

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tuija Kähkönen

**PERHE- JA VERKOSTOTYÖN KEHITTÄMINEN**

Opinnäytetyö

Helmikuu 2016

## Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1 Johdanto .....	6
2 Työyhteisölähtöinen kehittämisote ja sen periaatteet.....	8
2.1 Työyhteisön kehittäminen ja muutosjohtaminen .....	8
2.2 Muutoksen johtaminen ja sen keskeinen sisältö .....	9
2.3 Muutoksiin sopeutuminen .....	10
3 Perhe- ja verkostokeskeinen hoitotyö .....	12
3.1 Avoin dialogi – vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoidossa .....	12
3.2 Perhe- ja verkostotyö .....	13
3.3 Psykiatrinen hoitotyöntekijä ja perhe- ja verkostotyö .....	15
3.4 Perheen osallisuus potilaan hoidossa .....	16
3.5 Dialogisuus ja tasavertaisuus perhe- ja verkostopalaverissa .....	19
3.6 Perhe- ja verkostopalaverin vaikeudet .....	21
4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävä .....	23
5 Opinnäytetyön toteutus .....	24
5.1 Toimintaympäristö ja osallistujat .....	24
5.2 Toimintatutkimuksellinen kehittämistoiminta .....	25
5.3 Tutkimusaineiston keräämistavat ja analysointi .....	28
5.4 Opinnäyteprosessin kuvaus .....	30
6 Opinnäytetyön tuotos .....	33
6.1 Perhe- ja verkostotyön tila .....	33
6.2 Perhe- ja verkostotyön työotteen vertailua .....	36
6.3 Perhe- ja verkostotyön toimintaohje .....	55
7 Opinnäytetyön keskeiset tulokset.....	57
7.1 Kehittämistyöhön osallistuneiden kuvaus .....	57
7.2 Perhe- ja verkostotyö osastolla .....	58
7.3 Perhe- ja verkostopalaverissa toteutetun kyselyn tuloksia .....	59
7.4 Kehittämisiltapäivän työryhmätyöskentely .....	61
8 Pohdinta .....	61
8.1 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua .....	61
8.2 Kehittämistoiminnan tulosten tarkastelua.....	63
8.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	65
8.4 Jatkokehittämisaiheet .....	67
Lähteet .....	69

## Liitteet

- Liite 1 Toimeksiantosopimus
- Liite 2 Tutkimuslupahakemus
- Liite 3 Perhekeskeisen työotteen syventävä kurssi psykiatrian klinikassa
- Liite 4 Arviointilomake perhe- ja verkostopalavereihin osallistujille
- Liite 5 Kysely henkilökunnalle perhe- ja verkostotyön tilasta
- Liite 6 Kutsu työnkehittämissiltapäivään 16.6.2015
- Liite 7 Tutkimuslupapäätös
- Liite 8 Perhe- ja verkostopalaverin toimintaohje



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Helmikuu 2016**  
**Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen**  
**ja johtamisen koulutusohjelma**  
**Ylempi ammattikorkeakoulu**  
Tikkarinne 9  
80220 JOENSUU  
p. 0504054816

Tekijä  
Tuija Kähkönen

Nimeke  
Perhe- ja verkostotyön kehittäminen PKSSK:n aikuispsykiatrian osastoilla 52 ja 54 Paiholan sairaalassa  
Toimeksiantaja  
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä psykiatrian klinikka

Tiivistelmä  
Perhe- ja verkostotyö ja niiden merkitys on potilaan hoidossa ensisijaisen tärkeää. On tärkeää, että perhe- ja verkostopalaverissa myös potilas, ja hänen läheisensä tulevat kuulluiksi ja heidän mielipiteellään on merkitystä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli vertailla perhe- ja verkostotyön tilaa kahdella suljetulla psykiatrisella osastolla PKSSK:ssa. Työssä analysoitiin vuosina 2011 - 2013 (vastaajia oli 231) ja 2014 - 2015 (vastaajia oli 65) toteutettu samansisältöinen arviointikysely. Kyselyyn osallistuvat perhe- ja verkostopalaveriin osallistuneet hoitohenkilöstö, omaiset, potilaat ja avohoidon työntekijät.

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksellisen lähestymistavan mukaan. Alkukartoituksena selvitettiin hoitajien näkemyksiä perhe- ja verkostotyön toteuttamisesta osastolla ja heiltä pyydettiin kehittämisehdotuksia.

Osastojen yhteisessä kehittämisiltapäivässä tavoitteena oli hoitohenkilöstön olemassa olevan osaamisen kehittäminen ja arviointikyselyn vastausten tarkastelua. Kehittämistehtävänä oli toteuttaa moniammatillinen kehittämisprosessi, jonka tuotoksena oli perhe- ja verkostotyön toimintaohje.

Vastausten perusteella hoitajat kokivat perhe- ja verkostotyön merkitykselliseksi ja olivat motivoituneita sitä toteuttamaan. Valmiudet perhe- ja verkostotyöhön nähtiin jokseenkin puutteellisenä, ja yhteydenpito potilaan läheisiin ja verkostoon riippui hoitajan aktiivisuudesta ja innostuksesta. Vastausten perusteella tarvitaan edelleen koulutusta kohdata perhettä ja verkostoa. Perhe- ja verkostotyön tila on kehittynyt kahden toteutetun kyselyn välisenä aikana, etenkin dialogisuus, tasa-arvoisuus ja kuulluksi tuleminen ovat kehittyneet.

Kieli  
Suomi

Sivuja 71  
Liitteet 8  
Liitesivumäärä 16

Asiasanat  
Perhe -ja verkostokeskeinen työote, dialogisuus, psykiatrinen potilas, perhe/perheenjäsen, työyhteisölähtöinen työn kehittäminen.



**THESIS**  
**February 2016**  
**Degree Programme in the Development and Management of Health Care and Social Services (Master's Degree)**  
Tikkarinne 9  
FI 80220 JOENSUU  
FINLAND  
Tel.+358504054816

Author  
Tuija Kähkönen

Title  
The Development of the Family and Network Method in PKSSK Adult Psychiatry Wards 52 and 54  
Commissioned by  
Hospital and Social Service District of North Karelia (PKSSK), Psychiatry Clinic

Abstract

Family and network work methods are very important in the psychiatric care of a patient. It is important that patient and his/her network will be heard and their opinions have a meaning in the treatment.

This thesis sorted out family and network work method in two closed departments in Hospital District of North Karelia. The thesis analysed inquiries which were done in years 2011 - 2013 (231 respondents) and year 2014 – 2015 (65 respondents). Respondents in the inquiries were nurses, medical staff, relatives, patients and outpatient clinic workers who participated family and network meetings. Inquiries were made again to find out how are the family and network therapy methods used in psychiatry wards at the moment.

Thesis was implemented by the action research. At first was sorted out nurse's opinions about family and network work implement in ward and they were asked for development ideas. Hospital wards had common development meeting. Target of the meeting was to develop work methods together and to analyse which already has develop in family and network work methods in the wards. Part of the thesis implements multi professional development process, which created instruction for the family and network meetings.

Based on the answers nurses felt that family and network work methods were relevant and they were motivated to implement it. Family and network method skills were inadequate and communication with the patient's family members and the network depended on activity and enthusiasm of the nurse. Based on the answers there is still need for education of family and network work methods. There is some improvement in family and network work methods between two inquiries; especially dialog communication, equality and being heard has improved. As a part of the thesis a multi professional development process was implemented. It created instructions for the family and network meetings.

Language

Finnish

Pages 71

Appendices 8

Pages of Appendices 16

Keywords

Family and network key approach to work, dialogue, psychiatric patient, family / family-house  
Working community oriented development work.

## 1 Johdanto

Psykiatriset hoitoajat ovat viime vuosikymmenen aikana lyhentyneet merkittävästi psykiatrisen hoitotyön kehittymisen myötä. Hoito on kehittynyt avohoitopainotteisemmaksi ja erilaisia kotiin viedyn hoidon interventioita on kehitetty laajasti eri puolilla Suomea, myös Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK) alueella. Sosiaali- ja terveysministeriön (2012, 46 – 47) mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen yhtenä tavoitteena on avohoittoa tukevat erikoissairaanhoidon palvelut.

Psykiatriset potilaat, joille avohoidon keinot ovat riittämättömät ja vaativat sairaalahoitoa hoidetaan sairaalassa, ja jälkihoito siirtyy avohoittoon, kotiin tai poliklinikalle. Tällöin omaisten mukana olo hoidossa korostuu ja on erityisen merkityksellistä. On tarpeen pohtia yhdessä, mitkä seikat ovat vaikuttaneet siihen, että sairaalahoitoa tarvitaan.

Kokemusten ja tutkimusten (Seikkula & Alakare 2004, 294) mukaan potilaan, perheen ja verkoston huomioiminen ja mukaan ottaminen sekä yhteinen neuvonpito edistävät potilaan tarpeenmukaista hoitoa ja psykiatrisen potilaan parempaa sitoutumista hoitoonsa. Sen vuoksi perhe- ja verkostotyön työotteen systemaattinen ja laadukas toteutuminen potilaan hoidossa on tärkeää. Parhaimmillaan perhe- ja verkostopalaverissa vallitsee avoin vuorovaikutus ja kaikilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun ja päätöksentekoon.

Verkostojen kokoaminen ei aina tuo lisäarvoa, jos verkostotyön edellytykset eivät ole kunnossa eli verkostojen kokoaminen ei sinällään auta, vaan perhe- ja verkostopalaverissa pitää vallita dialogisuus niin, että kaikki läsnä olevat tulevat kuulluiksi (Vanhatalo 2014, 22). Seikkula & Alakare (2004, 290) kuvaa avoimen dialogin mallia, jossa verkoston mukaan ottaminen on tärkeä voimavara. Muita tärkeitä periaatteita ovat liikkuvuus, joustavuus, psykologinen jatkuvuus, vastuullisuus, epävarmuuden sietäminen ja dialogi kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Tämä tarkoittaa sitä, että myös hoitohenkilöstö voi tavata potilasta ja

hänen omaisiaan potilaan omassa ympäristössä, kuten esimerkiksi potilaan kotona.

Tämän opinnäytetyön aihe on perhe- ja verkostotyön kehittäminen PKSSK:n aikuispsykiatrian osastoilla 52 ja 54 ja tavoitteena on perhe- ja verkostotyön jalkauttaminen systemaattiseksi toimintamalliksi aikuispsykiatrian klinikan työssä. Työn toimeksianto tapahtui psykiatrian klinikkaryhmän osastonhoitaja TtT Kirsti Sainola-Rodriquezin aloitteesta (liite 1 ja 2). PKSSK:n psykiatrisessa hoitotyössä perhe- ja verkostotyötä on tehty vuosikymmeniä vaihtelevalla menestyksellä. Haasteena on ollut potilaan perheen ja verkoston hoitoon mukaan ottaminen systemaattisesti. Avohoidon ja muiden potilaan hoitoon osallistuvien tahojen mukaan ottaminen hoidon eri vaiheissa on ollut vaihtelevaa.

Psykiatrian klinikassa on järjestetty perhe- ja verkostotyön täydennyskoulutusta vuodesta 2011 lähtien. Koulutukset ovat olleet vuoden mittaisia ja saman sisältöisiä. Kerrallaan koulutukseen on osallistunut 15 - 20 (hoitohenkilökunnan) PKSSK:n ja Joensuun mielenterveyskeskuksen työntekijää. Koulutuksia on tähän mennessä järjestetty kolme ja syksyllä 2015 alkoi vielä yksi koulutus (liite 3).

Opinnäytetyössä selvitetään miten perhe- ja verkostokeskeisyys toteutuu tällä hetkellä PKSSK:ssa aikuispsykiatrian osastoilla 52 ja 54. Perhe ja verkostotyön työtettä vertaillaan samansisältöisien vuosina 2011 - 2013 ja 2014 - 2015 toteutetun arviointikyselyn pohjalta.

Opinnäytetyön kehittämisprosessin tuotoksena laadittiin kirjallinen toimintaohje apuvälineeksi perhe- ja verkostopalavereja varten. Ohjetta voidaan käyttää myös perehdytyksen työohjeena näiltä osin opiskelijoiden ja uuden työntekijän perehdytyksessä. Uusi toimintaohje lisää potilaan ja hänen läheistensä mahdollisuuksia osallistua hoitoon ja päätöksentekoon ja parantaa potilaan sitoutumista hoitoonsa. Hyvin hoitoonsa sitoutunut potilas tarvitsee vähemmän sairaalajaksoja ja lisää potilaan selviytymistä avohoidossa. Potilaan perhe- ja verkostotyö on keskeisessä asemassa potilaan kuntoutuksen kannalta ja toimintaohje antaa suuntaviivaa sille, mitä asioita perhe- ja verkostopalaverissa tulisi ottaa huomioon.

Toimintaohjeen tarkoituksena on helpottaa henkilökunnan toimintaa palaverissa, koska ohjeessa on kuvattu asiat, jotka on hyvä ottaa huomioon dialogisuuden toteutumiseksi.

## **2 Työyhteisölähtöinen kehittämisote ja sen periaatteet**

### **2.1 Työyhteisön kehittäminen ja muutosjohtaminen**

Tässä opinnäytetyössä toteutetaan työn kehittämisprosessi, joka perustuu kehittämistoiminnan käytännöistä nousevaan kokemukseen. Tekijöinä ovat työyhteisöt Paiholan sairaalan osastot 52 ja 54 ja sen kaikki jäsenet. Kuvaan seuraavaksi työyhteisön kehittämistä, muutosjohtamista ja siihen liittyviä työyhteisön reaktioita. Työn kehittämiseen liittyy aina muutoksen johtamista ja sen tuomia ilmiöitä.

Kaikissa työyhteisöissä tarvitaan kehittämistä ja sisäistä uudistumista. Muutostilanteiden käsittelyssä hyvä toimintakyky on vahvuutta perustehtävän hoidossa. Tarvetta uudistumiselle luovat työmäärän lisääntyminen ja asiakastyön vaikeutuminen, työntekijöiden saatavuuteen, jaksamiseen ja riittävyyteen liittyvät kysymykset. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 9.) Kehittämistä pidetään oleellisena osana ammatillisuutta ja korkeatasoista palvelutoimintaa. Kehittäminen ei kuulu ainoastaan esimiesten tehtäviin, vaan jokaiselle työntekijälle. Onnistuvan ja kestävän kehittämistyön edellytys on, että työyhteisön jäsenillä on tietoa kehittämisen kohteesta. Osaamista tarvitaan kehittämisprosessin käynnistämiseen, etenemiseen ja ylläpitämiseen: kyky havaita, ymmärtää ja käsitellä kehittämisen prosessin etenemistä. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 10.)

Työyhteisölähtöisen kehittämisotteen kannalta motivaatio ja tarve kehittämiselle ovat tärkeitä. Työyhteisölähtöinen kehittäminen on osa arkityötä. Motiivina kehittämiselle voi myös olla oma työhyvinvointi ja jaksaminen työssä. Työkyky liittyy hyvään terveyteen ja toimintakykyyn. Työhyvinvointi voidaan kytkeä työn mielekkyyteen ja organisaatioon sekä työyhteisön ilmapiiriin ja toimivuuteen. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 18.)



Terveysthuollossa tarve kehittämiselle on usein uusien menetelmien tai palvelujen aikaansaaminen tai jo olemassa olevien kehittäminen. Kehittämistoiminnan avulla pyritään etsimään uusia toimintatapoja. Kehittämistoiminnan kohteina voivat olla työntekijän osaaminen ja toisaalta työtehtävät ja niihin liittyvät kokonaisuudet, sekä sovellettavat työtavat. Organisaatiossa kehittäminen koskee kaikkia, ei ainoastaan niitä ihmisiä, jotka kehittämistyöhön on sitoutettu. Kehittäminen ja sen tarve liittyvät useimmiten organisaatioon ja sen rakenteisiin, tuotettaviin palveluihin, toimintakäytäntöön ja henkilöstön osaamiseen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55.)

## **2.2 Muutoksen johtaminen ja sen keskeinen sisältö**

Nyky-yhteiskunnassa ihmiset ja organisaatiot ovat alati muutoksessa. Useat voimat ajavat nykyistä nopeaa muutosta. Tekniikan kehittyminen, globalisaatio ja markkinoiden kehittyminen aiheuttavat sen, että kaikilla toimialoilla kaikki kilpailevat markkinoista. Pienen kunnan terveyskeskus kilpailee lääkäreistä huipusairaalan kanssa ja kylän grilli Hesburgerin kanssa. (Hokkanen, Mäkelä & Taatila 2008, 132.)

Strategiaan liittyvä muutos on hallittu prosessi. Tulevaisuuden arvot, visiot ja tahtotila luovat organisaation strategialle ja strategiatyölle pohjan. Näin saadaan tavoitteet organisaation sisäisille tiimeille, yksiköihin ja henkilöstön työskentelyyn. Strategiatyön aluksi on arvokeskustelu, mitä hyötyä se tuo organisaatiolle, kun mietitään mitkä asioita organisaatiossa tulisi painottaa ja mitä kehittää. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 76.)

Johtamisen suurimpia haasteita on muutoksen johtaminen. Menestyksen avain on muutosvalmius kehittää toimintoja ja menetelmiä, jotka kestävät muutoksia. Muutostyö on kehittämistyötä, ja kilpailu on myös julkisessa terveydenhuollossa. Tämä tarkoittaa ympäristön ja asiakkaiden tarpeiden muutosta, mutta myös valtakunnalliset ohjeistukset aiheuttavat muutoksia. (Laaksonen ym. 2012, 80.)

Esimiehellä on merkittävä osuus muutoksessa. Muutoksen johtaminen on jatkuvaa dialogia työntekijöiden kanssa. Muutos tarkoittaa eri ihmisille eri asioita, jotka aiheuttaa muutoksen toteuttamiseen ja johtamiseen suuria vaatimuksia. Muutosjohtamisen onnistumisen edellytys on tiedottaminen ja henkilöstön oma vaikuttaminen ja osallistuminen muutokseen. Tiedotuksen merkitys on antaa työntekijöille mahdollisuus ennakoida muutoksia ja lisätä tilanteen hallintaa. Tiedottaminen vähentää epäselvyyttä, huhuja ja muutokseen liittyvää epävarmuutta, sekä lisää turvallisuuden tunnetta. Luottamus esimieheen, muutokseen ja kokemus oikeudenmukaisuudesta säilyy. (Taskinen 2011, 158 – 160.)

Muutoksista ja niiden vaikutuksista tulee tiedottaa varhaisessa vaiheessa ja koko muutoksen ajan. Kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen merkitystä korostetaan, koska tällöin työntekijät voivat ilmaista huolensa, ja rohkaistuvat kysymään heitä askarruttavia asioita. Vuorovaikutuksellisuus tarjoaa myös kokemuksen osallistumisesta ja vaikuttamisen mahdollisuudesta, joka lisää luottamuksen tunnetta muutosta kohtaan. Osallistaminen ja osallistuminen muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen on onnistumisen kannalta tärkeää. Tässä yhteydessä muutoksen toteuttajalle tulee tilaisuus hyödyntää henkilöstön ammattitaitoa ja osaamista suunnittelussa ja toteutuksessa. Tämä lieventää muutoksen tuomaa haastetta ja henkilöstö sitoutuu paremmin muutokseen. Epätietoisuus ja ahdistus vähenevät, ja muutoksen hallinnan tunne kasvaa. (Taskinen 2011, 158 – 160.)

### **2.3 Muutokseen sopeutuminen**

Ihmiset sopeutuvat eri tavalla muutokseen. Jotkut lähtevät muutokseen suotuisasti mukaan, ja ovat innolla ajamassa asiaa eteenpäin. Jotkut taas suhtautuvat kielteisesti, ja vastustavat muutosta. Muutos nähdään pahimmillaan uhkana itselle, työyhteisölle sekä ammattitaidolle. (Juuti & Virtanen 2009, 127.) Kuviossa 1 on esitetty yksi esimerkki psykiatrisen hoitotyön prosessista, jossa kuvataan muutosprosessiin liittyviä tunteita ja toimia.

Jos muutokseen liittyvät tunteet tukahdutetaan, samalla heikennetään ihmisen itsetuottamusta. Nykyiset organisaatiot ja työtehtävät vaativat paljon ihmisiltä. It-

seluottamuksensa menettäneet työntekijät eivät siirrä organisaatiota tulevaisuuteen. Muutokseen sopeutumista edesauttaa, jos ihmisille annetaan lupa kohdata kielteisiä tunteitaan ilman työyhteisön tai johdon vähättelyä tai paheksuntaa. (Juuti & Virtanen 2009, 128.)

Muutos etenee vaiheittain. Henkisessä prosessoinnissa työntekijät voivat alussa tuntea ahdistusta ja pelkoa tulevaa muutosta kohtaan. Tätä vaihetta voidaan kutsua kaaosvaiheeksi. Mitä suuremmasta muutoksesta organisaatiossa on kyse, sitä vaikeampi muutosta on ohjailta ja sitä vaikeampi henkilöstön on sitä hyväksyä. Kaaosvaiheeseen tunnusomaista on myös muutoksen tärkeyden kieltäminen ja vastustus muutosta kohtaan. (Laaksonen ym. 2012, 84 – 85.) Muutokseen liittyvät tunteet määrittyvät aikaisempiin kokemuksiin ja tämän hetkiseen elämäntilanteeseen. Muutos voi muistuttaa aikaisempaa kokemusta, jolloin henkilö voi peilata aikaisempaa kokemusta edessä olevaan. (Juuti & Virtanen 2009, 118.)

Kaaosvaiheen jälkeen seuraa kieltäminen tai vähättely muutoksen tarpeellisuudesta. Vähitellen huomataan, että muutos on todellinen ja tapahtuva, ja tämä voi aiheuttaa ahdistusta, koska vanhasta tutusta ja turvallisesta on luovuttava. Voidaan puhua yhteisestä surusta, ja tällöin henkilöstölle tulisi antaa aikaa prosessoida tulevaa. Muutokselle tulee antaa tilaa, koska luopuminen vanhasta vaatii hyväksymistä. Esimiehen tehtävänä on olla vanhan ja uuden muutoksen vuoropuhuja. Avoin vuorovaikutus auttaa suuntaamaan tulevaisuuteen. Vähitellen uusi tilanne ja toimintamalli hyväksytään ja sisäistetään. Tällöin muutosvastarinta päättyy. (Laaksonen ym. 2012, 84 – 85.)

## Muutoksen maailmassa matkustaminen



Landstinget  
Västernorrland

Airole Kommunikationscoaching

Sujuvat psykiatrisen hoitotyön prosessit mukaillen Jussi Malisen

PowerPoint esitystä 6.6.2015 Paiholan sairaalassa

### 3 Perhe- ja verkostokeskeinen hoitotyö

#### 3.1 Avoin dialogi – vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoidossa

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin Keroputaan sairaalassa Torniossa on jo 1980-luvulta lähtien kehitetty systemaattisesti perhe- ja verkostokeskeistä hoitoajatus- ta, jolloin kaikki potilaan hoidossa mukana olevat saavat äänensä kuuluviin. Samat periaatteet on myös otettu käyttöön sosiaalitoimessa. Suomessa 1980-luvulla toteutettiin valtakunnallinen skitsofreniaprojekti, jonka tavoitteena oli kehittää psykiatrisen potilaan hoitoa ja vähentää laitoshoidoa. Psykiatrisen potilaan hoidossa, varsinkin akuutissa vaiheessa projektin suositus oli perheen ottami- nen mukaan hoidon suunnitteluun ja ongelmien analysointiin (Seikkula & Alakar- re 2004, 289.)

Keroputaan sairaalassa alkoi hoitokokouskäytäntö kaikille sairaalaan tuleville potilaille vuonna 1984. Tämä tarkoitti sitä, että potilaan omaiset ja mahdollinen

avohoidon työntekijä kutsuttiin yhteiskeskusteluun. Potilaan hoidon tehostaminen oli ensisijainen näkökulma. Näin toteutui jo alkuvaiheesta hoidon suunnittelu ja kaikesta hoitoon liittyvistä asioista keskusteltiin jo alusta lähtien kaikkien asianomaisten kesken. (Seikkula & Alakare 2004, 290.)

### **3.2 Perhe- ja verkostotyö**

Kivimäen (2008, 28) mukaan perhe- ja verkostotyö psykiatrisella osastolla nähdään tärkeänä osana potilaan kokonaisvaltaista ja hyvää hoitoa. Suunnitelmallinen yhteistyö ja arkinen perheen huomioon ottaminen korostuu jokapäiväisissä tilanteissa. Perhe- ja verkostokeskeisen hoitotyön tavoite on perheen tiedon lisääminen, tukeminen kriisissä ja tarpeenmukaiseen jatkohoitoon ohjaaminen. Perhe- ja verkostotyö on moniammatillista yhteistyötä, joka toteutuu tapauskohtaisesti, potilas yksilöllisesti huomioiden.

Perhe- ja verkostokeskeinen työ pohjautuu biopsykososiaaliseen hoitomalliin ja diagnosointiin (Larivaara, Lindroos & Heikkilä 2009, 18). Biopsykososiaalinen hoitomalli tässä yhteydessä tarkoittaa ”integroimista potilas, perhe- ja verkostokeskeisyys ja lääkärin työ, perheterapeuttisia toimintoja ja modernin somaattisen lääketieteen tietous systeemiseksi kokonaisuudeksi.” (Larivaara 2000, 2400).

Potilas perheyhteydessään on perhekeskeisen työskentelyn primäärikohde. Perhe on käsitteenä kulttuurisidonnainen. Kulttuurisidonnaisia tekijöitä voivat olla muun muassa kieli, tavat, arvot ja uskomukset, asenteet, uskonto, pukeutuminen, käyttäytyminen ja vuorovaikutus. Perhe- ja verkostokeskeisessä työskentelyssä on tärkeää selvittää perheen rakenne, perheen kehityskaari, keitä ihmisiä laajennettuun perheeseen kuuluu, perheen vuorovaikutus ja elämäntilanne tällä hetkellä. (Larivaara ym. 2009, 18.)

Potilaan perhe, potilas, lääkäri ja hoitohenkilökunta ovat tärkeitä asiantuntijoita. Perhe- ja verkostokeskeisessä hoidossa käytetään tieteellisesti ja kokemuksellisesti hyväksi koettuja toimintatapoja ja työvälineitä. Näitä ovat esimerkiksi sukupuun piirtäminen, narratiivinen keskustelu, joka on keskustelumenetelmä vuo-

rovaikutuksesta. Pyrkimyksenä on etsiä näkökulmia elämään, jotka lisäävät ihmisen hyvinvointia. (Larivaara ym. 2009, 18.)

