

Opinnäytetyö

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2014

Minna Näreharju

PERHE MUKANA NUORISOPSYKIATRISISSA HOIDOSSA

– Perhetyön toimintamalli



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Toukokuu 2014 | Sivumäärä 46+2

Minna Näreharju

PERHE MUKANA NUORISOPSYKIATRISISSA HOIDOSSA - PERHETYÖN TOIMINTAMALLI

Tämä kehittämisprojekti tehtiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin psykiatrian tulosalueen nuorisopsykiatrian osastoille. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiaan (2007–2015) on kirjattu yhtenä linjauksena perheiden kanssa tehtävän hoitotyön kehittäminen. Kehittämisprojektissa luotiin yhdessä projektiryhmän kanssa perhetyöhön toimintamalli yhdenmukaistamaan osastoilla tapahtuvaa perhetyötä.

Projektin soveltavan tutkimuksen osuus toteutettiin nuorisopsykiatrian osastoilla Turussa. Tutkimus tehtiin osaston hoitohenkilökunnalle N = 36. Menetelmänä tutkimuksessa oli avoin kysely. Tämä toimitettiin sähköpostin kautta henkilökunnalle tammikuussa 2014. Kyselyssä kartoitettiin henkilökunnan mielipiteitä toimintamallista ja sen toimivuudesta ja siitä minkälaisia valmiuksia ja koulutusta he katsoivat tarvitsevänsä käyttöönottaakseen perhetyön toimintamallin. Kyselyyn vastanneita oli 10 henkilöä ja vastausprosentti oli 28 %.

Tutkimustulokset osoittivat, että perhetyön toimintamalli on hyvä ja systemaattinen tapa työskennellä perheiden kanssa. Sen katsottiin mahdollistavan yhdenmukaisen tavan toimia perheiden kanssa osastojakson aikana. Sen käyttöönotto osastolla oli haasteellista, koska osaston olosuhteet eivät olleet parhaat mahdolliset toimintamallin kokeilulle.

Perhetyön toimintamalli on tarpeellinen osastolla perheiden kanssa toteutettavassa työskentelyssä. Se mahdollistaa nuoren osastohoidon aikana johdonmukaisen ja tavoitteellisen tavan työskennellä perheiden kanssa.

ASIASANAT: Nuori, perhe, nuorisopsykiatria, perhetyö

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of the Health care | Master's Degree Programme in Management and Leadership in Health care

May 2014 | Total number of pages 46+2

Minna Näreharju

FAMILY INVOLVED IN ADOLESCENT PSYCHIATRIC CARE – OPERATION MODEL IN FAMILY WORK

The development project is part of the adolescents' psychiatric ward -based care in a nursing process. This development project takes place in the adolescents' psychiatric ward of The Hospital District of Southwest Finland

The target of the development project was, to develop an operation model to assist the staff to work with families. The purpose of this working model was to develop psychiatric ward care with families.

The applied part of the project was implemented on the psychiatric ward of adolescents in Turku. The research was conducted on the ward for 36 nurses. The research method was an open questionnaire, which was submitted to the staff by e-mail in January 2014. The number of respondents was 10 people and the response rate was 28 %.

The results showed that family work is a good approach and a structured way of working with families. It is considered to be a uniform way of working with families during the period on the ward. Implementation of the model was challenging because the conditions were not the best for experimentation on the ward.

An Operation models in family work is necessary on the ward as it offers a consistent and a goal oriented approach for working with families.

KEYWORDS:

adolescent, adolescent psychiatric care, family, family work

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Nuori ja hänen perheensä	7
2.2 Nuori ja psyykinen sairastuminen	10
2.3 Nuorisopsykiatrista hoitoa ohjaavat lait ja asetukset	10
2.4 Nuori psykiatrisessa hoidossa	12
2.5 Perheen kanssa työskentely nuorisopsykiatrialla	13
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	17
3.1 Psykiatrian tulosalue kehittämisprojektin ympäristönä	19
3.2 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatria	20
3.3 Kehittämisprojektin tavoite ja tarkoitus	21
4 KEHITTÄMISPROJEKTI PROSESSINA	22
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSUUS	26
5.1 Soveltavan tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	26
5.2 Tutkimuksen empiirinen eteneminen	26
5.3 Aineiston keruumetodi	29
5.4 Aineiston keruu	29
5.5 Aineiston analysointi	30
5.6 Tutkimustulokset	30
5.7 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset	31
5.8 Soveltavan tutkimuksen eettisyys	33
5.9 Soveltavan tutkimuksen luotettavuus	34
6 PERHETYÖN TOIMINTAMALLI	35
7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	41
LÄHTEET	44

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomake
- Liite 2. Tiedote tutkimuksesta

KUVIOT

Kuvio 1. Psykiatrisen tulosalueen organisaatiokaavio (Vsshp psykiatria 2013)	19
Kuvio 2. Kehittämisprojekti prosessina	22
Kuvio 3. Empiirisen tutkimuksen eteneminen	27
Kuvio 4. Perhetyön toimintamalli	37
Kuvio 5. Perhetyön toimintamallin tapaamisten tavoitteet ja sisällöt	39

1 JOHDANTO

Nuorten syrjäytyminen nykypäivänä on valtakunnallinen ongelma. Se korostuu, kun nuoret eivät saa opiskelupaikkaa peruskoulun jälkeen. He eivät hakeudu syystä tai toisesta peruskoulutuksen jälkeiseen koulutukseen tai he keskeyttävät opintonsa. Tämä katkaisee nuoren tavanomaisen koulutuspolun, ja näin hänen on haettava uusi väylä kouluttautumiseen ja tätä kautta mahdollisuuteen kiinnittyä työelämään tulevaisuudessa. Osa nuorista etsii aktiivisesti uutta mahdollisuutta, mutta osa ajautuu viettämään aikaansa kotona tai kaupungilla kavereiden kanssa. Näissä taitoskohdissa nuoren henkinen vointi joutuu koetukselle ja vaarana on sairastua psyykkisesti. Tulevaisuuden haasteena on se, miten nuori saa tukea ja ohjausta riittävän aikaisessa vaiheessa ennen ongelmien syvenemistä, jotta nuoren syrjäytymiseltä ja psyykkiseltä sairastumiselta vältyttäisiin. (Kivelä & Ahola 2007, 136–137; Sosiaaliportti 2012.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen nuorisopsykiatrian osastolla eletään jatkuvassa muutoksessa. Potilaita hoidetaan ajoittain ylipaikoilla ahtaissa ja epäkäytännöllisissä tiloissa. Potilaiden jatkohoitoa paikkojen järjestäminen on hidasta, mikä on johtanut siihen, että potilaan hoito on jatkunut osastolla, vaikka hänen vointinsa ei olisi sitä vaatinut. Yhteistyössä potilaiden perheiden kanssa mahdollistetaan perheen voimavaroihin perustuva tehokas ja yksilöllinen nuoren hoito. Nuoren hoito suunnitellaan tarpeenmukaiseksi ja hoidosta tulee tavoitteellisempaa kuin se tällä hetkellä on. Tämä tarkoittaa intensiivistä verkosto- ja perhetyötä osana nuoren osastohoitoa.

Tämä kehittämisprojekti toteutettiin nuorisopsykiatrian osastoilla, joissa hoitotyötä nuorten hoidossa kehitetään sairaanhoitopiirin strategian mukaisesti. Projektissa kehitettiin perhetyöhön uusi toimintamalli osastojen henkilökunnan käyttöön yhdenmukaistamaan perheiden kanssa tehtävää hoitotyötä.

2 TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Nuori ja hänen perheensä

Nuorisolaissa (2006/72) nuorilla tarkoitetaan alle 29-vuotiaita. Lastensuojelulaissa (2007/417) nuorina pidetään alle 21-vuotiaita ja alle 18-vuotiaat katsotaan lastensuojelulaissa vielä lapsiksi. Nuoruusikä on aikaväli lapsuuden ja aikuisuuden välillä ja tähän kuuluvat ikävuodet 11/12–22. Siirtymisessä lapsuudesta nuoruuteen käydään läpi murrosikä, jossa tapahtuu ensin fyysisiä ja sen jälkeen psyykkisiä muutoksia. Murrosiän päättyminen määritellään yksilöllisesti ajanjaksoksi, jossa lapsi kehittyy nuoresta aikuiseksi. Nuoruusiän psyykkistä kasvua kuvaavat persoonallisuuden kehityksen keskeneräisyys ja kypsymättömyys. (Rantanen 2000, 255; Aalberg & Siimes 2007, 15.)

Nuoruusikä voidaan karkeasti jakaa kolmeen eri ikävaiheeseen, jossa varhaisnuoruus on 12–14-vuotiaana, varsinainen nuoruus 15–17-vuotiaana ja jälkinuoruus 18–22-vuotiaana. Varhaisnuoruus alkaa murrosiässä, jossa ensimmäisenä tapahtuvat vartalon fyysiset muutokset. Nämä aiheuttavat monesti nuoressa levottomuutta, kiihtymystä ja hämmennystä. Varsinaisessa nuoruudessa keskeistä on oman seksuaalisuuden kehittyminen ja sen vaikutus nuoren ihmissuhteisiin. Jälkinuoruutta kuvataan usein identiteettikriisiksi, jossa nuori tekee valintoja, joilla on suuri merkitys hänen tulevaan aikuisuuteensa. Nuori löytää itselleen paikan yhteiskunnassa ja alkaa omalta osaltaan kantaa asioista vastuuta. Lopulta jälkinuoruus tuo mukanaan seesteisen ajanjakson useiden myrskyisien vuosien jälkeen. (Aalberg & Siimes 2007, 70–71.)

Nuoruuden läpikäymisen tavoitteena ja päämääränä on saavuttaa kehityksellinen itse hankittu autonomia eli itsenäisyys. Jotta nuori saavuttaisi tämän, hänen on käytävä läpi erilaisia jännitteitä, joiden kautta hän kasvaa aikuisuuteen. Nuoren tulee ratkaista kehityksellisiä tehtäviä, joiden myötä hän saavuttaa itselleen autonomian. Nämä tehtävät ovat irrottautuminen omista vanhemmista, puberteetin eli murrosiän johdosta muuttuva ruumiinkuva, seksuaalisuuden ja identi-

teetin jäsentäminen sekä ikätovereiden apuun turvautuminen kasvun ja kehityksen aikana. (Aalberg & Siimes 2007, 67–68.)

Perhe muodostuu yhdessä asuvista avio- tai avoliitossa elävistä tai parisuhhteensa rekisteröineistä henkilöistä ja heidän lapsistaan tai jommankumman lapsista. Lapsiperheeksi luetaan perhe, jossa on ainakin yksi alle 18-vuotias lapsi. (Tilastokeskus 2014.) Perheen tehtäviä voidaan katsoa viidestä eri näkökulmasta. Perhe nähdään yhteisönä, missä kaikki asuvat samassa taloudessa. Parisuhteen näkökulmasta perheeseen liitetään kahden aikuisen ihmisen välinen suhde, jossa nämä elävät seksuaalisuuden, vallan ja rakkauden järjestelmässä. Sukupolvisen järjestelmän näkökulmasta perheen tehtäviin kuuluvat kasvatus, suvun jatkaminen ja suvun muista jäsenistä välittäminen ja huolehtiminen. Sukulaisuusjärjestelmän näkökulmasta perhe nähdään verkostona, joka koostuu toisilleen sukua olevista henkilöistä. Perhe voidaan nähdä myös talouden näkökulmasta, jossa perhe nähdään tietynlaisena taloudellisena yksikkönä, joka osallistuu jäsentensä taloudelliseen ylläpitoon. (Karling, Ojanen, Sivén, Vihunen & Vilén 2008, 22–23.)

Perhe on suomalaisen yhteiskunnan perusyksikkö, joka on muuttunut vuosikymmenten mukana historian, kulttuurin ja ihmisten elämäntapoihin liittyvien muutosten kautta. Samalla ydinperheen merkitys on muuttunut ja vähentynyt perheiden monimuotoisuuden lisääntyessä. Näissä perhepiiri on laajentunut esimerkiksi uusperheeksi, joka verkostona yhdistää entistä ja vanhaa verkostoa. (Friis, Eirola, & Mannonen 2004, 15–16.)

Hyvin toimiva perhe tarjoaa nuorelle merkittävimmän ihmissuhdeympäristön. Siinä vanhempien välinen parisuhde on toimiva ja hierarkkisesti ensisijainen suhde. Se takaa nuorelle turvallisen ja tasapainoisen kasvuympäristön. Samalla, kun perhe tarjoaa nuorelle merkittävimmän ihmissuhdeympäristön, se on hänen keskeisin ja tärkein bio-psykososiaalinen yksikkönsä. Tämä tarkoittaa yksilön biologisia, fyysisiä ja psyykkisiä tekijöitä sekä ympäristön sosiaalisia ja fyysisiä olosuhteita, jotka yhdistyvät ihmisessä ainutlaatuisiksi elämänkaareksi. Se, miten nuori pystyy tulevaisuudessa muodostamaan merkittäviä ihmissuhteita, on aina yhteydessä perheen ihmissuhteisiin ja sen sisäisen vuorovaikutuk-

sen laatuun ja muotoihin. (Almqvist 2004, 16–17; Piha 2004a, 61; Salo 2011, 120–121.)

