



**VERKKOPEREHDYTYSMATERIAALI
YHTEISTOIMINNALLISESTA
HOITOKOKOUKSESTA JA
PERHETAPAAMISESTA PSYKIATRISEN
POTILAAN HOIDOSSA**

Hoitotyön koulutusohjelma,
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
01.04.2009

Suvi Kananen 0502021
Annika Kulju 0601411
Tarja Vehmas 0603312

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma	Sairaanhoitaja AMK	
Tekijä/Tekijät		
Suvi Kananen, Annika Kulju, Tarja Vehmas		
Työn nimi		
Verkkoperehdytysmateriaali yhteistoiminnallisesta hoitokokouksesta ja perhetapaamiskäytännöstä psykiatrisen potilaan hoidossa		
Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Kevät 2009	38 + 6
TIIVISTELMÄ		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa verkkoperehdytysmateriaalia yhteistoimintamallin mukaisesta hoidosta aikuispsykiatrisille osastoille Auroran sairaalan 15-6 C:lle ja Psykiatriakeskuksen osasto 6:lle. Työ on osa Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön -hanketta, joka on alkanut vuonna 2006. Hanketta on toteutettu yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun, Helsingin terveystieteiden keskuksen Auroran sairaalan osastojen 15-6 ja 6-1 sekä Helsingin Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS:n Psykiatriakeskuksen osastojen 2 ja 6 kanssa. Työmme tavoitteena oli tehdä yhteistoiminnallisesta hoitokokouksesta ja perhetapaamiskäytännöstä pilottiosastojen tarpeisiin perehdytysmateriaalia, jonka on tarkoitus tukea yhteistoimintamallin käyttöä osastoilla. Työtämme on ohjannut projektin tavoite kehittää psykiatrista hoitotyötä potilaslähtöiseen ja dialogiseen suuntaan.</p> <p>Työmme alkuvaiheessa kokoonnuimme projektiryhmän ja pilottiosastojen yhteyshenkilöiden kanssa. Neuvotteluissa selvitimme, kuinka yhteistoimintamallia oli käytännössä toteutettu osastoilla sekä kokosimme toiveita perehdytyksen sisällöstä. Perehdytyksen sisällön teoriapohjaksi keräsimme tietoa tietokanta- ja käsihakuina. Aineistossa painottuvat perheterapiasta saatu tietous ja lisäksi hoitotieteellinen tutkimus potilaslähtöisyydestä psykiatrisessa hoitotyössä. Tekemisissä perehdytysaineistoissa keskeisenä materiaalina on käytetty osastojen omia kuvauksia yhteistoimintamallista ja prosessista. Perehdytykset ja rakennekuvio on toteutettu PowerPoint-ohjelmalla, ja esitykseen linkitettäviä dokumentteja on tehty Microsoft Word -ohjelmalla. Projektiryhmän tekemä posterit on pdf-tiedostona. Tuloksena on kaksi PowerPoint-esitystä, joista toinen käsittelee yhteistoiminnallista työskentelyä hoitokokouksessa ja toinen perhetapaamisesta, sekä esityksiin linkitetty dokumentit keskeisistä käsitteistä.</p> <p>Perehdytystä voidaan ensisijaisesti käyttää osastoilla uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämiseksi yhteistoimintamalliin. Perehdytys on rakennettu siten, että myös kokenut työntekijä voi tarvittaessa syventää tietouttaan esitykseen linkitetyn lisätiedon ja osoitetun kirjallisuuden avulla. Työtä voidaan käyttää myös Metropolian sairaanhoitajakoulutuksessa soveltaen mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitotyön opetuksessa. Laajemmin hanke, johon tämä työ kuuluu, toimii hyvänä esimerkkinä psykiatrisen hoitotyön kehityshankkeesta ja kertoo perhe- ja verkostokeskeisestä suunnasta, johon psykiatrisen hoito on kehittynyt ja kehittyä edelleen.</p>		
Avainsanat		
psykiatrisen hoito, yhteistoimintamalli, verkkoperehdytys, hoitokokous, perhetapaaminen		

Degree Programme in		Degree
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care
Author/Authors		
Suvi Kananen, Annika Kulju and Tarja Vehmas		
Title		
Web-based Material for Collaborative Care and Family Meeting Practice in Psychiatry		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	Spring 2009	38+ 6 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>The objective of this final project was to produce a web-based collaborative care model for two Finnish psychiatric wards. Our project was part of the Collaborative Care Model in Psychiatric Nursing Project, which was carried out together with two partners: Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Helsinki City Aurora Hospital, Wards 15-6C and 6-1; and HUCH Psychiatrycenter, Wards 6 and 2, Finland.</p> <p>At the beginning of this final project, we met the project group, together with the contact persons from the psychiatric pilot wards, in order to learn how the collaborative model had been previously used in practice on these hospital wards. The theoretical framework for the project and material were collected from different databases. However, the core material obtained from the psychiatric pilot wards included the hospital wards' own descriptions of the collaborative model and processes. The material was developed with the Microsoft PowerPoint programme, and all the included documents were written with the Microsoft Word programme.</p> <p>The outcome of our final project was two Microsoft PowerPoint presentations. The first was about the collaborative model in care meeting; the second was about the collaborative model in family meeting. The presentations and other material may be primarily used on the psychiatric pilot wards to familiarise new employees and students with the collaborative model. In addition to this, the presentations may be used to deepen the knowledge of experienced employees and to teach nursing students of the degree programme in Nursing and Health Care at the Helsinki Metropolia University of Applied Sciences Finland.</p>		
Keywords		
psychiatric nursing, collaborative care, care meeting, family meeting		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 HANKKEEN TAUSTA	3
3 VERKKOPEREHDYTYKSEN SISÄLTÖ	3
3.1. Aineiston kerääminen	4
3.2. Yhteistoimintamalli ja yhteistoiminnallisuus psykiatrisessa hoitotyössä	5
3.2.1. Yhteistoimintamalli psykiatrisen potilaan hoidossa	6
3.2.2 Yhteistoiminnallisuus psykiatrisessa hoitotyössä	7
3.3 Hoitokokouksen ja perhetapaamisen keskeisimpiä menetelmiä	8
3.3.1 Potilaslähtöisyys	9
3.3.2 Dialogisuus	9
3.3.3 Verkostokeskeisyys	10
3.3.4 Voimavarakeskeisyys	11
3.3.5 Hoitokokous	12
3.3.6 Narratiivisuus	13
3.3.7 Psykiatrasta hoitoa ohjaava lainsäädäntö	14
3.3.8 Perhekeskeisyys	14
3.3.9 Moniammatillinen työryhmä	15
3.3.10 Ei-tietämisen asenne	16
3.3.11 Reflektiivisyys	18
3.3.12 Lasten huomioiminen	19
3.4 Verkkoperehdytyksen tietopohja	19
4 PROSESSIKUVAUS	21
4.1 Aiheen jäsennysvaihe	21
4.2 Työsuunnitelma vaihe	23
4.3 Työn toteutus ja tulokset	25
5 POHDINTA	29
5.1 Tuotoksen luotettavuuden ja käytettävyyden tarkastelua	29
5.2 Pohdintaa ammatillisesta kasvusta ja asiantuntijuuteen kehittymisestä	32
5.3 Kehittämisehdotukset	34
LÄHTEET	36
LIITEET	
Hankkeen tahot ja työryhmä -taulukko	
Yhteistoimintamalli -posterit	
Yhteistoimintamalli psykiatrisen potilaan hoidossa –taulukko	
Tiedonhaku-taulukko	
Projekti aikataulu	
Perehdytysmateriaali- CD	