Verkostotyöksi kutsutaan työmuotoja, joissa yhdessä potilaan läheisverkoston ja viranomaisverkoston kanssa hyödynnetään jokaisen näkemystä potilaan tukemiseksi. Verkostotyöhön on kehitetty erilaisia työmenetelmiä, joiden tavoite on verkoston eri näkökulmien hyödyntäminen. Neuvonpitoon on hyvä koota potilaan lähiverkosto, jos potilaan hoidossa on ammattiauttajia ja potilaan läheisverkosto halutaan mukaan potilaan kuntoutumiseen. Kokouksia voidaan toteuttaa mm. asiakaskeskeisesti, asiantuntijakeskeisesti tai dialogisesti. Tärkeää on, että jokainen saa kertoa huolensa ja esittää näkökantojaan. (Mönkkönen 2007, 130.)

Perheenjäsenen sairastuminen psyykkisesti on koko perheen kriisi, koska jäsenet ovat riippuvaisia toisistaan ja vaikuttavat toisiinsa vastavuoroisesti. Sairastumista pidetään uhkana kodin turvallisuuteen ja arkeen. Perhe- ja verkostokeskeisen hoidon periaatteena on ottaa mukaan potilaan tärkeimmät ihmiset. Perhe- ja verkostokeskeisen hoidon periaatteita ovat potilaan läsnäolo kaikissa hänen liittyvissä hoitotilanteissa.

Potilaan hoito alkaa perusteellisella tutkimuksella, johon osallistuvat potilaan lisäksi hänen läheisensä ja hoidosta vastaava henkilökunta. Potilaan hoitomenetelmien valinta perustuu hoitoverkoston yhteiseen ymmärrykseen ja tiedostaa hoidon jatkuvuus, joskus useankin vuoden ajan. (Larivaara ym. 2009, 271.)

Perhe- ja verkostokeskeisen hoidon näkökulmasta keskeinen menetelmä on potilaan hoitokokous, johon potilaan luvalla kutsutaan lisäksi potilaan läheiset, asiaan osalliset viranomaiset sekä hoitava työryhmä. Hoitokokouksen tavoitteena on avoin dialogi, joka tutkimusten mukaan on perhe- ja verkostotapaamisten menetelmänä todettu hyväksi. Dialogilla luodaan uutta ymmärrystä potilaan tilanteesta, sekä pyritään integroimaan yhteen kaikki käytettävissä olevat hoitomuodot, mukaan lukien lääkehoito. (Seikkula & Alakare 2004, 289.)

Perhe- ja verkostokeskeinen hoitotyö tarkoittaa moniammatillista yhteistyötä, jossa potilaan hoitokokonaisuudessa työskentelee eri ammattiryhmien edustajia, ja se perustuu ongelmanratkaisuun potilaan ja hänen läheistensä kanssa.

Potilaan hoitoon osallistuvat toimivat yhteistyössä, ja moniammatillinen osaaminen tukee potilaan hoitoa. Tavoitteena on potilaan auttaminen, mutta myös hoitotahon voimavarojen koordinointi eri työntekijöille. (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 28.) Perhe- ja verkostopalaverissa keskustelulla on ohjattu ja selkeä rakenne, palaverin vetäjä on ulkopuolinen ja jokainen saa esittää oman näkemyksensä tilanteesta keskeytyksettä. Näin saadaan uusien, kaikille osapuolille tuntemattomien asioiden tietoisuus ryhmän resursseiksi. (Mönkkönen 2007, 131.)

### **3.3 Psykiatrinen hoitotyöntekijä ja perhe- ja verkostotyö**

Viimeisen vuosikymmenen aikana psykiatrisen hoitotyön ja mielenterveystyön alalla on tapahtunut suuria muutoksia, jotka johtuvat psykiatrian terveystalouksissa tapahtuneista muutoksista. Lyhyellä aikavälillä hoitohenkilöstö on joutunut sopeutumaan muuttuviin tilanteisiin sekä opettelemaan ja ottamaan käyttöön uusia hoitomuotoja. Hoitohenkilöstöltä odotetaan enenevässä määrin omaa aktiivisuutta etsiä uutta tietoa hoitotyön käytännöistä sekä itsenäistä päätöksentekoa hoitotyössä. (Kivimäki 2008, 7.)

Perhe- ja verkostokeskeiseen hoitotyöhön sopeutuminen ei ollut 1980-luvulla helppoa. Pelkoa uutta asiaa kohtaan oli niin potilailla kuin hoitohenkilökunnalla. Hoitajat eivät nähneet omaisyhteistyötä merkittävänä ja omaisten mielestä yhteistyötä leimasi syyllistäminen. Nykyisin on jo päästy myös psykiatrian hoitotyön alueella ihmisten keskinäiseen tasa-arvoon ja hoidon inhimillisyyteen. Vanhemman sukupolven omaisen kokemus voi olla vaikeus sopeutua ajatukseen, että heidät otetaan mukaan potilaan hoidon suunnitteluun. Esimerkiksi pitkään sairastaneiden potilaiden omaiset, jotka ovat nähneet myös ajan, jolloin perhe- ja verkostotyötä ei vielä toteutettu psykiatrisessa sairaalassa. (Kivimäki 2008, 8.)

Psykiatrinen hoitotyö on moniammatillista tiimityöskentelyä. Hoitohenkilöstön lisäksi tiimissä työskentelee psykiatri, sosiaalityöntekijä sekä psykologi. Potilaan hoitoon tuo monen ammattiryhmän asiantuntemus oman osansa. Hoitotyönteki-

jät ovat kuitenkin eniten vuorovaikutuksessa potilaan ja tämän läheisten kanssa. Tämä antaa mahdollisuuden toimia potilaan ja tämän omaisten etujen ajajana, tuoda toiveita esille, jos he eivät itse siihen kykene. Tämä aiheuttaa monenlaisia toiveita ja odotuksia niin potilaalta, hänen omaisiltaan, mutta myös muilta hoitavilta tahoilta. (Kivimäki 2008, 9.)

Potilaan oman ympäristön ja perheen merkitys on tärkeää tiedostaa potilasta hoidettaessa. Hoitotyöntekijän tulee ymmärtää näiden merkitys potilaalle. Hoitotyöntekijän kohdatessa potilaan perhettä tai muuta lähiverkostoa on tärkeää huomioida kaikkien mielipiteet tasapuolisesti. Kaikki potilaat eivät halua lähipiirinsä tietävän hänen olevan psykiatrisessa hoidossa. Samoin kaikki omaiset eivät halua osallistua syystä tai toisesta potilaan hoitoon. (Kivimäki 2008, 10.)

Hoitohenkilöstö tarvitsee enemmän tietoa miten ja milloin potilaan perheen kanssa toimitaan. Psykiatrisessa hoitotyössä perheenjäsenten roolista ja millaisia interventioita hoitohenkilöstöllä on työskennellessään erilaisten perheiden kanssa, ei ole riittävästi tietoa. (Hartrickin 1998, 14.)

Ristaniemen (2005, 35) mukaan lähipiirin osallistuminen potilaan hoitoon alkuvaiheessa oli hyvinkin aktiivista, mutta myöhemmin järjestetyt perhe- tai verkostopalaverit koettiin negatiivisena. Hoitohenkilöstön tehtävänä on vaikeiden asioiden käsitteleminen yhdessä lähipiirin ja potilaan kanssa, sekä kartoittaa jäsenten tarpeet.

Vanhemman sairastuminen ja tilanteesta kertominen lapsille on Kivimäen (2008, 10) mukaan hoitohenkilöstön suurimpia haasteita. Puheeksi ottaminen auttaa lasta kokemusten ymmärtämiseen ja selventää mahdollisia väärinkäsityksiä. Rutiininomaisesti tulisi kartoittaa potilaan elämäntilanne, kuten onko potilaalla lapsia ja kuka heistä huolehtii.

### **3.4 Perheen osallisuus potilaan hoidossa**

Yhteiskunnallisesti perhe voidaan määritellä monin eri tavoin. Tiedemaailmassa määritelmät ovat sidoksissa määrittelijän teoreettiseen suuntautumiseen ja tie-



teenalaan. Hoitotieteessä perheenjäseneksi voidaan määritellä potilaan ydinperheen ja omaisten lisäksi muitakin läheisiä ihmisiä, kuten ystäviä tai työtovereita. Potilas itse määrittelee, keitä hänen lähipiiriin kuuluu. (Vikman 2011, 5.)

Tänä päivänä keskeinen lähestymistapa mielenterveyshoitotyössä on perhekeskeisyys. Kuitenkin jokaisen potilaan kohdalla tulee varmentaa, mikä perheen merkitys on potilaalle ja mitä perhe tarvitsee. Potilas määrittelee itse ketkä hänen perheeseensä kuuluvat. Hoitotyöntekijän on hyvä tuntea potilaan perhetilanne, jotta hyvä yhteistyösuhde syntyy potilaan, perheen ja hoitotyöntekijöiden välille. Perhe on potilaan taustatekijä ja tärkeä potilaan tilan arvioinnissa, tiedon saannissa, hoitosuhteen laadinnassa ja tiedottamisessa potilaan voinnista. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 94.)

Oman läheisen vointi on merkityksellinen yksilön hyvinvointiin ja perheen yksilöiden terveys vaikuttaa puolestaan koko perheeseen. Yksilön ja perheen terveys ovat sidoksissa toisiinsa, molempien osapuolien huomioiminen on hoitotyössä tärkeää. Psykkinen sairastuminen ja sairauden kanssa eläminen on haasteellista myös perheelle. (Vikman 2011, 5.) Sairastuminen herättää monenlaisia tuntemuksia kuten kiukkua, ahdistusta ja huolta. Samoin voidaan kokea pelkoa ja epätietoisuutta selviytymisestä ja tulevaisuudesta. Samoin sairauden mahdollinen pitkäaikainen luonne voi aiheuttaa katkeruutta ja vihaa. (Vikman 2011, 6.)

Perheenjäsen voi myös kokea pelkoa omasta sairastumisesta. Perheenjäsenet saattavat kokea läheisen sairastumisen myötä masennusta, erilaisia fyysisiä vaivoja ja unihäiriöitä. Läheisen sairastuminen mielenterveyshäiriöön, on monin tavoin traumaattinen kokemus, jolla on suuri vaikutus perheenjäsenen omaan elämään ja omaan persoonaansa. Perheenjäsen etsii usein aktiivisesti tietoa sairaudesta, mutta olennaisen tiedon löytyminen runsaasta tietomäärästä voidaan kokea hankalana. Samoin epävarmuutta ja tietämättömyyttä koetaan läheisen sairaudesta, hoidosta sekä hoitojärjestelmästä. (Vikman 2011, 6.)

Sairaalahoidossa olevan potilaan läheisten kanssa tilanteen selvittelyyn on varattava riittävästi aikaa. Erilaiset näkökulmat ja yhteisen tavoitteen luominen on mahdollista. Toivon ja tuen anto, mutta myös olemalla realistinen kuuluvat perhe- ja verkostotyöhön psykiatrisella osastolla. Hoitohenkilöstön tehtävänä on auttaa hahmottamaan sairautta ja oireita. Samoin tarkoitus on hälventää häpe-

ää ja syyllisyyttä, joka voi liittyä sairauteen. Psykiatrisen potilaan läheiset kai-  
paavat kuuntelua ja välittämistä heitä askarruttavissa kysymyksissä. (Koskisuus  
& Kulola 2006, 190 – 191.)

Erillistä lainsäädäntöä ei perheen osallistumiseen hoitoon ole, mutta laki poti-  
laan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ohjeistaa terveydenhuollon henkilöstöä  
toimintaan perheen kanssa. Perinteisesti on korostettu hoitotyössä yksilöä ja  
hänen asemaansa. Yksilöä ei voida kuitenkaan irrottaa siitä todellisuudesta, jos-  
ta hän tulee ja jossa hän elää, joten terveydenhuollon henkilöstöllä tulee olla  
eettinen vastuu ottaa huomioon potilaan perhe hänen ollessaan hoidossa. Tä-  
mä mainitaan hoitohenkilöstön ammattieettisissä ohjeissa. Hoitohenkilökunnan  
ammattieettisissä ohjeissa kehoitetaan hoitohenkilökuntaa toimimaan yhteis-  
työssä potilaan ja muun lähipiirin kanssa, sekä tukea ja vahvistaa perheen osal-  
listumista potilaan hoitoon. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala,  
Paavilainen & Potinkara 2009, 124.)

Potilaslaissa (785/1992) potilaan perhe käsitteenä tarkoittaa lähiomaista, muuta  
läheistä henkilöä tai laillista edustajaa. Potilaalla on subjektiivinen oikeus  
omaan hoitoonsa ja oikeus itse määrittää lähiomaisensa tai perheensä, jotka  
voivat hänen hoitoonsa osallistua. Perheen osallisuutta ei voida kuitenkaan vaa-  
tia, vaan se perustuu vapaaehtoisuuteen ja mahdollisuuksiin osallistua potilaan  
hoitoon. Perheen osallisuus on lain mukaan tiedon saamista potilaasta ja osal-  
listumista joihinkin potilasta koskeviin hoitopäätöksiin. (Åstedt-Kurki ym. 2009,  
124.)

Psykiatrissa perhe- ja verkostotyön tutkimustietoa on jo olemassa, mutta se on  
keskittynyt lähinnä lapsiperheisiin ja lastenpsykiatriaan kohdistuvaan perhe- ja  
verkostotyöhön. Hickey & Kipping (1998) tutkimuksen mukaan potilaan osalli-  
suuden tukeminen perhe- ja verkostopalaverihin on tärkeää: Potilaalla on oi-  
keus olla mukana, kun päätetään hänen hoitoonsa liittyvistä asioista, ja on to-  
dettu, että osallisuudella on terapeuttinen ja voimaannuttava vaikutus.

Potilailta on kysytty tyytyväisyyttä hoidon eri osa-alueisiin, jossa perheen ja lä-  
hipiirin huomioiminen on ollut yhtenä osana. Samoin millaisia kokemuksia per-  
he- ja verkostotyöstä heillä on ollut itsellään. Psykiatrisen hoitohenkilökunnan  
näkökulmasta perhe- ja verkostotyötä on tutkittu vähemmän. (Kivimäki 2008, 8.)

Hyvän hoitosuhteen lisäksi psykiatrisessa sairaalahoidossa olevan potilaan aktiivinen yhteistyö perheen ja sosiaalisen verkoston kanssa korostuu. Sairaalahoidon haittavaikutusten ehkäisemiseksi vuorovaikutus potilaan läheisten ja sairaalan välillä muodostuu olennaiseksi. Hoitotaho antaa näin ymmärtää, että potilaan lähiverkosto on tarpeellinen hoidon kehittämisessä. Potilaan hoitoon liittyvä pakkohoito voi olla hankaloittava tekijä suhteen luomisessa potilaaseen ja hänen perheeseensä. Yhteistyön potilaan lähipiiriin voi aloittaa avunpyynnöllä: osasto tarvitsee lähipiirin panosta potilaan hoidossa. Tällöin osallisuudesta tulee yhteinen asia, ja harvoin siitä kieltäydytään. (Raatikainen 2012, 30.)

Kun perheenjäsenet kokevat tulevansa kuulluiksi ja olevansa tervetulleita omaisensa hoidossa, on helppo osallistua ja kanssakäyminen hoitotahon kanssa on helppoa. On tärkeä sopia, kuka perheenjäsenistä on yhteyshenkilö hoitotahon ja potilaan perheen kesken. On hyvä, että hoidon alusta alkaen potilaan läheiset tietävät, kuka potilaan omahoitaja on ja jonka kanssa yhteydenpito pääasiallisesti hoidetaan. (Åstedt-Kurki ym. 2009, 125.)

### **3.5 Dialogisuus ja tasavertaisuus perhe- ja verkostopalaverissa**

Kun muotoillaan kysymyksiä tai kommentoidaan potilaan sanomisia, keskustellaan samalla muulle auttajaverkostolle. Potilas on tässä vaiheessa välikäsi, koska tässä vaiheessa potilas vertaa sanottua toisen ammattiauttajan sanomaan. Muu verkosto on suhteessa mukana, vaikka läsnä on vain kaksi ihmistä. Muuhun verkostoon muodostetaan koko ajan suhdetta, koska ne ovat keskustelussa mukana. Tästä ei ole pitkä askel siihen, että kutsumme tarvittaessa verkoston paikalle. (Seikkula & Arnkil 2005, 8.)

Dialogisuus tarkoittaa vuorovaikutteisuutta yhteistyösuhteessa potilaan ja tämän perheen kanssa. Se on ihmisen kohtaamista ilman ennakko-olettamuksia. Dialogisuus ja vuorovaikutuksellisuus ovat hoitotyöntekijän ja potilaan yhdessä oppimista ja tutustumista toisiinsa. Prosessi on inhimillistä ja tiedollista kasvua, jossa potilaan kokemukset ja näkemykset asioista tulevat esille. Potilas on oman elämänsä asiantuntija ja yhteistyössä etsitään vaikeisiin tilanteisiin ratkai-

suja. Vuorovaikutuksen avulla syntyy yhteinen käsitys ja tietoisuus asioista, ja saadaan yhteisiä ratkaisuvaihtoehtoja. (Kokkola ym. 2002, 22.)

Dialogisen vuorovaikutuksen lähtökohtana on kyky ja herkkyys toisen ihmisen kuulemiseen. Hoitohenkilökunnan tulisi huomioida vuorovaikutuksen molemminpuolisuus. Potilaan tulee saada itse vaikuttaa, kokea ja osallistua, olla oman elämänsä ohjaimissa. Hoitotyöntekijän rooli on olla herkkä, tehdä huomioita myös niistä asioista joita on sanojen takana. Hoitotyöntekijän tulee omata kykyä nähdä toisen ihmisen maailmaa, ymmärtää toisenlaista ajattelua ja kokea toisen kärsimystä. Tällöin hoitotyöntekijän oma ajatusmaailma ei saa olla esteenä. Dialogisuus on jatkuvaa keskeneräistä, aikaan ja tilaan sidoksissa olevaa prosessia. Dialogisuuden tavoite ei ole päästä yksimielisyyteen, vaan pohditaan erilaisia näkökulmia ja eri vaihtoehtoja. Dialogi voi parhaimmillaan tuoda uusia ratkaisuja, joita ei aikaisemmin tullut ajatelleeksi. (Kokkola ym. 2002, 23.)

Taitava ammattilainen kykenee hyödyntämään potilaan lähiverkoston ajatuksia ja toiveita, miten potilaan tilanteessa tulisi edetä. Vuorovaikutustilanteessa tulisi antaa ääni niille ihmisille, jotka ovat potilaan elämässä mukana. Läheisverkoston osallistaminen voi näin jatkua myös kriisitilanteen jälkeenkin. (Mönkkönen 2007, 132.)

Potilaan osallistuminen ja huomioiminen yksilönä on tasavertaisen vuorovaikutuksen edellytys. Potilas on oman tilanteensa asiantuntija ja mikäli se tiedostetaan, asiantuntijahierarkia voidaan purkaa, ja muuttaa yhteistyösuhteeksi. Tällöin potilas ja ammattihenkilöstö etsivät yhdessä potilaan elämään vaihtoehtoja. (Kokkola ym. 2002, 21.) Littlen, Everitt, Williamson, Warner, Moore, Gould, Ferrer & Payne (2001, 468 – 472) tutkimuksessa todetaan potilaskeskeisyyden olevan keskeinen elementti potilaan ja ammattilaisen vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä terveyden edistämisen ohella.

Tasavertainen vuorovaikutus tarkoittaa avointa kommunikaatiota, jossa kumpikaan ei hallitse tai alistu toista. Tilanne huomioidaan potilaan näkökulmasta, eikä asiantuntijan käsityksiä tuoda liikaa esille. Luottamus, kuuleminen ja yhteinen usko muutoksen mahdollisuuteen on yhteistyön perusta. (Kokkola ym. 2002, 23.)

### 3.6 Perhe- ja verkostopalaverin vaikeudet

Potilaalla voi olla ennakkoluuloja verkostopalavereita kohtaan, jos hänen tietämyksensä niiden tarkoituksesta on vähäinen. Osalla voi olla myös huonoja kokemuksia ammattiauttajia kohtaan. Pyhäjoki (2005, 79) kuvaa artikkelissaan omakohtaista kokemustaan siitä, kun työntekijöitä on enemmän, potilas saa äänensä huonommin kuuluviin ja omia ajatuksiaan esiin.

Perhe- ja verkostopalaveriin meneminen ja siellä oleminen koetaan pelottavana. Pelot liittyvät lähinnä hoidon jatkumiseen ja mitä tulevaisuus tuo tullessaan. Osan on vaikea keskittyä keskusteluun perhe- ja verkostopalaverissa, eikä keskustelun sisältöä muisteta palaverin jälkeen. Perhe- ja verkostopalaverin keston ajallisesti suhtaudutaan kriittisesti, jos esimerkiksi palaveri alkaa myöhässä, ja kuitenkin lopetetaan ajallaan. Kelloon katsominen palaverin aikana on epäkohteliasta. Henkilöstö saattaa todeta, että aika ei riitä ja palaveri lopetetaan. (Inkilä 2006, 42.)

Hoitohenkilöstö voi ajatella, että perhe- ja verkostopalaverit ovat hyödyttömiä. Näin voidaan toimia esimerkiksi, jos oma osaaminen perhe- ja verkostotyöstä on vähäistä. Näin menetetään yhteinen ymmärrys potilaan tilanteesta, saada selkiytystä ja suunnitelma, johon kaikki osapuolet voisivat sitoutua auttaakseen potilasta. (Pyhäjoki 2005, 80.)

Perhe- ja verkostopalavereissa ei aina onnistuta luomaan dialogista ja moniäänistä kohtaamista omaisten ja ammattilaisten välillä. Totuus eri toimijoiden välillä voi olla erilainen, ja osa osallistujista voi kokea, että heitä ei kuunneltu, eikä ymmärretty, jopa saatetaan kokea, että heidän näkökulmansa mitätöidään. (Pyhäjoki 2005, 81.)

Omaisissa herättää tyytymättömyyttä mielenterveysalan ammattilaisiin läheisen vaikea ja pitkäaikainen sairaus, ja hoidosta huolimatta edistystä ei tapahdu, ja tämä näkyy pettymyksenä hoitohenkilöstöä kohtaan. (Nyman & Stengård 2001, 71 – 93.) Perhe- ja verkostopalavereissa hoitavan henkilöstön vaihtuminen ja kokemus siitä, että omaista ei kuunnella. Samoin hoitojärjestelmän kankeus,

joustamattomuus ja stereotyyppisyys perhe- ja verkostopalaverien kulussa aiheuttaa tyytymättömyyttä.

Perhe- ja verkostopalavereita järjestetään liian usein pohtimatta, kuinka ne tulisi järjestää. Kun useat ihmiset kokoontuvat käsittelemään sellaisia ongelmia, mitä yleensä psykososiaalisessa työssä kohdataan, on yhtä hyvät mahdollisuudet päätyä puhumaan päälle tai ohi kuin avartavaan vuoropuheluun palaverissa mukana olleiden keskuudessa. ( Seikkula & Arnkil 2005, 30.)

Seikkula & Arnkil (2005, 32) kuvaavat teoksessaan neljä verkostopalaverien dialogista kohtaamista ehkäiseviä tekijöitä. Ensinnäkin puheenvuoroissa keskusteltaessa potilaan ongelmista, tulee väistämättä esille oma ehdotus tai tulkinta tilanteesta. Oma asema asian määrittelijänä tulee yleensä esille äänenpainoilla, eleillä ja ilmeillä kuin suoraan sanottuna. Kun ollaan samaa mieltä asiasta ja palaverissa mukana olleiden keskinäisistä suhteista pohdinta tilanteesta luontuu yleensä sujuvasti. Vuorovaikutuspulmaa ei synny silloinkaan, vaikka ollaan eri mieltä, koska arvostetaan toisen asemaa määritellä tilannetta. Toisen mitätöinti esittäessään mielipiteensä käsiteltävästä asiasta on hankalinta. Riittää, kun mielipide otetaan keskusteluun mukaan.

Toinen perhe- ja verkostopalaverin vaikeus on pyrkimys määrittämään mikä on ongelma mihin halutaan vastauksia. Ei voida määrittää ongelmaa, koska lopulta sellaista ei ole. Asiayhteydessä olevien ongelmat voivat liittyä toisiinsa, olla liikkeelle paneva voima, tavallaan tuottaa toisiaan, mutta kaikilla on oma ongelmansa. Ammattiauttajien määritellessä yhteistä ongelmaa, tavoite on saavuttamaton ja tämä hidastaa palaverien etenemistä. Esimerkiksi sairauden yhteydessä ongelma eri osapuolille on eri asia. Läheisen sairaus todennäköisesti vaikuttaa muun lähipiirin elämään ja aiheuttaa terveydenhuollon palvelujen tarvetta. Näin asia verkostoituu. Potilaalle itselleen ongelma on kuitenkin eri kuin lähipiirille ja eri kuin eri hoitotyöntekijöille. (Seikkula & Arnkil 2005, 32 – 33.)

Kolmantena vaikeutena voidaan kuvata ”yhteinen potilas” joka voidaan helposti kuvata ”ei-kenenkään-potilas”. Palaverissa voidaan todeta, että potilas on yhteinen, mutta lopputuloksena onkin väliinputoaja. Voidaan todeta, että työskentelevästä ei jäänyt kenellekään selkeästi. Suomessa psykososiaalisen työn tekijät työskentelevät palveluissa, joissa supistuksia resursseihin on tehty. Suo-

messa psykososiaaliset palvelut ovat ilmaisia, ei liiketoimintaa. Näin ollen yksi jännite verkostopalaverissa voi olla ratkaisujen etsintä ja omakohtaisen kuormituksen säätely. Kuormittunut ammattilainen ei ehkä kilpaile siitä, kuka hoitaa potilaan ongelmaa jatkossa. (Seikkula & Arnkil 2005, 35.)

Neljäntenä vaikeutena voidaan mainita perheen vuorovaikutus, tapa jolla se käsittelee läheisen psyykkistä kriisiä, siihen liittyviä odotuksia ja ahdinkoa, voi tempaista mukaansa koko hoitavan tahon. Samaistuminen on ihmisen kyky tuntea toisten tunteita. Samaistuminen potilaaseen ”menemällä mukaan” on keskeistä ymmärtämiselle. Toisaalta vuorovaikutuksen samankaltaisuus voi mennä niin pitkälle, että auttamisen mahdollisuudet menetetään. Ammattiauttajan oma inhimillisuus oman elämänsä prosesseissa voivat olla samankaltaisia kuin potilaalla. Varsinkin emotionaalisesti koskettavat perhe- ja verkostopalaverit, huolta herättävät ja ammatillisesti vaikeat perhe- ja verkostokokoukset ovat erityisen latautuneita kokoontumisia. (Seikkula & Arnkil 2005, 40.)

#### **4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävä**

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää mikä on perhe- ja verkostotyön tila PKSSK:n aikuispsykiatrian osastoilla 52 ja 54.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tukea PKSSK:n strategian toimintaa ja toteutumista edistämällä perhe- ja verkostotyön työtettä systemaattiseksi toimintatavaksi PKSSK:n psykiatrian klinikkaryhmässä ja tätä kautta kehittää perheen ja verkoston parempaa huomioimista psykiatrisen potilaan hoidossa.

