdittava ja arvioitava näitä asioita läpi tutkimuksen ja selitettävä tutkimusraportissa lähtökohtansa ja edellä mainitun arvionsa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyön tutkijat ovat käyneet jatkuvaa vuoropuhelua itsensä ja toistensa kanssa prosessin aikana yhdistäen pohdintaan aiemmin tutkittua tietoa. Tutkijat ovat myös pyrkineet perustelemaan tehdyt ratkaisut, linjaukset ja rajaukset uskottavasti.

Siirrettävyydellä (transferability) tarkoitetaan sitä, miten tutkimuksen tulokset ovat siirrettävissä vastaavanlaisiin tilanteisiin. Käytännössä siirrettävyys merkitsee sitä, että tutkijan on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa esimerkiksi osallistujista ja heidän elämäntilanteistaan, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä toisiin tilanteisiin. Se tarkastelee sitä, voidaanko tutkimuksen tuloksia soveltaa käytännössä ja mitä hyötyä tutkimuksesta on käytännön toiminnan kannalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tuomen ja Sarajärven (2012, 138) mukaan siirrettävyyteen vaikuttaa tutkittujen ympäristöjen samankaltaisuus. Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli tuottaa Eksoten MDFT-työhön asiakkaiden ääni mukaan terapiatyön käytännön asioiden kehittämiseen. Eksoten MDFT-tiimin lisäksi muut Suomen MDFT-tiimit voivat hyödyntää tutkimustuloksia kehittääkseen MDFT:n käytännön toimenpiteitä asiakaslähtöisemmiksi.

Eettisyys

Tutkimuksen tekijän ensimmäisiä eettisiä valintoja tutkimusta tehdessä on valinta, mistä aiheesta tutkimuksen tekee sekä miten muodostaa tutkimuskysymykset (Kylmä & Juvakka 2007, 143). MDFT on Eksoten strategian mukaista työtä. Opinnäytetyön alusta asti tutkijat tekivät tiivistä yhteistyötä Eksoten MDFT-tiimin kanssa. MDFT-tiimiä on kuultu suunniteltaessa tutkimuksen näkökulmaa, tutkimuskysymyksiä ja haastattelurunkoa. Hyvänä apuna ja tukena olivat Saimaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä ohjaavat opettajat. Tutkimuksesta on myös informoitu MDFT Academyn yhteyshenkilöä. Perhepalveluiden toimialajohtaja antoi luvan tutkimuksen tekemiseen. Tutkimuslupaa haettiin Eksoten eettiseltä työryhmältä. Eettinen työryhmä antoi puoltavan lausunnon ja terveys- ja vanhuspalveluiden johtaja myönsi tutkimusluvan lokakuussa 2017.

Tutkimusluvan saamisen jälkeen MDFT-terapeutit etsivät asiakasrekisteristä perheet, joille tarjottiin mahdollisuutta osallistua haastatteluun. MDFT-tiimi kysyi useampia perheitä haastatteluun, mutta osa perheistä kieltäytyi. Ensimmäisen yhteydenoton perheeseen haastatteluun liittyen teki MDFT-terapeutti. Terapeutti kysyi perheen halukkuutta haastattelututkimukseen. Terapeutti välitti haastatteluun suostuvien perheiden yhteystiedot tutkijoille. Tutkijat olivat tämän jälkeen puhelimitse yhteydessä perheeseen. Puhelussa selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, tutkimusmenetelmät, haastattelumenetelmään liittyvät käytännön asiat ja tutkimuksen luottamuksellisuuteen liittyvät seikat. Tutkijat kertoivat perheille, että haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta voi perua missä vaiheessa vain.

Kirsi Kallio (2010, 171-172) mukaan lasten ja nuorten eettisessä kohtaamisessa täytyy hankkia sekä vanhempien että muiden tarvittavien viranomaisten (esim. sairaanhoitopiirien eettinen lautakunta) lupa silloin kun alaikäinen osallistuu tutkimukseen. Haastatteluun kutsutut nuoret sekä huoltajat osallistuivat haastatteluun vapaaehtoisesti. Haastateltaville kerrottiin, että haastatteluluvan voi perua missä vaiheessa tahansa ja vielä haastattelun jälkeenkin nuori, vanhemmat tai koko perhe voivat kieltää antamiensa tietojen käytön tutkimuksessa. Haastatteluihin osallistuvilta perheenjäseniltä pyydettiin kirjallinen tietoinen suostumus haastatteluun (liite 1) sekä lupa nauhoittaa haastattelu. Haastattelun nauhoitukset tuhottiin laadullisen analyysin jälkeen. Haastatteluiden raportoinnissa ei tule esille perheen asuinpaikkaa, sukupuolta tai ikää eikä muuta asiaa, josta voisi tunnistaa nuoren tai perheen. Haastatteluihin ei valittu perheitä, joiden kanssa tutkijat olivat virkatyönään työskennelleet. MDFT-tiimille järjestetyssä kehittämispäivässä ja haastattelun tuloksia esiteltäessä tutkijat eivät tuoneet ilmi, keitä terapeuteille alustavan suostumuksensa antaneita perheitä oli haastateltu tai miltä perheeltä mikäkin tieto oli saatu.