1 JOHDANTO

Työmme aiheena on yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön, josta teimme verkkoperehdytysmateriaalia hankkeessa mukana oleville pilottiosastoille. Olemme luoneet perehdytyksen sisällön PowerPoint-esityksiksi ja niihin liittyvät tietoa syventävät artikkelit olemme kirjoittaneet Word-tiedostoiksi. Työmme jokaisessa vaiheessa olemme tehneet rakennekuvion jäsentämään työn kokonaisuutta. Työn loppuvaiheessa teimme perehdytysmateriaalia sekä siihen liittyviä tiedostoja kuvaamaan rakennekuvio, jonka on tarkoitus helpottaa valmiin perehdytysmateriaalin vientiä pilottiosastojen intranetteihin. Tässä raportissa esitämme, kuinka toteutimme työmme.

Metropolia Ammattikorkeakoulu kehittämis-hanke, johon tämä opinnäytetyömme liittyy, on Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön -hanke, joka on alkanut vuonna 2006. Hanketta on toteutettu yhteistyössä Helsingin terveystieteiden keskuksen Auroran sairaalan osastojen 15-6C ja 6-1 sekä Helsingin Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS:n Psykiatriakeskuksen osastojen 2 ja 6 kanssa. Työmme kuuluu hankkeen loppuvaiheeseen. Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön -hankeeseen ei ole aikaisemmin tehty verkkoperehdytystä. Olemme työllämme pyrkineet vastaamaan tähän tarpeeseen.

Teimme tämän opinnäytetyön osana sairaanhoitajan AMK-koulutustamme. Meillä kaikilla on osaamista eri hoitotyön osa-alueilta, niin somaattiselta kuin psykiatriselta puolelta. Pidämme tärkeänä kehitysaskelena yhteistoiminnallisuutta psykiatrisen potilaan tai asiakkaan hoidossa. Psykiatrinen hoito on kaiken aikaa kehittynyt yhteistoiminnallisen hoidon suuntaan. Suomessa tätä kehitystä on ollut nähtävissä aina 1970-luvun loppupuolelta alkaen, kun ensimmäiset perheterapeuttiset hoitomallit rantautuivat pienille alueille psykiatrisen työn kentällä. (Haarakangas 1997: 11-13; Aaltonen – Rinne 1999: 6; Seikkula - Alakare 2004: 289.)

Yhteistoiminnallisuudessa hoidon suunnittelu ja toteutus on potilaslähtöistä, verkoston ja moniammatillisen tiimin yhteistyötä. Potilaan auttaminen perustuu tällöin yhteistyösuhteeseen, jossa keskiössä on potilaan kertoma kokemus. Tähän asiantuntijat tuovat omat näkemyksensä ja hoidon interventiot. (Vuokila-Oikkonen ym. 2007.)

Olellaista on myös ryhmätyöskentely, potilaan verkoston mukaan ottaminen ja dialogisuus kaikkien hoitoon osallistuvien kesken (Seikkula ym. 2004: 289).

Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön -hankkeen tarkoituksena on ollut kehittää yhteistoimintamalli psykiatrisen hoitotyön käytäntöön ja arvioida sen toimivuutta käytännön hoitotyössä. Projektin tavoitteena on kehittää hoitotyötä potilaslähtöiseen, dialogista työtettä toteuttavaan suuntaan, jolloin potilaan ja hänen verkostonsa voimavarat pyritään aktivoimaan täysimääräisesti käyttöön. (Roivas-Mäkinen - Erikson - Mattila - Ruotsalainen 2006.) Opinnäytetyömme liittyy tämän hankkeen loppuvaiheeseen ollen jo projektin tuottaman sisällön tuotteistamista.

Opinnäytetyöllämme on kaksi tarkoitusta. Ensimmäiseksi meidän tehtävänä oli tehdä perehdytysmateriaalia psykiatrisen potilaan yhteistoimintamallin mukaisesta hoidosta hoitokokouksissa ja perhetapaamisissa. Toiseksi perehdytyksen sisällön kautta olemme pyrkineet kuvaamaan yhteistoiminnallisuutta ja hoidollisia menetelmiä mitä siihen liittyy. Työn merkitys pilottiosastoille on vahvistaa yhteistoimintamallin mukaista psykiatrisen potilaan hoitoa. Tekemämme perehdytysmateriaalin sijoituspaikaksi on ajateltu pilottiosastojen intranettejä. Verkkoperehdytys yhteistoimintamallista on jaettu sisällöllisesti neljään eri osa-alueeseen, jotka ovat hoitosuunnitelma, lääkehoito, perhetapaaminen ja hoitokokous. Vastuualueenamme oli tehdä tarkemmin materiaalia yhteistoiminnallisuudesta perhetapaamisissa ja hoitokokouksissa, läheisessä yhteistyössä Auroran sairaalan osaston 15-6C:n ja Psykiatriakeskuksen osasto 6:n kanssa. Tavoitteenamme oli tehdä sisällöllisesti laadukasta perehdytysmateriaalia hoitokokous- ja perhetapaamiskäytännöistä yhteistoiminnallisesti, niin että työ vastaisi projektin pilottiosastojen perehdytysmateriaalitarpeisiin.

2 HANKKEEN TAUSTA

Metropolia Ammattikorkeakoulun kehittämishanke, johon opinnäytetyömme liittyy, on Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön -hanke. Projekti on alkanut vuonna 2006, ja siihen on tehty useita opinnäytetöitä ammattikorkeakoulussamme: käsitteen määrittelyä, kirjallisuuskatsauksia, hoitosuunnitelmia ja kerätty osastojen henkilökunnan mielipiteitä mallin toimivuudesta.

Projektilla on vahva yhteys työelämään, koska se on toteutettu yhteistyössä Helsingin terveystieteiden keskuksen Auroran sairaalan osastojen 15-6C ja 6-1, sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin HYKS:n Psykiatriakeskuksen osastojen 2 ja 6 kanssa. Selvitimme työskentelymme alussa hankkeen eri tahot ja hahmottelimme projektiorganisaation taulukoksi (Ks. liite 1). Näillä hankkeessa mukana olleilla osastoilla yhteistoimintamallia on pilotoitu hieman eri painotuksin. Osastojen henkilökunta on sitoutunut toimintamalliin ja on aktiivisesti kehittänyt sitä yksikössään. Projektisuunnitelman (Roivas-Mäkinen ym. 2006) mukaan projektin perimmäinen tarkoitus on ollut kehittää psykiatrisen hoitotyön käytäntöä yhteistoiminnalliseksi, enemmän potilaslähtöiseksi, niin että potilas on aktiivinen oman hoitonsa suhteen ja tulee kuulluksi.