Perheen kehitysvaiheet jaetaan kuuteen eri vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on parisuhteen vakiintuminen ja toinen on lasten syntymä ja alle kouluikäisestä lapsesta huolehtiminen. Kolmas vaihe kytkeytyy vanhimman lapsen koulunkäynnin alkamiseen, ja neljäs vaihe alkaa vanhimman lapsen tullessa nuoruusiikään. Tässä vaiheessa nuori liittyy ikätovereihinsa, vaikka hän edelleen on psykologisesti riippuvainen perheestään. Vanhempien on sallittava ja ymmärrettävä lapsen kasvaminen nuoreksi. Nuoruusiän etenemisen myötä tulevat riippumattomuuden monipuoliset kokeilut. Vanhemmat totuttelevat ajatukseen siitä, millaista on elää ilman nuorta, ja nuori siihen, millaista on elää ilman vanhempia. Viidennessä vaiheessa perhe on nuoren omaan elämään suuntautumisen keskuksena. Tällöin hän irrottautuu perheestään. Parhaimmillaan tässä kohtaa nuoren ja vanhempien välille syntyy aikuisten ihmisten välinen suhde, jossa vanhemmuuden merkitys muuttuu. Kuudennessa kehitysvaiheessa rooli muuttuu isovanhemman rooliksi, mikä koetaan monesti hyvin rikastuttavaksi kokemukseksi. (Piha 2004a, 62–63.)

Valtaosa suomalaisista nuorista on tutkimusten mukaan tyytyväisiä elämäänsä. Nuorten ja heidän vanhempansa käsitykset perheen toimivuudesta eroavat merkittävästi toisistaan. Nuoret tuovat esille sekä myönteisiä että kielteisiä tekijöitä omasta perheestään erilaisissa arjen toimissa. Yhtenä tärkeänä toivoa ylläpitävänä tekijänä nuorilla korostuu muiden ihmisten merkitys. Kaverisuhteet ovat nuorelle tärkeitä, mutta perheen vaikutusta ei voi sivuuttaa. Tilanteissa, joissa nuori itse kokee toivottomuutta, kaverin rooli korostuu tulevaisuuden toivon ylläpitäjänä. Kaverit koetaan monesti toisena perheenä. Heidän ymmärryksensä ja hyväksyntänsä tilanteissa nähdään tärkeänä. Erilaiset ihmissuhteet tukevat nuorten omaa mielensisäisestä ja konkreettista toimintaa arjessa. Perheellä voi olla joko suojaavaa vaikutus tai se voi olla riski nuoren pahoinvointiin. Nuoruusiän kehitykseen kuuluu irtaantuminen vanhemmista, mikä osaltaan vaikuttaa voimakkaasti perheen sisäiseen vuorovaikutukseen ja tuo tällöin haastei-

ta selvitä erilaisista tunnekuohuista. (Joronen 2005, 65–67; Tikkanen 2012, 46–48.)

2.2 Nuori ja psyykinen sairastuminen

Suomalaisista lapsista ja nuorista arviolta 15–25 % kärsii psyykkisistä häiriöistä, ja noin seitsemän prosenttia heistä on psykiatrisen hoidon tarpeessa. Lapsuuteen tai nuoruuteen ajoittuneet traumaattiset tapahtumat ovat olleet merkittävä henkinen taakka psykiatrisessa hoidossa olevilla nuorilla. Tällaisia traumaattisia kokemuksia ovat vanhemman psyykinen sairastuminen, kuolema, alkoholismi tai väkivaltaisuus sekä seksuaalinen hyväksikäyttö ja kiusatuksi tuleminen. Yhteiskunnan ja työelämän muutokset ja vaatimukset vaikuttavat myös vanhemmuuden laatuun. Nämä muutokset ovat osaltaan olleet lasten mielenterveyden häiriöiden lisääntymisen taustalla. Samalla, kun vanhempien oma psyykinen vointi ja jaksaminen ovat heikentyneet, 1990-luvun taloudellisella lamalla on ollut vaikutuksensa vanhemmuuteen ja parisuhteen toimimattomuuteen, mikä on ilmennyt vanhempien lisääntyneenä kireytenä, lyhytjännitteisyytenä ja passiivisuutena lapsiaan kohtaan. (Kekkonen, Aavaluoma & Rautiainen 2006, 847; Fröjd, Marttunen & Kaltiala-Heino 2007, 1250–1252; Kiviniemi 2008, 69–74.)

Suomessa 18–29-vuotiaille nuorille aikuisille tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että useat lapsuudenaikaiset vaikeudet ja varhaisnuoruuden aikana tapahtunut alkoholin suurkulutus olivat yhteydessä psyykkiseen oireiluun myöhemmin aikuisiällä. Nämä nuoret aikuiset käyttivät runsaasti lääkäripalveluja jonkin somaattisen vaivan takia, vaikka itse asiassa ensisijaisena syynä oli mielenterveysongelma. (Kestilä ym. 2007, 3979–3986; Kiviniemi 2008, 75.)

2.3 Nuorisopsykiatrista hoitoa ohjaavat lait ja asetukset

Nuorisopsykiatriassa nuoruus määritellään alkavaksi 12. ikävuodesta jatkuen aina 22. ikävuoteen. (Marttunen, Kaltiala-Heino 2011, 562). Mielenterveyslaki (1990/1116) asettaa aikuisuuden ja nuoruuden rajan 18 vuoteen. Nuorisopsy-

kiatrian osastolla hoitoa annetaan alle 18-vuotiaille nuorille. Tämän jälkeen nuorta ei voi lain mukaan enää hoitaa ala-ikäisille tarkoitetuilla osastoilla.

Nuorten hoitoa ohjaavat useat eri lait. Maailmanlaajuinen Lapsen oikeuksien julistus hyväksyttiin jo vuonna 1959, ja Yhdistyneissä kansakunnissa sopimus hyväksyttiin vasta vuonna 1989. Myös Suomi on mukana sopimuksessa. Sopimus käsittelee lapsen asemaa ja perusoikeuksia. Se velvoittaa kaikkia siihen liittyviä maita ottamaan kaikilla päätöksen teon alueilla ensisijaisena lapsen edun huomioon. Julistus on hyvin yleisluontoinen, eikä se sido valtioita oikeudellisesti. (Lapsen oikeuksien julistus 1989.) Sosiaalihuoltolaki (1982/710) määrittelee sosiaalipalvelut, joita ovat sosiaalityö, kasvatus- ja perheneuvolat, koti- ja asumispalvelut, laitos- ja perhehoito. Kasvatus- ja perheneuvolan tehtäviin kuuluvat asiantuntija-avun tarjoaminen kasvatus- ja perheasioissa. Avun tulee tarjota nuorelle myönteistä kehitystä edistävää sosiaalista ja psykologista sekä lääketieteellistä tutkimusta ja hoitoa kasvatus- ja perheasioissa. Kehitysvammaisten erityishuoltolaissa (1977/5199) säädetään erityishuollon palveluiden antamisesta henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on häiriintynyt synnynäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman takia. Terveystieteidenhuollon lait sisältävät muun muassa kansanterveyslain (1972/669). Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa. Kansanterveystyöstä käytetään usein nimitystä perusterveydenhuolto. Erikoissairaanhoitolaki (1989/1062) velvoittaa kunnan huolehtimaan siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon terveydenhuoltolain mukaisesti. Tämän veloitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan mielenterveystyö on yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, lievittämistä ja parantamista.

Erilainen rajapinnoilla tapahtuva toiminta perustuu useaan eri lakiin. Lastensuojelulaki (2007/417) velvoittaa ottamaan huomioon nuoren hoidon ja tuen tarpeen silloin, kun vanhemmalle annetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Täl-

laisia palveluita voivat olla muun muassa päihdehuolto- ja mielenterveyspalvelut. Lastensuojelulain säädöksessä (2007/417) korostetaan muun muassa ehkäisevän lastensuojelun, terveydenhuollon sekä koulun ja nuorisotyön roolia ja merkitystä. Päihdehuoltolaki (1986/41) velvoittaa ottamaan huomioon vanhemman huollossa olevan nuoren hoidon ja tuen tarpeen. Myös perusopetuslaissa (1998/628) todetaan muun muassa, että opetuksen tavoitteena on tukea oppilaiden kasvua ihmisyyteen ja eettisesti vastuukykyiseen yhteiskunnan jäsenyyteen, sekä antamaan heille elämässään tärkeitä tietoja ja taitoja.

Terveydenhuolto jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon, joita ohjaavat omat edellä esitetyt erityislait. Erikoissairaanhoidon toteutetaan sairaalaja- ja laitoshoidon, poliklinikkaja- muuna avohoidon sekä erilaisina puoliavoina hoitomuotoina. (Piha 2004d, 378–379.)

2.4 Nuori psykiatrisessa hoidossa

Nuoruusiällä psykiatrisen hoidon tarve on yleisempää kuin lapsuudessa. Näillä nuorilla on alakuloisuutta, jännittämistä tai liiallista ärtyisyyttä, mikä vaikuttaa perhe- ja kaverisuhteisiin sekä nuoren koulunkäyntiin ja vapaa-ajan viettoon. On arvioitu, että joka kymmenes nuori tarvitsee ammattilaisen apua. Samanaikaisairastavuus nuorilla on yleistä. Esimerkiksi masennus ja ahdistusoireet esiintyvät usein samanaikaisesti. On arvioitu, että vain noin neljäsosa psykiatrisen tutkimuksen tarpeessa olevista nuorista on ollut ammattihenkilön arvioissa. (Pylkänen 2009; Vsshp psykiatria 2013.)

Ensisijainen hoito nuoren oireiden alkaessa tapahtuu perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhoidon palveluita tarjoavat kouluterveyden- ja oppilashuollon työryhmät tai oman paikkakunnan terveyskeskus. Nuori voi hakeutua ilman lähetystä terveyskeskukseen lääkärille, kouluterveydenhuoltoon, kouluterveydenhoitajalle, koulukuraattorille, koulupsykologille tai koululääkärille. Jos nuorta ei pystytä perusterveydenhuollossa auttamaan siten, että nuoren oireet lievittyvät tai hänen oireensa alkavat olla niin vakavia, että ne vaikuttavat nuoren toimintakykyyn eri elämän alueilla, perusterveydenhuollon tehtävänä on ohjata nuori

eteenpäin erikoissairaanhoidon. Tällöin kysymykseen tulee esimerkiksi nuorisopsykiatrian poliklinikka. Poliklinikka tarjoaa ensin avohoidossa kaiken mahdollisen avun. Jos nuoren psyykkinen vointi ei kohene, tulee mahdolliseksi psykiatrisen osastohoito. (Vsshp psykiatria 2013.)

Helsingin seudulla 2000-luvun alussa tehdyn tutkimuksen mukaan nuorisopsykiatriseen hoitoon pääsy ei toteutunut kolmen kuukauden sisällä asetuksen mukaan kuin 40 prosentilla nuorista. Vain 19-vuotiaat tai sitä vanhemmat pääsivät hoitoon alle kolmessa kuukaudessa. Lasten- ja nuorten psykiatrisessa osastohoidossa työskenteli hyvin moniammatillisia työryhmiä, joihin kuului muun muassa lääkäreitä, psykiatrisia sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, psykologeja ja koulutettuja terapeutteja. Kuitenkin psykologien ja sosiaalityöntekijöiden määrä suhteessa muihin ammattiryhmiin oli pieni. Lasten ja nuorten osastohoidossa käytettyjä ideologisia hoitomuotoja kuvailevassa tutkimuksessa tuli esille perhekeskeisyys, yksilöllisyys, yhteisöllisyys, moniammatillisuus, lasten ja nuorten ohjaus ja psykodynaaminen hoito. (Ellilä 2007, 35; Ellilä, Välimäki, Warne & Sourander 2007, 586–588; Kankaanpää 2007, 3.)

Turkissa tehdyssä lasten ja nuorten osastohoidon tyytyväisyystutkimuksessa tuli esille, että osastohoidossa olleiden lasten ja nuorten ja heidän vanhempiensa tyytyväisyys hoitoon lisääntyi selkeästi, mitä kauemmin hoito osastolla kesti. Ajan myötä käsitys osaston toiminnasta muuttui selkeästi paremmaksi. Tyytyväisyyttä lisäsivät hoitoon liittyvät erilaiset interventiot, kuten tapaamiset, kokoukset ja erilaiset aktiviteetit. (Varol Tas, Guvenir & Cevrim 2010, 771–773.)

2.5 Perheen kanssa työskentely nuorisopsykiatrialla

Ulkomailla tehdyissä tutkimuksissa anoreksiaa eli sairaalloista laihduttamista sairastavien nuorten hoidossa perhetyöskentelyn ja erityisesti perheterapian käyttäminen on todettu vaikuttaviksi hoitomuodoiksi osana nuoren muuta hoitoa. Perheiden emotionaalinen kyky vahvistui, kun työskenneltiin perhekeskeisesti ja erityisesti äidin myönteinen vaikutus nuoren hoitoon osallistumisessa korostui. Perheterapian käytön syömishäiriöisten tyttöjen hoidossa katsottiin

parantavan perheen sisäisiä vuorovaikutussuhteita. Tämän myötä hoidon vaikuttavuus kasvoi. (Le Grange, Hoste, Lock & Bryson 2011, 731–734; Godart ym. 2012.)

Tutkimuksissa, joissa selvitettiin perheen merkitystä nuoren psykiatrisen hoitoon osallistumisessa tuli esille, miten tärkeää on ottaa perhe mukaan nuoren hoitoon heti oireiden ilmaannuttua. Äidin rooli avun hakemisessa korostui avun saamisessa. Äidin huoli nuoren mielialan tai käyttäytymisen muutoksesta sai äidin hakemaan nuorelle apua. Toisaalta vanhemmat eivät aina olleet selvillä nuorten aikuisten vaikeuksista, ja heidän mahdollisuutensa tukea nuorta aikuisia olivat vähäisiä. Sisarusten tuki vaikeissa tilanteissa koettiin nuorisopsykiatrisessa hoidossa merkittäväksi. Perheiden osallistuminen nuoren saamaan hoitoon lisäsi tyytyväisyyttä siihen. (Fjörd 2008, 64–65; Kiviniemi 2008, 78–79; Varol Tas, Guverir & Cevrim 2010, 771–773.)