Kehittämistehtävät:

- 1) Selvittää miten perhe- ja verkostokeskeisyys toteutuu kahdella aikuispsykiatrian osastolla 52 ja 54 Paiholan sairaalassa.
- 2) Tarkastella onko perhe- ja verkostotyön työote muuttunut vertailemalla kahta samansisältöistä arviointikyselyä, jotka toteutettiin 2011 – 2013 ja 2014 – 2015.

- 3) Toteuttaa moniammatillinen kehittämisprosessi perhe- ja verkostotyön dialogisesta toteutumisesta työryhmätyöskentelyn avulla.
- 4) Kehittämisprosessin tuotoksena luodaan toimintaohje perhe- ja verkostokeskeisen työotteen toteutumisen varmistamiseksi käytännön osastotyössä.

## **5 Opinnäytetyön toteutus**

### **5.1 Toimintaympäristö ja osallistujat**

Opinnäytetyön toimintaympäristö on Paiholan sairaalan osastot 52 ja 54. Osasto 52 on akuutti tutkimus- ja kriisiosasto, jolla hoidetaan ensimmäisiä kertoja psykiatrasta sairaalahoitoa tarvitsevia potilaita. Osasto 54 on psykiatrinen vastaanotto- ja hoito-osasto, jolla tutkitaan ja hoidetaan vaikeisiin psyykkisiin kriisitilanteisiin joutuneita ja päihdeongelmaisia, joilla on lisäksi sairaalahoitoa vaativa psyykinen sairaus. Potilaille on tarpeen turvallinen hoitoympäristö ja heidän kohdallaan avohoidon keinot ovat riittämättömät. Osastolla on myös mahdollista suunnitellun korvaus- tai vieroitushoidon aloitus. Näillä osastoilta toteutetaan perhe- ja verkostotyötä ja osa henkilökunnasta on käynyt perhekeskeisen koulutuksen.

Opinnäytetyön kehittämistoimintaan osallistuvat osastojen 52 ja 54 hoitohenkilökunta mukaan lukien lääkärit ja erityistyöntekijät. Henkilökuntaa osastoilla on yhteensä noin 40 ja kaksi esimiestä. Osallistujiksi valittiin kaikki hoitajien ammattiryhmät, joita ovat sairaanhoitaja, mielenterveyshoitajat sekä lähihoitajat, koska kaikki työskentelevät hoitosuhteessa potilaiden kanssa ja heidän työnkuvansa on hoitosuhdetyöskentelyssä sama. Kaikki hoitajat tekevät perhe- ja verkostotyötä osastolla olevien potilaiden kanssa.



## 5.2 Toimintatutkimuksellinen kehittämistoiminta

Opinnäytetyössä toteutettiin moniammatillinen kehittämisprosessi, jonka tuotoksena kehitettiin toimintaohje perhe- ja verkostokeskeiseen työskentelyyn. Kehittämisprosessin myötä hoitajien valmiudet ja tietämys perhe- ja verkostokeskeiseen työotteeseen lisääntyvät, ja tämä työote vahvistuu työyhteisössä. Kehittämistoiminnan aikana tehtiin näkyväksi hoitajien tekemää perhe- ja verkostotyötä ja sen hyötyä potilaiden hoidossa.

Opinnäytetyön kehittämisen lähestymistapa valittiin toimintatutkimuksellinen kehittämistoiminta, koska tällöin voidaan olla tiiviissä yhteistyössä kohteena olevan työyksiköiden kanssa. Kehittäminen tapahtuu kohteena olevien työyksiköiden työnkehittämisen tarpeisiin. Keskeinen päämäärä on toiminnan kehittäminen tai muuttaminen. Kehittämistä edistäviä tekijöitä ovat yhteisön sitoutuminen, osallistuminen, käytännönläheisyys, vastuu, resurssit, kokemuksellinen ja teoreettinen tieto, kriittinen arviointi ja aiemmista traditioista luopuminen. Olennaisista on myös refleksiivisyys ja muutokseen tähtäävä interventio. Toiminnallinen kehittämistehtävä soveltuu erinomaisesti, jos kehittämiseen liittyy muutosvastarintaa. (Löfman, Pelkonen & Pietilä 2004, 10.)

Opinnäytetyössäni tapahtuvan kehittämisen tarkoituksena oli tutkia ja kehittää mahdollisia kehittämismahdollisuuksia – ja keinoja, sekä olla työyhteisön tukena näiden tavoitteiden saavuttamiseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 59.) Heikkisen (2006, 16 – 19) mukaan toimintatutkimus on ihmisten välistä vuorovaikutusta ja uuden tiedon tuottamista, jotta käytännön työ kehittyisi. Toimintatutkimuksen tavoite on saada käytännön hyötyä ja tietoa laajemmin kehitettävästä asiasta. Kehittäminen voi tapahtua vain yksilötasolla mutta myös usean verkoston kesken.

Kehittämisprosessi etenee jatkuvana spiraalina eli syklinä (Kuvio 2). Kehittämistoiminnan tehtävät muodostavat kehyksen, jossa perusteluvaiheen jälkeen seuraa organisointi, toteutus ja arviointi. Ensimmäisen kehyksen jälkeen prosessi kuitenkin jatkuu, jolloin seuraa uusia kehyksiä perusteluineen, organisoimisineen, toteutuksin ja arvioinnein. Spiraali koostuu näin useista peräkkäisistä kehyksistä. Spiraalissa kehittämistoiminnassa saadut tulokset asetetaan aina uu-

destaan arvioitaviksi. Arvioinnin myötä kehittämistyön perusteluja täsmennetään, kuten myös organisointi ja toteutusvaiheessa. Kehittämistoiminta on jatkuvaa prosessia. (Toikko & Rantanen 2009, 66 – 67.)

Toimintatutkimuksen spiraalivaiheessa korostuu konkreettinen toiminta, joita ovat havainnointi ja toteutus ja sitä käsittelevän suunnittelun ja reflektoinnin välinen vuorovaikutus. Lisäksi siihen sisältyy myös konstruktiviset tehtävät, joita ovat suunnittelu ja toteutusvaihe, jossa toimeksiannon mukaan opinnäytetyön sisältöä suunniteltiin ja toteutettiin kyselylomakkeet ja kehittämisiltapäivä. Sekä rekonstruktiviset tehtävät, joita ovat reflektointi ja havainnointi, jotka prosessin edetessä vaihtuvat. (Toikko & Rantanen 2009, 66.)

Kehittäminen spiraalin mukaisesti on pitkäjänteinen prosessi. Ensimmäinen kehys muodostaa kehittämistyölle lähtökohdan. Kehittämistoiminnan perusteita, miten organisoidaan, miten toteutetaan ja miten arvioidaan, kokeillaan tässä vaiheessa, mutta samoihin asioihin palataan seuraavien kehysten aikana. Tällä tavoin uudet kehykset täydentävät aina edellisiä.

Arviointivaihe eli reflektiovaihe on keskeinen kohta, jossa tapahtuu kehittymistä. Kehittämistoimintaa osallistuvien ajattelussa tapahtuu ”oppimissilmukka”, jossa tapahtuu johtopäätöksiä kehitettävästä asiasta, ja oppimisen kautta palataan normaalitoimintaan. Voidaan todeta, että kehittäminen sinällään ei johda lopulliseen totuuteen, vaikka se sillä hetkellä olisikin hyvä ja toimivaksi todettu, vaan vuorovaikutukseen ja reflektiiviseen kehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 67.)

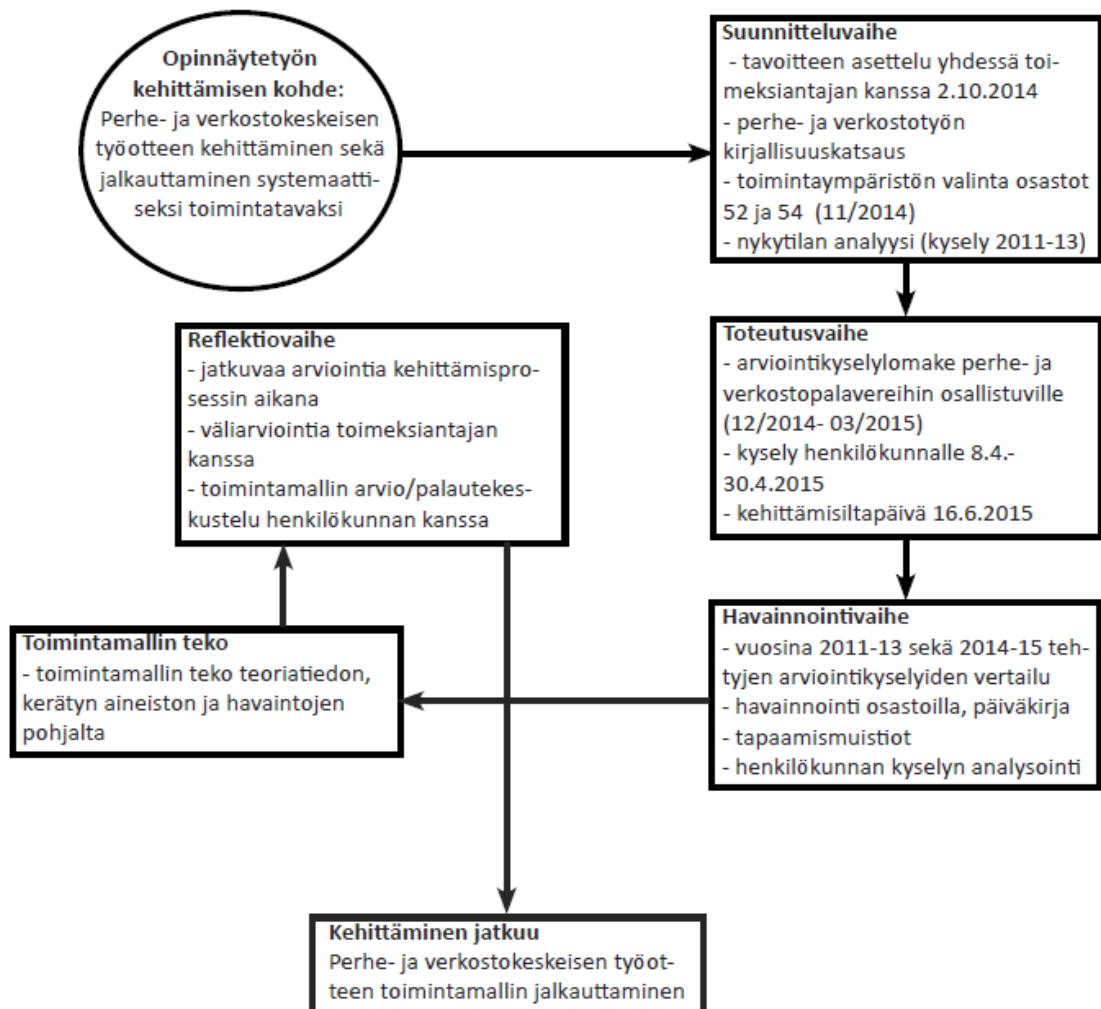
Tähän opinnäytetyöhön valittiin lähestymistavaksi toimintatutkimuksellinen kehittämistoiminta, koska toimintatutkimus on osallistava yhteistyöprosessi, ja joka auttaa saamaan muutosta ja paljastaa käytännössä ilmenneitä ongelmia (Löfman ym. 2006, 43).

Kehittämistoiminta on sosiaalinen prosessi, jossa ennen kaikkea edellytetään ihmisten aktiivista vuorovaikutusta ja osallistumista kehittämistoimintaan. Osallistuminen on dialogi ihmisten välillä tarkasteltaessa kehittämistoiminnan perusteita, erilaisia toimintatapoja ja tavoitteita (Toikko & Rantanen 2009, 89).

Kehittämistoiminnassa osallistaminen on kaikkien hyödyksi. Näin saadaan eri tahojen tarpeet ja intressit huomioitua, samoin osallistujilla on tietoa, josta on hyötyä kehittämisessä. Toiminnan kehittäminen etenee osallistujien omilla ehdoilla ja edesauttaa omaehtoiseen osallistumiseen ja sitä kautta sitoutumiseen kehittämistoiminnan jalkauttamisessa (Toikko & Rantanen 2009, 90).

Reflektio kehittämistoiminnassa tarkoittaa jatkuvaa uudelleenarviointia. Arvioinnin kohteena on kehittämisen toimintatapojen ja menetelmien arviointia, samoin tulee osata perustella kehittämisen tarve. (Toikko & Rantanen 2009, 52.) Reflektiivinen ajattelu pyrkii näkemään peilikuvamaisesti toiminnan uudessa näkökulmassa. (Heikkinen 2006, 175.)

Tässä opinnäytetyössä on mukailten kuvattu toimintatutkimuksellinen yksi sykli (kuvio 2). Kehittämistoiminta jatkuu toimintaohjeen jalkauttamisella.



Kuvio 2: Toimintatutkimuksen sykli (Mukaiillen Toikko & Rantanen 2009, 67).

### 5.3 Tutkimusaineiston keräämistavat ja analysointi

Tässä kappaleessa esitellään tarkemmin tutkimusaineiston keräämistapoja sekä analysointia, jotka on esitetty tiivistetysti taulukossa 1. Opinnäytetyön kehittämisprosessin lähtökohtana on vuosien 2011 - 2013 aikana aikuispsykiatrian viikko-osastolla ja kotisairaalassa toteutettu arviointikysely perhe- ja verkostokeskeisiin neuvotteluihin osallistuneille henkilöille. Osastosiirtotilanteissa kyselyyn vastasi myös suljettujen osastojen henkilökunta, jotka olivat mukana palaverissa.

Kartoituksessa käytetty arviointikyselylomake (liite 4) saatiin kouluttajalta (Tapio Ikonen), joka piti perhe- ja verkostokeskeiseen työyhteisökoulutuksen vuosina 2011 - 2013 kotisairaalan ja viikko-osaston henkilökunnalle. Arviointikyselylomake sisältää vastaajan taustatietojen lisäksi yhteensä 13 arviointikysymystä tapaamisen onnistumisesta ja tapaamisen lopputuloksesta. Nämä kysymykset ovat suljettuja kysymyksiä ja niissä käytetään Likert-asteikkoa ”Täysin samaa mieltä”, ”Osin samaa mieltä”, ”Osin eri mieltä” ja ”Täysin eri mieltä”.

Kysely toteutettiin 2,5 vuoden aikana kaksi kertaa vuodessa kuukauden kerrallaan, yhteensä viisi kuukautta. Kyselyyn vastasivat kaikki ammattiryhmät, potilaat ja omaiset. Kyselyyn vastanneita oli noin 231 henkilöä vuosina 2011 - 2013. Kyselyyn vastasi 119 kertaa hoitotyöntekijä, 6 kertaa avohoidon edustaja, 52 kertaa lääkäri tai muu erityistyöntekijä, 30 kertaa muu (opiskelija tms.), 5 kertaa omaisen ja 48 kertaa potilas.

Tässä opinnäytetyössä toteutettiin sama arviointikysely perhe- ja verkostokeskeisiin verkostoneuvotteluihin osallistuville henkilöille osastoilla 52 ja 54 ajalla joulukuu 2014 – maaliskuu 2015. Tänä aikana kyselyyn vastanneita oli 18 kertaa hoitaja, 15 kertaa potilas, 8 kertaa omaisen, 19 kertaa lääkäri tai muuta erityistyöntekijä ja 5 kertaa avohoitaja. Vastanneita oli yhteensä 65.

Lisäksi osastojen 52 ja 54 hoitohenkilöstö (yhteensä 20 henkilöä) vastasi itsenäisesti perhe- ja verkostotyön toteutumista koskevaan avoimeen alkukyselyyn. Kyselylomake jaettiin henkilökohtaisesti kaikille osastolla 52 (18 kpl) ja osastolla 54 (22 kpl) työskenteleville. Alkukyselyn avoimet kysymykset olivat seuraavat:

- 1) Mitkä asiat mielestäsi toimivat tämän hetkisessä toiminnassa perhe- ja verkostokeskeisessä työssä osastolla?
- 2) Mitkä asiat eivät toimi tämän hetkisessä toiminnassa perhe- ja verkostokeskeisessä työssä osastolla?
- 3) Mitä asioita tulisi ottaa huomioon perhe- ja verkostokeskeisessä työotteessa?
- 4) Konkreettisia asioita, mitä toimintaohjeessa tulisi ilmetä?
- 5) Oletko käynyt perhe- ja verkostokeskeisen koulutuksen?

Opinnäytetyöni on arviointikyselylomakkeen osalta kvantitatiivinen, mutta muilta osin kvalitatiivinen. Opinnäytetyössä analysoitiin sekä vuosien 2011 - 2013 että 2014 - 2015 kerätyt kyselyn tulokset. Tarkoituksena oli verrata kahden kyselyn tuloksia keskenään ja arvioida perhe- ja verkostokeskeisen työskentelyn nykytilaa sekä koulutuksen tuomaa mahdollista syvyyttä työskentelyotteeseen. Koska arviointilomakkeeseen (liite 3) vastanneiden henkilöiden lukumäärät eivät ole identtiset, vertailtiin prosenttilukuja eikä vastausten lukumäärää. Vastausten erilainen lukumäärä johtui siitä, että vastausaika vuosina 2011 - 2013 oli pidempi kuin vuosina 2014 - 2015 tapahtuneessa kyselyssä.

Toteutin laadullista tiedonkeruuta osastoilla monella tavalla. Osallistuin työyhteisöille järjestettävään työnkehittämissiltapäivään, jossa aluksi kerrottiin perhe- ja verkostotyöstä, käytiin läpi kyselyn tuloksia sekä yhteenvetoa, joka tuli ilmi henkilökohtaisesta kyselystä (liite 4). Lisäksi havainnoin perhe- ja verkostokeskeisen työn tilaa osastoilla ja pidin havainnoistani päiväkirjaa.

Taulukko 1. Tutkimusaineisto, osallistujat sekä analysointitavat

AINEISTO	VASTAAJAT	ANALYSOINTI
<b>Kysely 2011 – 2013</b>	119 hoitotyöntekijää 48 potilasta 6 omaista	Kvantitatiivinen
<b>Kysely toteutettiin 2 kertaa vuodessa 1 kk kerrallaan</b>	52 lääkäriä/sosiaali-työntekijää/psykologia/ toimintaterapeuttia 6 avohoitajaa Yhteensä 231 vastausta	
<b>Kysely 2014-2015</b>	18 hoitajaa 15 potilasta 8 omaista	Kvantitatiivinen
<b>Kysely toteutettiin 4 kk ajan joulukuu 2014 - maaliskuu 2015</b>	19 lääkäriä/sosiaalityöntekijää/psykologia/toimintaterapeuttia 5 avohoitajaa Yhteensä 65 vastausta	
<b>Avoimet kysymykset (jaettu osastoille 52 ja 54)</b>	Kyselyyn vastasi osastojen 52 ja 54 hoitotyöntekijöitä yhteensä 20 kpl.  Vastanneista 12 kpl ei ollut käynyt perhe- ja verkostokeskeistä koulutusta. 8 kpl oli käynyt koulutuksen.	Kvalitatiivinen
<b>Vastausaika oli 8.4.2015–30.4.2015</b>		
<b>Päiväkirja</b>	Opinnäytetyöntekijä	Kvalitatiivinen

## 5.4 Opinnäyteprosessin kuvaus

Käytännön toteutuksen suunnittelu ja valmistelu kuuluvat kehittämistoiminnan organisointiin. Kehittäminen saa virallisen hyväksynnän, kun organisaation johto hyväksyy kehittämistoiminnan (Toikko & Rantanen 2009, 58). Kehittämistoiminnan mukana olijat tulee määrittää. Yleensä kehittämistoiminnan tarve syntyy muutaman henkilön kesken. Mutta on tarpeen saada mahdollisimman useita henkilöitä mukaan kehittämistoimintaan eli ne ihmiset joita kehittämistoiminta koskettaa ja joiden työhön se vaikuttaa. (Toikko & Rantanen 2009, 58.)

Opinnäytetyön kehittämistarve tuli toimeksiantona PKSSK:n psykiatrian klinikkar ryhmän yksiköstä, jossa sama arviointikysely toteutettiin vuonna 2011 - 2013. Henkilökunta oli saanut saman kouluttajan perhe- ja verkostokeskeisen työn koulutusta ko ajankohtana ja sitä ennen. Toimeksiantajan toimesta tuli toive, että sama arviointikysely, joka toteutettiin vuonna 2011 - 2013 koti- ja viikko-

osaston toimesta, toteutettaisiin uudestaan. Osana suunnitteluvaihetta analysoin toteutetun kyselyn tuloksia.

Kehittämistyön käynnistys alkaa koko henkilöstön informoinnista, kuulemisesta ja yhteisen suunnan etsimisestä. Toimeksiantajan kanssa asetetaan tavoite. Parhaimmillaan kehittämistyöllä saavutetaan yhteinen sitoutuminen. Sitoutuminen ei saa estää mielipide-eroja, vaan kaikkia kuullaan ja niille annetaan tilaa. Työntekijät ovat oman työyhteisönsä ja osaamisensa asiantuntijoita. (Tuomi 2005, 17.)

Ensimmäinen tapaaminen oli toimeksiantajan oh. Kirsti Sainola-Rodriquez ja osastonhoitaja Eini Hyppösen kanssa 2.10.2014, jossa keskustelimme toimeksiannosta. Opinnäytetyön kehittämistehtävän osastoiksi valikoitui Paiholan sairaalan osastot 52 ja 54.

Kävin lokakuussa 2014 kertomassa osastotunnilla molemmilla arviointikyselyyn osallistuvilla osastoilla opinnäytetyöstäni. Opinnäytetyön aiheen vastaanotto ja asiaan kiinnittyminen oli positiivista. Varsinkin osastolla 52 innostus asiaan oli positiivisen myönteinen. Se selittyy todennäköisesti sillä, että osastolla 52 on toivottu perhe- ja verkostokeskeisen työotteen kehittämistä entistä systemaattisemmaksi toimintatavaksi, sekä lisäksi toimintamallia, jonka avulla perhe- ja verkostotapaamiset tulisivat entistä enemmän arkipäiväksi.

Paikalla oli kuusi henkilökunnan jäsentä ja osastonhoitaja osastolla 54 ja osastolla 52 paikalla oli kahdeksan henkilökunnan jäsentä ja osastonhoitaja.

Suunnitteluvaiheeseen kuuluu myös opinnäytetyön teoreettisen perustan tekeminen. Käytin kirjallisuutta, joka sisältää laadukkaita ja uudehkoja julkaisuja perhe- ja verkostotyön toiminnasta psykiatrisessa hoitotyössä. Aineiston avulla selvitin mitä perhe- ja verkostokeskeisen työotteen toimintamallissa tulisi ottaa huomioon perhettä ja potilaan verkostoa tavatessa.

Kysely on tapa kerätä tietoa, jossa kaikilta kysytään samat asiat, samalla tavalla ja järjestyksessä. Kyselyn saaja itse lukee ja vastaa niihin. Kyselylomaketta käytetään yleensä silloin, kun halutaan asianomaisen henkilökohtaisia mielipiteitä kysyttävään asiaan. Kysely voidaan lähettää paperiversiona tai internetin välityksellä (Vilkkä 2007, 28).

Opinnäytetyön arviointikyselyn aineiston kerääminen kesti neljä kuukautta (joulukuu 2014 - maaliskuu 2015). Jokainen tällä ajalla perhe- ja verkostotapaamiseen osallistunut henkilö täytti arviointikyselylomakkeen, joka oli sama kuin mitä käytettiin vuonna 2011 - 2013 (liite 4). Aineiston keräämistä on käsitelty tarkemmin sivulla 29 taulukko 1.

Lisäksi jaoin kehittämiseen osallistuneille osastoille 52 ja 54 henkilökunnalle alku kyselylomakkeen, jossa henkilöstö nimettömänä vastasi kokemuksiaan tämän hetkisestä perhe- ja verkostotyön tilasta osastolla (liite 5). Vastausaika oli 8.4.2015 - 30.4.2015.

Molempien osastojen 52 ja 54 yhteisessä kehittämisen iltapäivässä (16.6.2015) pohdittiin yhdessä miten perhe- ja verkostokeskeistä työtettä voitaisiin kehittää systemaattisempaan suuntaan. Hoitohenkilökuntaa osallistui osastolta 52 ja 54 yhteensä 16, joista osa oli myös erityistyöntekijöitä. Henkilökunta pohti pienryhmissä Learning-cafe menetelmän keinoin, mitä asioita perhe- ja verkostopalavereissa tulisi ottaa huomioon. Samassa tilaisuudessa alustin perhe- ja verkostotyön merkitystä, kävimme läpi henkilökohtaisen kyselyn vastauksien yhteenvedon ja miten aikaisemmin toteutettu perhe- ja verkostopalavereissa toteutettu kysely näyttäytyi uudelleen toteutettuun kyselyyn.

Perhe- ja verkostokeskeisen koulutuksen kouluttaja kertoi myös alustuksessaan näkemyksistään miten perhe- ja verkostokeskeisen työtteen jalkauttaminen tulisi systemaattiseksi toimintatavaksi psykiatriseen hoitotyöhön.

Teoriapohjan sekä kerätyn aineiston sekä havaintojen pohjalta laadittiin konkreettinen toimintaohje apuvälineeksi perhe- ja verkostopalavereja varten. Toimintaohje toimii myös perehdytyksen työohjeena.

Keskustelin epävirallisesti osastoilla perhe- ja verkostotyön systemaattisesta käytöstä. Kirjoitin päiväkirjaa koko prosessin ajan. Kuitenkin osastojen omassa toimintaympäristössä tapahtuu koko ajan, eikä ole mahdollista eikä tarpeenkaan dokumentoida kaikkea toimintaa. Koska henkilökunta on mukana osallistujina tietojen keräämisessä sekä oman työnsä havainnoijina, on mahdollista pohtia heidän kanssaan yhdessä toiminnan merkitykselle kriittisiä vaiheita ja huolehtia,



että asiat tulevat kirjattua. Havainnoimalla sain tietoa siitä, toimiiko perhe- ja verkostokeskeinen työote niin kuin se kerrotaan.

Arviointikyselylomake kierroksen jälkeen vertasin vastauksia aikaisempaan vuosina 2011 - 13 toteutettuun arviointikyselyyn ja kartoitin, onko dialogisuus muuttunut näiden kahden vastaus kerran välillä. Näiden kahden kyselyn pohjalta saatuja vastauksia pohdin luvussa 6.2.

Toimeksiantajan kanssa keskusteltiin säännöllisesti ja varmistettiin että kehittämistehtävä vastaa toimeksiantajan tarpeita.

## **6 Opinnäytetyön tuotos**

### **6.1 Perhe- ja verkostotyön tila**

Avoimien kysymysten tarkoituksena oli selvittää miten perhe- ja verkostokeskeisyys toteutuu kahdella aikuispsykiatrian osastoilla 52 ja 54 Paiholan sairaalassa. Ensimmäinen kysymys käsitteli asioita, mitkä vastaajan mielestä toimivat tämänhetkisessä toiminnassa perhe- ja verkostokeskeisessä hoitotyössä osastolla.