Hanke on päätynyt 3.3.2009 pidettävään päätösseminaariin. Osastot toimivat jo yhteistoiminnallisesti. Opinnäytetyöryhmämme tuli mukaan projektin loppusuoralla, kun yliopettaja Taru Ruotsalainen tarjosi meille työn aiheeksi projektin tuotteistamisen, jonka päätimme toteuttaa luomalla perehdytyspaketin yhteistoimintamallista osastojen käyttöön.

3 VERKKOPEREHDYTYKSEN SISÄLTÖ

Työnämme oli tehdä verkkoperehdytysmateriaalia yhteistoiminnallisuudesta psykiatrisessa hoidossa. Kävimme läpi paljon tietoa niin käytännön psykiatrisesta hoidosta kuin sitä ohjaavista laista ja tieteellisistä teorioista, joihin psykiatrisen hoito monelta osin pohjautuu. Tarvitsimme myös tietoteknistä tietoa verkkoperehdytyksen tekemisestä. On nähtävissä että tietopohja johon olemme itse perehdytysesitykset rakentaneet, on lopulta ollut varsin laaja ja monimuotoinen. Olennaisin osa työtämme

on ollut tuottaa perehdytykseen tietoa, joten sitä on taustalla siitä syystä hyvin runsaasti. Olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman paljon tieteellistä tarkastelua kestäviä lähteitä ja tarvittaessa nojautuneet asiantuntijoiden lausumiin.

Esittelemme tässä luomamme perehdytys aineistomme sisällön keskeisimpiä tutkimuksia, tutkijoita ja psykiatriseen hoitoon liittyviä käsitteitä, joihin materiaalimme teoreettinen pohja perustuu. Aloitimme keskeisimmästä käsitteestä ja työmme peruslähtökohdasta eli yhteistoiminnallisuudesta psykiatrisessa hoitotyössä. Tähän liittyvät, tiiviisti seuraavat käsitteet potilaslähtöisyys, kertomuksellisuus ja dialogisuus. Yhteistoiminnallisuutta toteutetaan psykiatriassa käytännössä hoitokokouksissa ja perhekeskeisessä hoitotyössä. Myös näiden käytäntöjen taustaa näimme tarpeelliseksi käydä läpi seuraavassa teoriaosuudessa.

3.1 Aineiston kerääminen

Valtaosa aineistoista on hankittu käsihaulla. Aiheeseen liittyvää ammattikirjallisuutta meillä on ollut käytettävissämme runsaasti. Ryhmässämme on osaamista psykiatriselta alalta ja sitä kautta on tullut paljon perheterapiaa ja psykiatrista hoitotyötä käsitteleviä teoksia. Olimme jo aikaisemmin opinnoissamme suorittaneet tiedonhakua yhteistoiminnallisuudesta ja hoitokokouksesta erään tutkimustehtävän yhteydessä ja siitä jäi varastoomme monia tieteellisiä artikkeleita ja alan kirjallisuutta. Etsimme aineistoa myös suoraan Metropolian kirjastosta ja löysimme niin psykiatrista hoitoa, kuin verkkoperehdytystä koskevia kirjoja.

Projektin alkuvaiheessa saimme hanketta konsultoivilta e-asiantuntijoilta kirjallisuuslistoja verkkokirjoittamista ja verkkoperehdytyksestä. Haimme myös internetin kautta tietoa hakusanoilla ”verkko-opiskelu”, ”perehdytys”, ”verkko-opettaminen” ja ”perehdytys verkossa”. Saimme projektin edetessä hankkeen sairaanhoitaja-asiantuntijalta kirjallisuuslistan, jossa oli keskeisimpiä väitöskirjoja liittyen yhteistoimintamalliin. Keskeinen osa tietopohjaamme on tässä hankkeessa syntyneet dokumentit: Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön – Alustava Projektisuunnitelma (Roivas-Mäkinen ym. 2006), Projektiryhmän laatimat Yhteistoimintamalli -posterit 2008 (Ks. liite 2) ja Yhteistoimintamalli psykiatrisen potilaan hoidossa –taulukot 2008 (Ks. liite 3).

Tämän lisäksi teimme tietokantahakua. Käytimme Cinahl- ja Ovid- tietokantoja. Teimme hakuja englanninkielisillä sanoilla: “care meeting”, “psychiatric care meeting”, “family meeting”, “co-operative team meeting”, “collaborative care model”, “narrative” ja “network”. Useamman kerran hauilla tuli osittain samoja hakutuloksia. Hakutuloksista löytyi lukuisia artikkeleita, jotka olisivat mahdollisesti olleet sopivia lähteitä, mutta useat niistä olivat maksullisia, eikä lehtiä ollut saatavilla kirjastosta. MetCat- tietokannasta haimme suomenkielisillä hakusanoilla ”narratiivisuus”, ”kerronnallisuus”, ”reflektio”, ”verkostoituminen”, ”asiakaslähtöisyys” ja ”Keroputaan malli”. (Ks. liite 4). Tietokantahauista valitsimme aineistoa luettavaksi otsikon ja tiivistelmien perusteella. Osa aineistosta jouduttiin hylkäämään projektin edetessä. Etenkin verkkosivujen tekoa käsitteleviä kirjoja jätimme pois tarpeettomina, kun perehdytysmateriaalin sijainti ja muoto PowerPoint -esityksenä varmistui. Psykiatrista hoitoa käsittelevistä tieteellisistä artikkeleista ja väitöskirjoista valitsimme lopulta vain ne, jotka selvästi käsittelevät yhteistoiminnallisuutta tai liittyivät hoitokokous ja perhetapaamiskäytäntöihin.

3.2. Yhteistoimintamalli ja yhteistoiminnallisuus psykiatrisessa hoitotyössä

Hankkeen pilottiosastoilla on ollut käytössään yhteistoimintamallin käsitettä ja sen osia havainnollistava posterit ja taulukot, jotka on laadittu hankkeen projektiryhmässä asiantuntijoiden toimesta. Posterissa ja taulukossa näkyvät keskeiset toiminnan edellytykset, sisältö, esteet ja seuraukset. Taulukossa on vielä tarkemmin käsitteiden määrittelyä ja niiden avaamista. Yhteistoimintamalli psykiatrisen potilaan hoidossa - taulukkoon osastot olivat kirjanneet yhteistoimintamallin toteutumista käytännössä. Lisäksi psykiatriakeskus 6:lla on tehty yhteistoimintamallista prosessikaavio, josta saimme kerättyä tietoa siitä, kuinka malli toimii käytännössä osastolla. Kaikki osastojen merkinnät ovat olleet lähtökohtana tuottamamme perehdytysmateriaalin sisällössä. On tärkeää huomata, että osastoille kehitetty yhteistoimintamalli pohjautuu teoreettisesti hoitotieteellisiin julkaisuihin yhteistoiminnallisuudesta, joista tärkeimpiä mainitsimme luvussa, joka käsittelee yhteistoiminnallisuutta psykiatrisessa hoitotyössä.