Ihmisiin liittyvissä tutkimuksissa täytyy arvioida tutkimukseen osallistuvan haavoittuvuus. Yksi erityisen haavoittuva tutkittava ryhmä on lapset. Terveystieteellisessä tutkimuksessa erityisen herkkiä tutkimusteemoja ovat muun muassa vaikeaan elämäntilanteeseen liittyvät aiheet. (Kylmä & Juvakka 2007, 145.) Tässä

opinnäytetyössä ei tutkittu itse terapiaa, sen vaikuttavuutta tai terapiaan johtaneita syitä. Kaikissa tutkimuksen vaiheissa otettiin kuitenkin huomioon haastatteluvien tunteet, joita terapiajakson muistelu voi nostaa mieleen. Perheille tarjottiin haastattelun jälkeen mahdollisuus ottaa yhteyttä MDFT-avainterapeuttiin, mikäli he kokivat tarvetta keskustella terapiajakson muistelun yhteydessä heränneistä tunteistaan.

Tutkijat kohtasivat haastateltavat inhimillisesti, eettisesti ja arvostaen. Tutkijat olivat haastattelussa sensitiivisiä. Tutkijat eivät ottaneet kantaa haastateltavien tuottamiin terapiaan liittyviin asioihin.

Oikeudenmukaisuus on yksi eettinen tutkimustyötä ohjaava periaate. Tärkeiden tutkimustulosten raportointi takaa tämän periaatteen täyttymisen. (Kylmä & Juvakka 2007, 154.) Opinnäytetyössä haastattelujen avulla selvitettiin keskeiset kehitettävät teemat ja niitä MDFT-tiimi työsti Learning Cafe –menetelmän avulla. Tutkimusprosessin kulku on raportoitu mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti. Liitteessä oleviin valokuviin on saatu MDFT-tiimin jäsenten lupa. Ennen opinnäytetyön julkaisua kuvat on näytetty tiimin jäsenille, ja kerrottu niiden käytöstä opinnäytetyössä. MDFT-avainterapeutti on lukenut tämän opinnäytetyön ennen työn lopullista tarkastamista ja julkaisua.

7.2 Tulosten tarkastelu

MDFT:tä on tehty Eksoten alueella aktiivisesti syksystä 2013 alkaen. Imatran yhdistyttyä Eksoteen vuonna 2016 MDFT-tiimiä haluttiin vahvistaa kahdella terapeutilla. Tiimin koko on tällä hetkellä kahdeksan. Terapeutit työskentelevät koko Eksoten alueella.

MDFT on Eksoten strategian mukaista työtä ja se on tärkeässä roolissa Lasten ja nuorten palveluissa (Karhunen 2018). Valtakunnallisessa Lapsi ja perhepalveluiden muutosohjelmassa (LAPE) tavoitteena on nykyistä lapsi- ja perhelähtöisemmät, ennaltaehkäisevät ja vaikuttavat palvelut (Lasten ja perhepalveluiden muutosohjelma – LAPE). Myös lastensuojelulaki korostaa varhaista puuttumista ja moniammatillisen yhteistyön tarvetta (Lastensuojelulaki 417/2007). MDFT-työmuoto on lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointia tukevaa, vaikuttavaa sekä

kustannustehokasta (Liddle 2007). MDFT:n kehittäminen hyödyttää täten niin yksilöä, perhettä kuin yhteiskuntaa.

Tässä tutkimuksessa on haastateltu MDFT:n läpikäyneitä perheitä ja kuultu heidän kokemuksiaan ja ajatuksiaan MDFT:n käytännön toteutuksesta sekä terapeutin suhteesta perheeseen. Haastatteluissa perheiden kuvaamista käytännön toteutukseen liittyvistä asioista nousi esille kehittämissuhteita, joiden tuoman tiedon pohjalta tutkijat pitivät MDFT-tiimille kehittämispäivän. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön avulla oli tarkoitus kehittää Eksoten alueen MDFT:tä niin, että se palvelee vielä paremmin tulevia perheitä, lisää perheiden hyvinvointia sekä tyytyväisyyttä työmuotoon.