Nuoren psykiatrisessa hoidossa perheen mukanaolo on ensiarvoisen tärkeää. Keskeinen käytännössä esiin tuleva tilanne on se, ettei nuori osaa itse hakeutua hoitoon ilman vanhempiensa tai jonkin muun aikuisen apua. Nuori voi halutesaan päättää, ettei hän halua vanhempiaan aktiivisesti mukaan omaan hoitoonsa. Tällaisessa tilanteessa tulee ratkaisu perheen poisjättämisestä perustua ammattilaisen arvioon. Ratkaisussa tulee ottaa huomioon nuoren yksilölliset kehitystarpeet ja nuoren sen hetkinen perhetilanne. (Piha 2004b, 403.)

Nuorisopsykiatriassa perhetyöskentely erotetaan vanhempiin kohdistuvaan toimintaan ja varsinaiseen perhetyöskentelyyn tai perheterapiaan. Vanhempien ohjaus ja neuvonta yhdistetään nuoren kohdalla yksilöhoitoon tai psykoterapiaan. Perheterapiaa käytetään hoitomuotona sekä avo- että osastohoidossa. Osastohoidossa sitä pitää soveltaa siten, että hoidolliset erityispiirteet siinä otetaan huomioon. Yksi tällainen erityispiirre on, että se edellyttää terapeuttista koulutusta. Tavoitteena vanhempien tapaamisilla on, että nämä ymmärtäisivät nuoren käytöstä, oireita ja taustaa siitä, miksi nuori käyttäytyy tai toimii tietyllä tavalla. (Piha 2004b, 403–405.)

Perheterapia määritellään ammatilliseksi menetelmäksi, minkä tarkoituksena on lisätä ymmärrystä perheen tilanteesta, tutkia ja hoitaa perheen sisäisiä vuorovaikutuskuvioita sekä yksittäisiä perheenjäsenillä esiintyviä oireita. Sen avulla pyritään helpottamaan perheen tilannetta ja auttamaan vaikeiden asioiden yli. Perheterapialla pyritään vaikuttamaan ja muuttamaan vuorovaikutusverkon rakenteita, koska ne ylläpitävät yksilöllisiä mielenterveyden häiriöitä ja estävät kehityksellisesti rakentavia ratkaisuja. Perheterapian yleisenä tavoitteena voidaan pitää sitä, että se auttaa olemassa olevaa perheyksikköä selviytymään eteenpäin toimivana perheenä. Perheterapiaan osallistuu aina koko perhe perheenjäsenten iästä riippumatta. Tarvittaessa myös muita perheen ulkopuolisia henkilöitä voidaan kutsua mukaan terapiaan, jos he kiinteästi liittyvät perheen vuorovaikutuskuvioihin. Varsinainen perheterapia aloitetaan tilanteissa, joissa perheen sisäisessä vuorovaikutuksessa esiintyy ongelmia ja nuoren psyykinen häiriö on osa perheensisäisten vuorovaikutussuhteiden häiriötä. Perheterapiassa keskeinen teema on vanhempien ja nuoren välinen vuorovaikutussuhde ja sen parantaminen. (Piha 2004b, 403–405; Aaltonen 2009; Aaltonen 2011, 691.)

Erilaiset verkostot vaikuttavat monin eri tavoin elinympäristöömme ja erilaisiin tapahtumiin elämämme rakentumisessa. Se, miten verkostossamme toimimme ja minkälainen sosiaalinen ympäristömme on, vaikuttaa suurelta osin hyvinvointiimme yhteiskunnassa. Sosiaalisella verkostolla on suuri merkitys ihmisten psyykkiseen hyvinvointiin. Sen puuttumisella on katsottu olevan merkitystä ihmisten pahoinvointiin. Nuorten psykiatrisessa hoidossa tämä verkosto on tärkeässä asemassa. Yksi tärkeä verkosto on nuoren koulu, mikä hoidossa tulee ottaa huomioon. Terapeuttinen verkostotyö lähiyhteisöjen edustajien kanssa lisää ymmärrystä nuoren tilanteesta. Näillä verkostoissa toimivilla ammattilaisilla on paljon tietoa nuoren käyttäytymisestä ja mahdollisista muutoksista nuoren käyttäytymisessä. Käsittelemällä tätä tietoa verkostoissa saadaan yleensä hyvin kattava kuva nuoren sen hetkisestä elämäntilanteesta. (Seikkula 1996, 52; Piha 2004c, 420–421; Flink 2012, 20.) Tällaisella rajapintatyöskentelyllä nuoren psykiatrisessa hoidossa pyritään määrätietoisesti työskentelemään sairaalahoidon ja avohoidon välimaastossa yhteistyössä nuoren ja hänen verkostonsa kanssa. Tavoitteena rajapintatyöskentelyssä on välttää nuoren mahdollinen sairaalahoi-

to. Toiminnan tarkoituksena on ensisijaisesti auttaa nuorta avohoidossa ja kar-
toittaa perheen ja verkoston mahdolliset voimavarat auttaa nuoren psyykkises-
sä oireilussa. (Tammentie ym. 2008, 7.)

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Kehittämiprojekti tehtiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen nuorisopsykiatrian osastoille. Sairaanhoitopiirissä nuorisopsykiatrian johtoryhmässä on päätetty nuorisopsykiatrian osastojen hoitotyön kehittämiseksi. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiaan on kirjattu yhtenä linjauksena perheiden kanssa tehtävän työn kehittäminen. Tämä on kirjattu myös nuorisopsykiatrian avohoidon kehittämistavoitteisiin. (Vsshp 2012.)

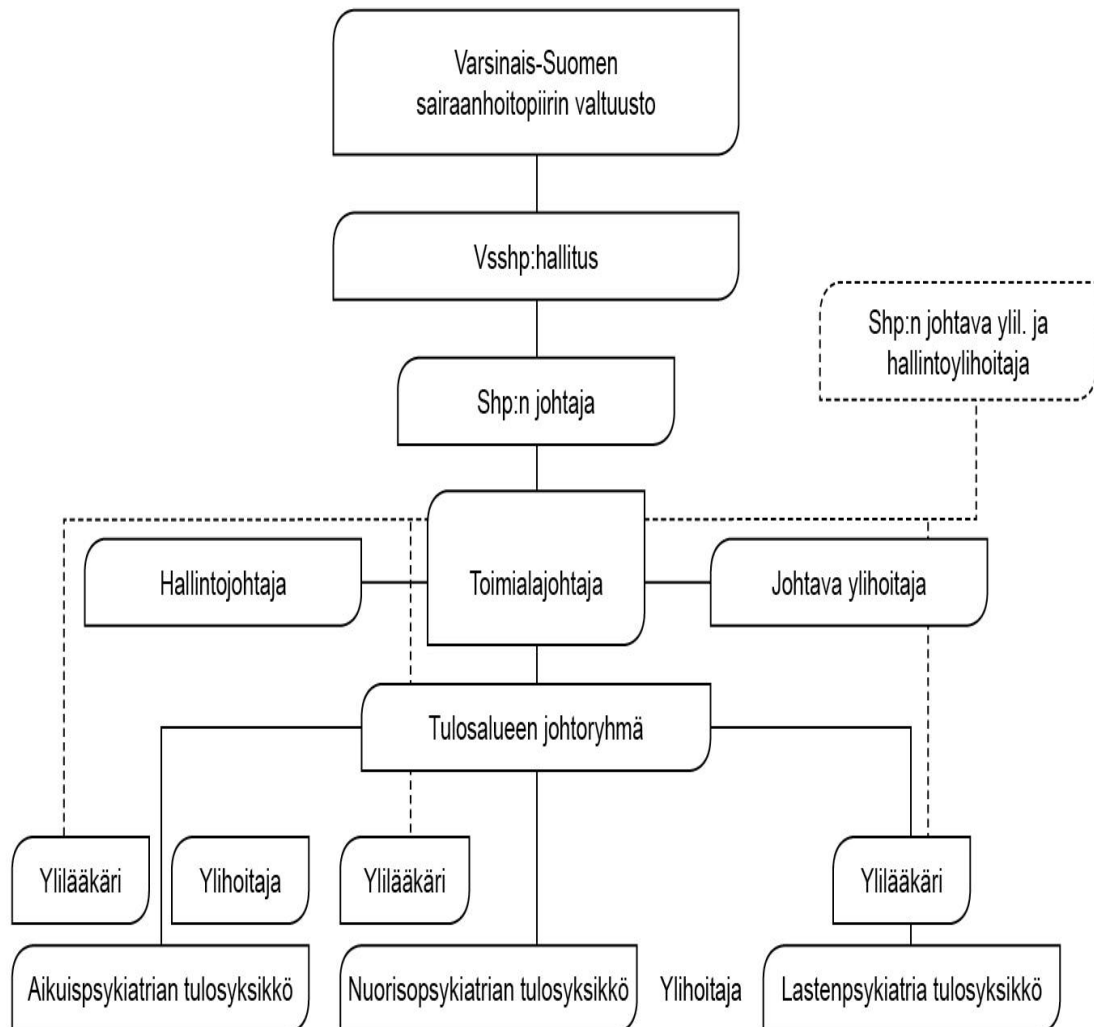
Kehittämiprojektin kanssa samaan aikaan nuorisopsykiatrialla aloitettiin osastojen rakenteiden kehittäminen, koska kuormitus osastoilla oli suurta ja avohoidon lisäämiselle nähtiin tarvetta. Kehittämisvaihe nimettiin Pointiksi, joka tulee lauseesta potilaan integroitu tarpeenmukainen intensiivinen hoito. Näin hoidosta tulee entistä tiiviimpää ja määrätietoisempää. Nuoren hoitoa tullaan suunnittelemaan tarpeenmukaisemmaksi ja hoito tulee olemaan tavoitteellisempää kuin mitä se on ollut aikaisemmin. Hoidossa potilaan voinnin konkreettiset muutokset ja uloskirjoituksen edellytykset ovat intensiivisen osastohoidon tärkeimpiä elementtejä. Yhtenä ydinalueena kehittämisessä on nuoren ja hänen perheensä kanssa tehtävä hoitotyö, kuten perhehistorian määrittäminen, jossa lähtökohtana on, että perhehistoria kartoitetaan koko perheen kanssa yhdessä. Nuoren hoitoa tullaan suunnittelemaan yhä enemmän yhdessä perheen ja nuorta hoitavien tahojen kanssa. (Birstolin, Eräpolku, Laaksonen, Martin, Nieminen & Rannikko 2013, 3–4.) Tähän tarkoitukseen tässä kehittämisprojektissa suunniteltu toimintamalli luo selkeän rakenteen, mikä osaltaan ohjaa henkilökuntaa perheiden kanssa tehtävään järjestelmälliseen kartoitukseen.

Projektissa kehitetty perhetyön toimintamallin kaltainen toimintatapa oli aiemmin ollut osittain käytössä osastolla, mistä johtuen kehitetty malli selkeyttää ja yhdenmukaistaa osastoilla tehtävää perhetyötä. Perheiden kanssa ei ole työskennelty näin systemaattisesti, mikä on vaikuttanut siihen, että työskentely ei ole ollut yhdenmukaista.

Osastojen käytäntönä oli projektin alkaessa syksyllä 2012 tavata nuorta ja hänen vanhempiaan hoitoneuvottelujen yhteydessä noin kerran viikossa. Hoitoneuvotteluissa oli mukana heidän lisäksi lääkäri ja yksi vastuuhoitaja. Vastuuhoitajia nuorelle nimettiin hoidon alussa 2–3, jotka keskenään jakoivat tehtäviä liittyen nuoren hoitoon. Vastuuhoitajat määräytyivät lähinnä sen mukaan kuinka monta potilasta hoitajilla oli ennestään vastuullaan. Hoitoneuvotteluissa päivitettiin nuoren hoidon tilannetta ja mietittiin tulevia hoitolinjauksia. Niissä päivitettiin muun muassa nuoren sen hetkistä vointia, miten osastolla ja lomilla oli mennyt ja arvioitiin mahdollista lääkitystä. Näiden tapaamisten lisäksi, joku vastuuhoitajista tapasi vanhempia yhdessä tai erikseen käyden heidän kanssaan läpi osastoilla käytössä olevan perhekyselyn. Perhekyselyssä kartoitettiin muun muassa vanhempien omaa historiaa. Tapaamiset toteutettiin vanhempien kanssa ilman nuorta tai tämän sisaruksia. Tapaamisia oli nuoren hoidon aikana tilanteesta riippuen noin 1–3 kertaa. Nuorten hoitoajat osastoilla vaihtelevat muutamista päivistä useisiin kuukausiin, mikä vaikutti siihen, miten tapaamisia ehdittiin toteuttaa nuoren hoidon aikana. (Sirkiä 2014.)

3.1 Psykiatrian tulosalue kehittämisprojektin ympäristönä

Seuraavassa on esitetty psykiatrian tulosalueen organisaatiokaavio (kuvio 1).



Kuvio 1. Psykiatrisen tulosalueen organisaatiokaavio (Vsshp psykiatria 2013).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalue on suoraan sairaanhoitopiirin valtuuston ja hallituksen alainen tulosalue, eikä sillä ole erillistä johtokuntaa. Tulosalueen tasolla toiminnan suunnittelusta, taloudesta ja yleishallinnosta vastaavat toimialajohtaja ja johtava ylihoitaja. Tulosyksiköiden erikoisalojen hallinnosta ja kliinisten palveluiden järjestämisestä vastaavat kunkin yksikön vastuuhenkilöt. Vastuuhenkilöinä toimivat lääkärit ja ylihoitajat. Aikuispsykiatrialla on yksi ylihoitaja ja lasten- ja nuorisopsykiatrialla yksi yhteinen ylihoitaja.