3.2.1. Yhteistoimintamalli psykiatrisen potilaan hoidossa

Käymme tässä läpi Yhteistoimintamalli-posterin (Ks. liite 2) sisällön toiminnan edellytyksistä esteisiin ja sisällöistä seurauksiin. Posterissa on kerrottuna yhteistoimintamallin keskeiset käsitteet, joita olemme tuoneet perehdytysesityksiimme.

Toiminnan edellytyksiksi luetellaan moniammatillisen työryhmän yhteinen ymmärrys mallista, työryhmän perehdyttäminen mallin mukaiseen toimintaan ja työryhmän sitoutuminen mallin mukaiseen työskentelyyn. Edellytyksiksi katsotaan myös eri toimijoiden välinen keskinäinen kunnioittaminen, kyky oman toiminnan arviointiin ja kyky dialogiseen yhteistyösuhteeseen. Muita edellytyksiä toiminnalle ovat avoin ilmapiiri, psykiatrista hoitoa ohjaavan lainsäädännön huomioon ottaminen, esimiesten tuki ja ohjaus. (Yhteistoimintamalli -posterin 2008.)

Toiminnan sisältöä kuvaa potilaan oman kertomuksen ottaminen hoidon lähtökohdaksi ja hoidon rakentuminen potilaan voimavarojen mukaisesti. Toiminnan sisältöä on myös eri toimijoiden yhteisen ymmärryksen muodostuminen hoidosta, yhteisten tavoitteiden sopiminen ja toimiminen niiden mukaisesti sekä eri toimijoiden kokemuksen ja osaamisen hyödyntäminen. (Yhteistoimintamalli -posterin 2008.)

Yhteistoimintamallin toiminnan esteiksi on nähty autoritäärisen asiantuntijuuden esiintyminen hoitokulttuurissa. Esteinä ovat olleet myös riittämätön tieto mallin sisällöstä ja taidottomuus soveltaa mallia. Moniammatillisen työryhmän sitoutumattomuus mallin mukaiseen toimintaan ja esimiesten vähäinen kiinnostus ja tuki hoitotyötä kohtaan ovat selkeitä esteitä. Myös ne, että eri toimijoilta puuttuu yhteinen ymmärrys hoidon tavoitteista ja menetelmistä tai on riittämättömät resurssit, ovat yhteistoiminnallisuuden este. (Yhteistoimintamalli -posterin 2008.)

Yhteistoimintamallin mukaisella toiminnalla pyritään siihen, että potilaiden vastuullisuus omasta hoidostaan lisääntyy ja että yhteistoiminnallinen hoitokulttuuri vahvistuu työskentelyn lähtökohdaksi (Yhteistoimintamalli -posterin 2008.)

3.2.2 Yhteistoiminnallisuus psykiatrisessa hoitotyössä

Hoitotieteen teoreetikoista, jotka ovat käsitelleet yhteistoiminnallisuutta psykiatrisessa hoitotyössä, pidämme keskeisimpinä Oulun yliopiston hoitotieteen laitoksen professori Sirpa Janhosta ja terveystieteiden tohtoreita Eila Latvalaa sekä Päivi Vuokila-Oikkosta. Viittaamme perehdytysmateriaalissamme heidän väitöskirjoihinsa ja tieteellisiin artikkeleihinsa. Tässä yhteydessä esitämme muutamia heidän näkemyksistään yhteistoiminnallisuudesta.

Jotta ymmärtäisi mihin yhteistoiminnallisuus sijoittuu psykiatrisen hoitotyön kentällä ja mikä sen merkitys on, pitää nähdä myös yhteistoiminnallisuuden alkujuuria ja syntymistä Suomen psykiatrisen hoitotyön kentälle. Vuokila-Oikkonen (2002: 23-24) on omassa väitöskirjassaan selvittänyt yhteistoiminnallisuuden lähtökohtia. Sen kehittymiseen ovat vaikuttaneet monet tekijät. Ensimmäisenä Vuokila-Oikkonen mainitsee terapeuttisen yhteisön tutkimuksen 1970-1980-luvuilla, perustuen Maxwell Jonesin Englannissa kehittämän terapeuttisen yhteisön ajatteluun. Tällöin jo terapeuttisessa yhteisössä oli korostunut tasa-arvoisuus, avoimuus, demokraattisuus ja yhteisöllisyys. Mikä tärkeintä ajattelusuunnassa korostui potilaan aktiivinen mukaan ottaminen oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Suomessa psykiatrista hoitoa kehitettiin järjestelmällisesti terapeuttisen yhteisön suuntaan 1970-luvulta alkaen Veikkolan Parantolassa ja Oulun yliopistollisen sairaalassa psykiatrian klinikalla. Vuokila-Oikkonen mainitsee toiseksi yhteistoiminnallisuutta psykiatrisessa hoidossa kehittäneeksi tekijäksi Turun skitsofreniaprojektin ja vuosina 1981-1987 toteutetun valtakunnallisen skitsofreniaprojektin. (Vuokila-Oikkonen 2002: 23-24.)

Vuokila-Oikkosen väitöskirjassa tulee esiin sekin keskeinen asia yhteistoiminnallisesta hoidosta, että valta on jaettu siihen osallistuvien kesken ja hoidosta ovat vastuussa kaikki siihen osallistuvat. Yhteistoiminnalliseen hoitoon osallistuvien tulee myös löytää ja tukea potilaan omia voimavaroja. (Vuokila-Oikkonen 2002: 23-24.) Latvala on väitöskirjassaan (1998: 60) todennut psykiatrisesta hoitotyöstä, että siitä voidaan tunnistaa kolme eri tyyppiä: kasvattava, varmistava ja yhteistoiminnallinen. Väitöskirjassa nähtiin, että potilaan pärjäämiseen laitoshoidossa vaikuttavat potilaan oma kyvykkyys selviytyä, hoitotyön tarve ja tavoite sekä selviytymistä tukevat auttamismenetelmät. Potilaan ongelmien ja voimavarojen huomiointi muodostuvat

keskeiseksi, ja ratkaisujen etsiminen yhteistyössä potilaan ongelmiin nousi tärkeäksi tavoitteeksi. (Latvala 1998: 45-47.)