Haastattelututkimuksen mukaan nuorten ja vanhempien kokemukset MDFT:stä olivat positiivisia. Perheet antoivat hyvää palautetta siitä, että MDFT:ssä perheen vastuuhenkilönä toimii yksi työntekijä ja tapaamiset voidaan järjestää perheiden kotona. Perheet olivat kokeneet terapeutin suhteen perheeseen hyvänä, eikä kukaan haastateltavista antanut kehittämissuhteita tähän liittyen.

Tämän haastattelututkimuksen mukaan terapeutti oli onnistunut ammattitaitoisen vuorovaikutuksen ja toiminnan kautta luomaan hyvän suhteen perheenjäseniin. Renée Taylorin (2008) mukaan terapeutin vuorovaikutussuhde tapahtuu yksilöllisesti asiakkaan ja terapeutin välillä. Vuorovaikutussuhteen tarkoitus on lisätä toimintaan sitoutumista ja tukea terapian tavoitteiden saavuttamista. (Taylor 2008, 54 - 56.) MDFT:n onnistuminen edellyttää terapeutilta allianssin luomista jokaiseen perheenjäseneseen. Tämän tutkimuksen mukaan se oli onnistunut hyvin. Allianssi rakentuu asiakkaan ja terapeutin välisestä suhteesta, työskentelyn yhteisistä tavoitteista sekä tehtävistä (Ehrling 2014, 18).

Asiakas ja terapeutti ovat inhimillisiä olentoja. He tuovat suhteeseen omat ajatukset, tunteensa, persoonansa sekä asenteensa. (Taylor 2008, 54 - 56.) Myös MDFT-työtä tehdään omalla persoonalla. Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa näyttää siltä, että Eksoten tiimiin on valikoitunut MDFT-terapiatyöhön hyvin soveltuvia henkilöitä. Tämän kuten useiden muidenkin tutkimusten mukaan terapeutin ammattitaitoon liittyvä vuorovaikutus, toiminta ja ihmisen kohtaaminen lisäävät perheen tyytyväisyyttä ja sitoutumista terapiaan.

Ni hää oli miulle mahtavaa. Mie en valehdellu hänelle. Mie jotenkin pystyin puhumaan hänelle. (nuori)

Suurin osa haastateltavista olisi toivonut terapian kestävän pidempään ja terapian jälkeen seurantajaksoa. MDFT on tutkimukseen perustuva manualisoitu työmuoto (Liddle 2007, 6.) Tämän seikan vuoksi Eksoten MDFT-tiimi ei voinut lähteä rakentamaan terapiamuotoa uudelleenlaiseksi. Tiimi kuitenkin mietti miten tilanteeseen voisi vastata parhaalla mahdollisella tavalla, vaikka kestoja ei voida pidentää eikä seurantajaksoa toteuttaa. Myös ajalliset resurssit vaikuttavat siihen, miten perheiden tarpeisiin voidaan vastata. Mielenkiintoista olisi tietää tulisiko pidempi terapiajakso merkittävästi perheiden tyytyväisyyttä työmuotoon vai onko toive pidemmästä terapiajaksosta ennemminkin tunneasia. Vahvan tunnesiteen vuoksi perheen voi olla vaikea luopua tärkeäksi muodostuneesta tuesta ja ihmissuhteesta.

Terapia loppu sovitusti, ko siitä oli tehty sellanen sopimus. Se oli määräaikaan. Olisin halunnu, että se ois jatkunut. (nuori)

Osa haastateltavista tunsu jääneensä tyhjän päälle terapian päätyttyä. Terapeutin ja perheen suhde MDFT:ssä muotoutuu vahvaksi ja intensiiviseksi, ja siinä rakentuu myös tunnesidoksia. Tämä vaikuttaa siihen, että perhe voi tuntea jäävänsä tyhjän päälle ja yksin terapian päätyttyä. Myös uuteen hoitotahoon tutustuminen voi tuntua vaikealta tiiviin terapiasuhteen jälkeen. Tutun terapeutin kanssa olisi helppo ja turvallinen jatkaa niin nuoren kuin vanhemmankin. Karhunen (2018) kertoo, että MDFT:hen kuuluu uuden hoitokontaktin järjestäminen nuorelle terapian loppuvaiheessa. Kuitenkin joskus voi käydä niin, että nuori ei halua jatkohoitokontaktia, jolloin siihen ei myöskään voida pakottaa. MDFT:ssä tehdään kirjallinen hoidon loppuarvio, joka annetaan myös perheelle. Hoidon loppuarviossa on kirjattuna tavoitteet, työskentely, saavutetut tulokset sekä jatkohoitosuunnitelma. (Karhunen 2018.)