Psykiatrian tulosalue tuottaa lasten-, nuoriso- ja aikuispsykiatrian erikoissairaanhoidon palveluja hajautetusti Varsinais-Suomen alueella. Psykiatrian tulosalueella on erikoissairaanhoidon palvelupisteitä Halikossa, Kaarinassa, Liedossa, Loimaalla, Raisiossa, Salossa, Turussa ja Uudessakaupungissa. (Vsshp psykiatria 2013.)

3.2 Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatria

Nuorisopsykiatrian tuloksikkö kattaa koko Varsinais-Suomen alueen tarjoten nuorisopsykiatrisia polikliinisia avohoitopalveluja 13–18-vuotiaille Turussa, Salossa, Kaarinassa, Liedossa, Loimaalla, Raisiossa ja Uudessakaupungissa (Vsshp psykiatria 2013).

Osastohoito keskittyy Turkuun, jossa toimii kaksi kahdeksan paikkaista osastoa. Osastolla 716 tutkitaan ja hoidetaan ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevia 13–17 vuoden ikäisiä psyykkisesti sairaita nuoria, joilla on mielialan vaihtelua tai käytöshäiriöitä. Vapaaehtoinen tai tarvittaessa tahdosta riippumaton osastojakso käynnistyy aina lääkärin läheteellä tai konsultaatiosta. Lähetteen perusteella järjestetään osastolla nuoren ja hänen perheensä kanssa tapaaminen, jossa arvioidaan tutkimuksen ja hoidon tarve. Osasto 717 on nuorten kriisi- ja akuutiosasto. Osastolla tutkitaan tahdosta riippumattomaan hoitoon lähetetyt nuoret potilaat, joilla on akuutti mielenterveyshäiriö tai muuten erityistä valvontaa vaativa mielenterveyshäiriö, kuten vakava mielialahäiriö, psykoosi, itsetuhoisuus tai vakava käytöshäiriö. Tahdosta riippumattomaan hoitoon tullaan tarkkailuläheteellä. Tahdosta riippumatonta hoitoa nuori saattaa tarvita, kun hänellä on vakavan mielenterveyden häiriön lisäksi välitön itsemurhavaara tai hän aiheuttaa käytöksellään vaaraa ympäristölleen. Lisäksi osastolla hoidetaan nuoria, joilla on akuutti mielenterveyshäiriö tai muutoin erityistä valvontaa vaativa mielenterveyshäiriö, mikä ei kuitenkaan vaadi tahdosta riippumatonta hoitoa. (Vsshp psykiatria 2013.)

Lisäksi osastojen yhteydessä toimii nuorisopsykiatrian poliklinikka, missä hoidetaan 13–19-vuotiaita avohoidon piiriin kuuluvia nuoria. Poliklinikalle tullaan lää-

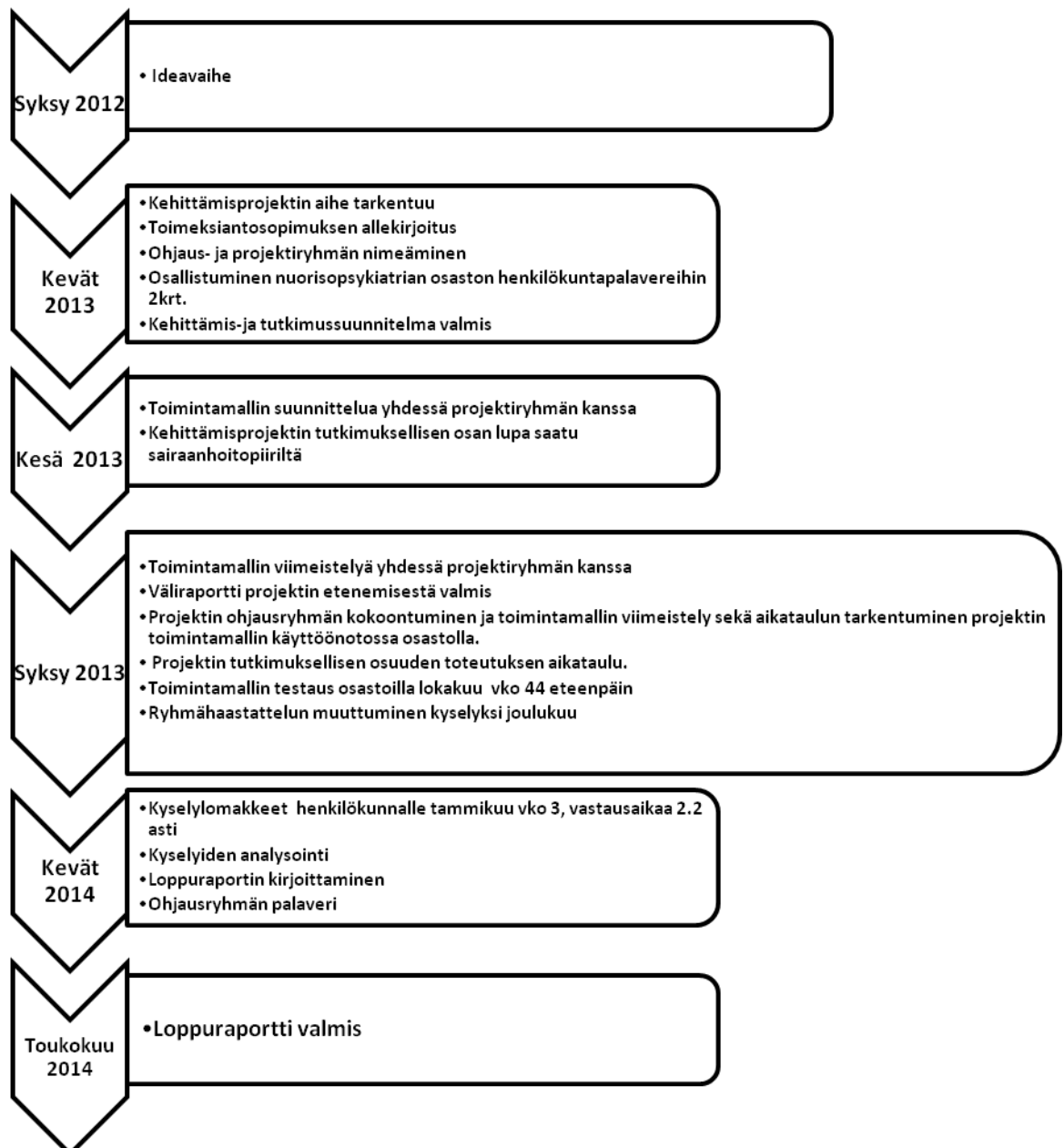
kärin läheteellä tai konsultaatiopyynnön perusteella. Virka-aikana poliklinikka ja osastot vastaavat yhdessä nuorisoikäisten päivystystoiminnasta sekä lähetettä konsultaatiopotilaiden osalta. Virka-ajan ulkopuolella osastolle tullaan psykiatrian klinikan päivystävän lääkärin arvion mukaan. (Vsshp psykiatria 2013.)

3.3 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Kehittämiprojektissa pyrittiin tuomaan perhelähtöistä näkemystä osastolla olevan nuoren hoitotyöhön. Tavoitteena oli luoda osastolle perhetyön toimintamalli henkilökunnan käyttöön. Tarkoituksena oli kehittää nuorisopsykiatrian osastolla perheiden kanssa tehtävää hoitotyötä perhetyön toimintamallin avulla. Ensin luotiin toimintamalli olemassa olevan tiedon pohjalta yhdessä projektiryhmän kanssa. Tutkimuksellisen osuuden jälkeen toimintamallia oli tarkoitus kehittää hoitajien esittämien parannusehdotusten mukaan. Valmis perhetyötoimintamalli on esitetty tämän raportin sivuilla 37–39 kuvioissa 4 ja 5.

4 KEHITTÄMISPROJEKTI PROSESSINA

Tämä kehittämisprojekti alkoi syksyllä 2012 ja jatkui kevääseen 2014. Kehittämisprojektin prosessin kulku on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Kehittämisprojekti prosessina.

Kehittämisprojekti alkoi ideavaiheena syyskuussa 2012, jolloin mietittiin kehittämisprojektin tulevaa aihetta. Kartoitusta tehtiin mahdollisista paikoista, jossa

kehittämiprojekti toteutettaisiin. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiaan tutustumisen myötä päädyttiin nuorisopsykiatrian osastoille, joilla oli alka-
massa hoitotyön kehittäminen ja siinä yhtenä kehittämiskohteena oli perhetyö. Kehittämiprojektin hyvänä lähtökohtana voidaan pitää sitä, että se toimii kehi-
tyksen moottorina uudelle ja kannattavalle toiminnalle sen sijaan, että aina kehi-
tettäisiin jotain uutta (Silfverberg 2007, 8).

Keväällä 2013 projektipäällikkö osallistui kahteen osastojen henkilökunnan viik-
kopalaveriin. Palaverissa kartoitettiin henkilökunnan ajatuksia aiheista osasto-
jen hoitotyön kehittämiseen. Esille tuli ehdotus perheiden kanssa tehtävän työ-
kentelyn kehittämisestä ja sen yhdenmukaistamisesta osastoilla.

Kehittämiprojektiin nimettiin kevään 2013 aikana ohjaus- ja projektiryhmä. Oh-
jausryhmään kuuluivat nuorisopsykiatrian ylihoitaja, osastonhoitaja ja sairaan-
hoitopiirin psykiatrian tulosalueen klinisen hoitotyön asiantuntija, joka toimi
myös työpaikan edustajana mentorina projektipäällikölle koko kehittämiprojek-
tin ajan. Näiden lisäksi ohjausryhmään kuuluivat ammattikorkeakoulun ohjaava
opettaja sekä projektipäällikkö, joka toimi ohjausryhmän puheenjohtajana. Pro-
jektiin nimettiin projektiryhmä, jossa mukana oli projektipäällikön lisäksi kaksi
sairaanhoitajaa nuorisopsykiatrialta. Toinen hoitajista oli projektia tehdessä per-
heterapia koulutuksessa ja toinen oli vaativan erityistason VET perheterapeutti.
Projektipäällikkö oli erityistason perheterapeutti. Projektiryhmään oli tarkoitus
kutsua mukaan myös erikoistuva perheterapiakoulutuksessa oleva lääkäri, mut-
ta tämä ei toteutunut käytännön esteiden vuoksi.

Toimeksiantosopimus allekirjoitettiin tammikuussa 2013, sen allekirjoittivat nuo-
risopsykiatrian ylihoitaja, ammattikorkeakoulun koulutuspäällikkö, työelämä
mentori ja projektipäällikkö. Esiselvitys valmistui maaliskuussa 2013, siinä oli
tehty alustavaa kirjallisuushakua kehittämiprojektiin. Samalla tehtiin tutkimus-
suunnitelma, jolla haettiin tutkimuslupa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä
toteuttaa kehittämistyön tutkimuksellinen osuus nuorisopsykiatrian osastoilla.
Lopullinen tutkimuslupa sairaanhoitopiiriltä tutkimukselliseen osaan saatiin
5.8.2013.

Kehittämiprojektissa luotiin kesällä 2013 olemassa olevan tiedon ja kokemuksen pohjalta yhdessä projektiryhmän kanssa osastoille perhetyöhön toimintamalli nuoren hoitojakson ajaksi. Projektiryhmän jäsenillä oli kaikilla kokemusta perhetyöstä niin osastoilla kuin avohoidossa. Projektipäällikkö itse oli työskennellyt perheiden kanssa yli 10 vuotta, samoin kuin projektiryhmään kuuluva VET perheterapeutikin. Projektiryhmä työsti perhetyön toimintamallia kolmella eri tapaamisella. Ensimmäinen tapaaminen tapahtui toukokuussa 2013 ja seuraavat kaksi elo- ja syyskuussa 2013. Osittain toimintamallia suunniteltiin sähköpostissa käydyn keskustelun kautta. Työskentelyssä peilattiin käytännön kokemuksia kirjallisuuteen ja näiden pohjalta luotiin mahdollisimman yksinkertainen ja selkeä toimintamalli.

Ohjausryhmä kokoontui lokakuussa 2013, jolloin sille esitettiin uusi suunniteltu toimintamalli ja kerrottiin kehittämiprojektin vaiheet ja suunniteltu aikataulu. Samalla työstettiin koekäyttöön osastoille tulevaa mallia muun muassa lisäämällä siihen kullekin tapaamiselle selkeät tavoitteet. Kehittämishankkeen ajoitus todettiin ohjausryhmän tapaamisessa haastavaksi, koska sairaanhoitopiirissä olivat syksyn aikana alkamassa lomautukset ja vapaaehtoiset talkoovapaat. Ohjausryhmän kokouksessa päätettiin, että edetään silti suunnitellun aikataulun mukaisesti. Osastonhoitaja oli estynyt tulemaan tähän tapaamiseen. Projektipäällikkö tapasi hänet myöhemmin samalla viikolla ja kävi läpi ohjausryhmän kanssa sovitut asiat.

Perhetyön toimintamalli esiteltiin henkilökunnalle viikolla 43 henkilökunnan osastokokouksessa. Toimintamallin koekäyttö alkoi loka-marraskuussa 2013 viikoilla 44–47. Toimintamallin koekäyttö kesti helmikuuhun 2014 kyselylomakkeiden viimeiseen palautuspäivään asti.