Vastauksissa ilmeni kautta linjan hoitohenkilöstön näkökulmasta motivaatio tehdä perhe- ja verkostotyötä. Vastausten perusteella ymmärretään perheen merkitys potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa ja osataan toteuttaa perhe- ja verkostokeskeistä hoitotyötä. Samoin henkilöstö on joustavaa ja kärsivällisiä. Nämä asiat ilmenevät muun muassa seuraavista vastauksista:

Järjestetyt tapaamiset olleet pääsääntöisesti myönteisiksi koettuja potilaan ja omaisten keskuudessa. Perhetapaamisissa on saatu tarkempaa ja laaja-alaista tietoa potilaan perheen tilanteesta. Tämä on helpottanut potilaan hoitoa.

Yritystä on ainakin tarpeen mukaan ollut palaverien järjestämisessä.

Osaston näkökulmasta katsottuna vastauksissa ilmeni, että perhe- ja verkostotyö on yksi hoitomuoto ja moniammatillisuus toimii. Raporteilla eli tiedotusta-

paamisissa aamu- ja iltavuoron vaihtuessa toteutuu hyvä tiedottaminen potilaiden asioista. Osastolta on mahdollisuus lähteä kotikäynneille.

Sairaalaan tulovaiheessa ollaan yhteydessä perheeseen ja sovietaan hoitajavetoinen perhetapaaminen. Osastonlääkäri tapaa hoidon aikana perhettä/läheisiä ja antaa psykoedukaatiota.

Henkilöstöä riittävästi (työnantaja tarjoaa resurssit). Hyvä tiedotus raportilla kuulumisista (kun omainen soittaa) Läheisille annetaan tietoa potilaasta. Omahoitaja.

Perhe- ja verkostotyön näkökulmasta vastauksissa ilmeni, että perhe- ja verkosto on potilaan hoidon alusta alkaen mukana hoidossa. Lapset huomioidaan ja lastensuojelulliset asiat toimivat. Yhteydenpito perheeseen ja verkostoon on tiivistä.

Potilaan omaiset ”älytään ottaa” mukaan hoitoon ja heille annetaan informaatiota eduista ja hoidosta.

Kyselylomakkeessa toisena kysymyksenä oli, mitkä asiat vastaajan mielestä eivät toimi tämänhetkisessä toiminnassa perhe- ja verkostokeskeisessä hoitotyössä osastolla.

Hoitohenkilöstön näkökulmasta ilmeni, että ajoittain esiintyy ”pakonomaista” tarvetta järjestää potilaille perhe- ja verkostopalaveri. Osassa vastauksista ilmeni hoitajan motivaation puute, koska potilaat ovat ”nihkeitä” antamaan lupaa yhteydenottoihin omaisiin tai muuhun potilaan lähipiiriin. Potilaiden omaisten tapaaminen ja perhe- ja verkostopalaveriin kutsuminen koettiin epätasaisena. Osaa perheistä tavattiin kyselyn mukaan enemmän kuin toisten potilaiden perheitä. Tämä liittyi tiiviisti siihen, kuinka motivoitunut omahoitaja oli järjestämään perhe- ja verkostotapaamisia. Potilaat ovat eriarvoisessa asemassa, koska riippuu hoitajan innostuksesta, asenteesta ja halusta, miten aktiivisesti yhteydenpitoa on perheeseen ja potilaan muuhun verkostoon.

Palaverin sopiminen haastavaa, osanottajat yms. ”Pakkoluonne” tapaamisella, hoito välillä pitkittyy turhaan sairaalassa.

Perhe- ja verkostotyötä voisi olla enemmän, perheet enemmän mukaan. Verkostotyö on asiallista ja sujuvaa. Joskus omaiset eivät sitoudu tulemaan.

Hoitajilta ehkä puuttuu koulutusta perhe- ja verkostotyöstä. Kovasti sitä kuitenkin tehdään.

Osaston näkökulmasta katsottuna koettiin, että henkilöresurssit eivät riitä, ja osaston päivystyksellinen luonne rajoittaa perhe- ja verkostotapaamisten järjestämistä. Pitkäjänteisempi työote puuttuu osaston ja avohoidon välillä ja yhteisten palaveriaikojen sopiminen koettiin hankalaksi.

Pari- tai perhetapaamisien aikataulu suunniteltava päällekkäisvuorojen ajalle – hankalaa työssäkäyville omaisille (joskus).

Osastolla ei ole tilaa missä olla potilaan ja omaisten kanssa (esimerkiksi kolmen hengen huone).

Perhe- ja verkostotyön näkökulmasta koettiin, että osa potilaista ei suostu perhe- ja verkostopalaveriinkin, ja siihen toivottiin potilaan motivointia enemmän. Potilaan perheeseen/verkostoon toivottiin nopeampaa yhteydenottoa hoidon alussa. Osa toi vastauksissa esille videovälitteisen neuvottelun vähäisen käytön. Samoin kirjallinen informaatio potilaan omaisille puuttuu.

Kyselylomakkeen kolmas kysymys kartoitti asioita, joita tulisi ottaa huomioon perhe- ja verkostokeskeisessä työotteessa. Hoitajan näkökulmasta vastauksissa ilmeni huolellinen valmistelu, jolloin kaikki tarvittavat tahot ovat yhtä aikaa paikalla. Tärkeänä nähtiin myös, että hoitohenkilöstö ymmärtää perhe- ja verkostokeskeisen työotteen merkityksen yhtenä työkaluna psykiatrisessa hoitotyössä. Läheisille toivottiin annettavan enemmän tietoa potilaan sairaudesta ja hoitoon liittyvistä asioista.

Hoitajan tulisi tavata säännöllisesti potilaan läheisiä.

Hoitaja ”kannattelee” potilaan hoidossa perhe- ja verkostotyön ajatusta, vaikka potilas ei aluksi olisi halukas yhteistyöhön.

Osaston näkökulmasta katsottuna katsottiin, että palaverin pidolle tulisi varata aikaa riittävästi, ja tapaamispaikka tulisi olla rauhallinen. Vastauksissa myös koettiin, että tällä hetkellä hoitajaresurssit ovat riittämättömät, jotta perhe- ja verkostopalavereita voidaan järjestää niin usein kuin olisi tarvista.

Perehdytetään uudet työntekijät perhe- ja verkostotyöhön.

Yhteisten aikataulujen yhteensovittaminen ja osaston hektisyys rajoittaa.

Perhe- ja verkostotyön näkökulmasta vastauksissa ilmeni, että perhe- ja verkostopalaveri tulisi järjestää heti potilaan hoitoon tullessa ja pitäisi hyväksyä per-

heen tapa toimia ja elää. Jokaisella tulisi olla mahdollisuus kertoa oma näkemys tilanteesta. Perheen jaksamisen kartoittaminen olisi tärkeää ja tulisi selvittää mitä tukitoimia perhe tarvitsee omaisen ollessa sairaalassa. Tulisi huomioida potilaan ja perheen välinen vuorovaikutus ja kunnioittaa sitä. Potilaan omaisille riittävän psykoedukaation anto koettiin vastauksissa tärkeänä.

Kyselylomakkeen neljännessä kysymyksessä pyydettiin kertomaan mitä asioita perhe- ja verkostotyön toimintaohjeessa tulisi ilmetä, että se olisi kattava ja antaisi kuvan perhe- ja verkostopalaverin kulusta.

Toimintaohjeessa toivottiin ilmenevän ketä palaveriin tulisi kutsua ja ydinkohdat, joihin halutaan vastauksia. Työnjako koettiin merkitykselliseksi; pitäisi sopia kuka hoitaa ja mitä. Palaverin kulkuun toivottiin useassa vastauksessa selkeyttä. Toimintaohjeessa tulisi neuvoa mitkä asiat tulee huomioida ennen palaveria, palaverin aikana ja palaverin jälkeen. Toimintaohjeeseen pitäisi sisällyttää konkreettisia ohjeita palaverista, kuten esittäytyminen palaverin alussa sekä informaation kertominen siitä miksi palaveri on järjestetty. Tiedon antaminen ja kuuntelu nousivat vastauksissa myös tärkeiksi huomioitaviksi seikoiksi. Osa vastaajista ei kokenut toimintaohjetta tarpeelliseksi:

Tällaisessa toimintaohjeessa ei ole mitään järkeä!

Vastauksia avoimiin kysymyksiin tuli 20 kpl. Vastaajista 8 oli käynyt perhekeskeisen koulutuksen. Koulutuksen käyneiden vastauksia ei tarkasteltu erityisesti verrattuna muihin vastaajiin, koska niitä oli vähän eikä vastauksista ilmennyt poikkeavuuksia.

## **6.2 Perhe- ja verkostotyön työotteen vertailua**

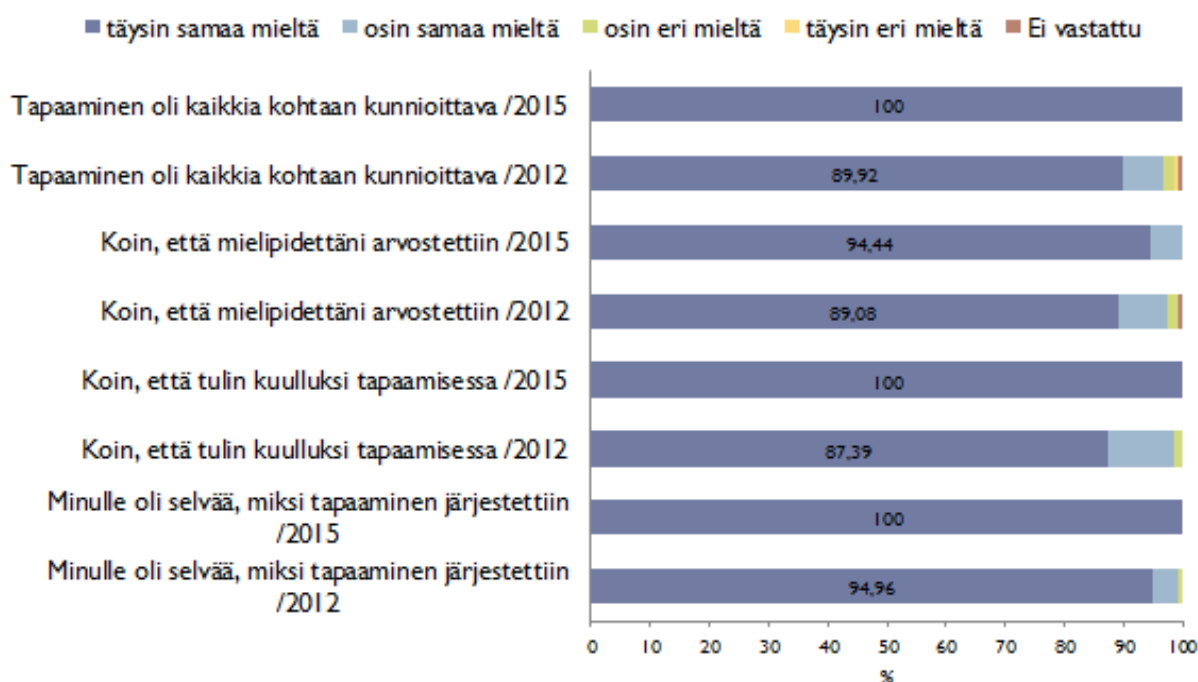
Hoitajien vastauksissa (kuvio 3) oli selkeää eroa tapaamisen onnistumiseen liittyen kun vertaillaan vuosien 2011 - 2013 ja 2014 - 2015 kyselyitä. Vuonna 2014 - 15 kaikki hoitajat olivat sitä mieltä, että tapaaminen oli kaikkia kohtaan kunnioittava, he tulivat kuulluksi tapaamisessa ja heille oli selvää miksi tapaaminen järjestettiin. Vuosina 2011 - 2013 vain 89,92 % hoitajista koki, että tapaaminen oli kaikkia kohtaan kunnioittava, 87,39 % oli sitä mieltä, että tuli kuulluksi ta-

paamisessa ja 94,96 %:lle hoitajista oli selvää miksi tapaaminen järjestettiin. Myös mielipiteen arvostamisessa oli noin 5 prosenttiyksikön ero vuosien välillä, sillä vuonna 2014 - 2015 94,44 % hoitajista koki että heidän mielipidettään arvostettiin kun taas vuonna 2011 - 2013 vastaava prosenttiluku oli 89,08 %.

Kysymyksen ”Tapaamisessa tuli esille eri hoitomuotojen erot” tulokset olivat hiukan parantuneet vuosien 2011 - 13 kyselyn 65,55 %:sta vuosiin 2014 - 2015, jolloin ”täysin samaa mieltä” vastanneita oli 66,67 % (kuvio 4). Erilaiset hoitomuodot koettiin paremmin esitellyiksi, sillä vuosina 2011 - 2013 vastaajista 73,11 % oli täysin samaa mieltä että tapaamisessa esiteltiin erilaiset hoitomuodot ja vuosina 2014 - 2015 vastaava luku oli 88,89 %. Myös keskustelun luontevuus oli kasvanut 2014 - 2015 kyselyssä 11 prosenttiyksikköä.

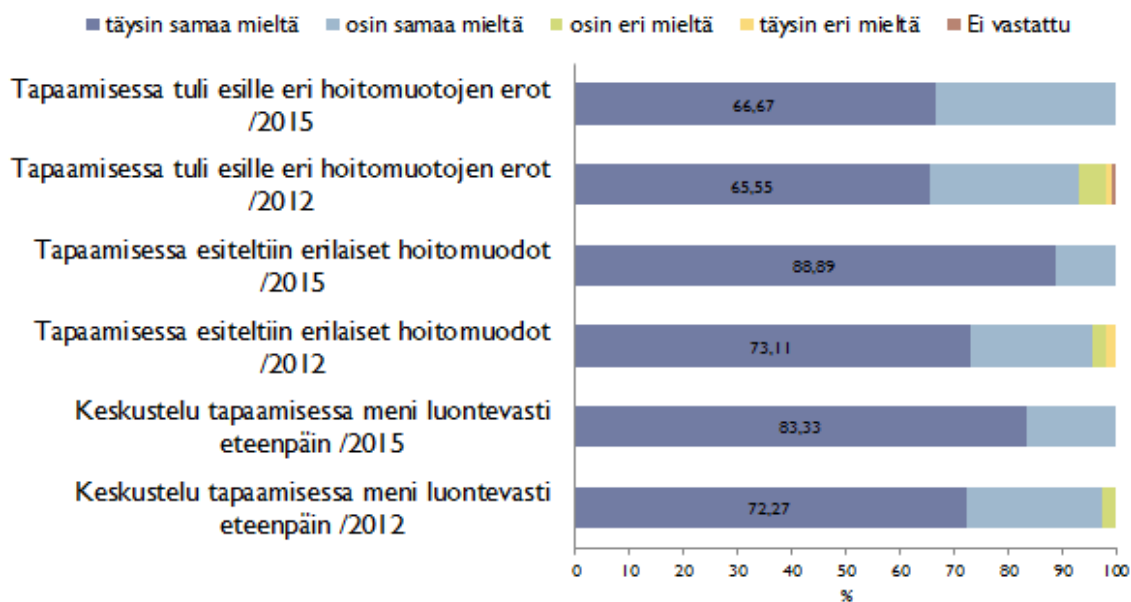
Näin ollen jokaisessa tähän kohtaan liittyvässä kysymyksessä hoitajat kokivat vuosina 2014 - 2015 tapaamisen onnistuneen paremmin kuin vuosina 2011 - 2013. Tapaamisen onnistumisessa kysymykset liittyivät toisen kunnioittamiseen, mielipiteen arvostamiseen, kuulluksi tulemiseen ja miksi tapaaminen oli järjestetty. Samoin 2014 - 2015 tapaamisessa tuli paremmin esille eri hoitomuotojen erot, erilaiset hoitomuodot ja keskustelun luontevuus oli vastaajien mielestä kehittynyt.

### Tapaamisen onnistuminen, hoitajat



Kuvio 3. Tapaamisen onnistuminen, hoitajien vastaukset (osa 1)<sup>1</sup>

### Tapaamisen onnistuminen, hoitajat



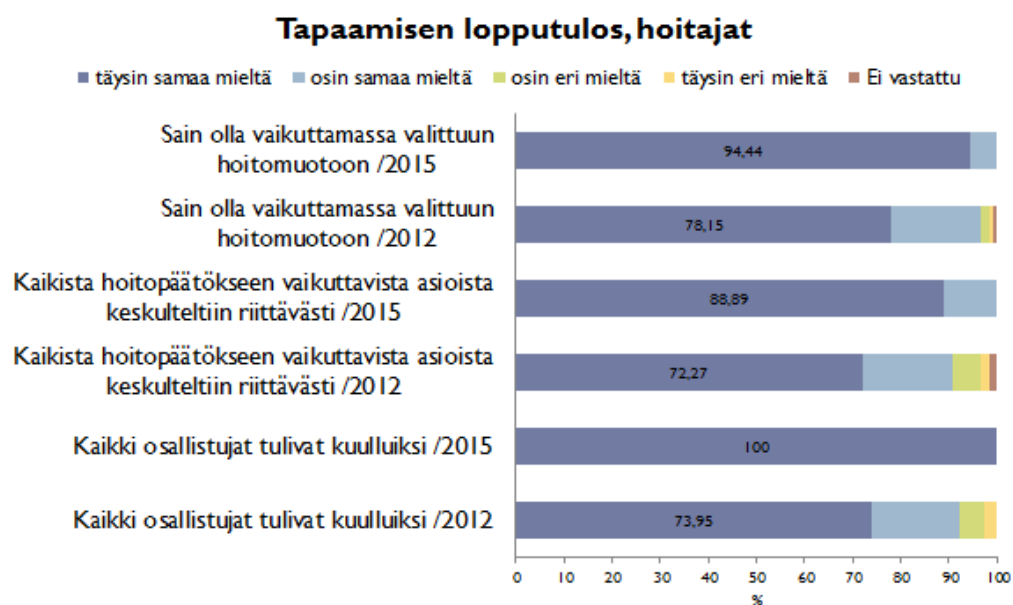
Kuvio 4. Tapaamisen onnistuminen, hoitajien vastaukset (osa 2)

<sup>1</sup> Huom.! Kaavion tekstiä on lyhennetty siten, että vuosina 2011–2013 tehtyä kyselyä merkitään vuosilukuna 2012 ja vuosina 2014–2015 tehtyä kyselyä merkitään vuosiluvulla 2015

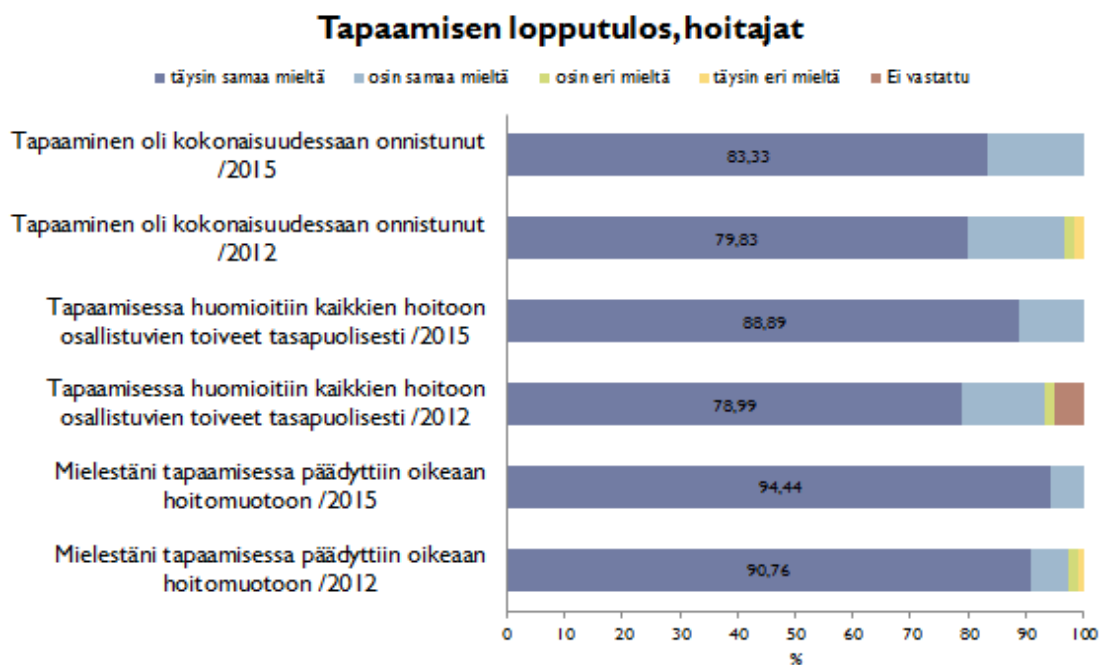
Tapaamisen lopputuloksia vertaillen vuosina 2014 - 2015 hoitajista 94,44 % koki saavansa olla vaikuttamassa hoitomuotoon (kuvio 5), kun vuosina 2011 - 2013 vastaava prosenttiluku oli 78,15 %. Kysymykseen ”Kaikista hoitopäätökseen vaikuttavista asioista keskusteltiin riittävästi”, vuosina 2011 - 2013 täysin samaa mieltä olevia oli 72,27 % vastaajista, kun 2014 - 2015 prosentti oli 88,89 %. Eroa kyselyiden välillä oli noin 16,6 prosenttiyksikköä. Vuosina 2014 - 2015 kaikki hoitajat olivat sitä mieltä, että kaikki osallistujat tulivat kuulluiksi, kun vuosina 2011 - 2013 prosentti oli 73,95 %.

Tapaaminen onnistui kokonaisuudessaan (kuvio 6) 79,83 % vuosien 2011 - 2013 kyselyyn vastanneiden hoitajien mielestä, vastaavasti 2014 - 2015 83,33 % hoitajista koki tapaamisen onnistuneen kokonaisuudessaan. Samoin vuosien 2014 - 2015 vastauksissa 88,89 % hoitajista oli tyytyväisiä siihen, että kaikkien toiveet otettiin tasapuolisesti huomioon kun vuosien 2011 - 2013 vastauksissa 78,99 % kertoo olleensa tyytyväinen toiveiden huomioonottamiseen. Niin ikään oikeaan hoitomuotoon päätyminen oli vuosien 2011 - 2013 prosenttiluvusta 90,76 % noussut vuosien 2014 - 2015 lukuun 94,44 %.

Tapaamisen onnistumiseen liittyvien vastausten lopputulokset kertovat, että parannusta on tullut vuosien 2011 - 2013 tilanteesta. Hoitajat kokevat, että saavat olla vaikuttamassa hoidon lopputulokseen, keskustelua on enemmän ja kaikki osapuolet tulevat paremmin kuulluiksi ja toiveet yksilöllisemmin huomioitua.



Kuvio 5. Tapaamisen lopputulos, hoitajien vastaukset (osa 1)



Kuvio 6. Tapaamisen lopputulos, hoitajien vastaukset (osa 2)

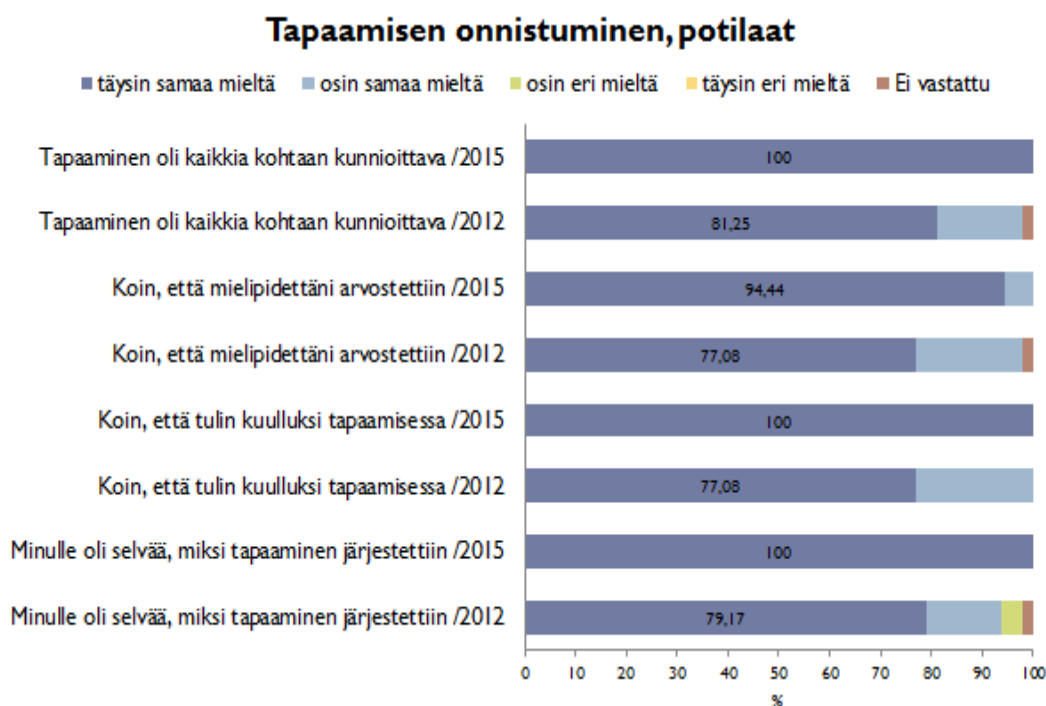
Potilaiden vastauksissa liittyen tapaamisen onnistumiseen vuosina 2014 - 2015 kaikki olivat sitä mieltä (kuvio 7), että tapaaminen oli kaikkia kohtaan kunnioittava, potilaat kokivat, että tulivat kuulluiksi ja että oli selvää, miksi tapaaminen oli järjestetty. Vuosina 2011 - 2013 81,25 % oli sitä mieltä, että tapaaminen oli



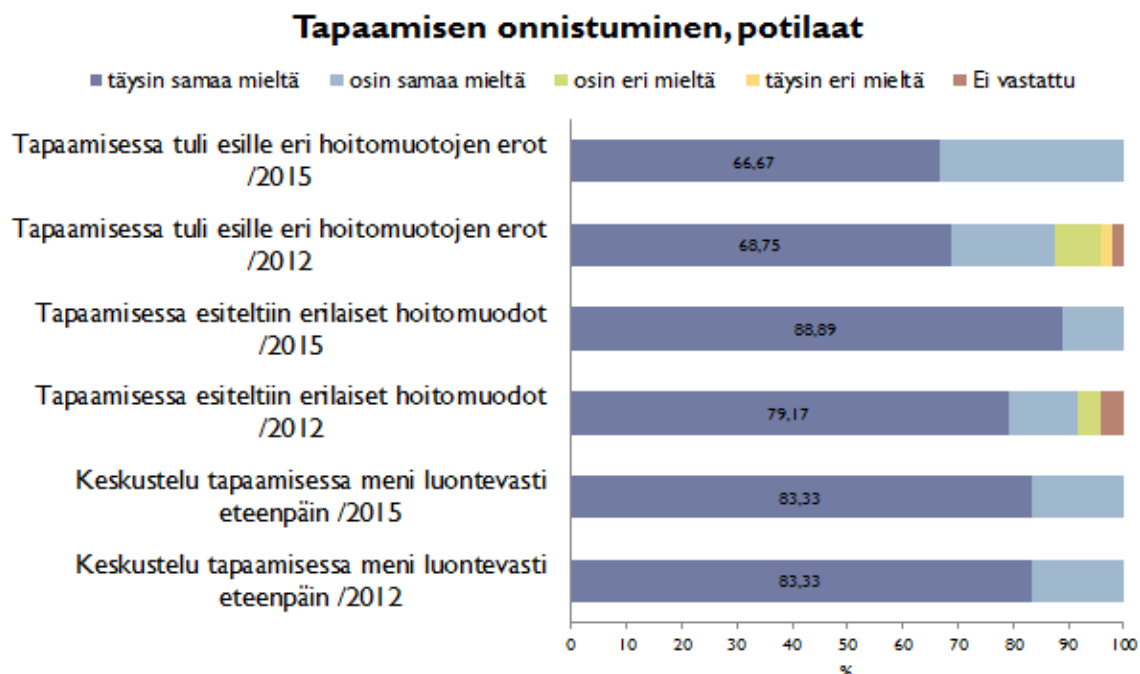
kaikkia kohtaan kunnioittava, 77,08 % koki, että tuli kuulluksi, ja 79,17 % potilaista oli selvää, miksi tapaaminen oli järjestetty.