Suurin osa haastateltavista piti joustamista tapaamisajoissa ja tapaamistiheydessä riittävänä, mutta osa olisi halunnut niihin lisää joustoa. Joustoon liittyy terapeutin kalenterointi, muu MDFT:n rinnalla tehtävä työnkuva, terapeutin omat resurssit ja henkilökohtaiseen elämään liittyvät asiat. Osa terapeuteista tekee

MDFT:n rinnalla toista työnkuvaa. Sen vuoksi kalenterointi voi olla haasteellista. (Karhunen 2018). Terapeutin oma yksityis- ja perhe-elämä sekä jaksaminen tulee ottaa huomioon joustamisessa. Hyvinvoiva terapeutti jaksaa paremmin tehdä vaativaa työtä vaikeasti ja monialaisesti oireilevien nuorten ja heidän perheidensä kanssa. Terapeuttien on hyvä jatkossa muistaa perheiden toivoma joustaminen omien resurssiensa puitteissa. Terapeutin joustaminen terapia-ajoissa nostaa perheiden sitoutumista ja tyytyväisyyttä terapiaan.

Joustoa olis voinut olla enemmän ni asiat ei olis jäänyt kesken. (vanhempi)

Yksi perhe nosti esille työparitoiveen, mutta muut haastatellut perheet kokivat hyväksi sen, että perheen kanssa työskentelee yksi ja sama henkilö. MDFT perustuu siihen, että siinä työtä tekee yksi nimetty terapeutti. Tämä on Liddlen (2007, 35 - 38) mukaan myös tutkimuksissa todettu toimivaksi menetelmäksi. MDFT-tiimi halusi kuitenkin valita tämän yhdeksi teemaksi kehittämispäivässä ja käydä keskustelua työparityöskentelystä.

Karhunen (2018) kertoo, että työparityöskentelyä on käytetty Eksoten MDFT:ssä vähän ja silloin indikaationa on ollut väkivallan uhka. MDFT-tiimi päätti kehittämispäivässä, että työparityöskentelyä ei oteta käyttöön muutoin kuin tilanteissa, joissa on esimerkiksi väkivallan uhka tai haastava tilanne. Suurissa perheissä työskenneltäessä terapeutille tulee lisätä aikaresurssia, jotta hänellä riittää aikaa jokaisen perheenjäsenen tapaamiseen.

Meillä on nuoren isän kanssa aina ollut hyvät puhevälit, mutta en olisi ikinä uskonut, että meillä voi olla näin hyvät välit, että myö pystytään puhumaan nuoren asioista. Pystytään puhumaan niin ettei kumpikaan hermostu toiselle ja huomaisin, miten ison merkitys sillä on nuorelle. (vanhempi)

Suosittelen monelle nuorelle, jolla on ongelmia. Se oli tosi rankka se MDFT, mut se MDFT ei ollut vaikea, vaan se miu elämäntilanne. Terapeutti teki miun elämäntilanteesta helpomman. Mie en ois pystynyt kuvittelemaan, jos miu perhe ei olisi ollut siinä mukana. Se oli tärkeää, että ne oli mukana. (nuori)

Se opetti keskustelemaan. Meillähän tämä auttoi sillai, että lopputulos oli, että meistä tuli perhe! Se oli niin kuin, että keskustelemalla voidaan selvittää asioita, se ei ollut pelkästään sitä, että huudetaan ja lähdetään pois. (vanhemmat)

Haastatteluissa tuli esille, että vaikka kaikki ongelmat eivät olisikaan helpottaneet, niin perheet olivat terapian jälkeen tunnesidokseltaan ja toiminnaltaan yhtenäisempiä sekä perheen vuorovaikutus toimivampaa. Kaikki haastateltavat suosittelivat MDFT:tä.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen perusteella perheet olivat tyytyväisiä MDFT-työskentelyyn ja suosittelivat tätä työmuotoa uusille MDFT-perheille. Kaikki perheet antoivat positiivista palautetta terapeutin toiminnasta ja suhteesta perheeseen. Tästä voidaan päätellä, että Eksoten MDFT-terapeutit ovat onnistuneet hyvin allianssin luomisessa jokaiseen perheenjäseneen.