Osastonhoitajan ja ohjaavan opettajan kanssa käydyn keskustelun jälkeen päätettiin siirtämään projektiin sisältyvä tutkimuksellinen osuus alkuvuoteen 2014 viikoille 2–3. Syynä tähän olivat jo edellä mainitut osastoilla loppuvuodesta 2013 toteutuvat lomautukset ja vapaaehtoiset talkoovapaat. Näistä johtuen osastot toimivat normaalia pienemmällä henkilökunta määrällä koko loppuvuoden, eikä haastatteluiden toteuttaminen henkilökunnalle olisi ollut mahdollista tässä tilan-

teessa. Väliraportti-seminaarissa lokakuussa mietittiin mahdollisuutta toteuttaa haastattelut ainakin osittain lomakekyselynä, mutta kuitenkin päätettiin pysyä alkuperäisessä suunnitelmassa toteuttaa osastoilla pelkästään ryhmähaastattelut.

Joulukuussa 2013 ryhmähaastatteluiden tarkempaa aikataulua sovittaessa kävi selville, ettei osastojen henkilökunnan määrä ole vielääkään sellainen tammi-kuussa, että haastatteluja voitaisiin toteuttaa henkilökunnan työvuorojen aikana. Tässä vaiheessa ohjaavan opettajan kanssa sovittiin, että haastattelut toteutetaan kyselynä. Kyselyn asiasisältö pysyi samana kuin se oli haastattelussa.

Kehittämisprojektin tutkimuksellinen osuus toteutettiin osastoilla lomakekyselynä tammi-helmikuussa 2014 ja tutkimusvastaukset analysoitiin helmikuussa 2014. Tämän jälkeen toimintamallia oli tarkoitus korjata yhdessä projektiryhmän kanssa vastaamaan henkilökunnan esittämiä parannusehdotuksia.

Toimintamalli ja kehittämisprojektin loppuraportti esiteltiin osastoilla huhtikuussa 2014. Lopullinen kehittämisprojektin loppuraportti valmistui toukokuussa 2014.

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSUUS

5.1 Soveltavan tutkimuksen tavoite ja tarkoitus

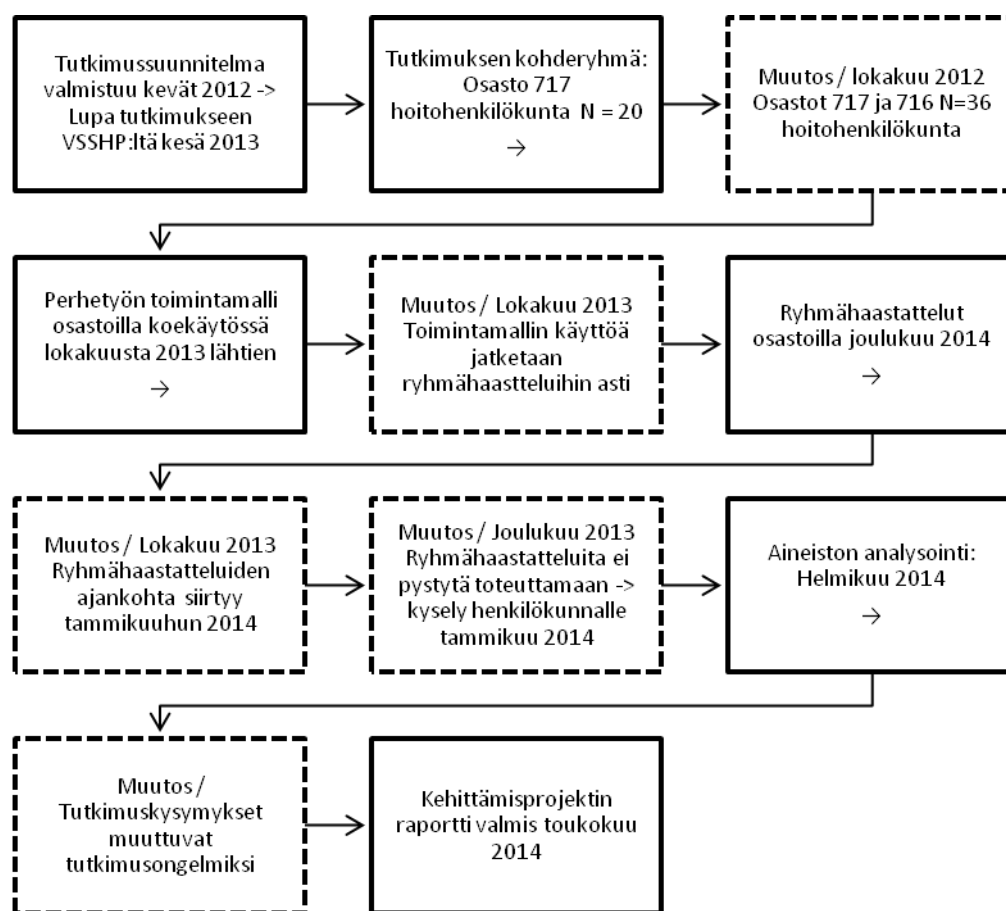
Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten hoitajat kokevat perhetyön toimintamallin auttavan heidän työskentelyään perheiden kanssa nuoren osastohoidon aikana. Tarkoituksena oli tämän tiedon pohjalta kehittää perhetyön toimintamallia.

Tutkimusongelmat:

1. Mitkä ovat hoitajien kokemat edut ja esteet toimintamallin käyttöönotossa?
2. Mitä valmiuksia hoitajilta edellytetään ottaa käyttöön perhetyön toimintamalli?

5.2 Tutkimuksen empiirinen eteneminen

Tutkimusosion aikana alkuperäiseen suunnitelmaan tuli useita muutoksia. Nämä muutokset ja alkuperäinen tutkimussuunnitelma on kuvattu kuviossa 3. Kuviossa on laatikossa viimeisenä nuoli kohdassa, jossa alkuperäiseen suunnitelmaan on tullut muutos. Tämä muutos on selitetty seuraavassa laatikossa. Muutoslaatikot on merkitty katkoviivalla.



Kuvio 3. Empiirisen tutkimuksen eteneminen.

Alkuperäisessä suunnitelmassa aineistonkeruun menetelmänä oli ryhmähaastattelu. Haastattelun lähtökohtana oli kysyä henkilökunnan ajatuksia ja mielipiteitä nuorisopsykiatrian osastoille kehitetyn perhetyön toimintamallin käyttökelpoisuudesta. Ryhmähaastattelun avulla haastatteluun olisi saatu kerrallaan osallistumaan useampi henkilö. Kohderyhmäksi tutkimukseen oli valittu hoitohenkilökunta, koska kyseessä oli hoitotyön kehittäminen ja perhetyön toimintamalli olisi pääsääntöisesti heidän käytössään.

Alkuperäistä suunnitelmaa muutettiin lokakuussa 2013 nuorisopsykiatrian osastonhoitajan kanssa. Tällöin kohderyhmäksi lisättiin toinen nuorisopsykiatrian osasto, jotta saatiin enemmän mahdollisia perhetyön toimintamallin testaajia ja ryhmähaastatteluun osallistujia. Alkuperäisessä suunnitelmassa kohderyhmänä oli tarkoitus olla yhden osaston hoitohenkilökunta (N = 20). Se olisi osallistunut ryhmähaastatteluun neljän hengen ryhmissä. Haastateltavia ryhmiä olisi näin

tullut viisi. Aikaa haastatteluun oli varattu yksi tunti kutakin haastattelua kohden. Haastattelujen vaatima henkilökuntaresurssi olisi ollut yhteensä 20 tuntia (1tunti/henkilö). Henkilökunnalle kerrottiin tutkimuksesta ja siihen liittyvästä haastattelusta tutkimustiedotteessa syyskuussa 2013. Haastattelut piti toteuttaa loka- marraskuussa 2013.

Sairaanhoitopiirissä lomautusten ja talkoovapaiden vuoksi suunnitelmaa muutettiin haastatteluiden osalta, koska nämä vaikeuttivat sekä toimintamallin toimivuuden kokeilua osastolla että haastatteluiden toteuttamista. Lokakuussa 2013 osastonhoitajan kanssa päädyttiin perhetyön toimintamallin koekäyttöä toteuttaa osastoilla lokakuusta 2013 jatkumaan aina kyselyn toteuttamiseen asti helmikuuhun 2014. Ryhmähaastattelut siirrettiin lomautusten ja vapaaehtoisten talkoovapaiden vuoksi alkuvuoteen 2014 viikoille 2–3, koska tällöin henkilökunnalla olisi mahdollisuus osallistua haastatteluun työvuorojen yhteydessä.

Joulukuussa, kun oli tarkoitus sopia ryhmähaastatteluiden ajankohdasta, tuli esille, ettei osaston henkilökunnan vahvuus ole tammikuussa 2014 sellainen, että ryhmähaastatteluiden toteuttaminen onnistuisi henkilökunnan työvuorojen aikana. Suunnitelmaa muutettiin niin, että ryhmähaastattelun sijasta toteutetaan lomakekysely. Joulukuussa 2013 haastattelun kysymykset modifioitiin eli muokattiin kyselylomakkeen kysymyksiksi. Tutkimuksen aineiston analyysivaiheessa kävi esille, että vastauksia alkuperäisiin kolmeen tutkimuskysymykseen ei kaikilta osilta saatu. Kaksi ensimmäistä tutkimuskysymystä yhdistettiin vastaamaan paremmin saatuihin vastauksiin. Nämä alkuperäiset tutkimuskysymykset olivat: 1) Miten toimivaksi hoitajat kokevat toimintamallin? 2) Miten luotu perhetyön toimintamalli auttaa osastojakson aikana tapahtuvaa perhetyön toteuttamista? Toinen tutkimuskysymys yhdistettiin ensimmäiseen ja se muotoiltiin niin, että siinä etsittiin toimintamallin etuja ja esteitä ottaa käyttöön perhetyön toimintamalli. Tutkimusongelmien muuttuminen tutkimuskysymyksiksi ei vaikuttanut tutkimuksen tavoitteisiin eikä tarkoitukseen vaan, ne pysyivät täysin samana.

5.3 Aineiston keruumetodi

Kehittämisprojektin tutkimuksellinen osuus toteutettiin selvittämällä kyselylomakkeella (liite1) nuorisopsykiatrian hoitohenkilökunnan kokemuksia perhetyön toimintamallin toimivuudesta nuorisopsykiatrian osastolla. Kyseessä oli informoitu kysely, jossa lomakkeet toimitettiin hoitohenkilökunnalle sen jälkeen, kun heitä oli tiedotettu kyselystä ja sen toteuttamisesta osastoilla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 191–192).

Kyselylomake sisälsi neljä (4) avointa kysymystä. Näistä kolme kysymystä sisälsi tukikysymyksiä. Kyselylomake suunniteltiin niin, että kysymykset antoivat vastauksia perhetyön toimintamallin toimivuudesta osaston henkilökunnan käytössä. Lisäksi kysyttiin toiveita siitä, minkälaista koulutusta henkilökunta koki tarvitsevansa perhetyön toimintamallin käyttöön ottamiseen. Neljännessä kysymyksessä vastaajalla oli mahdollisuus vapaasti kommentoida toimintamallia.

5.4 Aineiston keruu

Kohderyhmänä tutkimuksessa olivat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalueen nuorisopsykiatrian kahden osaston sairaanhoitajat, mielen-terveys- ja lähihoitajat (N = 36).

Apulaisosastonhoitaja toimitti sähköpostilla kyselyn henkilökunnalle tammikuussa 2014. Samalla henkilökunta sai uuden tarkennetun tutkimustiedotteen (liite 2), missä kävi selville, että tutkimussuunnitelma oli muuttunut ja ryhmähaastattelut toteutettaisiin alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen kyselynä. Osastoilla oli kysymyslomakkeille suljettu palautuslaatikko. Kysely oli osastoilla tammikuussa 2014 viikot 4–5, ja viimeinen palautuspäivä oli 2.2.2014. Vastauksia palautettiin määräaikaan mennessä yhteensä 10 kappaletta. Vastausprosentti oli 28 %.

5.5 Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysoitiin sekä määrällisesti että laadullisesti helmikuussa 2014. Analysointi tapahtui niin, että kyselylomakkeiden neljästä kysymyksestä etsittiin vastauksia kahteen tutkimusongelmaan. Vastaukset merkittiin eri värein, minkä jälkeen ne kirjattiin taulukkoon. Ensimmäisen tutkimusongelman osalta vastaukset ryhmiteltiin perhetyön toimintamallin tuomiin etuihin ja esteisiin käyttöönottaa se osastolla. Toisen tutkimusongelman osalta vastaukset ryhmiteltiin henkilökunnan valmiuksiin ja koulutustoiveisiin.

Kyselylomakkeen kaksi ensimmäistä kysymystä, joissa kysyttiin miten toimivaksi toimintamalli koettiin ja miten toimintamallin koettiin auttavan osastojakson aikana tapahtuvaa perhetyön toteuttamista, olivat hyvin lähellä toisiaan ja vastaukset olivat tästä johtuen molemmissa kysymyksissä samansuuntaisia. Nämä kaksi kysymystä yhdistettiin analysointivaiheessa vastaamaan ensimmäiseen tutkimusongelmaan.

5.6 Tutkimustulokset

Neljä (4) hoitajista koki toimintamallin tarpeelliseksi sekä perheen että hoitajien näkökulmasta. Ainoastaan ajankäyttö ja henkilökunnan riittämättömyys koettiin ongelmaksi, mikä esti toimintamallin järjestelmällisen käytön.

Neljä (4) ei ollut kokeillut toimintamallia käytännössä, koska ajankohta lomautuksien ja osaston ylipaikkatilanteen johdosta koettiin huonoksi. Kolme (3) heistä koki, että teoriassa perhetyön toimintamalli tuntui toimivalta.