Janhonen (1999) on esittänyt sen, että yhteistoiminnallista hoitoa toteutetaan potilaan, hänen määrittelemiensä läheisten sekä terveyden- ja sosiaalihuollon asiantuntijoiden välisinä yhteistyöneuvotteluina. Yhteistyöneuvottelu on potilaan hoitoprosessin aikana järjestettävä tapaaminen, jonka tavoitteena voi esimerkiksi olla potilaan hoidon tai jatkohoidon suunnittelu. Yhteistoiminnallisuuden vastakohtana voidaankin hänen mukaansa pitää asiantuntijalähtöistä psykiatrista hoitoa. (Janhonen 1993:157-169; 1999: 27-34.)

Vuokila-Oikkonen tuo väitöskirjassaan (2002: 26) esiin yhteistoiminnallisuudesta sen, että siinä hoidon tarve tunnistetaan muutoksen tarpeena. Tällöin yhteistoiminnallisen hoidon tavoitteet ja toiminta ovat potilaalle mielekkäitä, koska hänellä on mahdollisuus ottaa vastuuta omasta hoidostaan. Tämä kertoo mielestämme siitä, että kun potilas otetaan mukaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, myös hänen mielenkiintonsa omaa hoitoaan kohtaan ja mahdollisuudet tehokkaampaan toipumiseen paranevat. Vuokila-Oikkonen selvittää väitöskirjassaan (2002: 28) yhteistoiminnallisen hoidon ja suomalaisen perheterapeuttisen tutkimuksen yhteyksiä, minkä myös me näimme selkeästi tätä perehdytysmateriaalia kootessamme. Hyvin paljon teoriaosuudestamme on peräisin perheterapeuttisista julkaisuista tai perheterapeuteiksi opiskelleiden lääkärin, psykologien ja hoitotieteilijöiden väitöskirjoista.

3.3 Hoitokokouksen ja perhetapaamisen keskeisimpiä menetelmiä

Psykiatrisessa hoidossa sovelletaan monia menetelmiä ja usein ne eivät ole toisiaan poissulkevia hoidettaessa potilasta ja huomioitaessa tämän perhettä kokonaisvaltaisesti. Yhteistoiminnallisessa hoitokokouksessa ja perhetapaamisessa psykiatrisia hoitomenetelmiä yhdistyy useita. Kuvaamme seuraavissa kappaleissa yhteistoiminnallisuutta ja hoidollisia menetelmiä jotka liittyvät siihen.

3.3.1 Potilaslähtöisyys

Yhteistoiminnallista hoitoa voidaan tarkastella potilaskeskeisyyden ja potilaslähtöisyyden käsitteillä. Käsitteet ovat toistensa lähikäsitteitä ja niitä käytetään usein synonyymeina. Käsitteet sisältävät samoja ilmiöitä, mutta niistä on löydettävissä myös eroavuutta. Potilaat haluavat, että heitä hoidetaan potilaskeskeisesti tai potilaslähtöisesti. Molemmat lähtökohdat korostavat asiantuntijan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen merkitystä. Vuorovaikutuksessa tärkeää on kuulla, mitä potilaalla on sanottavaa omasta tilanteestaan ja tunteistaan tai mikä hänen mielestään on hoidon tarve. Molemmat lähtökohdat edellyttävät myös potilaan koko persoonan huomioimista hoidossa. Vaikka potilaslähtöinen hoito sisältää samoja elementtejä kuin potilaskeskeinen hoito, potilaslähtöisessä hoidossa korostuu potilaan ja asiantuntijan yhteistoiminnallinen suhde potilaan hoidon aikana. (Janhonen 1999: 27-34.)

Kaisa Koivisto (2003) tutki väitöskirjassaan aikuisten potilaiden kokemuksia autetuksi tulemisesta psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Väitöskirjassa esitettiin potilaiden autetuksi tulemistä edistäviksi tekijöiksi osaston ilmapiiri sekä potilaiden positiivinen kohtelu. Vuorovaikutuksellisista tilanteista autetuksi tulemistä edistivät keskustelut oman hoitajan tai hoitajien kanssa, hoitoneuvottelut, joihin omaiset osallistuivat, ja vaikutusmahdollisuus omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Koivisto 2003: 57.)

3.3.2 Dialogisuus

Dialogissa oleminen on vähintään kahden ihmisen vuorovaikutusta, jossa molemmat huomioivat toisensa ja vastaavat toisilleen, ja jossa he sovittautuvat toistensa toimintoihin. Dialogi tapahtuu tässä ja nyt, joka edellyttää yhteistoiminnallista suhdetta osapuolten välillä. Olennaista on asioiden pohtiminen yhdessä ja toisten kuunteleminen. Jokainen sanoo mielipiteensä ja ottaa kantaa toisten näkemyksiin. Dialogisen keskustelun tunnusmerkkejä ovat aitous, avoimuus, turvallisuus, kiireettömyys, pakottomuus, samanarvoisuus, kiinnostuneisuus, jaettavuus, joustavuus sekä vastuullisuus. (Haarakangas 2008: 25- 30, 35 – 36.)

Yhteistoiminnallinen psykiatrinen hoitotyö perustuu osallistumiselle ja avoimelle dialogille, mikä tarkoittaa sitä, että hoitaja kuuntelee potilaan tarinan, tukee potilasta sekä ymmärtää heidän tarpeitaan arkisesta elämästä selviytymiseksi (Vuokila-Oikkonen ym. 2002: 190). Avoimessa dialogissa luovutaan henkilökunnan hoidonsuunnittelukokouksista ja keskustellaan sekä hoidettavaan ongelmaan että hoidon suunnitteluun liittyvistä asioista kaikkien asianosaisten läsnä ollessa. Tämä lisää potilaan ja hänen läheistensä psyykkisiä voimavaroja, jotka auttavat selviytymään kriisistä. (Seikkula ym. 2004: 289).

Työryhmän ensimmäinen tehtävä hoitokokouksessa on dialogisen suhteen luominen kaikkien osapuolten välille. Työryhmän vastuulla on dialogin synnyttäminen ja ylläpitäminen eli luodaan uusia ja terapeuttisia merkityksiä ja lisätään yhteistä ymmärrystä asioista. (Seikkula 1999).

3.3.3 Verkostokeskeisyys

Yhteistoiminnallisissa hoitokokouksissa ja perhetapaamisissa toimitaan verkostokeskeisesti, joten perehdytyksessämme olemme käsitelleet myös tätä aihealuetta syvemmin. Kirjoitimme esityksemme tietoa syventävään osuuteen perheen ja verkoston määrittelystä, verkostotyöskentelystä ja esittelimme verkostokartan.