Lähes kaikilta haastateltavilta tuli kehittämissuhteiksi terapian keston pidentäminen ja seurantajakso. Osa haastateltavista oli tyytyväisiä yksittäisten tapaamisten keston ja tapaamisten tiheyteen, mutta osa olisi halunnut lisää joustoa niihin. MDFT on intensiivinen ja määräaikainen terapiamuoto. MDFT on manualisoitu työmuoto, eikä Eksoten tiimi voi omalla päätöksellään muuttaa terapian kestoa tai kehittää seurantajaksoa. MDFT:ssä tapaamisia on useita viikossa, jolloin terapeutista tulee kiinteä osa perheen elämää. Terapeutin ja perheen välille syntyy myös tiivis terapeutin suhde. Tämän vuoksi perhe voi tuntea terapian loppumisen raskaana ja tyhjän päälle jäämisenä. MDFT-tiimi on vastannut tähän kehittämissuhteeseen päättämällä panostaa entistä paremmin perheen valmisteluun terapian päättymisestä. Jouston osalta MDFT-tiimi on päättänyt lisätä kalenteriinsa pienen jouston varan tapaamisiin erityisesti terapian aloitusvaiheessa ja mahdollisissa kriisivaiheissa.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää tulevilta MDFT-perheiltä terapian päätyttyä kokevatko he näiden edellä kuvattujen parannusehdotusten toteuttua terapian päättymisen ja jatko-ohjannan toimivammaksi sekä terapia-aikojen joustamisen riittäväksi. Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla MDFT-terapian

vaikuttavuuden arviointi Eksoten alueella. Vaikuttavuuden tutkiminen olisi kannattavaa tehdä vasta, kun terapiaa on toteutettu Eksotessa noin 10 vuotta.

Lähteet

Aaltonen, J. 2009. Perheterapiat. Duodecim Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00102. Luettu 1.9.2017.

Ehrling, L. 2014. Multidimensional family therapy. Uusi työtapa nuorten monimuotoisiin ongelmiin. http://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/mdft_net.pdf. Luettu 30.4.2017.

Ehrling, L. 2012. Syrjäytymisvaarassa olevia nuoria ja heidän perheitään voidaan auttaa yhdistelmähoitomalleilla. Artikkel. Suomen mielenterveysseura. Tulostettu 10.9.2012. Luettu 2.5.2017.

Eksote. Eksote. (<http://www.eksote.fi/eksote/Sivut/default.aspx>). Luettu 8.5.2017.

Eksote. Strategia. (<http://www.eksote.fi/eksote/strategia-ja-johtaminen/Sivut/default.aspx>). Luettu 8.5.2017.

EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2014. Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg (http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/786/TDAU13008ENN_460882.pdf). Luettu 28.5.2017

Hallituksen toimintasuunnitelma 2017 – 2019. Hallituksen julkaisusarja. 2017. Ratkaisujen Suomi. Puolivälin tarkistus. http://vnk.fi/documents/10616/4610410/Toimintasuunnitelma+H_5_2017+280417.pdf. Luettu 17.12.2017.

Halme, N. & Perälä, M-L. 2014. Lapsiperheiden huolet ja avunsaanti. Teoksessa Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (toim.). 2014. Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Innokylä. Learning cafe. <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>. Luettu 6.9.2017.

Jyväskylän yliopisto. 2018. Laadullinen tutkimus. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>. Luettu 18.2.2018.

Kallio, K. 2010. Lasten ja nuorten epäsuoran kohtaamisen etiikka. Teoksessa Lagström, H., Pösö, T., Rutanen, N. & Vehkalahti, K. (toim.) 2010. Lasten ja nuorten tutkimuksen etiikka. Nuorisotutkimusseura ry. Helsinki: Yliopistopaino.

Karhunen, J. 2017. MDFT- avainterapeutti. Eksote, Lappeenranta. Haastattelu 20.4.2017.

Karhunen, J. 2018. MDFT- avainterapeutti. Eksote, Lappeenranta. Haastattelu 11.1.2018.

Karlig, M., Ojanen, T., Sivén, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2008. Lapsen aika. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Kuussaari, K., Pietikäinen, M., & Puhakka, T. 2010. Nuoret ja aikuiset tilastojen ja kyselytutkimusten valossa. Teoksessa Anttila, A-H., Kuussaari, K. & Puhakka, T. Ohipuhuttu nuoruus? Nuorten elinolot -vuosikirja 2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma LAPE 2017. <http://stm.fi/hankkeet/lapsi-ja-perhepalvelut>. Luettu 6.9.2017.

Lastensuojelulaki 417/2007. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>. Luettu 6.9.2017.

Lehto-Salo, P. & Marttunen, M. 2006. Käytöshäiriöt ja niiden hoito. Teoksessa: Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.). Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Lepistö, J., Marttunen, M. & Pahlen von der Bettina. 2013. Päihteiden käyttö ja päihdehäiriöt. Teoksessa: Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. (toim.). THL. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten kanssa työskenteleville. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Liddle, H.A. 2007. Multidimensional Family Therapy for Adolescent Substance Abuse and Delinquency: Treatment Manual.