Seitsemän (7) koki perhetyön toimintamallin toimivaksi ja perhetyötä hyvin ohjaavaksi. Viisi (5) piti sen etuna järjestelmällistä rakennetta, jossa tietoa perheestä saatiin jäsentyneesti. Yhden (1) mielestä etuna oli se, että toimintamallissa oli esitetty selkeät tavoitteet tapaamisille. Kuusi (6) piti etuna sitä, että perhe otettiin tiiviisti mukaan nuoren hoitoon, minkä kautta saatiin arvokasta tietoa nuoren elämästä. Sen kautta saatiin kokonaisvaltainen kuva perheestä ja per-

heen sisäisistä kuvioista. Samalla selkiintyi vanhempien, nuoren ja hoitajien käsitys nuoren ja hänen perheensä tilanteesta. Kaksi (2) koki, että perheet ovat toimintamallin kautta tiiviimmin mukana nuoren osastohoidossa. Toimintamallin käytön katsottiin antavan selkeyttä nuoren hoitoon ja perheelle tunteen siitä, että heitä kuunneltiin nuoren osastohoidon aikana. Yksi (1) koki, että toimintamalli nopeutti perheen tukitoimien kartoitusta osastohoidon aikana.

Kolme (3) koki toimintamallin käyttöönoton esteenä se, että sen läpikäyminen vei runsaasti aikaa, jota osastolla ei koettu olevan tarpeeksi. Yksi (1) näki, että toimintamalli sopii paremmin avohoitoon. Vuorotyön tekeminen hankaloitti sen käyttöä. Tärkeäksi koettiin työryhmän pysyvyys, jotta toimintamallia voisi käyttää järjestelmällisesti. Yksi (1) koki toimintamallin liian kaavamaiseksi, mikä esti perhetyön tekemisen tarvelähtöisesti.

Kaksi (2) hoitajista koki, että toimintamalli vaatii kykyä itsenäiseen työskentelyyn. Neljä (4) koki sen käyttöönoton tarvitsevan valmiuksia tarkastella nuoren psyykkistä vointia perhedynamiikan tasolla sekä perheiden vuorovaikutus kuvioiden tuntemista.

Viisi (5) toivoi perhetyöhön ja toimintamallin käyttöön liittyvää lyhyttä tiivistä koulutusta. Viisi (5) toivoi toimintamallin käyttöön ohjausta esimerkiksi lähiovetuksena, jossa käytäisiin läpi kokemuksia ja käytännön harjoituksia. Kaksi (2) toivoi koulutusta perheiden vuorovaikutuskuvioiden tukemisessa.

5.7 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tutkimuksissa on osoitettu, että perheen mukana olo hoidon eri vaiheissa on lisännyt tyytyväisyyttä nuoren osastoilla tapahtuvaan hoitoon. Nuoren psykiatrisessa hoidossa perheen mukanaolo on ensiarvoisen tärkeää. Tutkimusten mukaan muun muassa perheiden emotionaalinen kyky vahvistui, kun työskenneltiin perhekeskeisesti. Tämän myötä katsottiin, että hoidon vaikuttavuus kasvoi. (Piha 2004b, 354; Varol Tas, Guvenir & Cevrim 2010, 771–773; Le Grange, Hoste, Lock & Bryson 2011, 731–734; Godart ym. 2012.) Sisarusten tuki vaikeissa tilanteissa koettiin nuorisopsykiatrisessa hoidossa merkittäväksi. Perhei-

den osallistuminen nuoren saamaan hoitoon lisäsi heidän tyytyväisyyttään siihen. (Fjörd 2008, 64–65; Kiviniemi 2008, 78–79.)

Osastolla oli aiemmin toteutettu samansuuntaista työskentelyä perheiden kanssa, mutta ei näin järjestelmällisesti. Perhetyön toimintamallin selkeä rakenne helpotti tapaamisia ja antoi hyvän kehyksen kohdata tavoitteellisesti perheitä. Toimintamallin koettiin tuovan nuoren ja hänen perheensä tilanteesta tietoa hyvin jäsentyneesti. Perhetyön toimintamallia pidettiin käyttökelpoisena ja tärkeänä työvälineenä osastolla tapahtuvassa perhetyössä. Perhetyön toimintamallin katsottiin yhdenmukaistavan hoitoa nuoren ja tämän perheen kanssa. Mallia käytettäessä ei ole väliä sillä onko työntekijä työskennellyt osastolla pitkään, koska toimintamallin kautta kaikki pystyvät kohtaamaan perheitä. Selkeällä rakenteella saadaan hoitotyön osa-alueeseen toimintamalli, mikä auttaa hoitotyön toteuttamista ja nuoren ja hänen perheensä auttamista jäsentyneesti ja intensiivisesti. Henkilökunta saa perhetyöhön perusmallin, jota kukin voi toteuttaa omalla persoonallaan kuitenkin niin, että samat asiat tulevat käsiteltyä perheiden kanssa.

Toimintamallin käyttöönoton esteenä pidettiin ulkoisia tekijöitä, joista johtuen sen käyttö koettiin hankalaksi. Sen neljä tapaamista koettiin aikaa vieväksi ja niiden toteuttamiseen ei nähty olevan mahdollisuutta kolmivuorotyön ja jatkuvan henkilökunnan vähyyden vuoksi.

Johtopäätökseksi tutkimuksen tuloksien perusteella saatiin, että toimintamalli koettiin toimivaksi ja perhetyötä jäsentäväksi malliksi. Se yhdenmukaisti perheiden kanssa tehtävää työtä osastoilla ja antoi tapaamisille selkeät tavoitteet, joihin tapaamisten aikana tulee pyrkiä.

Kyselyn jälkeen toimintamallia oli tarkoitus korjata yhdessä projektiryhmän kanssa vastaamaan henkilökunnan esittämiä parannusehdotuksia. Parannusehdotuksia ei kuitenkaan vastauslomakkeissa ollut, joten toimintamalliin ei tehty muutoksia. Ryhmähaastattelussa tutkimuksen eteneminen olisi ollut keskusteluvampaa ja haastattelu olisi mahdollistanut monipuolisemman keskustelun toimintamallin käyttöönoton eduista ja esteistä. Ryhmähaastattelussa pa-

rannusehdotuksia olisi ehkä tullut, ja niiden myötä toimintamallia olisi voitu kehitetty vielä lisää vastaamaan henkilökunnan toiveita.

5.8 Soveltavan tutkimuksen eettisyys

Tutkimusten eettisen laadun kontrollointia varten Suomessa on erilaisia eettisiä toimikuntia, joiden perustaminen perustuu lakiin ja asetuksiin lääketieteellisestä tutkimuksesta. Tutkimuksen aiheen valinnassa on tärkeää miettiä aiheen eettisyyttä ja sitä, että sille on löydetty perustelut kirjallisuudesta. Tutkimuksen osallistujat ovat vapaaehtoisesti mukana tutkimuksessa ja sen eri vaiheissa on pyritty säilyttämään tutkittavien tunnistamattomuus. Tutkittaville on kerrottava tutkimuksesta etukäteen. Informaatiossa heidän oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan on kuvattu mahdollisimman rehellisesti ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 226–228; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 171–184; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 360–373.)

Eettisesti tässä työssä on tärkeää, että aihe on perusteltu ja se on todettu tarpeelliseksi. Eettisenä näkökulmana toimintamallin kehittämisessä voidaan pitää sitä, että toimintamallin käytön tarkoituksena on auttaa ja kehittää nuorisopsykiatrista hoitoa siten, että jokainen saa yhdenmukaista ja mahdollisimman hyvää perhekeskeistä hoitoa.

Tutkimuksessa käytetty menetelmä on antanut toivotun lopputuloksen. Tutkimukseen valittu kohderyhmä ja kriteerit valinnalle on perusteltu raportissa. Tutkittavat ovat olleet mukana vapaaehtoisesti. Tutkimuksen aikana heidän henkilöisyytensä ei ole tullut missään vaiheessa esille. Tutkittaville on kerrottu asianmukaisesti tutkimuksesta ja heidän oikeuksiaan on kuvattu mahdollisimman rehellisesti tutkimustiedotteessa. Kyselyssä tulevat asiat ovat olleet vain tutkijan käytössä ja niitä on käytetty ainoastaan tutkimukseen ja kaikki tutkimukseen liittyvä aineisto on käsitelty ja säilytetty luottamuksellisesti. Tutkimusaineiston analyysin kulku on pyritty selostamaan ymmärrettävästi ja kaikki materiaali on käyty tarkasti läpi. Tulosten esittelyssä on kunnioitettu vastaajia ja tulokset on esitetty perustuen saatuun aineistoon.

5.9 Soveltavan tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä voidaan pitää uskottavuutta, siirrettävyyttä, refleksiivisyyttä ja vahvistettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkija on tarkasti selostanut tutkimuksen eri vaiheet. Tutkimuksen olosuhteet aineiston keruun ympäristöstä on selitetty tarkasti. Lukijalle on pyritty kertomaan selkeästi, mitä tutkimuksessa on tehty ja miten lopputulokseen on päästy. (Hirsjärvi ym. 2008, 227; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–166.)

Tutkimuksen vahvistettavuutta lisää se, että tutkimus on pyritty kuvaamaan vaihe vaiheelta ja tutkimuksen kulku on pyritty esittämään tarkasti. Toisaalta luotettavuutta heikentää se, että tutkimuksen kulkuun tuli useita muutoksia ja päätöksiä muutoksista tehtiin nopeasti. Tällainen muutos oli muun muassa ryhmähaastattelun muuttaminen kyselyksi, jolloin kyselylomaketta ei testattu etukäteen. Luotettavuutta lisää se, että aineisto käytiin tarkasti kokonaisuudessaan läpi eikä siitä jätetty mitään käsittelemättä. Analyysi toteutettiin tutkimusprosessissa siinä vaiheessa, kun koko tutkimusaineisto oli saatu kokoon.

Tutkimuksen uskottavuus toteutuu siinä, että tutkimustulokset vastaavat tutkittavien käsityksiä tutkimuskohteesta eli perhetyön toimintamallista. Toimintamalli on ollut osittain käytössä osastoilla ja tulee jatkossa olemaan tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käytössä. Vastaajien pieni määrän 28 % heikentää osaltaan tutkimuksen uskottavuutta. Vaikkakin lähes kaikki kyselyyn vastanneet pitivät sitä toimivana ja hyvänä toimintamallina. Tutkija itse on perehtynyt tutkittavaan asiaan ja hänellä on itsellään kokemusta tutkittavasta asiasta. Tutkimus on siirrettävissä käytäntöön ja muihin vastaaviin tilanteisiin.

6 PERHETYÖN TOIMINTAMALLI

Kehittämisprojektissa luotiin perhetyöhön toimintamalli hoitohenkilökunnan käyttöön. Toimintamalli suunniteltiin yhdessä projektiryhmän kanssa pohjautuen kirjallisuuteen ja projektiryhmän jäsenten kokemuksiin. Projektiryhmän tapaamisissa käytiin mielenkiintoisia keskusteluja muun muassa siitä, mitä perhetyö osastolla on ja millaisilla kokoonpanoilla tapaamisia perheiden kanssa osastoilla toteutetaan. Eri työryhmillä oli hyvinkin erilaisia käsityksiä ja käytäntöjä tapaamisista ja niiden toteuttamisesta käytännössä. Keskusteluissa mietittiin perheterapia-käsitettä ja sen käyttöä akuuttiosastolla. Hoito siellä on lyhyttä kestäen muutamista päivistä muutamiin viikkoihin. Projektiryhmän keskustelun lopputuloksena oli, että pääsääntöisesti osastolla tehdään perhetyötä ja varsinaisesta perheterapiasta puhutaan vasta, kun se on suunnitelmallista ja sitä toteuttavat koulutetut terapeutit. Tapaamisten aikana käytiin keskustelua siitä, miten perhetyö eroaan lapsen ja nuoren kanssa työskentelystä. Miten tavoite perhetyössä muuttuu siirryttäessä lapsuudesta nuoruuteen? Lapsen hoito vaatii aina perheen mukana oloa, kun taas nuoren kohdalla pääpaino on nuoren itsenäistymisessä ja irtautumisessa vanhemmista. Nuoren hoidossa ei voida kokonaan ohittaa perhettä, ja sen vuoksi on tärkeää, että hoidossa otetaan huomioon nuori suhteessa hänen omaan perheeseensä ja lähiverkostoonsa.