Potilaan kokemus siitä, kuinka hänen mielipidettään tapaamisessa arvostettiin, oli vuosien 2011 - 2013 kyselystä noussut 17,4 prosenttiyksikköä vuosien 2014 - 2015 vastauksiin verrattuna. Hoitomuotojen eroista (kuvio 8) keskustelu oli laskenut kaksi prosenttiyksikköä vuosien 2011 - 2013 tuloksesta ollen vuosina 2014 - 2015 19,17 %. Kuitenkin erilaisten hoitomuotojen esittely oli kasvanut vuosien 2011 - 2013 79,17 %:sta vuosien 2014 - 2015 88,89 %:iin. Keskustelun luontevasti etenemiseen ei ollut tullut muutosta.

Tapaamisen onnistumisen lopputuloksena potilaiden vastausten perusteella voidaan todeta, että kunnioitus, kuulluksi tuleminen ja selkeys siitä, miksi tapaaminen on järjestetty, on parantunut. Potilaan mielipiteen huomioimisessa oli vain hiukan nousua. Erilaisia hoitumuotoja on tuloksen mukaan esitelty, mutta mikä ero eri hoitumuodoilla on, on selkeästi potilaiden vastauksissa jäänyt epäselväksi.



Kuvio 7. Tapaamisen onnistuminen, potilaiden vastaukset (osa1)

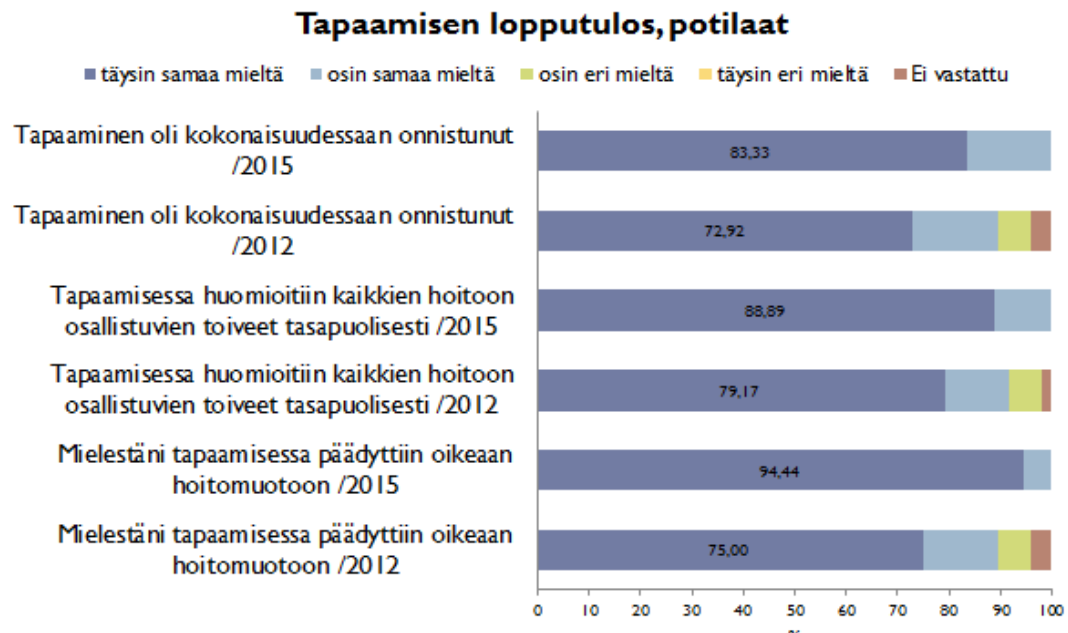


Kuvio 8. Tapaamisen onnistuminen, potilaiden vastaukset (osa 2)

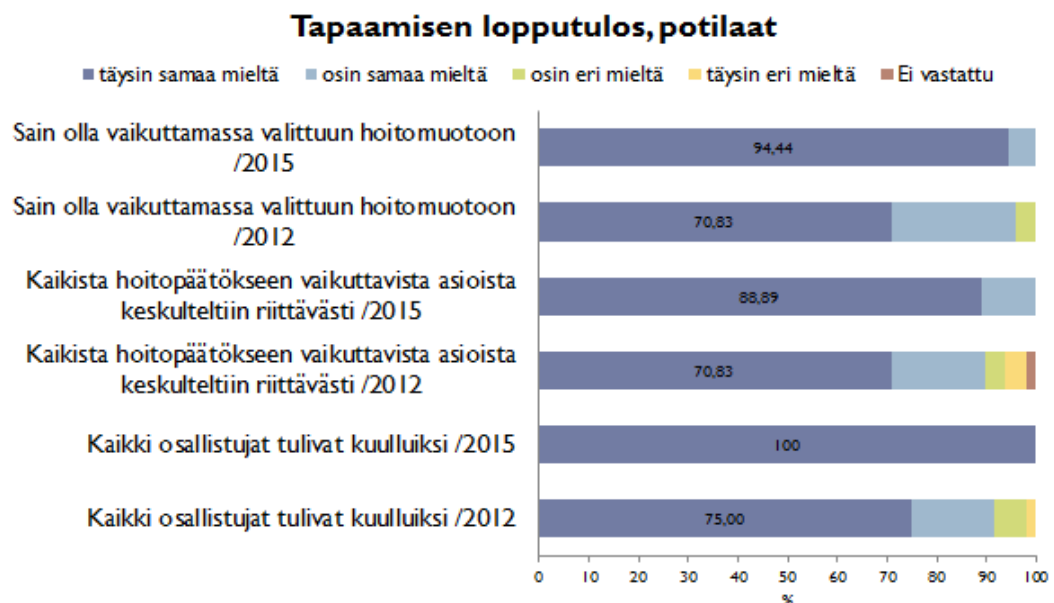
Tapaamisen lopputuloksena tapaamisen onnistuminen kokonaisuudessaan (kuvio 9) oli noussut vuosien 2011 - 2013 72,92 %:sta vuosien 2014 - 2015 83,33 %:iin. Kysymykseen huomioitiinko tapaamisessa kaikkien hoitoon osallistuvien toiveet tasapuolisesti, potilaiden tyytyväisyys oli noussut 2011 - 2013 9,7 prosenttiyksikköä. Vuosina 2014 - 2015 94,44 % potilasta oli täysin samaa mieltä, että tapaamisessa oli päädytty oikeaan hoitomuotoon, kun vuosina 2011 - 2013 vastaava prosentti oli 75 %.

Omaan hoitomuotoonsa (kuvio 10) sai olla vaikuttamassa vuosina 2011 - 2013 70,83 % potilaista, kun vuonna 2014 - 2015 kyselyssä jo 94,44 % potilaista sai vaikuttaa omaan hoitomuotoonsa. Vuosina 2011 - 2013 70,83 % mielestä kaikista hoitopäätökseen vaikuttavista asioista keskusteltiin riittävästi, kun vuosina 2014 - 2015 88,89 % oli täysin samaa mieltä. Myöhemmässä kyselyssä kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että tulivat tapaamisessa kuulluksi, kun vuosina 2011 - 2013 vain 75 % potilaista koki tulleensa kuulluksi.

Lopputuloksena voidaan todeta, että vaikuttaminen omaan hoitoonsa, kuulluksi tuleminen ja keskusteluun mukaan ottaminen ovat parantuneet vuosien 2011 - 2013 kyselystä.



Kuvio 9. Tapaamisen lopputulos, potilaiden vastaukset (osa 1)



Kuvio 10. Tapaamisen lopputulos, potilaiden vastaukset (osa 2)

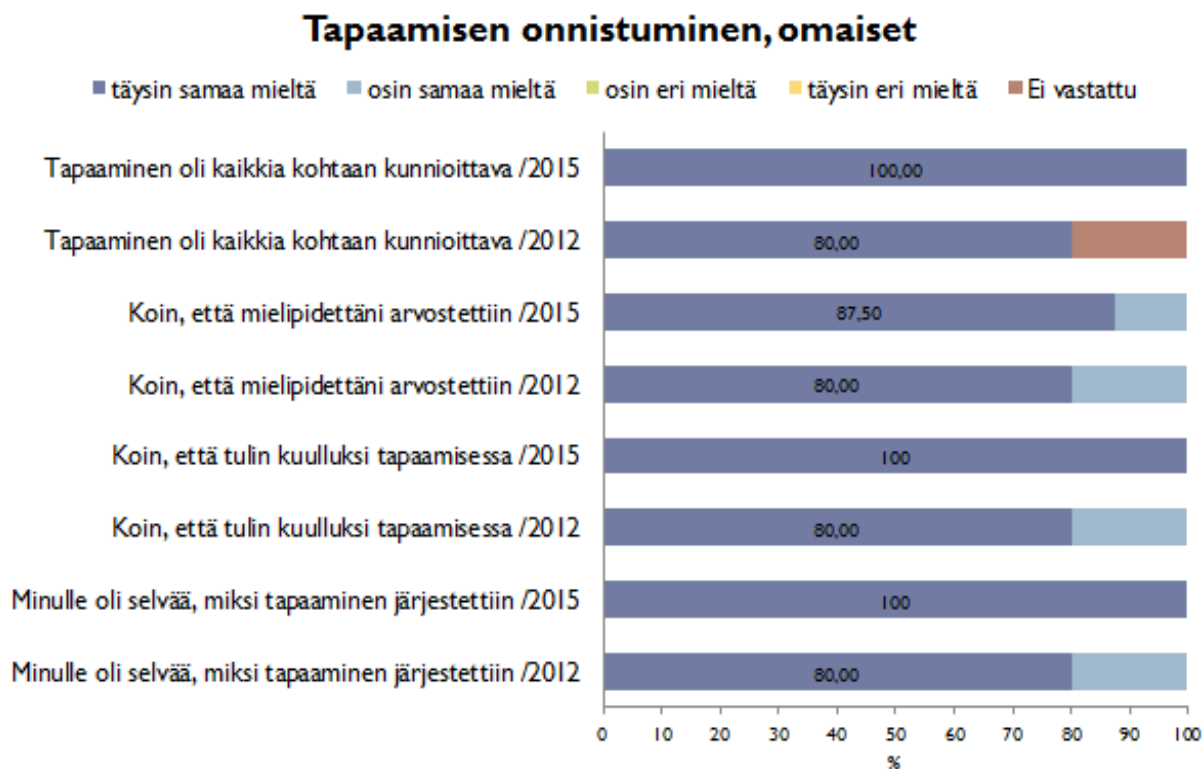
Omaisten vastauksissa kaikki vuosien 2014 - 2015 vastaajat olivat sitä mieltä, että tapaaminen oli kaikkia palaveriin osallistuneita kohtaan kunnioittava (kuvio 11). Kaikki omaiset myös kokivat, että osallistujat tulivat kuulluiksi, ja oli selvää

miksi tapaaminen oli järjestetty. Tässä oli selkeä ero aiempaan kyselyyn, sillä vuosien 2011 – 2013 vastausten perusteella 80 % oli täysin samaa mieltä että tapaaminen oli kaikkia kunnioittava, 80 % koki tulleen kuulluksi ja 80 % omaisista oli tiedossa miksi tapaaminen oli järjestetty.

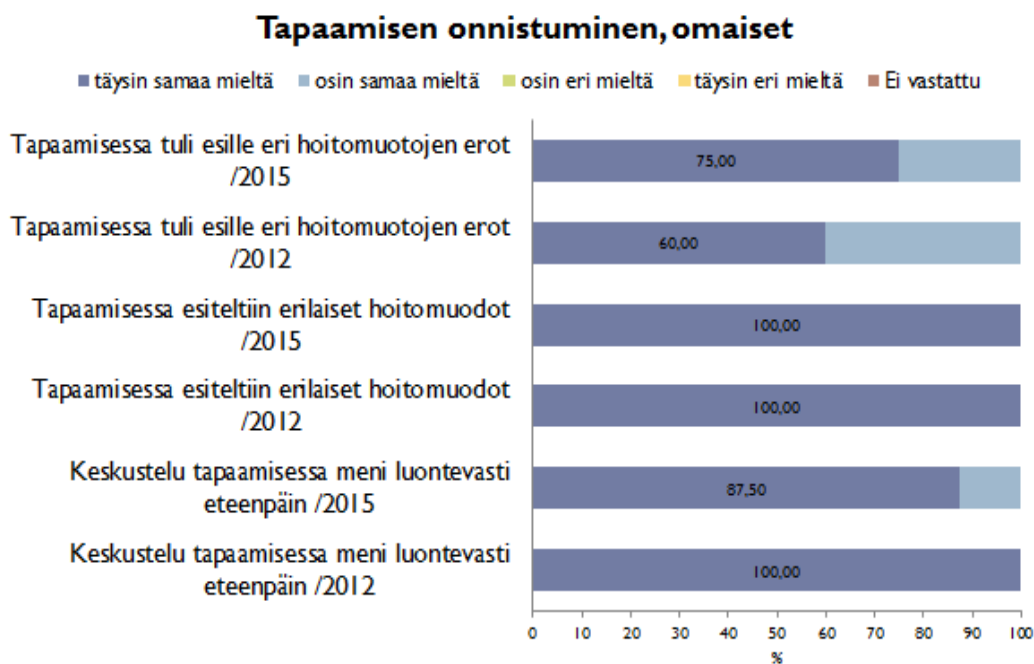
Myös oman mielipiteen arvostus oli noussut; Omainen koki vuosina 2011 - 2013 omaa mielipidettään arvostettavan (80 %:lla vastaajista ”täysin samaa mieltä”-vastaus), kun taas vuosina 2014 - 2015 vastaava prosentti oli 87,50 %.

Kaikkien vastanneiden omaisten mielestä eri hoitomuodot (kuvio 12) esiteltiin hyvin niin vuosien 2011 - 2013 kuin vuosien 2014 - 2015 kyselyssä. 60 % vastaajista ymmärsivät hoitomuotojen erot vuosina 2011 - 2013, kun vuosina 2014 - 2015 vastaajista täysin samaa mieltä oli 75 %. Vuoden 2011 - 2013 vastauksissa kaikki omaiset olivat täysin samaa mieltä, että keskustelu oli luontevaa, kun vastaavasti 2014 - 2015 vastauksissa 87,50 % koki keskustelun luontevaksi.

Lopputuloksena voidaan todeta, että parannusta on tullut kaikkiin osa-alueisiin omaisten vastauksissa vuonna 2014 - 2015. Kunnioitus, mielipiteen arvostus, kuulluksi tuleminen ja tieto siitä, miksi tapaaminen on järjestetty, on noussut vuoden 2011 - 2013 vastauksista.



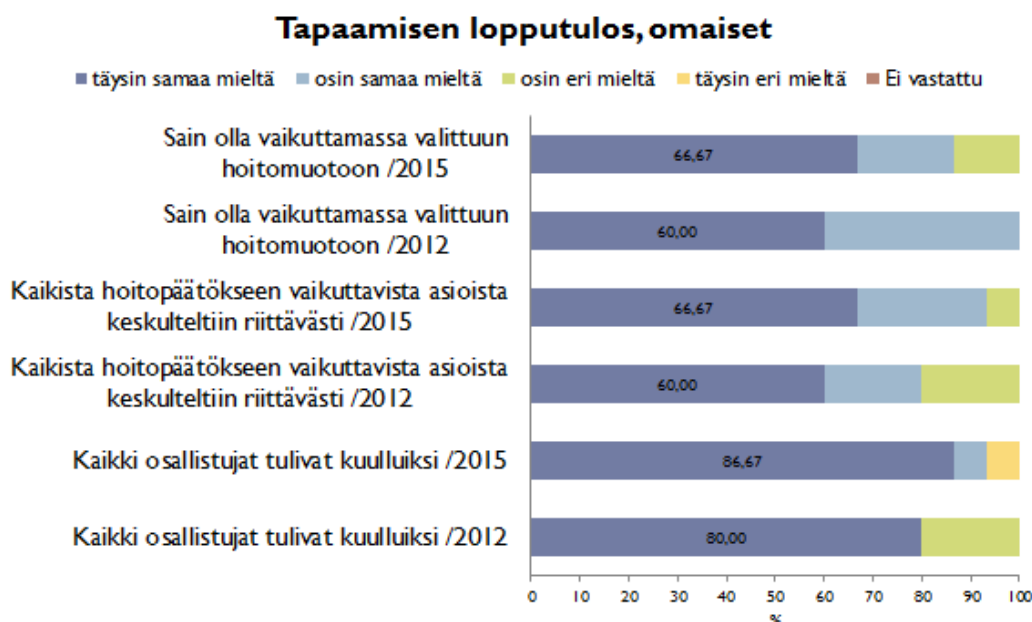
Kuvio 11. Tapaamisen onnistuminen, omaisten vastaukset (osa 1)



Kuvio 12. Tapaamisen onnistuminen, omaisten vastaukset (osa 2)

Omaisten vastausten perusteella tapaamisen lopputulokseen liittyen 60 % omaisista oli täysin samaa mieltä vuosien 2011 - 2013 kyselyssä että saa olla vaikuttamassa hoitomuotoon (kuvio 13), ja 40 % omaisista oli osin samaa mieltä. Vuosien 2014 - 2015 kyselyssä 66,67 % omaisista oli täysin samaa mieltä siitä että he saavat olla vaikuttamassa hoitomuotoon. Kuitenkin jälkimmäisessä kyselyssä 13,33 % omaisista oli osin eri mieltä siitä että sai olla vaikuttamassa hoitomuotoon.

Vuosien 2014 - 2015 kyselyssä 66,67 % omaisista oli täysin samaa mieltä siitä että kaikista hoitopäätökseen vaikuttavista asioista keskusteltiin riittävästi, kun aikaisemmassa kyselyssä 60 % omaisista oli tästä asiasta täysin samaa mieltä. Myös kokemus kuulluksi tulemisesta oli noussut; jälkimmäisessä kyselyssä 88,67 % vastaajista koki että kaikki osallistujat tulivat kuulluksi, kun aikaisemmassa kyselyssä vastaava prosentti oli 80 %.

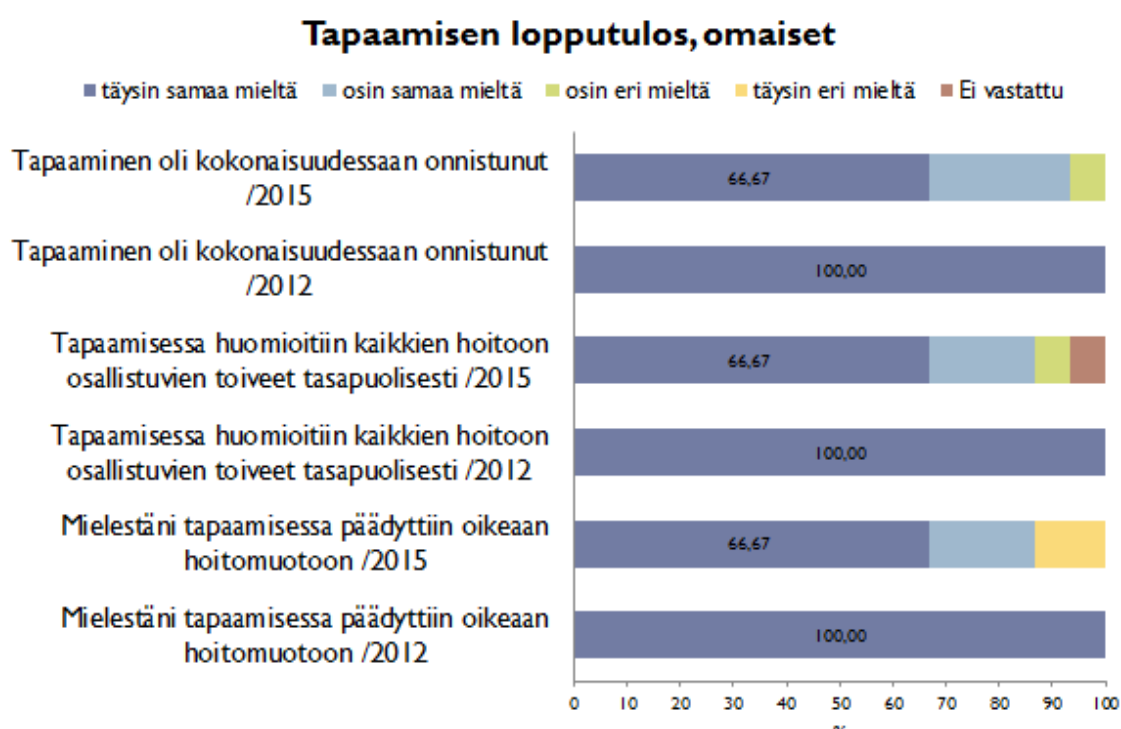


Kuvio 13. Tapaamisen lopputulos, omaisten vastaukset (osa 1)

Tapaamisen lopputulokseen liittyen vuosina 2011 - 2013 kaikki omaiset olivat vastauksissaan täysin samaa mieltä, että tapaaminen oli kokonaisuudessaan onnistunut (kuvio 14), tapaamisessa huomioitiin kaikkien hoitoon osallistuvien

toiveet ja tapaamisessa päädyttiin oikeaan hoitomuotoon. Vuoden 2014 - 2015 vastauksissa kaikkiin edellä mainittuihin oli 66,67 %.

Yhteenvetona voidaan todeta, että omaisen vaikuttaminen hoitomuotoon, hoitopäätökseen ja kuulluksi tuleminen on noussut vuoden 2011 - 2013 kyselystä. Tapaamisen onnistuminen ja kaikkien hoitoon osallistuneiden toiveiden huomiointi oli laskenut vuoden 2011 - 2013 kyselystä. Samoin omaisten vastauksien perusteella oikeaan hoitomuotoon päätyemisessä ei oltu vuosina 2014 - 2015 tyytyväisiä verrattuna 2011 - 2013 vastauksiin.



Kuvio 14. Tapaamisen lopputulos, omaisten vastaukset (osa 2)

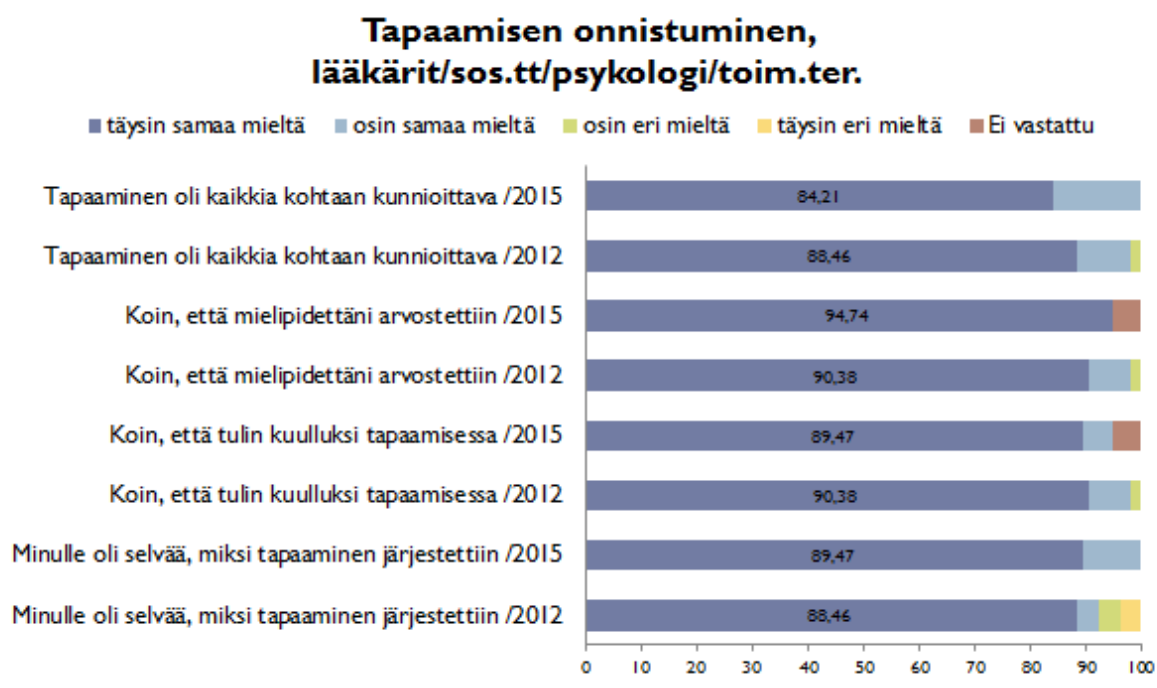
Erityistyöntekijöiden, pääsääntöisesti lääkäreiden, tapaamisen lopputulokseen liittyviä vastauksia tarkastellessa havaitaan että kokemus siitä oliko tapaaminen kaikkia osallistujia kohtaan kunnioittava (kuvio 15) on laskenut; vuosina 2011 - 2103 88,46 % vastaajista oli täysin samaa mieltä, kun vastaava prosentti vuosien 2014 - 2015 on 84,21 %. Kokemus vastaajien mielipiteen arvostuksesta oli puolestaan noussut; 94,74 % vastaajista koki vuosina 2011 - 2013 mielipidetään arvostettavan, kun vuosina 2014 - 2015 vastaava prosentti oli 94,74 %.

Kuulluksi tulemisen kokeminen oli hieman vähentynyt; vuosien 2014 - 2015 kyselyssä 89,47 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä että tuli kuulluksi tapaamisessa, kun taas aikaisemmassa kyselyssä 90,38 % erityistyöntekijöistä koki tulleen kuulluksi. Tieto siitä, miksi tapaaminen oli järjestetty, oli puolestaan hieman noussut; tämä oli tiedossa vuosina 2014 - 2015 89,47 %:lla vastaajista, kun vuosien 2011 - 2013 kyselyssä vastaava prosentti oli 88,46 %:lla vastaajista.