Voidakseen toteuttaa perhe- ja verkostokeskeistä hoitoa, on voitava määritellä verkosto ja perhe. Kuitenkin nykypäivänä perheen käsite ei ole aivan yksiselitteinen ja potilaan perheeseen voikin kuulua perinteistä perhekäsitystä laajentavia henkilöitä. Kun lähdetään miettimään mikä oikeastaan on taas potilaan sosiaalista verkostoa, niin Seikkula (1994:27-32, 52) on ratkaissut asiaa todeten, että se on yksilön kokemus siitä, kenen kanssa hän on tekemisissä, keneltä voi saada apua ja ketkä ovat toistensa kanssa suhteissa. Tästä voi nähdä, että verkosto muodostuu lopulta perheen ja sukulaisten lisäksi myös työ- tai kouluyhteisöistä, naapureista, ammattiauttajista, viranomaisista, yleensä kaikista joiden kanssa ihminen on tekemisissä. Haarakankaan (2002: 88-96) mukaan sosiaalinen verkosto tarkoittaa niitä tärkeitä henkilöitä, joiden kanssa ihminen on tekemisissä ja joilla on hänelle tunnesisällöllistä ja välineellistä merkitystä. Erityisen tärkeitä ovat vastavuoroiset ihmissuhteet. Verkoston merkityksestä potilaalle

Haarakangas (2002: 88-96) mainitsee sen, että ihmiset voivat tarjota tukeaan kriisitilanteissa ja verkosto voi toimia myös puskurina.

Verkostokeskeinen työtapa on vahvasti nykypäivää suomalaisessa psykiatriassa, ja myös tämän suuntauksen kehittymiseen on löydetävissä alku vuosikymmenien takaa (Haarakangas 1997: 15). Verkostotyöskentely vaatii työntekijöiltä aivan tietynlaista työtettä ja periaatteita. Muun muassa Haarakankaan (2002) näkemys on, että avoimen dialogin periaate voi toimia hyvin myös verkostotyöskentelyn pohjana. Tällöin työskentelyn pohjalla olisi ajattelua missä vaalitaan moniäänisyyttä, dialogisuutta ja reflektiivisyyttä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että jokaisella osallistujalla on mahdollisuus sanoa sanottavansa, kaikkia kuunnellaan ja ajatukset jaetaan yhdessä. (Haarakankangas 2002: 88-96.)

Verkostokartta on aivan erityinen apuväline verkostoterapeuttiseen työskentelyyn ja sen avulla voidaan tarkastella monia potilaan sekä tämän verkostoon liittyviä asioita. Verkostokartasta nähdään perheen vuorovaikutusta tai vastavuoroisuutta, rakenteellisia ominaisuuksia eli henkilöiden lukumäärää, ryhmittelyä ja tiheyttä. Siinä voidaan kertoa myös verkoston funktionaalisisista ominaisuuksista, eli mitä merkityksiä verkoston jäsenten toiminnalla on potilaan elämään. Hyödyllistä voi olla pyytää potilasta nimeämään hänelle keskeisin henkilö. Tällöin voidaan huomata että tämän henkilön puuttuminen tai vetäytyminen voi olla yksi tekijä potilaan kriisiytyneen tilanteen taustalla. (Seikkula 1994: 22-23, 29)

3.3.4 Voimavarakeskeisyys

Perehdytysmateriaalissamme on tuotu vahvasti esille voimavarakeskeisyys, koska yhteistoiminnalliseen psykiatriseen hoitotyöhön liittyvät potilaan voimavarat, ympäristön voimavarat, sekä hoitohenkilöstön taidot (Latvala 1998: 17-18). Yhteistoimintamallinen hoitotyö on potilaan ja hoitajan välistä yhteistyötä. Se on potilaslähtöinen tapa tehdä hoitotyötä, jossa otetaan huomioon potilaan voimavarat. (Latvala 1998: 21.) Yhteistoiminnallisuuteen pyrkivää yhteistyötä psykiatrisessa hoidossa on kuvattu myös potilasta tukevana sosiaalisena verkostona ja yhteistyöneuvotteluja verkostokokouksina. Sosiaalinen verkosto on ihmisen voimavara selviytymisessä. (Vuokila-Oikonen 2002: 27.)

Voimaantumisen orientaatio pitää tärkeänä oman äänen kuulemisen ja sisäisen puheen valmiuksia oman toiminnan, tunteiden, toiveiden, osaamisen, kommunikaatiotilanteiden, onnistumisten ja epäonnistumisten sekä muutostarpeiden analysoinnissa, ja yksilöiden oman äänen kuulemisen yhteyttä yhteisön muiden jäsenten ymmärtämiseen ja keskustelukulttuurin kehittämiseen. (Siitonen, Robinson 2001: 6-7.)

3.3.5 Hoitokokous

Hoitokokouksesta kirjoitimme perehdytysmateriaalin syventävään tiedon osaan melko laajasti hoitokokouskäytännön synnystä ja sitä kehittämässä olleiden asiantuntijatyöryhmien hoitokokoukselle antamista merkityksistä. Tässä raportissa on nähtävissä joitakin keskeisinä pitämistämme asioista ja mainittuna hoitokokous työskentelyn pioneereja kuten LKT Alanen, LKT Aaltonen, PsT Haarakangas ja PsT Seikkula. Perhekeskeisen psykiatrisen hoidon perustapahtuma, niin sairaalassa kuin avohoidossakin, on hoitokokous. Se on foorumi, jossa potilas ja hänelle läheiset ihmiset ovat kokoontuneet keskustelemaan hoitavan työryhmän jäsenten kanssa. (Haarakangas 1997:14)

Kiteyttäen hoitokokouksen merkityksen voidaan sanoa, että hoitokokouksessa pyritään integroimaan yhteen kaikki käytettävissä olevat hoitomuodot. Hoitokokouksessa on aina yhteisenä tavoitteena potilaan ja hänen läheistensä voimavarojen ottaminen käyttöön akuutista kriisistä selviämiseksi. (Seikkula ym. 2004: 289.)

Hoitokokousten alkuna pidetään Turun psykiatrian klinikan psykoosiosaston työryhmän 1980-luvun alussa aloittamia säännöllisiä yhteistapaamisia hoitoon tulevien potilaiden ja heidän perheenjäsentensä tai muiden läheisten kanssa. Näitä yhteistapaamisia alettiin kutsua hoitokokouksiksi, koska niillä osoittautui olevan merkittävä hoidollinen vaikutus. (Haarakangas 1997: 14; Aaltonen 1999: 76; Alanen 1999: 64).

Keroputaan sairaalassa kehitystyö alkoi skitsofreniaprojektin aikana 1980-luvun alkupuolella. Keroputaalla hoitokokouskäytäntö aloitettiin vuonna 1984. Jokaisen sairaalaan tulleen potilaan omaiset ja potilasta avohoidossa hoitaneet kutsuttiin yhteiseen keskusteluun. Tällä pyrittiin tehostamaan ja nopeuttamaan hoidon aloitusta

sairaalassa. Usein jo tässä kokouksessa päädyttiin kotiuttamiseen ja avohoidon järjestämiseen. Hoitokokouksessa kaikista potilaan ongelmaan, sen analyysiin, hoidon suunnitteluun ja hoitopäätöksiin liittyvistä asioista keskustellaan alusta lähtien kaikkien asianosaisten ollessa läsnä (Seikkula ym. 2004: 290).