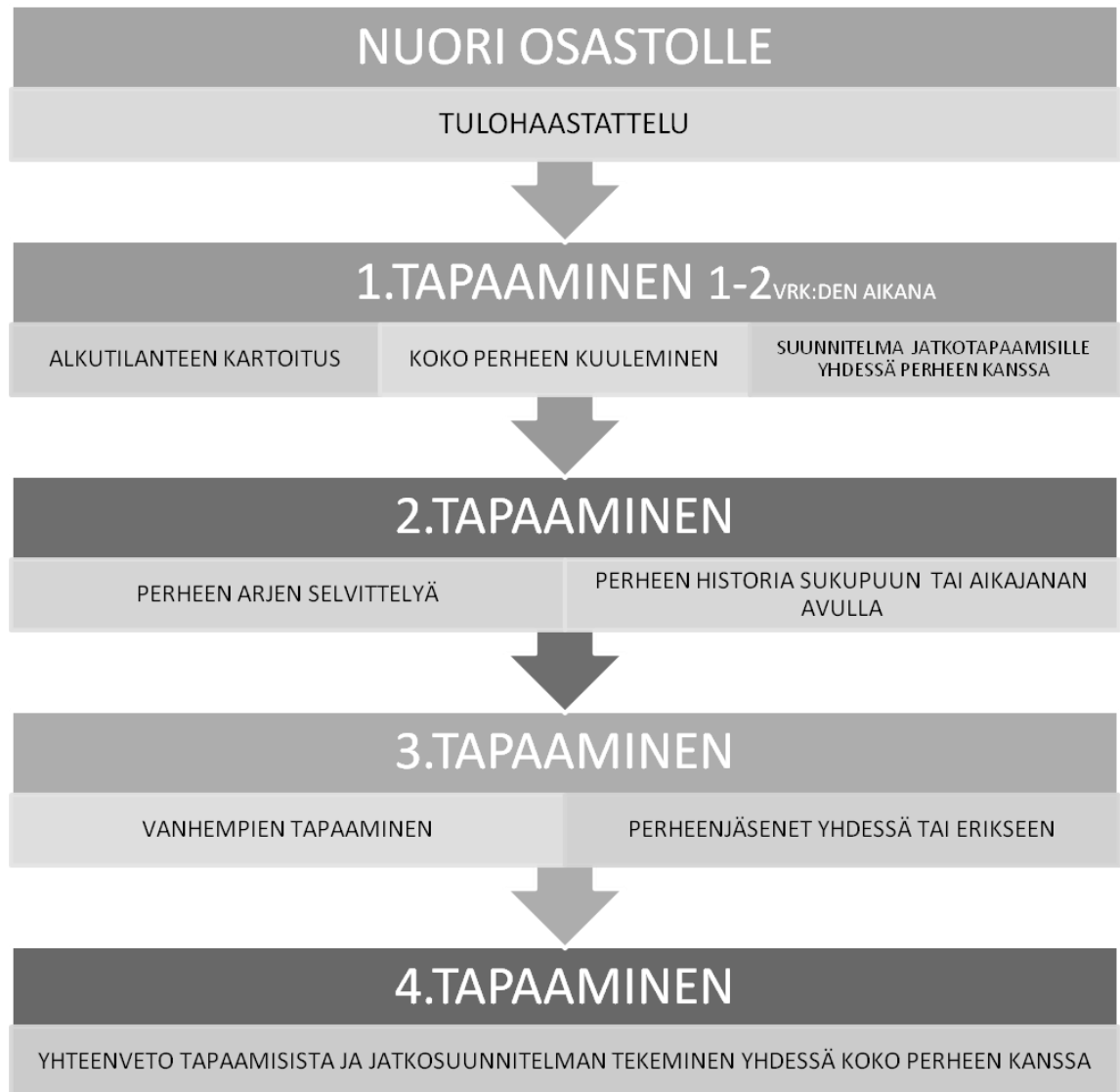
Kehittämisprojektissa kehitetyn perhetyön toimintamallin tarkoituksena on helpottaa ja antaa runkoa perhetapaamisiin nuoren sairaalajakson alusta lähtien. Tämä mahdollistaa sen, että jokaiselle nuorelle ja hänen perheelleen tehdään hoidon alussa samanlainen peruskartoitus. Perhetapaamiset toteutetaan mahdollisuuksien mukaan parityöskentelynä, jossa nuorelle heti hoidon alussa nimetään kaksi työntekijää. Omahoitaja voi olla toinen perheen kanssa työskentelevä henkilö. Perhetapaamisissa hän toimii nuoren tukena ja tulkkina tilanteissa, joissa nuorella ja hänen vanhemmillaan tai sisaruksillaan ei ole puheyhteyttä. Lähtökohtana tapaamisissa on se, että niihin kutsutaan aina koko perhe, kuitenkin perheen sen hetkinen tilanne huomioon ottaen. Näin nuoren hoito tulee

kokonaisvaltaisemmaksi ja ymmärrys nuoren tilanteesta selkeytyy niin hoitavan tahon kuin nuoren perheen näkökulmasta.

Perhe tulee nähdä voimavarana ja sen osuutta nuoren hoidossa ei saa sivuuttaa. Toimintamallin kautta perhe otetaan heti hoidon alussa vahvasti mukaan nuoren hoitoon. Koko perhe on ensisijaisesti mukana perhetapaamisissa, koska yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko perheen tilanteeseen. Sisarusten osallistuminen on asia, mikä tulee aina huomioida. Monesti näiltä saa tärkeää tietoa perheen vuorovaikutussuhteista ja arvokkaita ajatuksia siitä, miten tähän tilanteeseen on tultu.

Nuoren elämään vaikuttaa hänen sosiaalinen verkostonsa, josta perhe on läheisin. Tällä on suuri merkitys nuoren psyykkiseen hyvinvointiin. Nuorisopsykiatrisessa hoidossa nuoren vuorovaikutus oman perheen kanssa on usein jollakin tavalla vääristynyt. Tämän vääristyneen vuorovaikutuksen hoitaminen vaikuttaa osaltaan nuoren psyykkisen voinnin kohentumiseen. Kehittämiprojektiin liittyvissä palaverieissa tuli useasti esille se, miten vanhemmat eivät voi puhua suoraan nuoren asioista tämän kuullen. Todennäköisesti nuoret tietävät monista asioista ja ovat tietoisia näistä ”salaisuuksista”. Nuoren sairastuessaan psyykkisesti on viimeistään hyvä puhua heidän kanssaan näistä salatuista asioista. Tilanteessa tulee miettiä, mitä ja miten asioita esittää. Nuoren on hyvä tietää omasta ja vanhempiansa historiasta ja heidän huolestaan suhteessa nuoren sairastumiseen. Nämä vaikuttavat perheen elämään ja osaltaan ovat ehkä syytä nuoren vaikeuksiin.

Toimintamallista tehtiin mahdollisimman selkeä ja käyttövalmis. Valmis perheyön toimintamalli esitetään kuvioissa 4 ja 5.



Kuvio 4. Perhetyön toimintamalli

Perhetyön toimintamalli koostuu neljästä ohjeellisesta tapaamisesta tulohaastattelun jälkeen. Toimintamallissa jokaiselle neljälle kerralle on esitetty tavoite, mihin tapaamisella pyritään ja, siinä on esitetty mahdollista työskentelymuotoa tapaamisten toteuttamiseen.

Ensimmäisen tapaamisen lähtökohtana toimintamallissa on, että se tapahtuu mahdollisimman nopeasti. Ihanteellisin aika on 1–2 vuorokauden kuluttua siitä, kun nuori on tullut osastolle. Toisella tapaamisella käydään muun muassa läpi perheen arkea ja koko perheen historiaa esimerkiksi sukupuun tai aikajanan tekemisen kautta. Kolmannella tapaamisella annetaan vanhemmille mahdoli-

suus tulla keskenään tai erikseen tapaamisiin. Jos tällaiselle tapaamiselle ei ole tarvetta, jatketaan koko perheen kanssa. Neljännellä tapaamisella suunnitellaan ja mietitään jatkosuunnitelmaa yhdessä perheen ja nuoren kanssa.

Perhetyön toimintamallin toisessa osassa on asetettu jokaiselle tapaamiselle selkeä tavoite ja tapaamisten sisältöä on tarkennettu lisää kuviossa 5.



Kuvio 5. Perhetyön toimintamallin tapaamisten tavoitteet ja sisällöt.

Ensimmäisellä tapaamisella tavoitteena on selvittää yhdessä perheen kanssa, mitä he odottavat hoidolta ja minkä pitäisi muuttua, jotta nuori voisi jatkaa elämäänsä osaston ulkopuolella. Tapaamisella tehdään alkutilanteen kartoitus, kuullaan koko perhettä sekä suunnitellaan jatkotapaamiset yhdessä perheen kanssa. Ennen ensimmäistä tapaamista hoitajat ovat tutustuneet nuoren mahdollisiin aikaisempiin potilaskirjauksiin. Jos potilaalla on hoitokontakti esimerkiksi avohoitoon, ollaan yhteydessä sinne mahdollisen työparin saamiseksi sieltä perhetapaamisiin. Toisella tapaamisella tavoitteena on selvittää tilanteeseen johtavia syitä ja löytää yhteinen näkökulma asioille. Tapaamisella käydään muun muassa läpi perheen arkea ja koko perheen historiaa, jotta saadaan yhteinen ymmärrys perheen sen hetkisestä tilanteesta. Kolmannen tapaamisen tavoitteena on selvittää vanhempien huolen määrä ja saada heidän näkemyksensä tilanteesta. Työntekijät voivat yhdessä nuoren ja perheen kanssa määrittellä tämän kolmannen tapaamisen kokoonpanon. Jos kukaan ei näe tarvetta kokoontua ilman nuoren läsnäoloa, jatketaan tapaamisia koko perheen kanssa ja jatketaan edellisten tapaamisten asioiden läpikäymistä. Neljännen tapaamisen tavoitteena on saada luotua yhteinen ymmärrys tilanteesta ja suunnitella yhdessä jatkosuunnitelmaa perheen ja nuoren kanssa. Tämä yhteinen suunnitelma viedään tiedoksi nuoren hoitoneuvotteluun. Jo olemassa olevia hoitoneuvotteluita on hyvä käyttää hyödykseen perhetyön toimintamallia käytettäessä niin, että toimintamallin käyttö yhdistetään ainakin osittain niiden yhteyteen. Tällöin vanhempien tapaamisten määrä ei kasva liian suureksi toteuttaa, nuoren osastohoidon aikana.

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

Kehittämiprojekti sujui alkuvaiheessa työsuunnitelman mukaan lähes aikataulussa. Toimintamallin suunnittelu projektiryhmän kanssa toteutui kesällä 2013. Tapaamisten järjestäminen kesäaikana osoittautui haastavaksi ja projektiryhmän tapaamiset venyivät loppukesään.

Ohjausryhmän ensimmäinen tapaaminen ei toteutunut suunnitelman mukaan keväällä 2013 johtuen projektipäälliköstä. Tämä sai osaltaan aikaan sen, että tutkimuksellinen osuus siirtyi vuoden 2014 alkuun, joskin sen siirtymiseen oli myös muita syitä, joita tässä raportissa esitetty kehittämisprosessin ja tutkimuksellisen osuuden yhteydessä. Syksyllä 2013 pidetty ohjausryhmän kokous selkeytti projektin kokonaisuutta ja sitä, mihin osaan hoitotyön kehittämistä se tulee asettumaan. Samalla se loi uskoa siihen, että toimintamallin käyttöönotto osastolla toteutuu ja sen takana on johdon tuki.

Kehittämiprojektin toimintaympäristönä nuorisopsykiatrian osastot osoittautuivat haasteelliseksi ympäristöksi toteuttaa projektia. Hoitotyö perheen kanssa osastoilla osoittautui hyvin erilaiseksi riippuen siitä, ketkä hoitajat perheen kanssa työskentelivät. Lisäksi osastojen olosuhteet olivat olleet jatkuvassa muutoksessa, mikä osaltaan oli vienyt henkilökunnan voimavaroja kehittää hoitotyötä.

Perhetyön toimintamalli nähtiin kehittämiprojektiin kuuluvassa kyselyssä hyväksi ja selkeäksi tavaksi kohdata perheitä. Mutta jatkuvassa muutoksessa sen ottaminen käyttöön tuntui liian hankalalta ja haasteelliselta. Henkilökunnalla ei ollut tähän voimavaroja. Osastolla oli samanaikaisesti perheterapia koulutukseen liittyvä tutkimus meneillään, missä selvitettiin muun muassa toiveita henkilökunnalta perhetyön toteuttamiseen. Tässä tutkimuksessa henkilökunta toivoi selkeää toimintatapaa perhetyöhön. Kun sitten tuli tässä projektissa kehitetty toimintamallin koekäyttö osastoille, he eivät kokeneet, että heillä oli aikaa perehtyä siihen tai kokeilla sitä perheiden kanssa työskennellessään. Oliko siihen

syynä muutosvastarinta uutta toimintatapaa vastaan vai väsymys jatkuvassa muutoksessa.

Kehittämisprojektin suunnitteluvaiheessa maaliskuussa 2013 tehtiin nelikenttä-analyysi, jossa kartoitettiin projektin mahdollisia vahvuuksia, mahdollisuuksia, uhkia ja heikkouksia. Perhetyön toimintamallin vahvuuksina ja mahdollisuuksina esitettiin hoidon yhdenmukaistaminen perheiden kanssa työskennellessä, perhetyön selkeytyminen nuoren osastojakson aikana ja perhetyön merkityksen vahvistuminen nuoren hoidossa. Näiden lisäksi mahdollisuutena esitettiin perheiden hoidossa tasavertainen kohtelu riippumatta työntekijöistä. Tutkimuksellisen osuuden vastauksissa nämä toimintamallin käyttöön liittyvät vahvuudet ja mahdollisuudet tulivat esille. Toimintamallia kokeilleet henkilöt kokivat toimintamallin yhdenmukaistavan perhetyötä osastoilla ja se mahdollistaa perhetyöhön toteutumisen samanlaisena. Toimintamalli oli osastoilla käytössä noin kolme kuukautta. Tässä ajassa mahdollisuudet ja vahvuudet eivät toteutuneet käytännössä. Nähtäväksi jää, mitä tulevaisuudessa tulee tapahtumaan.

Projektin heikkouksina ja uhkina esitettiin käyttöönoton varmistaminen, henkilökunnan motivoituminen toimintamallin käyttöönotossa, toimivan toimintamallin aikaansaaminen, henkilökunnan vaihtuvuus ja ajan käyttö. Henkilökunnan motivaation puute toimintamallin käyttöönotossa näkyi kokeilun aikana. Projektin aikana loppuvuodesta 2013 henkilökunnan vahvuus osastoilla työvuorojen aikana oli pienin mahdollinen. Osastolla oli hoidossa potilaita ylipaikoilla, mikä osaltaan hankaloitti kokonaistilannetta ja näin henkilökunnalla ei ollut aikaa tutustua toimintamalliin. Lomautuksiin liittyen tutkimukselliseen osuuteen tehtiin loppu vuodesta muutoksia. Toimintamallin kokeilu ei osastolla toteutunut parhaalla mahdollisella tavalla. Uhat ja riskit oli projektin alussa osattu arvioida hyvin ja ne vaikuttivat kokonaisuudessaan projektin toteutumiseen.