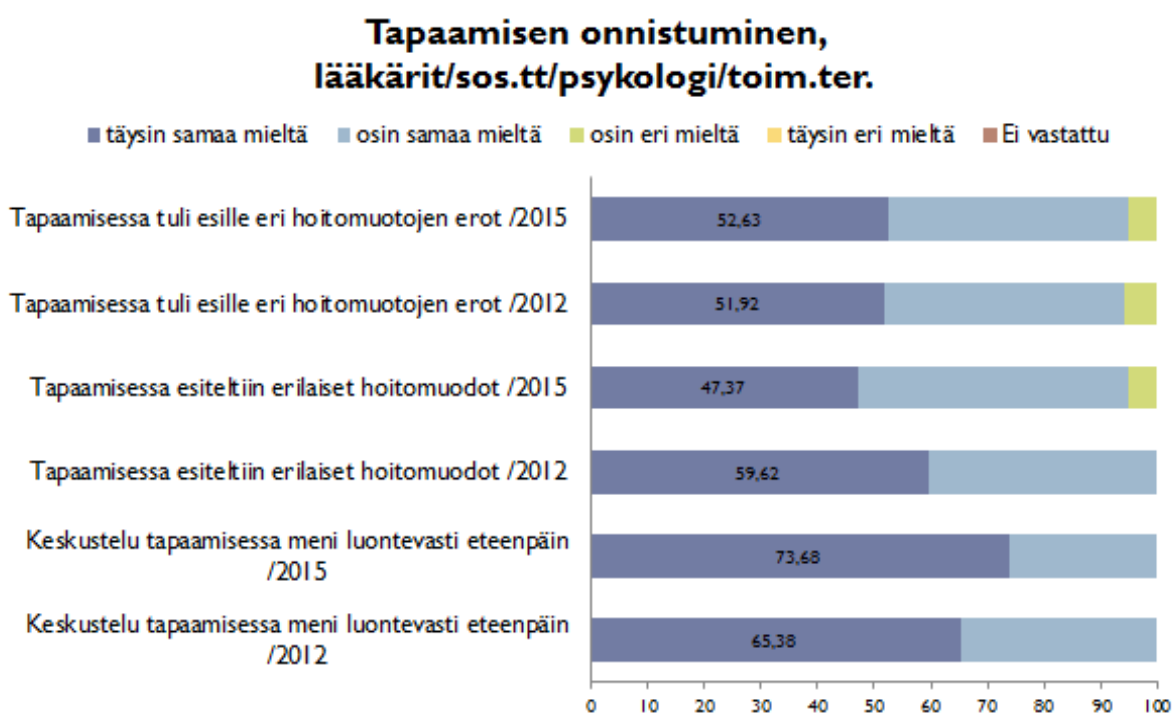
Erityistyöntekijät vastasivat kahdessa kyselyssä melko samalla tavalla kysymykseen tuliko tapaamisessa esille eri hoitomuotojen erot (kuvio 16); vuosina 2011 - 2013 51,92 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja vuosina 2014 - 2015 ”täysin samaa mieltä” vastausten prosentti oli 52,63 %. Eri hoitomuotojen esittely tapaamisissa on vastausten perusteella heikentynyt; vuosien 2011 -2013 kyselyssä 59,62 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä että eri hoitomuodot esiteltiin, kun vuoden 2014 - 2015 vastaajista 47,37 % oli täysin samaa mieltä ja 5,26 % on osin eri mieltä. Keskustelu koettiin luontevammaksi jälkimmäisen kyselyn aikaan; vuosina 2011 - 2013 65,38 % erityistyöntekijöistä oli täysin samaa mieltä siitä että keskustelu oli luontevaa, kun vastaava prosentti oli vuonna 2014 - 2015 oli 73,68 %.

Yhteenvetona voidaan todeta, että erityistyöntekijöiden vastausten perusteella vuonna 2011 - 2013 tapaamiset koettiin onnistuneemmaksi vuoden 2014 - 2015 vastauksiin. Kunnioitus toisia kohtaan, mielipiteen arvostus, kuulluksi tuleminen, miksi tapaaminen oli järjestetty, eri hoitomuotojen esittely koettiin onnistuneen paremmin.





Kuvio 15. Tapaamisen onnistuminen, erityistyöntekijöiden vastaukset (osa 1)

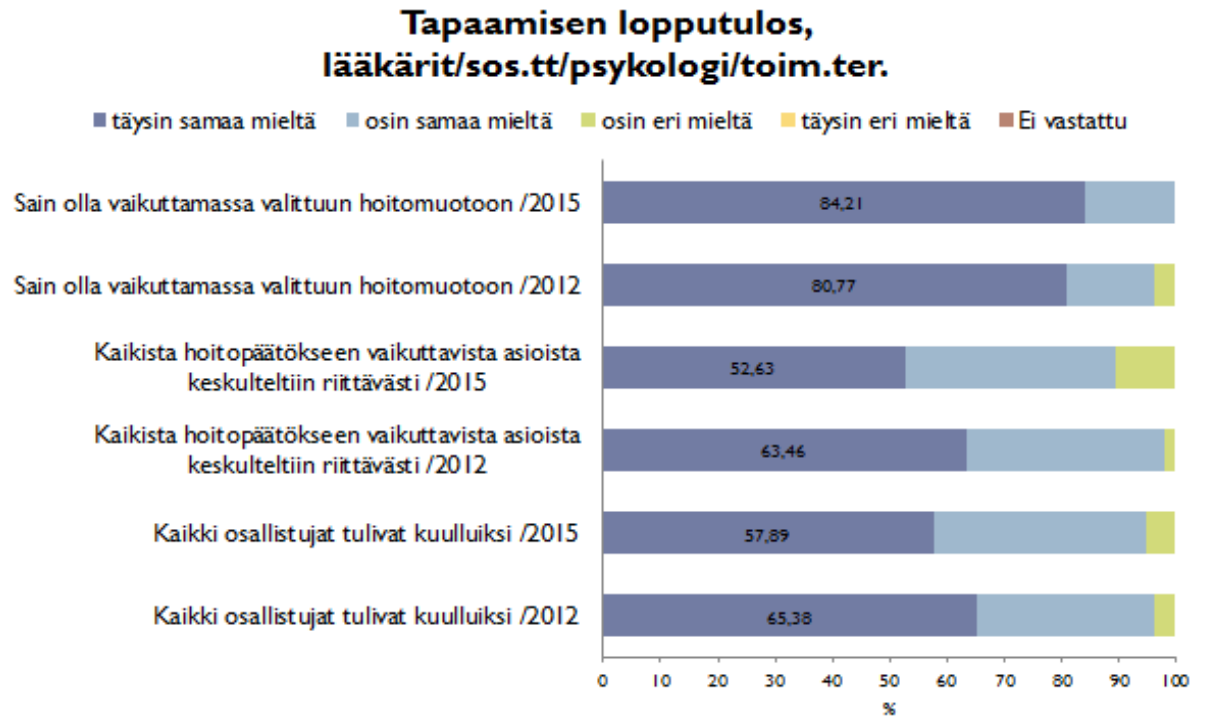


Kuvio 16. Tapaamisen onnistuminen, erityistyöntekijöiden vastaukset (osa 2)

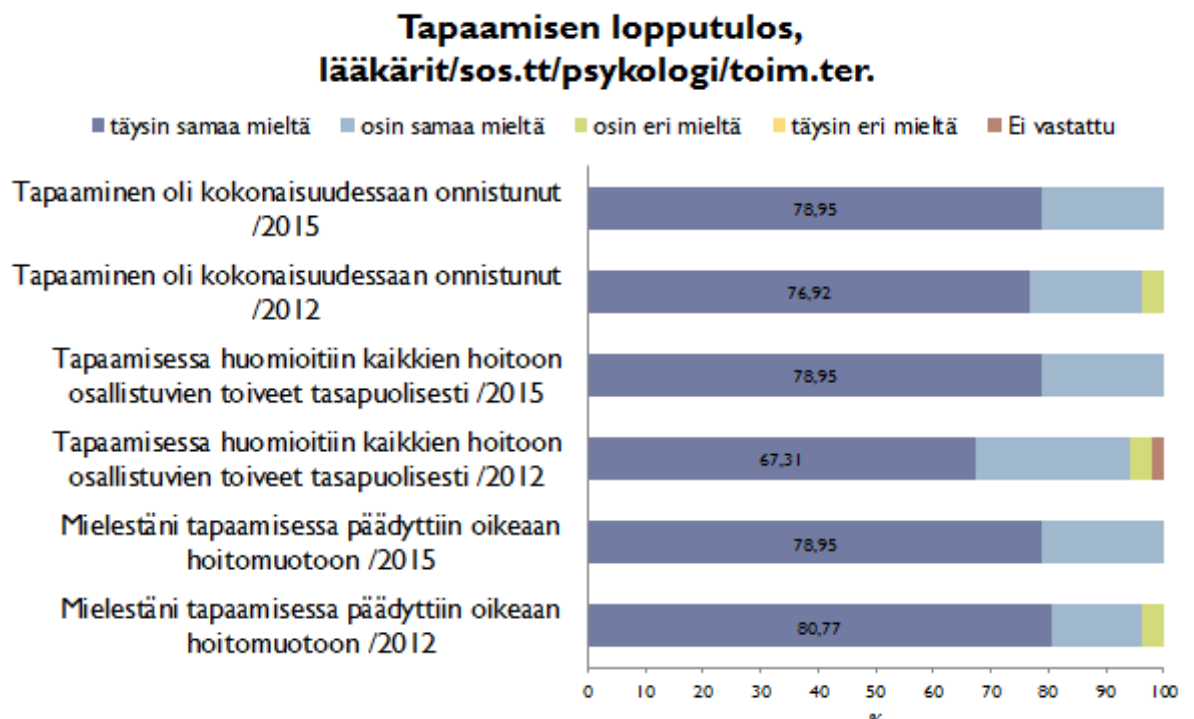
Erityistyöntekijöiden vastauksissa liittyen tapaamisen lopputulokseen, hoitomuotoon vaikuttamismahdollisuus oli lisääntynyt. Vuosina 2011 - 2013 80,77 % vastaajista sai olla vaikuttamassa valittuun hoitomuotoon (kuvio 17), kun vuonna 2014 - 2015 84,21 % koki saaneensa vaikuttaa valittuun hoitomuotoon. Hoitopäätökseen vaikuttavista asioista keskusteltiin riittävästi vuosina 2011 - 2013 63,46 % mielestä, kun vuosina 2014 - 2015 52,63 % mielestä keskusteltiin riittävästi. Vuosina 2011 - 2013 65,38 % vastaajista koki tulleen kuulluksi, kun vastaava luku oli vuonna 2014 - 2015 57,89 %.

Erityistyöntekijöiden mielestä tapaaminen oli onnistuneempi jälkimmäisen kyselyn aikaan (kuvio 18); vuosina 2011 - 2013 76,92 % vastaajista oli täysin samaa mieltä että tapaaminen oli onnistunut ja vuosina 2014 - 2015 vastaava prosentti on 78,95 %. Kaikkien hoitoon osallistuvien toiveiden kuuntelu ja niiden huomiointi tasapuolisesti oli myös hieman noussut; vuosina 2011 - 2013 67,31 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja vuosina 2014 - 2015 vastaava prosentti oli 78,95 %. Oikeaan hoitomuotoon päätyminen oli hieman huonontunut; vuosina 2011 - 2013 80,77 % erityistyöntekijöistä oli täysin samaa mieltä siitä että oli päädytty oikeaan hoitomuotoon, kun vuosina 2014 - 2015 vastaava prosentti oli 78,95 %.

Yhteenvetona voisi sanoa että tapaamisen lopputuloksiin liittyvät kokemukset jakautuivat hieman eri kyselyiden välillä. Osaan kysymyksistä suhtauduttiin hieman positiivisemmin vuosien 2011 - 2013 vastauksissa, kuten kysymyksiin siitä keskusteltiin hoitopäätökseen liittyvistä asioista riittävästi ja tullaanko kuulluksi. Osa kokemuksista oli positiivisemmat vuosien 2014 - 2015 kyselyiden mukaan, kuten hoitomuotoon vaikuttaminen ja hoitopäätökseen vaikuttavista asioista riittävä keskustelu.



Kuvio 17. Tapaamisen lopputulos, erityistyöntekijöiden vastaukset (osa 1)

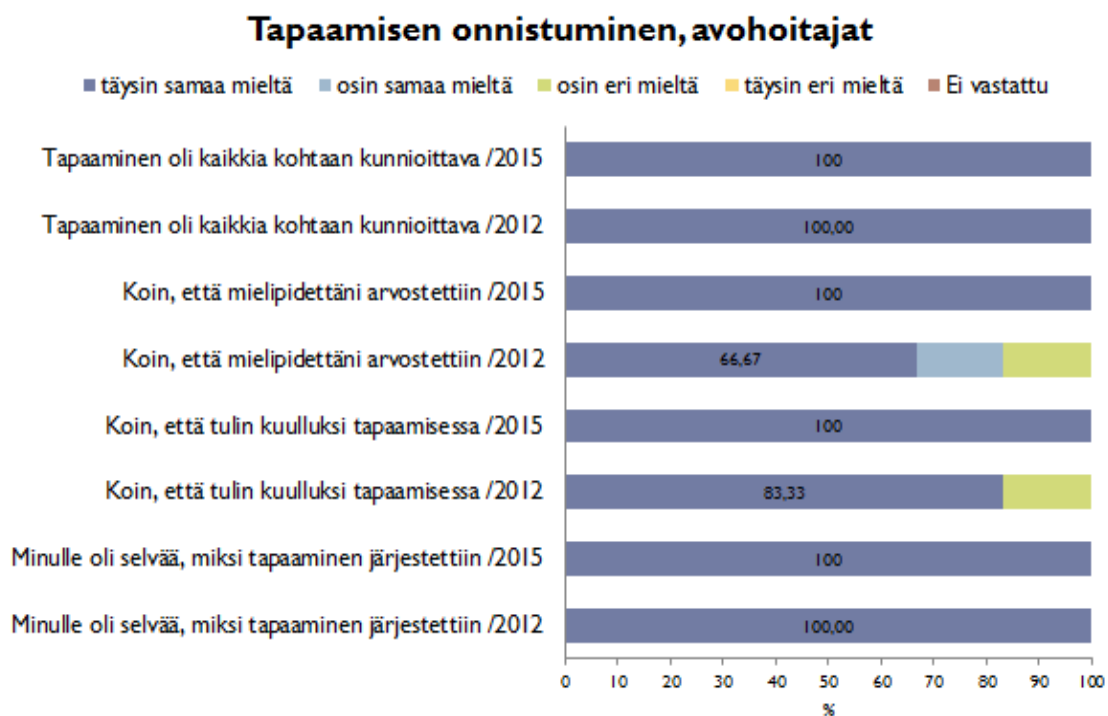


Kuvio 18. Tapaamisen lopputulos, erityistyöntekijöiden vastaukset (osa 2)

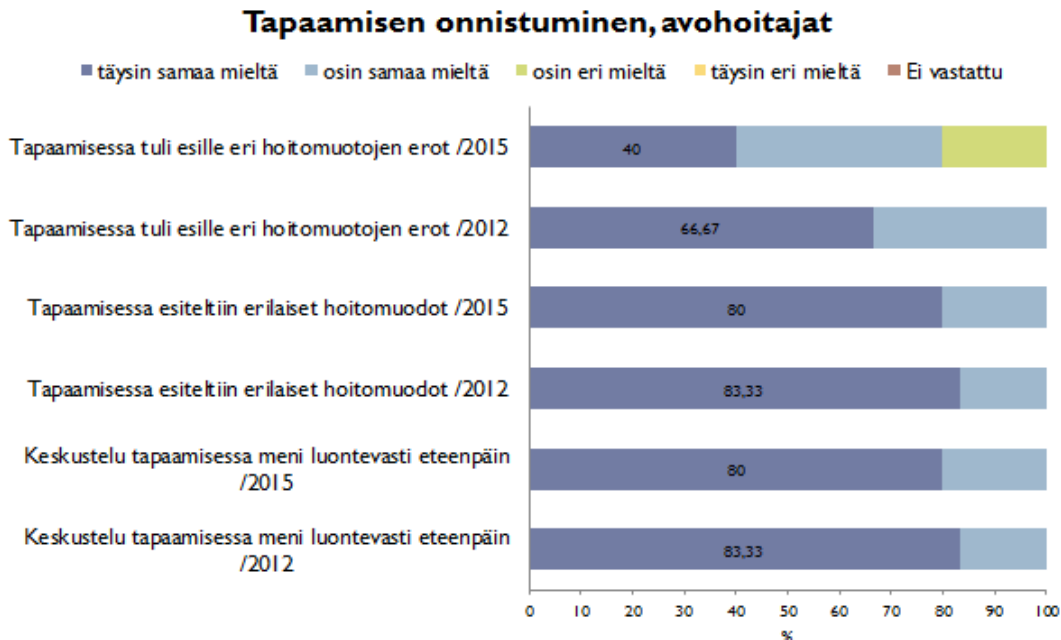
Avohoitajien vastauksissa kaikki olivat samaa mieltä niin vuoden 2011 - 2013 vastauksissa, että 2014 - 2015 vastauksissa, että tapaaminen oli kaikkia kohtaan kunnioittava (kuvio 19), ja kaikille oli selvää miksi tapaaminen oli järjestetty. Samoin kaikki olivat samaa mieltä vuosina 2014 - 2015 siitä, että avohoitajan mielipidettä arvostettiin ja avohoitaja tuli kuulluksi tapaamisessa. Vuosina 2011 - 2013 vain 66,67 % koki tulleen arvostetuksi ja 83,33 % koki tulleen kuulluksi.

Vuosina 2014 - 2015 80 % vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että tapaamisessa esiteltiin eri hoitomuodot (kuvio 20) ja että keskustelu oli luontevaa. Vuosina 2011 - 2013 83,33 % avohoitajista piti tapaamisten keskustelua luontevana. Hoitomuotojen erot tulivat vuonna 2011 - 2013 paremmin esille; 66,67 % avohoitajista oli täysin samaa mieltä kun vastaava luku oli vuonna 2014 - 2015 40 %.

Yhteenvetona avohoitajien vastauksista voidaan todeta, että avohoitajan mielipiteen ja kuulluksi tulemisen kokeminen on kasvanut vuodesta 2011 - 2013. Sen sijaan laskua vuoden 2011 - 2013 vastauksista oli eri hoitomuotojen erojen esittelyssä ja erilaisista hoitomuodoista keskustelussa sekä keskustelun luontevuudessa.



Kuvio 19. Tapaamisen onnistuminen, avohoitajien vastaukset (osa 1)



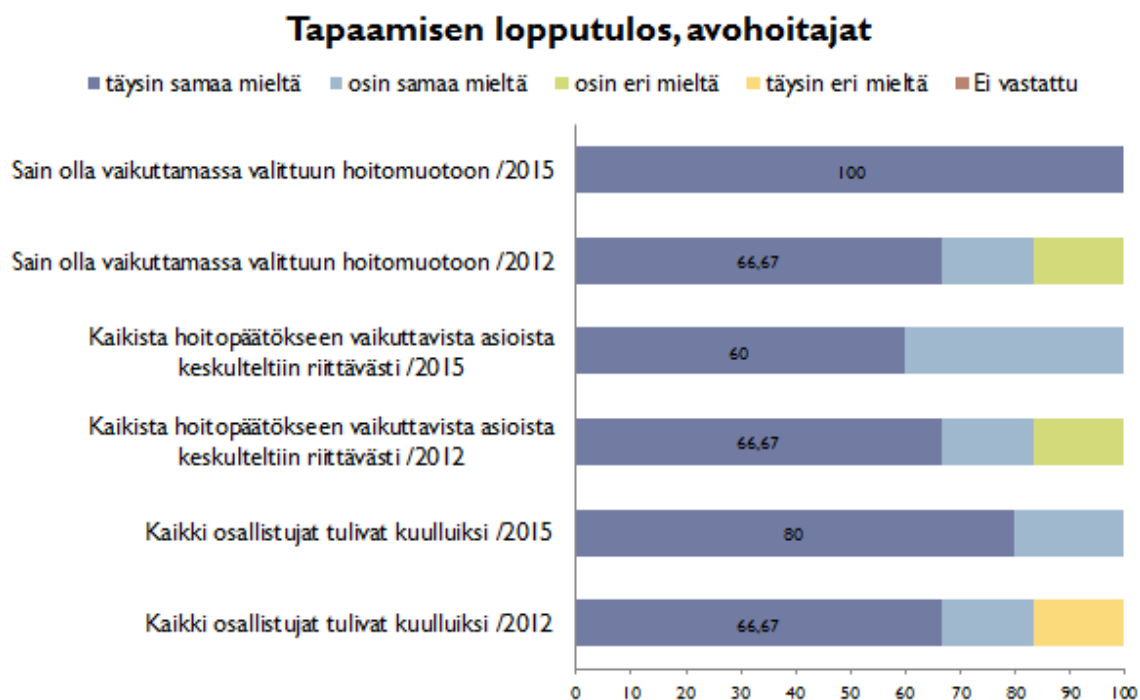
Kuvio 20. Tapaamisen onnistuminen, avohoitajien vastaukset (osa 2)

Tapaamisen lopputuloksissa avohoitajien vastauksia tarkastellessa kaikki olivat vuonna 2014 - 2015 sitä mieltä, että saivat olla vaikuttamassa valittuun hoitomuotoon (kuvio 21), kun vuonna 2011 - 2013 vastaava prosentti oli 66,67 %.

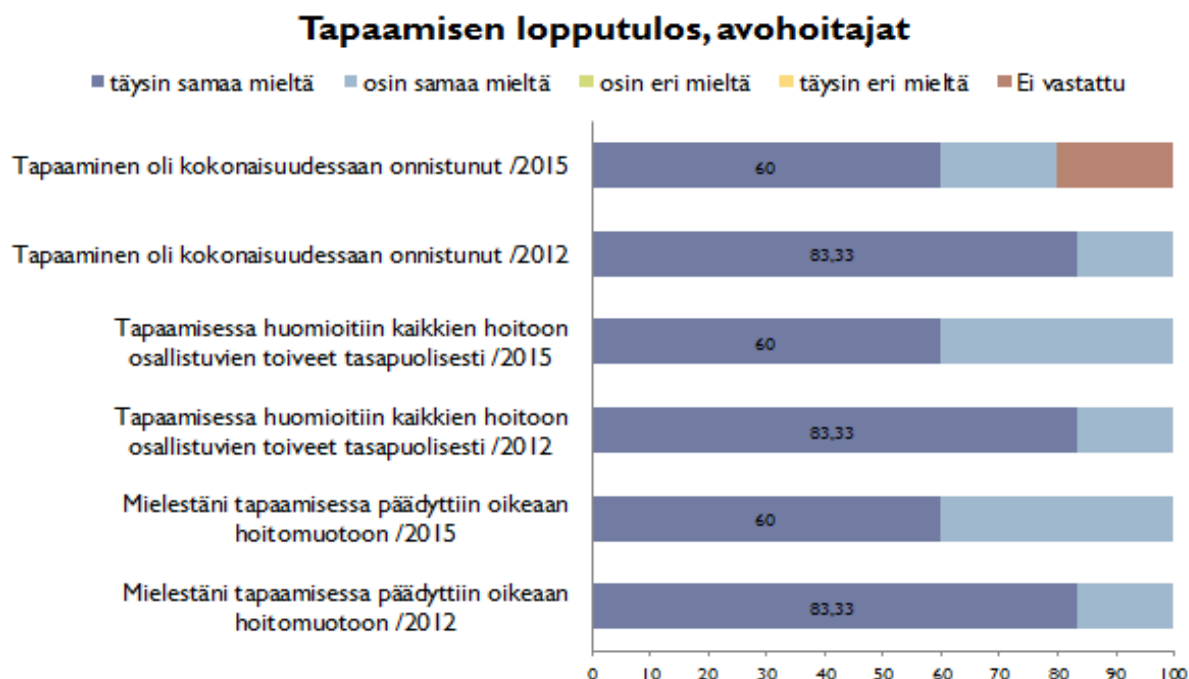
Hoitopäätökseen vaikuttavista asioista keskusteltiin riittävästi vuosien 2011 - 2013 kyselyssä 66,67 % avohoitajien mielestä, kun vastaava prosentti oli vuosina 2014 - 2015 60 %.

66,67 % avohoitajista koki tulleen kuulluksi vuosien 2011 - 2013 kyselyssä ja 80 % vuosien 2014 - 2015 kyselyssä. Vuosina 2011 - 2013 oli 83,33 % vastannut että tapaaminen oli kokonaisuudessaan onnistunut (kuvio 22), tapaamisessa huomioitiin kaikkien hoitoon osallistuvien toiveet tasapuolisesti ja että tapaamisessa päädyttiin oikeaan hoitomuotoon. Vastaava prosenttiluku oli kaikissa näissä kysymyksissä 60 % jälkimmäisessä kyselyssä.

Yhteenvedon voidaan todeta, että avohoitajat kokivat saavansa paremmin vaikuttaa jälkimmäisen kyselyn aikaan valittuun hoitomuotoon ja tulevansa paremmin kuulluksi kuin vuosina 2011 - 2013. Tapaamisen onnistuminen, toiveiden huomioiminen tasapuolisesti ja oikean hoitomuodon valinta oli vastausten perusteella paremmin vuonna 2011 - 2013.



Kuvio 21. Tapaamisen lopputulos, avohoitajien vastaukset (osa 1)



Kuvio 22. Tapaamisen lopputulos, avohoitajien vastaukset (osa 2)

### 6.3 Perhe- ja verkostotyön toimintaohje

Opinnäytetyön kehittämisprosessissa tuotettiin PKSSK:n aikuispsykiatria- ja perhe- ja verkostotyön toimintaohje. Toimintaohje on taitettu lehtinen. (liite 8)

Toimintaohje on tarkoitettu psykiatriassa toimiville hoitohenkilöstöille, jotka osallistuvat perhe- ja verkostopalaveriin. Toimintaohjeen tarkoitus on jäsentää ja yhdenmukaistaa toimintatapaa toteutettaessa perhe- ja verkostopalaveria. Toimintaohje kertoo mitä tulee huomioida ennen palaveria, palaverin aikana ja palaverin jälkeen. Toimintaohje toimii myös perehdytyksen apuvälineenä uusille työntekijöille ja opiskelijoille.