3.3.6 Narratiivisuus

Narratiivisuus käsitettä päätimme avata syvemmin, koska narratiivisuus eli kerronnallisuus liittyy hyvin tiiviisti yhteistoiminnallisuuteen ja toisaalta yleensä psykiatrisen potilaan terapeuttiin hoito prosesseihin. Vuokila-Oikkosen (2002) mukaan yhteistoiminnallisessa mallissa jokaisen yhteistyöhön osallistujan kertomuksen tulee olla yhtä tärkeässä asemassa.

Narratiivi-käsite on peräisin latinan kielestä jonka verbi 'narrate' tarkoittaa kertomista ja substantiivi narratio kertomusta. Englannin kielessä kantasanat ovat muuttuneet verbiksi narrate ja substantiiviksi narrative. Narratiivista on suomen kieleen jäsentyneet käsitteet kertomus (narrative) ja tarina (story). (Vuokila-Oikkonen 2002: 38 - 39.) Narratiivinen lähestymistapa hoitokokouksissa ja perhetapaamisissa ovat terapeutisia prosesseja, joissa narratiivisuus lähestymistapana voi olla olennainen interventio hoitamisessa ja tukemisessa, sen avulla voidaan edistää tai lisätä terapeutisuutta hoidossa (Vuokila-Oikkonen 2002: 70).

Uuden kertomuksen luominen potilaan kokemuksille voi tapahtua, kun hoidossa mukana olevat ihmiset ovat saaneet jonkinlaista käsitystä potilaan kokemuksista ja voivat oman jäsentämisensä kautta tarjota potilaille erilaisia kertomuksia. Tätä voidaan tehdä esimerkiksi hoitokokouksissa. Niihin osallistuu potilaan ja perheenjäsenten lisäksi moniammatillinen työryhmä, joka keskustelee kokouksen aikana kuulemastaan ja näkemästään. (Holma 1999: 45 – 47.)

3.3.7 Psykiatrasta hoitoa ohjaava lainsäädäntö

Psykiatrasta hoitotyötä ohjaavat monet lait ja asetukset. Laki on hyvin keskeinen elementti psykiatrisessa hoidossa. Kokosimme dokumentiksi muutamia keskeisimpiä lakeja. On nähtävissä, että moniin hyviin työtapoihin ja toimintamalleihin siirtymistä ohjaavat useat lait. Yhteistoimintamallin taustalla perhekeskeisyyteen ja verkostotyöskentelyyn ohjaa muun muassa kansanterveyslaki (Kansanterveyslaki 66/1972 § 14), jossa edellytetään yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Näitä lakeja voidaan tarkastella yhteistoimintamallin mukaisesta hoitotyön näkökulmasta. Tällöin voidaan huomata että yhteistoimintamalli vastaa moniin lain terveydenhuollolle asettamiin vaatimuksiin. On myös tiettyjä tilanteita kuten tahdonvastainen hoito, milloin yhteistoimintamallin mukaiselle hoidolle asetetaan erityisiä haasteita. Yhteistoimintamallissa korostetaan hoidon perustumista vapaaehtoisuuteen ja siihen tuetaan potilasta lähtökohtaisesti, sekä kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta (Roivas-Mäkinen ym. 2006).

3.3.8 Perhekeskeisyys

Perheen huomiointi ja ottaminen aktiivisesti mukaan psykiatrisen potilaan hoidossa on olennainen osa yhteistoimintamallin mukaista hoitoa. Pehdytysmateriaalissamme toimme perhekeskeisyyden vahvasti esille suuntana johon psykiatrinen hoito on ollut kaiken aikaa siirtymässä ja osoitimme tämän hoitosuunnan kehittymistä vielä historian valossa, eri tutkimushankkeisiin perustuen.

Perhekeskeisyys psykiatriassa on vuosikymmenien monitieteisen kehitystyön, tutkimuksen ja moniammatillisten työryhmien työskentelyn tulosta. Perhekeskeisyys ja perhettä huomioivat hoitomenetelmät ovat olleet näkyvissä suomalaisessa psykiatrisessa hoidossa kehityssuuntana aina 1970-luvulta alkaen. Turun psykiatrian klinikassa alkoi vuonna 1976 skitsofrenian psykoterapeuttisen ja perhekeskeisen hoidon kehittämiseen kohdistuva tutkimusprojekti. Suomen mielenterveysseuran aloitteesta ja RAY:n rahoittamana käynnistettiin perheterapiakoulutus vuonna 1978. Käynnistäjinä toimivat tuolloin Jukka Aaltonen, Yrjö Alanen, Heimo Salminen ja Esko Varilo. (Aaltonen 1999: 6.)

Valtakunnallisesti psykiatrasta terveydenhuoltoa alettiin kehittää enemmän avohoidon ja perhekeskeisyyden suuntaan, kun mielenterveyskomitean mietintönä 1984, korostettiin: mielisairaalapaikkojen edelleen vähentämistä ja avohoidon kehittämisen tarvetta, psykoottisten avohoitopotilaiden ja pitkäaikaishoitopotilaiden hoidon keskeisyyttä, nopean ja tehokkaan kriisihoidon tärkeyttä, perhekeskeisyyttä ja monipuolisen terapiakoulutuksen tarvetta. (Haarakangas 1997: 13)

Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti (1981-1987) loi pohjaa Suomen oloihin soveltuvalla perhekeskeiselle hoidolle (Alanen 1993). Se käsitti kaksi valtakunnallista tutkimus- ja kehittämisprojektia USP (uusien skitsofreniapotilaiden hoitomalli) ja PSP (pitkäaikaishoitopotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittäminen). Myöhemmin USP -projektin hyvät tulokset ja suositukset johtivat uuden valtakunnallisen projektin syntyyn, nimeltään API-projektiin (akuutin psykoosin integroidun hoidon tutkimusprojekti). Kehityksen seurauksena Keroputaalla luovuttiin henkilökunnan keskinäisten hoitosuunnittelu-kokousten pidosta ja hoitokokouskäytäntö aloitettiin vuonna 1984. Yhteiseen keskusteluun kutsuttiin jokaisen sairaalaan tulleen potilaan omaiset ja potilaan avohoidon työntekijät. Hoitokokouksessa on vahvasti kyse potilas- ja perhekeskeisestä ajattelusta, koska kaikista potilaan ongelmaan, sen analyysiin, hoidon suunnitteluun ja hoitopäätöksiin liittyvistä asioista keskustellaan alusta lähtien kaikkien asianosaisten ollessa läsnä. On tärkeää huomata tässä prosessissa se, että perhe muuttuu hoitotoimenpiteiden kohteesta yhteistyökumppaniksi ja yhteisen prosessin osapuoleksi. (Seikkula ym. 2004: 289-290.)