Liddle, H.A. 2010. Treating Adolescent Substance Abuse – Using Multidimensional Family Therapy. Teoksessa: Weisz, J. & Kazadin, A. (toim.). Evidence-based psychotherapies for children and adolescent. 2. painos. New York: The Guilford press.

Lindberg, N., Ranta, K., Gergov, V., Strandholm, T., Tainio, V-M., Ehrling, L. & Marttunen, M. 2015. Nuorten käytöshäiriön ja antisosiaalisen käyttäytymisen psykososiaaliset hoitomuodot. Lääkärilehti. Katsausartikkeli. 7.8.2015. 26 – 32. <http://ezproxy.saimia.fi:2056/tieteessa/katsausartikkeli/nuorten-kaytoshairion-ja-antisosiaalisen-kayttaytymisen-psykososiaaliset-hoitomuodot/>. Luettu 27.5.2017.

Marttunen, M. & Pahlen von der, B. 2013. Käytöshäiriöt. Teoksessa: Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. (toim.). THL. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten kanssa työskenteleville. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Matinlompola, U. 2007. Auttajan apuvälineet. Teoksessa Määttä, K. (toim.) Helposti särkyvää: nuoren kasvun turvaaminen. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

MDFT program history. <http://www.mdft.org/About/Program-history>. Luettu 19.5.2017.

MDFT program. How MDFT works. www.mdft.org/MDFT-Program/How-it-Works). Luettu 28.4.2017

MDFT program. What is MDFT. www.mdft.org/MDFT-Program/What-is-MDFT. Luettu 28.4.2017.

MDFT program. Why MDFT. www.mdft.org/MDFT-Program/Why-choose-MDFT.
Luettu 28.4.2017.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mind@work. Mindfulnessin tutkimuksia. <http://www.mindatwork.fi/mindfulness-tutkimuksia/>. Luettu 14.1.2018.

Määttä, K. 2007. Vanhempainrakkaus – suurin kaikista. Teoksessa Määttä, K. (toim.) Helposti särkyvää: nuoren kasvun turvaaminen. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nuorisolaki 1285/2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161285>. Luettu 24.11.2017.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: WSOYpro.

Psykiatrian luokituskäsikirja. 2012. THL. <http://docplayer.fi/14032474-Psykiatrian-luokituskasikirja.html>. Luettu 30.4.2017.

Ratkaisujen Suomi – pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82. Luettu 6.9.2017.

Salmi, M., Mäkelä, J., Perälä, M-L. & Kestilä, L. Lapsi kasvaa kunnassa – miten kunta voi tukea lasten hyvinvointia ja vähentää syrjäytymisen riskiä. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90826/URN_ISBN_978-952-245-690-8.pdf?sequence=1. Luettu 22.11.2017.

Suomen Mielenterveysseura. Mitä ovat mindfulness – tietoisuustaidot? <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/hyvinvointi/mit%C3%A4-ovat-mindfulness-tietoisuustaidot>. Luettu 12.1.2018.

Tacke, U. 2006. Päihdeongelmat. Teoksessa: Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.). Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Taylor, R.R. 2008. The Intentional Relationship. Occupational Therapy and Use of Self. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Tilastokeskus. 2016. Perhe. <http://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>. Luettu 13.6.2017.

Toukko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100802/Toikko_Rantanen_Tutkimuksellinen_kehittamistoiminta.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu 18.2.2018.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Uimonen, M. 2016. MDFT nuorisopsykiatrisena hoitomuotona – Taysin nuorisopsykiatrian vastuualue. Syventävä opinnäytetyö. Tampereen yliopisto. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99558/syventava-1470395927.pdf?sequence=1>. Tulostettu 18.2.2017. Luettu 2.5.2017.

Uusitalo, T. 2007. Nuoruusajan yksinäisyys. Teoksessa Määttä, K. (toim.) Helposti särkyvää: nuoren kasvun turvaaminen. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wahlsröm, J. 2015. Ammattitaitoinen psykoterapeutti on kunnioittava ja kuunteleva. <https://areena.yle.fi/1-2987532>. Kuunneltu 9.2.2018.