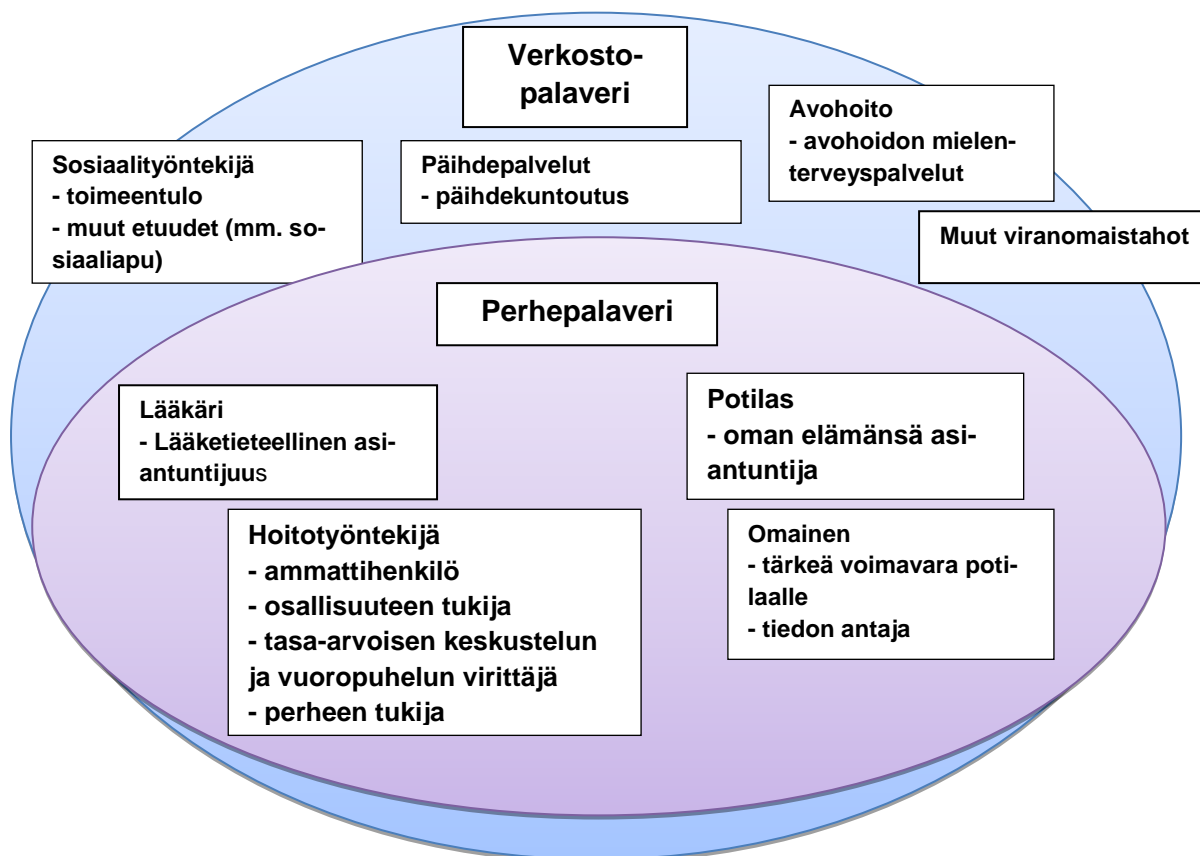
Psykiatrisen potilaan hoidon perusta on hoitokokous, johon potilaan ja hoitohenkilöstön lisäksi kutsutaan potilaan itse nimeämät läheiset. Hoitokokousta voidaan kutsua perhepalaveriksi, jolloin mukana on potilaan lisäksi hoitava työryhmä ja potilaan omainen tai muu potilaan elämään kuuluva henkilö. Perhepalaverin tarkoitus on avoin keskustelu yhteisessä avoimessa keskustelussa.

Kun puhutaan verkostopalaverista, mukana hoitokokouksessa on edellä mainittujen lisäksi muut potilaan hoitoon osallistuvat hoitotahot tai mahdollisesti jatkossa osallistuvat (Seikkula, Alakare 2004, 289).

Alla olevassa kaaviossa (Kuvio 23) kuvataan perhe- ja verkostotyötä toimintaohjeen tueksi. Potilaan tullessa sairaalaan on tärkeää ottaa jo hoidon alusta potilaan läheiset mukaan hoitoon. On tärkeää, että kaikki ne ihmiset, joita potilaan sairastuminen koskee, ovat jakamassa kokemuksia. Perhepalaveriin osallistuu yleensä potilaan ja läheisensä lisäksi hoitava lääkäri ja hoitohenkilöstön edustus. Hoitohenkilöstöllä tarkoitetaan hoitajia ja erityistyöntekijöitä, joita ovat muun muassa psykologit ja sosiaalityöntekijät. Tällöin saadaan tietoa potilaasta ja hänen tilanteestaan. Keskustelussa käydään läpi perheen historiaa, voimavaroja, aikaisempia ratkaisukeinoja ongelmatilanteissa, ja perheen suhtautumista tämän hetkiseen tilanteeseen.

Verkostopalaveri koostuu laajemmasta hoitoverkostosta kuin perhepalaveri. Siihen kutsutaan kaikki viranomaistahot, jotka liittyvät potilaan hoitoon. Hoitotahot joihin potilas on ollut kontaktissa ennen sairaalaan tuloa, tai hoitotahot joiden kanssa hoito jatkuu sairaalahoidon jälkeen. Verkostopalaverin tarkoitus on käsitellä asioita tulevaisuutta silmällä pitäen ja määritellä kuka tekee ja mitä. Samalla voidaan jakaa ammatillista asiantuntijuutta, jolloin potilaan ja hänen läheistensä voimavarat ja työryhmän osaaminen ja kokemus yhdistyvät. (Seikkula & Alakare 2004, 289.)





Kuvio 23. Perhe- ja verkostotyön toimintamalli

## 7 Opinnäytetyön keskeiset tulokset

### 7.1 Kehittämistyöhön osallistuneiden kuvaus

Kehittämistehtävän perhe- ja verkostopalaverin arviointikyselyyn osallistuivat Paiholan sairaalan osastot 52 ja 54. Osastolla 52 henkilökunta määrä oli kyselyn aikana 18, ja tähän ryhmään kuuluivat sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia ja lähihoitajia. Vastaava lukumäärä osastolla 54 oli 22.

Hoitohenkilöstö toteutti arviointikyselyä ottamalla lomakkeen mukaan niihin perhe- ja verkostopalaveriinkin, joihin he osallistuivat, ja jakoivat lomakkeen kaikille palaveriin osallistujille. Hoitohenkilöstö myös kertoi palaverin alussa mikä

arviointikyselyn tarkoitus oli ja varasi palaverin osallistujille riittävästi vastausaikaa.

Kehittämisiltapäivään osallistui osastojen 52 ja 54 henkilöstöä yhteensä 16. Mukana oli kolme osastonhoitajaa, ylihoitaja, psykologi ja hoitohenkilöstöä.

## **7.2 Perhe- ja verkostotyö osastolla**

Suoritettuun henkilökohtaiseen alkukyselyyn (liite 5) miten perhe- ja verkostotyö toteutuu osastolla tällä hetkellä, vastasi yhteensä 20 hoitohenkilöstöä joista 8 oli käynyt perhe- ja verkostokeskeisen koulutuksen.

Hoitohenkilöstön vastauksissa ilmeni, että on motivaatiota tehdä perhe- ja verkostotyötä ja merkitys potilaan hoidossa nähdään tärkeänä. Osastolta on myös mahdollisuus lähteä kotikäynnille ja osassa vastauksissa ilmeni, että tieto-taitoa perhe- ja verkostopalaverien järjestämiseen ja palaverin vetämiseen on riittävästi. Osassa vastauksista taas koettiin, että perhe- ja verkostopalavereita ei ole riittävästi eikä hoitohenkilöstön koulutus riitä. Samoin potilaan omainen ja verkosto ovat mukana hoidon alusta lähtien ja yhteydenpito on tiivistä.

Mitkä asiat eivät toimi perhe- ja verkostotyössä osastolla koettiin osassa vastauksissa perhe- ja verkostopalavereiden järjestämisen pakonomaiseksi. Syitä olivat mm. potilas kieltää yhteydenoton omaisiin, jolloin hoitajasta riippuen ei olla motivoituneita kannustamaan potilasta. Samoin nähtiin, että potilaat eivät ole samanarvoisessa asemassa siinä suhteessa, kuka on oma hoitaja. Tämä nähtiin johtuvan hoitajan asenteesta, kuinka innostunut ja halukas oma hoitaja on järjestämään perhe- ja verkostopalaveria ja miten aktiivista yhteydenpito on perheeseen ja muuhun verkostoon.

Henkilöstöressurssien vähyys ja osaston päivystyksellisyys koettiin rajoittavana tekijänä perhe- ja verkostopalaverin järjestämiseksi. Pitkäjänteisempi työote nähtiin myös puutteena sairaalan ja avohoidon välillä ja yhteisten palaveriaikojen järjestäminen koettiin hankalana. Koulutuksen käyneiden vastauksissa kriittisemmin arvioitiin tapaamisen järjestämiseen liittyviä ongelmia, tilojen ja työ-

vuorojen hankaluutta, hoitajien motivaatiota järjestää ja olla yhteydessä potilaan lähipiiriin ja verkostoon. Samoin muutamassa vastauksessa perhe- ja verkostotyötä pidettiin rutiinisuorituksena jota pitää tehdä kun ”ollaan niin perhe- ja verkostokeskeisiä.”

### **7.3 Perhe- ja verkostopalavereissa toteutetun kyselyn tuloksia**

Tässä osiossa vertailen saman arviointikyselyn (liite 4) vastauksien tuloksia 2011 - 2013 toteutetun kyselyn perhe- ja verkostopalavereissa kun sama arviointikysely toteutettiin 2014 - 2015.

Vastauksia tarkastellessa voidaan todeta, että osittain erot olivat todella pieniä, joten niiden perusteella ei voi vetää suoraa johtopäätöksiä, vaan vastaukset ovat suuntaa antavia, ja ovat tarpeen keskustelun pohjaksi. Perhe- ja verkostotyön toteutumiseen kunakin hetkenä vaikuttavat monet muutkin toimintaympäristöstä ja tilanteista johtuvat seikat, kuten henkilöstön vaihtuvuus, kyselyn toteuttamisen yhdenmukaisuus, potilaat yms. Toimintatapojen muutokset tapahtuvat hitaasti ja muutoksia ei voi todentaa lyhyellä aikavälillä.

Hoitajat kokivat vuosina 2014 - 2015 tapaamisen onnistuneen paremmin kuin vuosina 2011 - 2013. Tapaamisen onnistumisessa kysymykset liittyivät toisen kunnioittamiseen, mielipiteen arvostamiseen, kuulluksi tulemiseen ja miksi tapaaminen oli järjestetty. Samoin 2014 - 2015 tapaamisessa tuli paremmin esille eri hoitomuotojen erot, erilaiset hoitomuodot ja keskustelun luontevuus oli vastaajien mielestä kehittynyt.

Tapaamisen onnistumiseen liittyvien vastausten lopputulokset kertovat, että parannusta on tullut vuosien 2011 - 2013 tilanteesta. Hoitajat kokevat, että saavat olla vaikuttamassa hoidon lopputulokseen, keskustelua on enemmän ja kaikki osapuolet tulevat paremmin kuulluksi ja toiveet yksilöllisemmin huomioitua.

Tapaamisen onnistumisen lopputuloksena potilaiden vastausten perusteella voidaan todeta, että kunnioitus, kuulluksi tuleminen ja selkeys siitä, miksi tapaaminen on järjestetty, on parantunut. Samoin vaikuttaminen omaan hoitoonsa

ja keskusteluun mukaan ottaminen on parantunut vuoden 2011 - 2013 vastauksista.

Potilaan mielipiteen huomioimisessa oli vain hiukan nousua. Erilaisia hoitomuotoja on tuloksen mukaan esitelty, mutta mikä ero eri hoitomuodoilla on, on selkeästi potilaiden vastauksissa jäänyt epäselväksi vuoden 2011 - 2013 tasolta.

Omaisten vastauksissa voidaan todeta, että parannusta on tullut kaikkiin osaluokkiin vuonna 2014 - 2015. Kunnioitus, mielipiteen arvostus, kuulluksi tuleminen ja tieto siitä, miksi tapaaminen on järjestetty, on noussut vuoden 2011 - 2013 vastauksista.

Vaikuttaminen potilaan hoitomuotoon, hoitopäätökseen ja kuulluksi tuleminen on noussut omaisten vastauksissa vuoden 2011 - 2013 kyselystä. Tapaamisen onnistuminen ja kaikkien hoitoon osallistuneiden toiveiden huomioiminen oli laskenut vuoden 2011 - 2013 kyselystä. Samoin omaisten vastauksien perusteella oikeaan hoitomuotoon päättymisessä ei oltu tyytyväisiä verrattuna 2011 - 2013 vastauksiin.

Erityistyöntekijöiden vastausten perusteella vuonna 2011 - 2013 tapaamiset koettiin onnistuneemmaksi vuoden 2014 - 2015 vastauksiin. Kunnioitus toisia kohtaan, mielipiteen arvostus, kuulluksi tuleminen, miksi tapaaminen oli järjestetty, olivat päällimmäisiä asioita.

Tapaamisen lopputuloksen vastaukset olivat hivenen nousseet vuoden 2011 - 2013 vastauksista. Vuonna 2014 - 2015 vastauksissa ilmenee hiukan laskua, keskusteltiin hoitopäätökseen liittyvistä asioista riittävästi ja koettiin, että ei tullut kuulluksi.

Avohoitajien vastauksista voidaan todeta, että avohoitajan mielipiteen ja kuulluksi tulemisen merkitys on kasvanut vuodesta 2011 - 2013. Sen sijaan laskua vuoden 2011 - 2013 vastauksista oli eri hoitomuotojen erot ja erilaisista hoitomuodoista keskustelu ja keskustelun luonteisuus.

Avohoitajat kokivat saavansa paremmin vaikuttaa valittuun hoitomuotoon ja tulevat kuulluksi kuin vuonna 2011 - 2013. Tapaamisen onnistuminen, toiveiden

huomioiminen tasapuolisesti ja oikean hoitomuodon valinta oli vastausten perusteella paremmin vuonna 2011 - 2013.

#### **7.4 Kehittämisisiltapäivän työryhmätyöskentely**

Kehittämisisiltapäivän järjestäminen kahdelle osastolle yhtä aikaa oli haasteellista, mutta kaikille osapuolille sopiva aika löytyi 16.6.2015. Kehittämisisiltapäivään osallistui yhteensä 16 hoitohenkilökunnan jäsentä, joista 3 oli osastonhoitajia, yksi ylihoitaja, yksi erityistyöntekijä. Samoin perhe- ja verkostokeskeisen työn kouluttaja oli paikalla.

Kehittämisisiltapäivän alussa esiteltiin henkilöstölle 2011 - 2013 ja 2014 - 2015 arviointikyselyn tuloksia sekä vastauksia miten perhe- ja verkostotyö toteutuu tällä hetkellä osastolla.

Toteutimme learning cafe yhteistoimintamenetelmän avulla työryhmätyöskentelyä, jossa mietittiin mitä asioita tulee ottaa huomioon perhe- ja verkostopalaverin järjestämisessä Näin saimme huomioitavia seikkoja laadittavaan toimintaohjeeseen, jotta perhe- ja verkostokeskeinen työote varmistuisivat käytännön hoitotyössä. Paikalla olleet olivat motivoituneita ja kiinnostuneita kehittämään toimintaohjetta perhe- ja verkostotyöhön.

### **8 Pohdinta**

#### **8.1 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua**

Tässä opinnäytetyössä olen pyrkinyt säilyttämään työelämälähtöisen lähestymistavan ja pitämään huolta siitä, että työ on toimeksiannon mukainen. Prosessi ei ole ollut helppo, koska toimeksiannon sisältö oli aluksi vaikea hahmottaa. Välillä opinnäyteprosessi tuntui melkoiselta tasapainoilulta suhteessa oppilaitoksen ja työelämän välillä.

Aiheen valinta oli helppoa, koska aihe tuli suoraan työnantajaltani PKSSK:n psykiatrian klinikkaryhmästä. Psykiatrian klinikkaryhmässä on vuodesta 2011

toteutettu perhe- ja verkostotyön koulutusta sisäisenä koulutuksena ja toimeksiantaja halusi kartoittaa miten perhe- ja verkostotyö toteutuu tällä hetkellä. Onko koulutuksella ollut vaikutusta perhe- ja verkostotyöhön? Arviointikysely toteutettiin vuosina 2011 - 2013 viiden kuukauden ajan koti- ja viikko-osastolla ja sama arviointikysely toteutettiin uudelleen 2014 - 2015 neljän kuukauden ajan osastoilla 52 ja 54.

Voidaan todeta, että pelkästään perhe- ja verkostotyön koulutus itsessään ei näy arviointikyselyn tuloksissa, vaan myös moni asia on ensimmäisen kyselyn jälkeen vaikuttanut perhe- ja verkostotyön eteenpäin viemiseen. Henkilöstö on vaihtunut, perhe- ja verkostotyön merkityksestä puhutaan enemmän kuin aikaisemmin.

Psykiatrisessa hoitotyössä perheen ja verkoston huomioiminen ei ole ollut itsessään selvyys aikaisempina vuosikymmeninä. Lindberg (2007, 26) kuvaa tutkimuksessaan hoitajien omien valmiuksien riittämättömyyttä ja niiden auttamismenetelmien puutetta, miten läheisten tarpeita tulisi ottaa huomioon. Keskeisimpänä on tiedonanto ja potilaan ja hänen läheistensä aktiivinen kuuntelu.

Tämän opinnäytetyön teko oli haastavaa, koska tietoa oli paljon. Suurimmaksi haasteeksi koin vertaistuen puutteen. Opiskeluni ylemmässä ammattikorkeakoulussa on toteutunut tavallisuudesta poikkeavalla tavalla; en ole osallistunut paljoa lähiopetukseen, koska olen saanut useita hyväksiluettuja kursseja. Tämä on aiheuttanut myös sen, että olen itsenäisesti hakenut tietoa ja oppinut ns. kantapäähän kautta.

Opinnäyteprosessia tarkastellessani pohdin olisiko voinut tehdä asioita toisin. Kehittämisisiltapäivän osalta en voi sanoa olevani tyytyväinen. Aikataulu oli esimiehillä jo hyvissä ajoin selvillä, mutta 16.6.2015 kehittämisisiltapäivään ei kuitenkaan ollut suunniteltu tulevaksi kuin ne henkilöt, jotka sinä päivänä olivat töissä. Olisin toivonut, että työvuorosunnittelussa olisi huomioitu sille päivälle enemmän henkilöstöä töihin. Tämä osaltaan selittää osallistujien pienen lukumäärän.

Kehittämistehtävä muodostui melko laajaksi, lähes liiankin laajaksi, mutta mielestäni 2011 - 2013 ja 2014 - 2015 arviointikyselyjen vertailujen lisäksi oli hyvä

kuulla myös henkilöstön omia mietteitä perhe- ja verkostotyön tilasta tällä hetkellä osastolla. Kyselyn tulos näytti, mitä oikeasti perhe- ja verkostotyöstä ajatellaan osana psykiatrista hoitotyötä. Kehittämisiltapäivässä keskusteltiin mitä asioita tulisi ottaa huomioon perhe- ja verkostopalaveria järjestettäessä, mutta henkilökohtaisella kyselyllä sain esille tietoa ja ajatuksia, joita ei ääneen olisi sanottu.

## **8.2 Kehittämistoiminnan tulosten tarkastelua**

Opinnäytetyön tarkoitus oli vertailla perhe- ja verkostotyön kehittymistä ja miten perhe- ja verkostotyö toteutuu tällä hetkellä Paiholan sairaalan osastoilla 52 ja 54. Avoimiin kysymyksiin tuli vähän vastauksia (N=20). Siitä huolimatta oli iloa huomata, että lähes kaikissa vastattiin, että ymmärretään perhe- ja verkostotyön merkitys potilaan hoidossa ja suurin osa vastaajista kertoo ottavansa potilaan perheen jo hoidon alkuvaiheesta mukaan hoitoon.

Toisaalta vastauksissa kritisoitiin potilaiden eriarvoisuutta toteutuuko perhe- ja verkostotyöskentely hoidon aikana. Tähän vaikutti mm. hoitajan motivaatio ja innostus asiaan. Potilas voi kieltää hoidon alussa yhteydenpidon omaisiin, jolloin omahoitaja ei koko osastohoidon aikana ota yhteyttä omaisiin. Osa vastaajista koki, että ”pakolla” pidetään perhe- ja verkostopalavereita, koska ”niin vain pitää tehdä”. Tieto-taito ja koulutuksen puute perhe- ja verkostopalaverin järjestämiseen ja palaverin vetämiseen koettiin osassa vastauksista myös puutteellisina. Hoitohenkilöstöstä kaikki toteuttavat perhe- ja verkostopalavereita, mutta pohdin tapaa miten palavereita toteutetaan. Tämän kehittämistehtävän kyselyn perusteella hoitohenkilöstön luottamus omaan osaamiseen on hyvä. Onko hoitohenkilöstöllä syvällisempää tietoa mitä asioita perhe- ja verkostopalavereissa tulisi ottaa huomioon, ja onko perhe- ja verkostotyöstä tällä hetkellä hyötyä perheelle?

Lindberg (2007, 52) kuvaa väitöskirjassaan läheisten kokemuksia hoitajilta saadusta tuesta, ja kaikenlainen kanssakäyminen hoitajien kanssa vahvisti arvostusta läheistä kohtaan. Hoitajien käyttäytymisellä oli suuri merkitys kanssakäymistilanteessa. Läheiset toivoivat tietoa läheisensä sairaudesta, lääkityksestä ja lääkkeiden sivuvaikutuksista sekä muuhun hoitoon liittyvistä asioista. Toi-

vottiin tietoa enemmän osaston toiminnasta ja hoitajien toiminnasta suhteessa potilaaseen. Samoin pulmatilanteissa mihin voi ottaa yhteyttä. Läheiset kokivat, että ilman omaa aktiivisuutta he eivät saa tietoa. Tällöin omahoitajan roolin merkitys on suuri, kuinka aktiivisesti osastolta ollaan läheisiin yhteyksiin ja ollaan myös läheisen jaksamisesta kiinnostuneita.

Samansuuntaisia vastauksia tuli alkukyselyssä johon vastattiin henkilökohtaisesti. Osa perusteli potilaasta tai omaisista johtuvista syistä, miksi perhetapaamisia ei järjestetä. Kritisoitiin työaikaa ja yhteisen ajan sopimisen mahdottomuutta, tilojen puutetta ja hoitoajan lyhyttä. Osassa vastauksissa myös vedottiin yksilökeskeisyyteen, jolloin siinä ei nähdä tarvetta hyödyntää perhekeskeisen hoitotyön otetta.

Vertaillessa vuosina 2011 - 2013 ja 2014 - 2015 tehtyjä arviointikyselyitä selkeätä kehittymistä on tapahtunut. Koettiin, että kaikki perhe- ja verkostopalaverissa mukana olleet tulivat kuulluksi, saivat sanoa mielipiteensä ja kaikista hoitoon liittyvistä asioista keskusteltiin riittävästi. Samoin avohoitajien mukana olo ja vaikuttamismahdollisuus potilaan kokonaistilanteeseen olivat kasvaneet vuoden 2011 - 2013 vastauksista.

Haasteena on ollut potilaan perheen ja verkoston hoitoon mukaan ottaminen systemaattisesti. Avohoidon ja muiden potilaan hoitoon osallistuvien tahojen mukaan ottaminen hoidon eri vaiheissa on ollut vaihtelevaa.

Hoitohenkilöstöltä odotetaan enenevässä määrin omaa aktiivisuutta etsiä uutta tietoa hoitotyön käytännöistä sekä itsenäistä päätöksentekoa hoitotyössä. (Kivimäki 2008, 7.)

Hoitohenkilöstö voi ajatella, että perhe- ja verkostopalaverit ovat hyödyttömiä. Näin voidaan toimia esimerkiksi, jos oma osaaminen perhe- ja verkostotyöstä on vähäistä. Näin menetetään yhteinen ymmärrys potilaan tilanteesta, saada selkiytystä ja suunnitelma, johon kaikki osapuolet voisivat sitoutua auttaakseen potilasta. (Pyhäjoki 2005, 80.) Tämä näkyi myös alkukyselyssä, jossa tuli potilaiden eriarvoisuus perhe- ja verkostotyön toteutuksessa esille. Hoitajan oma motivaatio vaikutti kuinka perhe- ja verkostotyötä toteutettiin. Koulutuksella ei vastauksissa ollut merkitystä.



Kehittämisprosessin myötä hoitajien valmiudet ja tietämys perhe- ja verkostokeskeiseen työotteeseen lisääntyvät, ja tämä työote vahvistuu työyhteisössä. Kehittämistoiminnan aikana tehtiin näkyväksi hoitajien tekemää perhe- ja verkostotyötä ja sen hyötyä potilaiden hoidossa. Avoimen dialogisuuden myötä ymmärrys potilaan ja hänen läheisensä tarpeista lisääntyy. ”Kenelläkään ei voi yksinään olla viisastenkiveä potilaan hoidosta. Se rakentuu yhteistyössä potilaan itsensä ja tämän läheisten kanssa – ammattilaisten avulla” (Piippo 2009, 22).

### **8.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys**

Eettisiä kysymyksiä pitää pohtia kohdatessa potilasta ja hänen perhettään. Tällöin puhutaan toisen ihmisen kohtaamisen etiikasta. Perheen kanssa kohdataan monia eettisesti vaativia tilanteita, joissa korostuu perheen ja hoitohenkilökunnan väliset suhteet ja perhehoitotyön menetelmät. Hoitohenkilökunta joutuu miettimään omia arvojaan, suhtautumistaan ja toimintatapaansa perheen kanssa työskennellessään. Näitä ovat perheenjäsenten ja potilaan väliset suhteet, potilaan tilanne sekä perheen osallistumismahdollisuudet potilaan hoitoon. Pyrkimyksenä on löytää perhelähtöisiä työskentelymalleja ja toimintaratkaisuja. Näissä toteutuvat lainsäädännön ja ammattietiikan eettiset periaatteet sekä eettisesti laadukas potilaan ja hänen perheensä kohtaaminen. (Åstedt-Kurki ym. 2009, 123.)

Tässä opinnäytetyössä hoitohenkilöstön eettisyys suhteessa potilaaseen ja perheeseen oli ajoittain ristiriitaista. Toisaalta nähtiin osastohoidon toimintatapana perheen huomioiminen, mutta toisaalta korostettiin potilaan yksilövastuista hoitotyötä niin paljon, että perhe ja sen merkitys sivuutettiin. Potilaan kieltäessä yhteydenpidon omaisiin tulkittiin kieltäytymiseksi koko hoitajakson ajan. Potilasta ei kannustettu tai selvennetty hoitajakson aikana, voisiko perhe tai muu läheinen osallistua potilaan hoitoon.

Opinnäytetyön kehittämistyöhön osallistuville tulee antaa totuudenmukaista ja monipuolisesti tietoa heidän oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan. Kehittämistoimintaan osallistuvien potilaiden ja muiden henkilöiden henkilötietoja ei saa paljastaa kehittämistoiminnan aikana. (Heikkilä & Jokinen 2008, 45.) Kehittämis-

toimintaan osallistuvia hoitohenkilöstöä tulee kunnioittaa, eikä heitä saa painostaa kehittämistyöhön, jos he eivät itse halua. Kaikille toimintaan osallistuville tulisi kertoa hyvät perustelut kehittämisen tarpeesta sekä mihin pyritään. (Heikkilä & Jokinen 2008, 45.)