Kehittämisprojektin suunnitelmassa riskejä pyrittiin hallitsemaan mahdollisimman hyvällä esimiesten ja henkilökunnan tiedottamisella. Esimiesten tiedottaminen projektipäällikön näkökulmasta onnistui, mutta koko henkilökunnalle tiedottaminen oli hankalaa eikä se ei saavuttanut kaikkia. Syynä tähän oli muun muassa henkilökunnan tekemä kolmivuorotyö, lomautukset ja talkoovapaat.

Jotta esitetyiltä heikkouksilta ja uhilta olisi välttytty toimintamallin käyttöön otossa, annettiin henkilökunnalle kyselyn kautta mahdollisuus itse vaikuttaa toimintamallin kehittämiseen, jotta se palvelisi heidän työtään perheiden kanssa mahdollisimman joustavasti ja hyvin. Osaston henkilökunnalla oli mahdollisuus kyselyssä kertoa mielipiteensä toimintamallista ja antaa siihen kehitysehdotuksia. Uhkana esitetyn ajan puutteen vuoksi muun muassa alkuperäisessä tutkimussuunnitelmassa ollut ryhmähaastattelu ei toteutunut, koska osastoilta ei ollut mahdollisuutta työvuoron aikana osallistua haastatteluihin, eikä näitä pystytty järjestelemään työvuorojen suunnitteluvaiheessakaan.

Kehittämisprojektissa tulleet loppuvaiheen muutokset hankaloittivat osaltaan projektin etenemistä. Monia muutoksia jouduttiin tekemään nopealla aikataululla. Näissä kohdissa projektin eteneminen hidastui. Ajankohta oli myös projektipäällikön oman työelämän osalta erittäin haasteellinen, koska samat lomautukset ja työpaineet kohdistuivat projektipäällikön työyksikköön. Projektipäällikön ajankäytön hallinnassa oli monessa kohtaa haastavia jaksoja jolloin voimavarat olivat vähissä. Työelämän mentori oli näissä kohdissa suureksi avuksi ja hänen kanssaan oli mahdollista puhua näistä vaikeuksista. Hän sai luotua uskoa siihen, että kaikesta selvitään.

Tulevaisuudessa toivottavasti nuorisopsykiatrialla jatketaan perhetyön kehittämistä ja esimerkiksi tämä toimintamalli otetaan huomioon ja systemaattiseen käyttöön. Toimintamallia voi käyttää osastoilla uuden työntekijän perehdytyksessä perhetyöhön. Sen systemaattinen käyttö mahdollistaa ajan myötä sen, että siitä tulee pysyvä käytäntö perhetyön tekemiseen osastoilla. Alkuvuodesta 2015 nuorisopsykiatrialla on suunnitteilla avata uusi päiväyksikkö, johon suunniteltu toimintamalli soveltuu hyvin. Päiväyksikössä henkilökuntaa on vuoroissa enemmän kuin osastoilla vuorotyössä, joten resurssipula, vuorotyö ja ajanpuute eivät voi tulla esteeksi perhetyön toimintamallin käytölle. Jokaisella sairaanhoitajalla tai lähihoitajalla on vuorovaikutustaitoja, joten toimintamallin käyttö on mahdollista.

LÄHTEET

Aalberg, V. & Siimes, M.A. 2007. Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Jyväskylä: Kustannusyhtiö Nemo.

Aaltonen, J. 2009. Perheterapiat. Terveysportti. Viitattu 26.1.2013. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Aaltonen, J. 2011. Perheterapiat. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, T. & Partonen, T. toim. Psykiatria. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Almqvist, F. 2004. Bio-psykososiaalinen viitekehys. Teoksessa E. Räsänen, I. Moilanen, T. Tamminen & F. Almqvist. toim. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, 16-19.

Birstolin, A., Eräpolku, V., Laaksonen, S., Martin, T., Nieminen, M. & Rannikko, V. 2013. POINTTI: Potilaan integroitu tarpeenmukainen intensiivihoido. Osastojen 716 ja 717 sekä avohoidon poliklinikoiden yhteistoiminnan kehittämisprojekti. VSSHP, nuorisopsykiatria. Loppuraportti.

Ellilä, H. 2007. Child and adolescent psychiatric inpatient care of Finland. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Ellilä, H., Välimäki, M., Warne, T. & Sourander, A. 2007. Ideology of nursing care in child psychiatric inpatient treatment. Nursing Ethics 14, 583-596.

Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062. Viitattu 26.1.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveystyö. Helsinki: Wsoy, 15-16.

Fröjd, S. 2008. Mental health in middle adolescence. Associations of family factors with diverse maladjustment outcomes. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.

Fröjd, S., Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R.-K. 2007. Perhe ja nuorten mielenterveyden häiriöt. Suomen lääkärilehti 12, 1249-1254.

Flink, M. 2012. Verkostot ja verkostotyö lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian dokumentoinnissa. Diskurssianalyttinen tutkimus dokumenttien sisällöstä ja keskinäisistä suhteista. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön laitos. Pro-gradu tutkielma.

Godart, N., Berthoz, S., Curt, F., Perdereau, F., Rein, Z., Wallier, J., Horreard, AS., Kaganski, I., Lucet, R., Atger, F., Corcos, M., Fermanian, J., Falissard, B., Flament, M., Eisler, I. & Jeammet, P. 2012. A randomized controlled trial of adjunctive family therapy and treatment as usual following inpatient treatment for anorexia nervosa adolescents. PLOS. One a peer reviewed open acces journal 7: e28249. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251571/>

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Joronen, K. 2005. Adolescents subjective well-being in their social contexts. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kansanterveyslaki 2010/1327. Viitattu 26.1.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kankaanpää, M. 2007. Hoitoon pääsyn toteutuminen Helsingin nuorisopsykiatriassa 2003. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro.

Karlig, M., Ojanen, T., Sivén, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 2008. Lapsen aika. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 22-23.

Kehitysvammaisten erityishuoltolaki 1977/519. Viitattu 26.1.2013

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>

Kekkonen, M., Aavaluoma, S. & Rautiainen, M. 2006. Vanhemmuuden monet roolit. Suomen Lääkärilehti 8/ 61, 847.

Kestilä, I.K., Koskinen, S., Kestilä, L., Suvisaari, J., Aalto-Setälä, T. & Aro, H. 2007. Nuorten aikuisten psyykinen oireilu: riskitekijät ja terveyspalveluiden käyttö. Suomen Lääkärilehti 43/62, 3979-3986.

Kivelä, S. & Ahola, S. 2007. Elämää nivelvaiheissa. Nuorten syrjäytyminen ja sen ehkäisy VaS-koolin tutkimushankkeen loppuraportti. Tammisaaren kirjapaino. Viitattu 13.1.2013.

<http://www.vaskooli.fi/tutkimus.html>

Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kehitysvammaisten erityishuollosta 1977/519. Viitattu 26.1.2013

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>

Lapsen oikeuksien julistus 1989. Unisef. Viitattu 26.1.2013

http://www.unicef.fi/lapsen_oikeuksien_julistus

Lastensuojelulaki 2007/14. Viitattu 22.1.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Lastensuojelulain säädös 2007/417. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>

Le Grange, D., Hoste, R.R., Lock, J. & Bryson, S.W. 2011. Parental emotion of adolescents with anorexia nervosa: outcome in family-based treatment. Int J Eat Disord. 44, 731-734.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka Hoitotyössä. Juva: Werner Söderström Oy.

Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2011. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, T. & Partonen, T. toim. Psykiatria. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Mielenterveyslaki 1990/1116. Viitattu 21.1.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Nuorisolaki 2006/74. Viitattu 21.1.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20060074>

Perusopetuslaki 1998/628. Viitattu 22.1.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/1998628>

Piha, J. 2004a. Perheen ja ympäristön merkitys. Teoksessa E. Räsänen, I. Moilanen, T. Tamminen & F. Almqvist. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, 61-62.

Piha, J. 2004b. Terapeuttinen perhetyöskentely. Teoksessa E. Räsänen, I. Moilanen, T. Tamminen & F. Almqvist. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, 403-405.

- Piha, J. 2004c. Työskentely hoitoverkon ammattilaisten kanssa. Teoksessa E. Räsänen, I. Moilanen, T. Tamminen & F. Almqvist. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, 420-421.
- Piha, J. 2004d. Palvelujärjestelmä. Teoksessa E. Räsänen, I. Moilanen, T. Tamminen & F. Almqvist. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, 378-379.
- Pylkkänen, K. 2009. Nuoren psykiatrinen tutkimus ja hoitoon ohjaus. Lääkärin käsikirja. Viitattu 23.1.2013. www.terveysportti.fi
- Päihdehuoltolaki 1986/41. Viitattu 22.1.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/198641>
- Rantanen, P. 2004. Nuoruusiän psykoosit. Teoksessa E. Räsänen, I. Moilanen, T. Tamminen & F. Almqvist. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, 255-259.
- Salo, S. 2011. Parisuhdeongelmat ja lasten psyykinen hyvinvointi: kaksi tutkimusnäkökulmaa. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Väitöskirja.
- Seikkula, J. 1996. Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektivetäjän käsikirja. ESR. Helsinki: Edita Prima.
- Sirkiä, H. 2014. Sairaanhoidtaja ja perheterapeutti. Vsshp nuorisopsykiatria. Suullinen tiedonanto 3.5.2014.
- Sosiaaliportti 2012. Lastensuojelun käsikirja 2012. Nuoret ja ehkäisevä työ. Viitattu 13.1.2013. <http://www.sosiaaliportti.fi>
- Sosiaalihuoltolaki 1982/ 710. Viitattu 21.1.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>
- Tammentie, T., Kiviniemi, P., Hasa, M., Kaikkonen, R., Koivunen, A., Merimaa, P., Niemi, H., Pöytäri, J. & Tuominen K. 2008. Rajapintatyö psykiatriassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 10/2008.
- Tikkanen, K. 2012. 15-20 vuotiaiden nuorten toivo, sen ylläpitäminen ja vahvistaminen. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Tilastokeskus 2014. Perhe. www.tilastokeskus.fi
- Varol Tas, F., Guvenir, T. & Cevrim, E. 2010. Patients' and their parents' satisfaction levels about the treatment in a child and adolescent mental health inpatient unit. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 17, 769–774.
- Vsshp psykiatria 2013. Viitattu 23.1.2013. http://intra.vsshp.fi/fi/dokumentit/10853/Organisaatio_psykta1.JPG
- Vsshp 2012. Hoitotyön toimintaohjelma vuosille 2010 – 2015. Tulostettu 23.11.2012. www.intra.vsshp.fi

KYSELY OSASTON HENKILÖKUNNALLE, jatka tarvittaessa vastauksiasi paperin toiselle puolelle

1. MITEN TOIMIVAKSI KOET PERHETYÖN TOIMINTAMALLIN?

- a) Mitä mieltä olet uudesta toimintamallista? Sen vahvuudet ja heikkoudet?

- b) Mitä parannettavaa toimintamallissa mielestäsi on?

2. MITEN LUOTU TOIMINTAMALLI AUTTAA OSASTOJAKSON AIKANA TAPAHTUVAA PERHETYÖN TOTEUTTAMISTA

- a) Miten se auttaa hoitajia entä miten se auttaa perheitä?

- b) Mitä hyötyä siitä on hoitajille entä perheille?

- c) Miten tarpeelliseksi koet sen?

3. MITÄ VALMIUKSIA SINULTA EDELLYTETÄÄN KÄYTTÖÖN OTTAA PERHETYÖN TOIMINTAMALLI?

- a) Millaisia valmiuksia sinulla tulee olla ottaessasi käyttöön perhetyön toimintamallin?

- b) Mitä koulutusta toivoisit saavasi toimintamallin käyttöön otossa?

- c) Millaisessa muodossa koulutusta toivot saavasi?

4. MITÄ VIELÄ HALUAISIT SANOA?

TIEDOTE nro 2

Perhetyön toimintamallin luomiseen liittyvä tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian osaston hoitotyön kehittämiseen ja on osa psykiatrian tulosalueen hoitotyön kehittämistä. Tutkimuksen tavoitteena on luoda osastolle perhetyön toimintamalli, jonka tarkoituksena on kehittää nuoren ja perheen kanssa tehtävää hoitotyötä.

Perhetyön toimintamalli on ollut osastoillanne kokeiltavana lokakuusta 2013 alkaen. Alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoituksena oli järjestää tutkimukseen liittyen ryhmähaastattelut, josta osastollanne on lokakuussa tiedotettu. Osaston tilanteesta johtuen alkuperäinen suunnitelma on muuttunut ja nyt tutkimuksellinen osuus toteutetaan kyselynä, johon toivon teidän osallistuvan ryhmähaastattelun sijaan. Toivon, että kaikki toimintamallia kokeilleet hoitotyössä mukana olevat henkilöt vastaavat kyselyyn molemmilla nuorisopsykiatrian osastoilla. Vastaamiseen kuluu aikaa noin ½ tuntia. Vastauslomakkeet tulee palauttaa niille varattuun vastauslaatikkoon. Saatua aineisto hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektin perhetyön toimintamallin kehittämiseen. Sopimus tutkimuksen tekemisestä on tehty Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian ylihoitaja xxxxxxxx kanssa. Tutkimuksen ohjaaja on xxxxxxxxx, Yliopettaja Turun amk / Terveysala. Tutkimuksesta saa lisätietoja

Minna Näreharju, yamk-opiskelija

Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

puh. xxxxxxxxxxx

minna.nareharju@students.turkuamk.fi