Hyvä vastaanottaja

Olemme Saimaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden ja johtamisen YAMK-opiskelijoita. Teemme opinnäytetyön Eksoten alueen MDFT-terapiasta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kerätä terapian käyneiden nuorten ja heidän vanhempiensa kokemuksia terapian käytännön asioista. Haastattelussa perheet pääsevät kertomaan omista kokemuksistaan MDFT-työskentelyn käytännön asioiden toimivuudesta. Haastatteluissa saamiemme tietojen pohjalta järjestämme Eksoten alueen MDFT-terapeuttien tiimille kehittämispäivän, jossa he pääsevät kehittämään työtään haastattelussa esiinnousseiden teemojen kautta.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista, ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. **Haastatteluun osallistuvien nimiä tai muita tietoja ei tule esille tutkimuksessa**, ja näin osallistuvien anonymiteetti turvataan. Haastattelut nauhoitetaan myöhempää analyysiä varten. Nauhoitteita kuuntelevat vain tutkimuksen tekijät, ja nauhoitteet tuhotaan opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus- tietokannassa (www.theseus.fi).

Kokemuksenne esille tuominen MDFT:stä on todella tärkeää, koska tämän tiedon kautta MDFT-työtä voidaan kehittää.

Allekirjoittamalla tämän lomakkeen annatte suostumuksen tähän haastatteluun.

Suostun haastatteluun (kaikkien haastatteluun osallistuvien perheenjäsenten osalta allekirjoitus ja nimenselvennys)