Otin eettisen näkökulman huomioon opinnäytetyötä tehdessäni muun muassa informoimalla opinnäytetyön aiheesta esimiehiä ja hoitohenkilöstöä. Keskustelin kehittämistyöstä yksikköjen osastonhoitajien kanssa ennen opinnäytetyön aloittamista. Pyrin antamaan henkilökunnalle informaatiota opinnäytetyön etenemisestä yksiköissä. Pidin mielessäni että tiedottamisen tulee olla avointa ja työyhteisön näkemyksiä on kuultava ja kunnioitettava. Työssäni käytetty arviointikyselylomake on jo aiemmin käytetty, joten sitä on jo käytännössä testattu ja hyväksi todettu. Kysely tehtiin nimettömänä niin, ettei kenenkään vastaajan henkilöllisyys paljastu. Kyselyn tiedot käsittelin luottamuksellisesti ja analysoin huolellisesti.

Kehittämistyön haasteena oli henkilökunnan osalta arviointikyselyn toteuttaminen. Huolena oli toteutuuko arviointikyselylomakkeiden mukaanotto perhe- ja verkostokokouksiin, ja niiden keruun luotettavuus. Tarkoituksena oli, että hoitohenkilöstö jakaa ja kerää perhe- ja verkostopalaverissa täytetyt arviointikyselylomakkeet, ja palauttavat ne palaverin päätteeksi niille varattuun pahvilaatikoon hoitajien kansliaan. Samoin kyseenalaista oli kuinka hoitohenkilökunta sitoutuu perhe- ja verkostokeskeisen toimintaohjeen kehittämiseen ja mistä kehittämiselle löytyy aika.

Kehittämistoiminnan aikana huomasin selatessani osastojen kalentereita, että palautettujen arviointikyselylomakkeiden määrä ei täsmännyt kalenteriin merkityjä sovittujen perhe- ja verkostopalaverien kanssa. Tämä kertoo myös osaltaan kehittämistoimintaan sitoutumisesta, ja vastauksia olisi saatu määrällisesti enemmän kuin 65. Kielikö tämä tulos huonosta motivaatiosta kehittää perhe- ja verkostotyötä? Toisaalta voidaan ajatella, että palaveriinkin ei ole kutsuttu/koottu ihmisiä verkostotyön hengessä, ei vastauksia tule paljon. Saattaa olla, että palaverissa oli paikalla ainoastaan potilas, hoitaja ja lääkäri.

Aikaisemmin toteutetussa arviointikyselyssä 2011 - 2013, toimeksiantajan mukaan yhdestä palaverista saattoi vastauksia tulla kymmenen, kun mukana pala-

verissa oli perhettä, avohoitoa ja moniammatillista tiimiä. Mutta tärkeintä olisi ollut se, että mukaan mennyt hoitaja olisi huolehtinut, että kyselyyn vastataan palaverin jälkeen. Nyt ei ehkä näin ole toteutunut.

Minulla oli tiedossa jo kehittämistehtävän alkuvaiheessa, että muistetaanko arviointikyselyä täyttää perhe- ja verkostopalavereissa. Tein lomakkeiden saatavilla olon mahdollisimman helpoksi eli lomakkeet olivat jo valmiina huoneessa, jossa palavereita pääsääntöisesti pidettiin. Kotikäynneillä ja muualla pidettävissä palavereissa vastuu lomakkeen mukaan ottoon jäi hoitohenkilöstölle, ja näissä tilanteissa lomake jäin pääsääntöisesti täyttämättä.

Vastausten vähäisyyteen vaikuttaa myös vuoden 2011 - 2013 arviointikyselystä mm. sairaalapaikkojen määrän vähentyminen. Ensimmäisen kyselyn aikana arviointikyselyyn vastasi kotisairaala ja viikko-osasto, jossa oli 18 sairaansijaa, 2014 - 2015 kyselyssä paikkoja kriisiosastolla oli 6. Samoin osastojen 52 ja 54 paikkaluvut ovat pudonneet 22 sairaansijasta 16 sairaansijaan.

Samoin osallisuuden vähyys ja kehittämistoimintaan motivoituminen oli heikohkoa. Psykiatrian klinikkaryhmässä tapahtuu uudistuksia tällä hetkellä jatkuvasti, muutto uuteen psykiatria taloon, hoitotyön kehittämistä ja taloudellisuus näkökulman huomiointia, joka vie henkilöstöltä energiaa. Suhtautuminen perhe- ja verkostotyön kehittämiseen ei vastausten perusteella ole ykkösprioriteetti, ja toiveeni on, että toimintaohje jalkautuisi jollain tavalla käytäntöön. Aika näyttää.

#### **8.4 Jatkokehittämisasiheet**

Tämän opinnäytetyön avulla saatiin tietoa siitä, mikä on perhe- ja verkostotyön tila tällä hetkellä kahdella suljetulla osastolla Paiholan sairaalassa. Lisäksi saatiin tietoa, mikä hoitohenkilöstön mielestä toimii perhe- ja verkostotyössä tällä hetkellä osastotyössä. Tästä on hyvä jatkaa. Jatkokehittämisasiheena voidaan käyttää tässä opinnäytetyössä saatuja tuloksia niistä asioista jotka ovat kehittyneet vuoden 2011 – 2013 vastauksista.

Aikuispsykiatriassa perhe- ja verkostotyö näyttäytyy jo melko kattavana työmuotona potilaan hoidossa. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotan miten potilaan lähipiiri ja verkosto näkee perhe- ja verkostotyön toteutuvan osastolla. Perheen ja verkoston osallistumismahdollisuuksien kartoittaminen potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon.

## Lähteet

- Hartrick, G. 1998. Living the Question of Family Nursing. *Journal of Family Nursing* 4(1), 8 – 20.
- Heikkinen, H.L.T. 2006, Toimintatutkimus, toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, metodin valinta ja aineiston keruu: vinkkejä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS-Kustannus. 170 – 185.
- Heikkilä, A.; Jokinen, P.; Nurmela, T. 2008. *Tutkiva kehittäminen*. WSOY: Porvoo
- Hickey, G., Kipping, C. 1998. Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of Clinical Nursing* 7(1), 83 – 88.
- Hokkanen, S.; Mäkelä, T.; Taatila, V. 2008. *Alan johtajaksi*. Helsinki: WSOY.
- Inkilä, J. 2006. Ensimmäistä kertaa masennuksen vuoksi psykiatrisessa avosastohoidossa olevien potilaiden kokemuksia peloista ja niistä selviytymisestä. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Juuti, P.; Virtanen, P. 2009. *Organisaatiomuutos*. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.
- Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Kokkola, A., Kiiikkala, I., Immonen, T., Sorsa, M. 2002. *Mitä sinä elämältäsi haluat?* Suomen Kuntaliitto. Kuntatalon paino: Helsinki.
- Koskisuu, J. & Kulola, T. 2006. *Yhdessä yksin? Mielenterveysongelma parisuhteessa ja perheessä*. Edita: Helsinki.
- Kivimäki, A. 2008. *Perhehoitotyö akuuttipsykiatrisella osastolla hoitotyöntekijöiden kuvaamana*. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos: Tampere.
- Kuhanen, C.; Oittinen, P.; Kanerva, A.; Seuri, T. Schubert, C. 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. WSOY pro: Helsinki.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. 2012. *Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa*. Edita Prima Oy: Helsinki.
- Larivaara, P. 2000. *Perhelääkätiede – Uusi näkökulma lääkärin työhön*. Oulun yliopiston kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulun yliopisto: Duodecim 2000; 116.
- Larivaara, P., Lindroos, S., Heikkilä, T. 2009. *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Kustannus Oy Duodecim: Helsinki.
- Lehto, M. 2011. *Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta*. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Lindberg, T. 2007. *Mielenterveyspotilaiden läheisten tuen saanti psykiatrisessa hoitotyössä*. Pro gradu -tutkielma. Tampereen lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Löfman, P.; Pelkonen, M.; Pietilä, A-M. 2004. *Osallistava toimintatutkimus hoitotyön kehittämisessä – Empiirinen esimerkki toimintatutkimusprosessista*. *Tutkiva hoitotyö*. Hoitotieteellinen aikakauslehti. Vol 2 3/2004. 10 – 15.

- Löfman, P. 2006. Itsemääräämisen edistäminen – Osallistavan toimintamallin kehittäminen reumapotilaiden hoitotyöhön. Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Väitöskirja.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto: Helsinki.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus dialoginen asiakastyö. Edita Prima Oy: Helsinki.
- Nyman, M. & Stengård, E. 2001. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Gummerus kirjapaino Oy.
- Piippo, J. 2009. Potilas – ei kohde vaan toimija. Mielenterveys 2/2009. Mielenterveyden asiantuntijalehti. SMS-Tuotanto Oy: Helsinki.
- Pyhäjoki, J. 2005. Dialogisuus auttamistyön verkostoissa. Teoksessa: Voimaa perhetyöhön – Arjen tuki ja ammatilliset verkostot. Otavan kirjapaino Oy: Keuruu.
- Raatikainen, T. 2012. Läheisverkostotyö psykiatrisessa sairaalahoidossa. Sosiaaliryön pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta.
- Ristaniemi, T. 2005. Psykiatrisen sairaalan ”Armahtava todellisuus?”. Asiakaslähtöisyys psykiatrisen sairaalan kuntoutuspotilaan kokemana. Kuntouttavan sosiaaliryön ammatillinen lisensiaatintutkimus. Yhteiskuntapolitiikan laitos. Valtiotieteellinen tiedekunta: Helsingin yliopisto.
- Seikkula, J., Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Katsaus. Duodecim 2004; 120: 289 – 296.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. 2005. Dialoginen verkostotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.
- Seppänen-Järvelä, R. ; Vataja, K. 2009. Työyhteisö uusille urille – Kehittäminen osaksi arjen työtä. WS Bookwell Oy: Juva.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24.
- Taskinen, H. 2011. Organisaatiomuutosten johtaminen. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOY pro Oy, 158 – 160.
- Toikko, T. Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print: Tampere.
- Tuomi, J. 2005. Kokemuksia työyhteisön kehittämiseen – opas kouluttajalle karrikkojen välttämiseksi. Pirkanmaan Ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 6: Vammalan kirjapaino.
- Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2009. Mielenterveysetiikka – sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. At-julkaisutoimisto. Yliopistopaino: Helsinki
- Vanhatalo, R. 2014. Vuorovaikutuksen yhteys verkoston rakenteeseen, toimintaan ja toimijoiden kokemuksiin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopiston viestinnän, median ja teatterin yksikkö. Suomen yliopistopaino Oy. Juvenes Print: Tampere.

- Vikman, M. 2011. Mielenterveyspotilaan perheen terveys, toimivuus ja hoito-henkilökunnalta saatu sosiaalinen tuki perheenjäsenen kokemana. Tampereen yliopisto. Pro gradu – tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede: Tampere.
- Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa – määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusyhtiö Tammi: Helsinki.
- Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L. Lehto, P., Maijala, H. Paavilainen, R., Potinkara, H. 2009. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY: Porvoo.



## Perhekeskeisen työotteen syventävä kurssi psykiatrian klinikassa 2015

### **Kurssin tarkoitus:**

Perhekeskeisen työotteen syventävä kurssi on tarkoitettu vahvistamaan psykiatrian hoitohenkilökunnan osaamista avohoitopainotteisen toimintamallin mukaisen työn toteuttamiseksi ja edelleen kehittämiseksi kuntayhtymän alueella. Tavoitteena on myös yhtenäistää näkemystä perhe- ja verkostokeskeisestä työskentelystä ja sen merkityksestä psykiatrisen potilaan hoidossa eri yksiköiden ja toimijoiden kesken.

### **Kurssin ajankohta ja toteuttaminen:**

Kurssi toteutetaan v. 2015–2016 aikana Paiholan sairaalassa. Kurssi koostuu kymmenestä koulutuspäivästä, johon sisältyy työnohjaus. Syksyn koulutuspäivät ovat 16.9, 7.10, 11.11 ja 9.12.

### **Kurssin sisältö:**

Kurssin tavoitteena on laajentaa osallistujien keinovalikoimaa perheiden kanssa käydyissä keskusteluissa ja antaa käytännöllisiä valmiuksia erilaisiin perhekeskeisen psykiatrisen työn haasteisiin. Kurssin opiskelu perustuu kurssilaisten omasta työstä nouseviin tavoitteisiin ja oman työn tutkimiseen sekä harjoitteluun. Koulutuspäivillä käsitellään tärkeimmistä perheterapeuttisista perinteistä lähteviä työskentelyideoita ja harjoitellaan niiden soveltamista omaan arkityöhön. Teoriapäivien välissä uusia taitoja harjoitellaan omassa työssä, kirjataan kokemuksia ylös opiskelupäiväkirjaan ja käydään niitä läpi työnohjauksellisissa pienryhmissä, joissa on mahdollista myös syventää opiskeltua asiaa. Tarkoituksena on löytää jokaiselle itselle ja oman työn haasteisiin sopivia työvälineitä sekä syventää ymmärrystä vuorovaikutuksen rakentumisesta monenkeskisissä vuorovaikutustilanteissa esim. perheiden kohtaamisessa hoidollisissa keskusteluissa, kotikäynneillä, hoitoneuvotteluissa ja verkostokokouksissa. Kurssilla käydään läpi ideoita systeemisestä, dialogisesta, voimavarakeskeisestä, psykoedukatiivisesta ja narratiivisista lähtökohdista sekä uusimman psykotera-



## Liite 3 2(3)

pia tutkimuksen tuottamaa ymmärrystä hyvän vuorovaikutuksen rakentumisesta.

### **Kouluttajat ja työnohjaajat:**

Teoriapäivien kouluttajana toimii vaativan eritystason perheterapeutti PsL, erikoispsykologi Tapio Ikonen ja pienryhmien ohjaajina perheterapeutit psykologi Mikko Lohilahti ja psykiatrian erikoissairaanhoitaja Kirsi Räsänen.

### **Kohderyhmä:**

Koulutus on tarkoitettu kaikille psykiatrian klinikassa työskenteleville. Lisäksi koulutukseen on osallistunut Joensuun MTK:n henkilökuntaa. Tarkoitus on, että joka yksiköstä osallistuu koulutukseen 2-3 työntekijää kerrallaan ja kurssi toteutetaan samansisältöisenä useana vuonna peräkkäin. Edellinen kurssi päättyi tammikuussa 2015.

### **Kustannukset:**

Koulutuksen teoriaosuuden kokonaiskustannukset ovat 10 500 e (tämä vielä tarkennuksessa) ja summa jaetaan osallistujien kesken. Työnohjauksen kulut maksetaan erikseen. Koulutuksen kustannukset katetaan yksikön koulutusmäärärahoista.

### **Hakeminen:**

Koulutukseen valitaan 15 osallistujaa hakemusten perusteella. Koulutukseen haetaan alla olevalla lomakkeella ja se palautetaan ylihoitaja Kaija Nuutiselle paperisena versiona 30.4.2015 mennessä. Tiedusteluihin vastaa oh Kirsti Sainola-Rodriquez, puh. 050 387 7842.

## **Perhekeskeisen työotteen syventävä kurssi 2015/ hakemus**

### **Hakija:**

---

### **Ammatillinen peruskoulutus, valmistumisvuosi:**

---

### **Hoitosuhdetyöskentelyyn ja perhekeskeiseen työhön liittyvät jatkokoulutukset:**

---

---

### **Työyksikkö**

**Liite 3 3(3)**

**Millaista perhekeskeistä työtä teet tällä hetkellä?**

---

---

**Millaisissa asioissa haluaisit kehittyä perhekeskeisessä työskentelyssä? Mitkä ovat vahvuuksiasi?**

---

---

**Millaiset mahdollisuudet sinulla on kokeilla uusia perhekeskeisen työn taitoja arki-työssäsi?**

---

---

**Millainen oppija olet? Opitko parhaiten tekemällä, lukemalla, keskustelemalla, seuraamalla muitten toimintaa vai jollain muulla tavalla?**

---

---

## ARVIOINTILOMAKE

VASTAAJA

- Potilas  
 Avohoitaja  
 Omainen  
 Hoitaja  
 Lääkäri / sos.tt. / toimintaterp.  
 Muu

ALUSSA KAIKKI OSALLISTUJAT ESITELTIIN TOISILLEEN  Kyllä  
 Ei

KAIKKI OLENNAISET HENKILÖT OLIVAT PAIKALLA  Kyllä  
 Ei, kuka puuttui

TAPAAMISESSA OSALLISTUJIA OLI MÄÄRÄLLISESTI  Sopivasti  
 Liikaa henkilöitä  
 Liian vähän henkilöitä

## ARVIOINTILOMAKE

### TAPAAMISEN ONNISTUMINEN:

	Täysin samaa mieltä	Osin samaa mieltä	Osin eri mieltä	Täysin eri mieltä
1) Minulle oli selvää, miksi tapaa - minen järjestettiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Koin, että tulin kuulluksi tapaamisessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Koin, että mielipidettäni arvostettiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Tapaaminen oli kaikkia kohtaan kunnioittava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Keskustelu tapaamisessa meni luontevasti eteenpäin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Tapaamisessa esiteltiin erilaiset hoitomahdollisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Tapaamisessa tuli esille eri hoito- mahdollisuuksien erot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ARVIOINTILOMAKE

### TAPAAMISEN LOPPUTULOS:

	Täysin samaa mieltä	Osin samaa mieltä	Osin eri mieltä	Täysin eri mieltä
8) Kaikki osallistajat tulivat kuulluiksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Kaikista hoitopäätökseen vaikuttavista asioista keskusteltiin riittävästi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Sain olla vaikuttamassa valittuun hoitomuotoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Mielestäni tapaamisessa päädyttiin oikeaan hoitoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Tapaamisessa huomioitiin kaikkien hoitoon osallistuvien toiveet tasapuolisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Tapaaminen oli kokonaisuudessaan onnistunut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Liite 5

Opiskelen Karelia-ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni kehittämistehtävä on Perhe- ja verkostotyön kehittäminen PKSSK aikuispsykiatrian osastoilla 52 ja 54 Paiholan sairaalassa.

Tarkoituksena on kehittää yhdessä osaston 52 ja 54 kirjallinen toimintaohje perhe- ja verkostotyöhön, jota voidaan käyttää myös uuden työntekijän perehdytyksessä ja opiskelijoiden ohjauksessa.

Tämä kysely on lähetetty teille kaikille osastoilla 52 ja 54 työskenteleville hoitotyöntekijöille, erityistyöntekijöille ja lääkäreille. Toivoisin sinun vastaavan allaoleviin kysymyksiin ja palauttavan sen minulle nimettömänä.

Kysymykset:

- 1) Mitkä asiat mielestäsi toimivat tämän hetkisessä toiminnassa perhe- ja verkostotyössä osastolla?
- 2) Mitkä asiat eivät toimi tämänhetkisessä toiminnassa perhe- ja verkostotyössä osastolla?
- 3) Mitä asioita mielestäsi tulisi ottaa huomioon perhe- ja verkostokeskeisessä työtöteessa?
- 4) Kerro konkreettisia asioita, mitä asioita toimintaohjeessa tulisi ilmetä, että se olisi kattava ja antaisi kuvan perhe- ja verkostopalaverin kulusta.
- 5) Oletko käynyt perhe- ja verkostokeskeisen koulutuksen

Kiitos

Tuija Kähkönen

## Liite 6

Hei

Tervetuloa työkehittämissiltapäivään 16.6–2015 klo 12–16 Paiholan juhlasali, jossa teemana on opinnäytetyöhöni liittyen

Perhe- ja verkostotyön kehittäminen PKSSK aikuispsykiatrian osastoilla 52 ja 54 Paiholan sairaalassa

Ohjelma:

- Perhe- ja verkostopalaverin kyselyn tuloksien vertailua 2012 ja 2015
- Psykologi Tapio Ikonen: ”Hyviä käytäntöjä perheen kohtaamiseen”
- Ryhmätöiden tekoa: Mitä asioita perhe- ja verkostopalaverin toimintaohjeessa tulisi ilmetä?



Terveisin Tuija

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Psykiatrian klinikka Johtaja psykiatrian palvelualue	Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös Julkinen 1.4.2015	1(3)  Dnro 2§
---	--	------------------------


**Lupa YAMK-opinnäytetyön "Perhe- ja verkostotyön kehittäminen PKSSK aikuispsykiatriassa - onko perhe- ja verkostotyön koulutuksella ollut vaikutusta hoitotyöhön? toteuttamiseksi / Kähkönen Tuija**

- Selostus asiasta** Karelia-ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman YAMK-opiskelija Tuija Kähkösen 12.2.2015 päivätty hakemus " Perhe- ja verkostotyön kehittäminen PKSSK aikuispsykiatriassa - onko perhe- ja verkostotyön koulutuksella ollut vaikutusta hoitotyöhön?" - YAMK-opinnäytetyön tekemiseksi.
- Opinnäytetyön tarkoitus on kehittää perhe- ja verkostotyön työotetta systemaattiseksi toiminnaksi PKSSK:n psykiatrian klinikassa ja tätä kautta perheen ja verkoston parempaa huomioimista psykiatrisen potilaan hoitamisessa. Tutkimussuunnitelman mukaan tutkimuksen kohde on hoitohenkilöstö osastoilla 52 ja 54, joilta kertaan tietoa kyselyä ja toimintatutkimuksena (havainnointi) ajanjaksona joulukuu 2014 - huhtikuu 2015. Lisäksi kyselylomakkeen täyttävät muut perhe- ja verkostopalaveriinhin osallistujat: lääkärit, potilaat, omaiset ja verkostotyöntekijät.
- Opinnäytetyö on PKSSK:n toimeksianto. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja kysely tehdään nimettömänä, ettei kenenkään vastaajan henkilöllisyys paljastu.
- Päätös** Myönnän Tuija Kähköselle luvan toteuttaa opinnäytetyöhönsä liittyvän kyselyn ja toimintatutkimuksen osastoilla 52 ja 54.
- Ylihoitaja Kaija Nuutinen on ehdollisena puoltanut tutkimusta.
- Perustelut** Kyseessä on PKSSK:n toimeksianto. Tutkimuksen tavoitteet on kuvattu liitteessä.

**Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu**

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999, 23 § ja 28 §  
Henkilötietolaki 523/1999, 14 §  
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän hallintosääntö 12 § tai 13 § tai 14 § tai 16 §

**Allekirjoitus ja virka-asema**

  
Pekka Ropponen  
Johtaja psykiatrian palvelualue

## Liite 7 2(2)

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Psykiatrian klinikka Johtaja psykiatrian palvelualue	Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös Julkinen 1.4.2015	3(3) Dnro 2§
---	--	--------------------

### Muutoksenhaku

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kuntayhtymän jäsenkunta ja sen jäsen.

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Jäsenkunnan ja niiden jäsenten katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu julkisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. Lähettäjä on vastuussa siitä, että oikaisuvaatimus saapuu perille oikaisuvaatimusajan kuluessa.

Viranomaisen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite:  
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän hallitus  
Tikkamäentie 16  
80210 JOENSUU

### Päätöksen nähtävänäpito

Yksijäsenisen toimielimen (viranhaltijapäätökset) päätöspöytäkirjat ovat nähtävänä kuntayhtymän kirjaamossa (PKSSK, Tikkamäentie 16, Joensuu, talo 7, 1. kerros) kunkin kuukauden ensimmäisenä tiistaina.



## Ennen palaveria

1. Neuvottele potilaan kanssa hyvissä ajoin, keiden olisi hyvä olla paikalla neuvonpidossa ja kuka huolehtii tiedottamisesta ja kutsumisesta paikalle.
2. Huolehdi, että kaikki neuvonpitoon tarkoitetut potilaan läheiset/omaiset, ammatillaiset ym. ovat saaneet kutsun riittävän ajoissa palaveriin.
3. Neuvottele kaikille sopiva palaverin ajankohta, pitopaikka, kartoita mahdolliset videoyhteydet yms.
4. Varmista, että palaverin pitopaikassa on tarpeeksi tuoleja, nenälinoja, kyniä ja paperia
5. Keskustele potilaan kanssa mitä hän haluaa ja ei halua keskusteltavan palaverissa
6. Sovi kollegoiden kesken, kuka toimii tilaisuuden vetäjänä/puheenjohtajana ja kuka toimii sihteerinä (Ei tarvitse aina olla lääkäri!)
7. Älä muodosta käsitystä lopputuloksesta, ennen kuin palaveri on pidetty!

## Palaverin aikana

1. Palaverin vetäjä toivottaa kaikki tervetulleiksi
2. Osallistujien esittely ja kunkin osallistujan suhde potilaaseen
3. Kerro, jos joku on estynyt tulemaasta palaveriin
4. Luo keskustelua edistävä istumajärjestys ja rauhallinen tila
5. Kerro kuinka paljon palaverille on käytettävissä aikaa.
6. Alusta miksi palaveri on järjestetty.
7. Kerro, kuinka paljon palaverille on käytettävissä aikaa
8. Kysytään ja vastataan puolin ja toisin
9. Huolehdi, että kaikki saavat puheenvuoron, eikä ketään keskeytetä tai puhuta päälle
10. Huolehdi dialogisuudesta palaverin aikana
  - Kaikkien mielipiteet kysytään ja rohkaistaan kertomaan mielipide
  - Kaikkien mielipiteet ovat arvokkaita ja otetaan huomioon
  - Kaikkien kysymyksiin vastataan
  - Sovittavasta asiasta pyritään saamaan yhteinen näkemys, johon kaikki voivat sitoutua
11. Huolehdi, että sovitut asiat tulevat selviksi kaikille osallistujille
  - Kerrataan sovitut asiat ja kuka hoitaa
  - Yhteyshetimit
12. Huolehdi, että palaverin tavoite toteutuu
13. Lopuksi kiitetään kaikkia mukanaolijoita.

## Palaverin jälkeen

Sovitut asiat kirjataan hoitotyön merkintöihin

Raportoidaan asianomaisille

Omahoitaja valvoo, että palaverissa sovitut asiat toteutuu

Mahdollisuus reflektoida palaverin sisältöä työtovereiden kesken

Perheen huomiointi palaverin jälkeen:

Ole yhteydessä omaisiin ja varmista, että palaverissa keskustellut asiat on ymmärretty.

Onko tarvetta kokoontua uudelleen, ja onko tullut esille aiheita, mistä olisi hyvä keskustella yhdessä hoitoyksikön kanssa?

Potilaan kanssa käydään läpi palaveria ja tehdään kirjallinen tuloste sovitusta asioista.



## Perhe- ja verkostotyö psykiatriassa



## Toimintaohje

Tuija Kähkönen  
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky  
Psykiatrian palvelualue  
Tikkamäentie 16, 80210 Joensuu