Lappeenrannassa ___ / ___2017

allekirjoitus

nimenselvennys

allekirjoitus

nimenselvennys

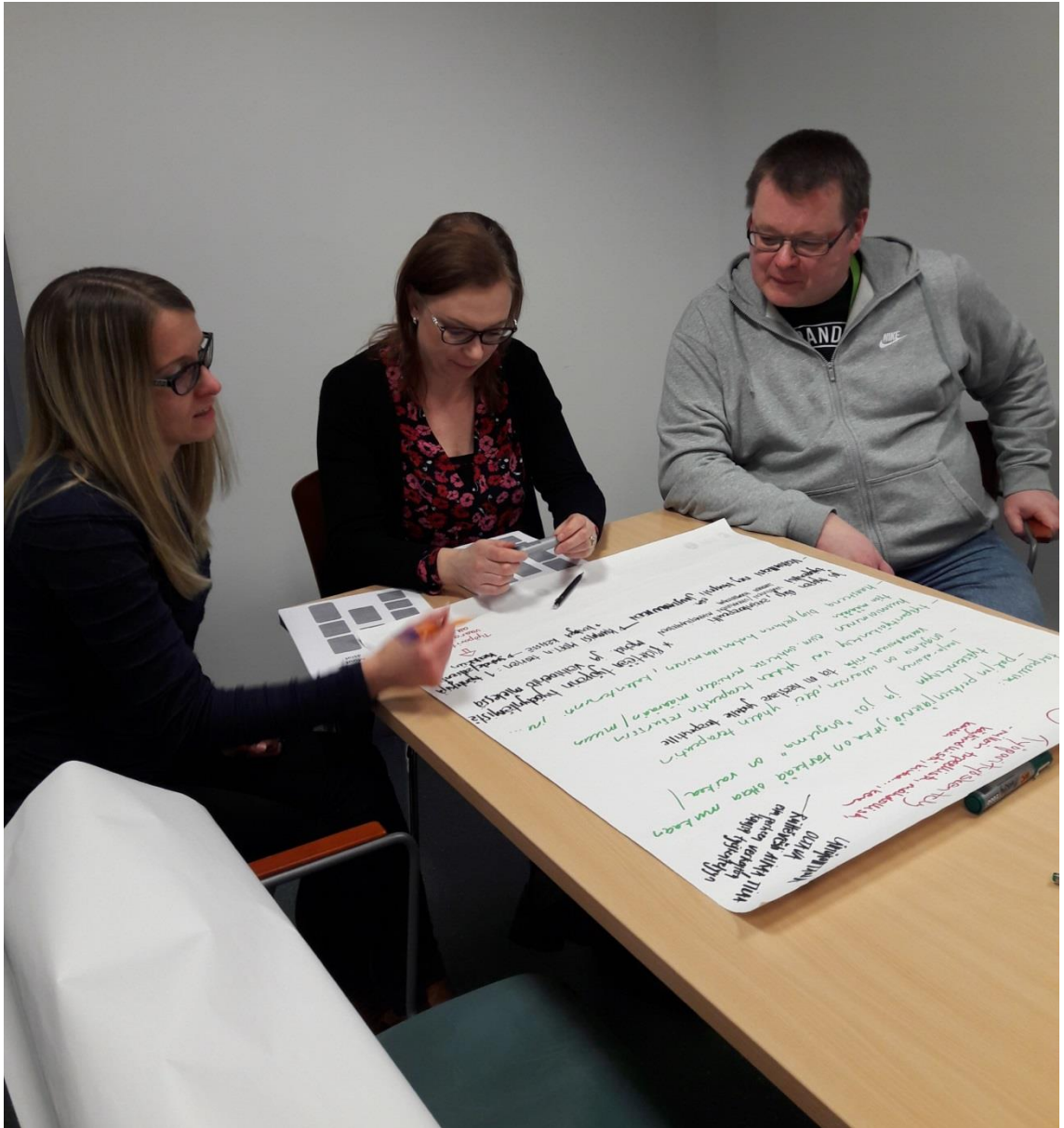
allekirjoitus

nimenselvennys

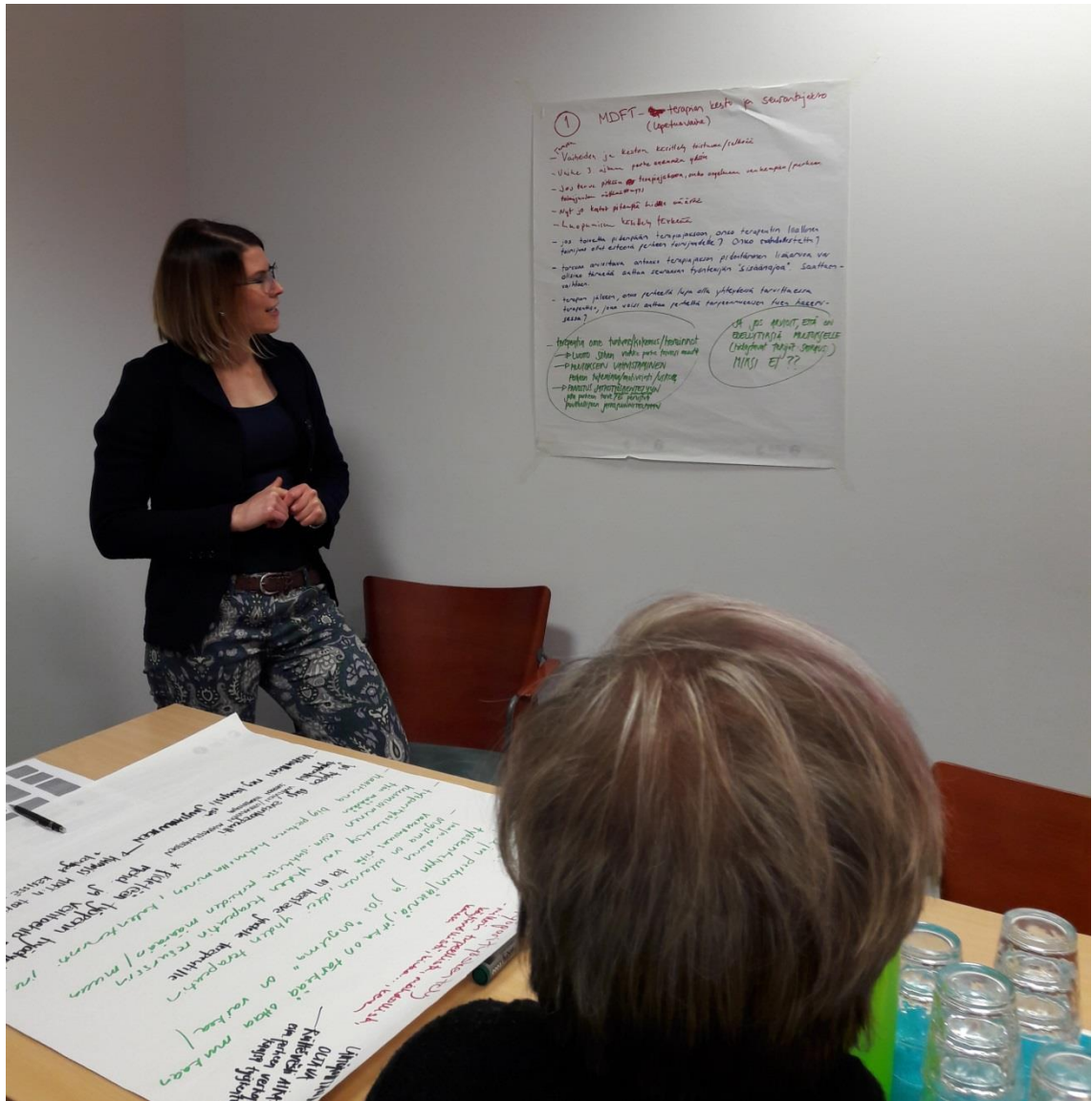
Mikäli teillä on kysyttävää, voitte olla yhteydessä meihin

Ystävällisin terveisin

Sanna Ahtiainen ja Minna Laine (0408470291 / Sanna)



Learning Cafe-menetelmä



Kehittämispäivän tuotosten esittely ja kehittävien asioiden päättäminen