Kansallinen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmassa pidettiin tärkeänä potilaan osallistumista aktiivisesti omaan hoitoonsa. Korostettiin että potilas ja myös hänen omaisensa tarvitsevat tukea kyetäkseen osallistumaan ja selviytymään jokapäiväisessä elämässä. Kaikkiaan voidaan löytää runsaasti yhteneväisyyksiä niin suomalaisesta perheterapeuttisesta tutkimuksesta kuin yhteistoiminnallisen hoidon tutkimuksesta. (Vuokila-Oikkonen 2002: 28.)

3.3.9 Moniammatillinen työryhmä

Yhteistoiminnallisuuden edellytyksenä on moniammatillisen työryhmän ymmärrys mallista ja siihen sitoutuminen (Yhteistoimintamalli-posteri 2008). Psykiatrinen hoito

on väistämättä moniammatillista, jolloin hoitoon osallistuu lääkäreitä, hoitajia, sosiaalityöntekijöitä, psykologeja ja monia eri terapeutteja. Olennaista kuitenkin on miten yhteistyötä tehdään moniammatillisesti ja pääseekö kaikkien asiantuntijuus esiin. Merkityksellistä on myös se, että hyödynnetäänkö jokaisen osaamista riittävästi. Toimme moniammatillisuuden käsitteen esiin perehdytysmateriaalissamme.

Moniammatillinen työryhmä koostuu asiantuntijoista, jotka yhdistävät tietonsa ja taitonsa potilaan hoidon eri vaiheissa. Yhteinen ymmärrys syntyy vuorovaikutuksessa, jossa monipuolisen tiedon ja eri näkökulmien saattaminen yhteen tuottaa enemmän kuin yksittäisen asiantuntijan näkökulmasta muodostettu ymmärrys voisi olla. Asetettujen tavoitteiden saavuttaminen on jokaisen moniammatillisen työryhmän jäsenen vastuulla. Kaikkien on tuotava esiin oman asiantuntijuutensa. Jokainen työryhmän jäsen ymmärtää mallin idean ja toimii sen mukaisesti. (Yhteistoimintamalli psykiatrisen potilaan hoidossa –taulukko 2008.)

Vuokila-Oikkonen viittaa väitöskirjassaan API-projektiin (akuutin psykiatrisen hoidon integroitu hoito-projekti), jossa moniammatillisen työryhmän toiminta potilaan hoidossa on nähty merkittävänä. Oli huomattu että moniammatillisen työskentelyn kautta potilaan hoidollisiin tarpeisiin on voitu vastata riittävän laaja-alaisesti. On myös muistettava että moniammatillisuus ei kuitenkaan sulje pois potilaan ja hoitajan välisen keskustelun merkitystä. Moniammatillisuudessa arvostetaan myös yksilöllistä hoitosuhdetta, ja jokaiselle potilaalle nimetään omahoitaja mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoidon alussa. (Vuokila-Oikkonen 2002: 25.)

Moniammatillinen työryhmä vastaa yhdessä potilaan hoidosta. Kenenkään ammattitaitoa ei saa kyseenalaistaa, vaan keskustelu tulee käydä kaikkien mielipiteitä kunnioittavassa ilmapiirissä, vaikka erilaisia näkemyksiä tulisi esille. (Seikkula ym. 2004: 293.)

3.3.10 Ei-tietämisen asenne

Ei-tietämisen asenne, myös 'Non-Expertee positiona' tunnettu käsite, herätti mielenkiintomme. Tutkittuamme käsitteen alkuperää ja merkityksiä tarkemmin huomasimme, että se oli hyvinkin keskeinen asia yhteistoiminnallisessa hoidossa ja tärkeä tuoda myös perehdytyksessämme esiin. Vuokila- Oikkonen (2002) on todennut,

että yhteistoiminnallinen hoito ja suomalainen perheterapeuttinen tutkimus molemmat korostavat terveydenhuollon asiantuntijuuden kehittymistä. Tällöin asiantuntijuudessa korostuu ei-tietäminen ja tasa-arvoisuus, sen sijaan että asiantuntijuus olisi kaiken tietämistä tai hallintaa. Ei-tietämisen asenteen omaksunut asiantuntija tekee yhteistyötä potilaan lähtökodista ja tarpeista. (Vuokila-Oikkonen 2002: 30)

Yhteisen dialogisen kielen omaavan psykoterapian peruselementtejä on se, että terapeutit eivät ole asiantuntijoita, jotka tietävät vastauksia kysymyksiin, vaan he välttävät valmiiden ratkaisuiden antamista ja pyrkivät ns. Non-expertee positioon. Terapeuttien asiantuntemus on ensisijaisesti dialogisen keskustelun synnyttämisen asiantuntemusta (Seikkula 1999: 93; 1995: 21-42; Haarakangas 1997:114)

Perheterapeuttisissa teorioissa on käsitelty terapeutin asiantuntijuutta ja ”ei-tietämisen positiota”. On esitetty, että terapeutin tulisi omaksua positio, jossa hän ei anna aikaisemman kokemuksen tai teoreettisen totuuden ja tietämyksen rajoittaa ymmärrystään ja tulkintaansa terapiatilanteessa ”position of not-knowing”. (Anderson - Goolishian 1992: 25-29). Terapeutin on asetettava asemaan, jossa hän pysyy aina asiakkaan informoimana. Kyse on jatkuvasta pyrkimyksestä kyseenalaistaa yleisiä annettuja merkityksiä, se on itsestänselvyyksien kysymistä. (Laitila ym. 2001: 309-322)

Ei-tietämisen asenne käsitteen käyttöön ottanut Harlene Anderson on määritellyt sen seuraavasti sanoen: ” Se liittyy siihen, miten terapeutti asennoituu tietämiseensä ja millä tarkoituksella hän tarjoaa sitä muille. Meidän tehtävänäme ei ole kertoa, millainen hyvän tarinan pitäisi olla. Asiantuntemuksemme ilmenee pikemminkin kyvyssä kutsua ihmisiä siihen henkiseen tilaan, jota nimitän dialogisen keskustelun kollaboratiivisuudeksi. (Malinen 2008: 20.)

Terapeutin oma merkityksenanto, hänen tulkintansa, voi sulkea ajatuksista pois muut mahdollisuudet, jolloin ajattelu muuttuu monoloogiseksi, lopulliseksi. Siinä vaiheessa kun terapeutti alkaa ”tietää” tai luulee ymmärtävänsä, hän kadottaa ajattelustaan dialogisen vapauden. Asiakkaiden äänen kuuleminen on mahdollista, mikäli terapeutit malttavat viivyttää oman asiantuntijaäänensä esilletuloa. (Haarakangas 2001: 122.)

3.3.11 Reflektiivisyys

Psykiatrisessa hoitotyössä reflektiivisyys on työväline monella tavalla. Toisaalta reflektio on työntekijän oman toiminnan tarkastelua, jatkuvaa aktiivista itse arviointia, joka auttaa kehittämään työntekijän työssä tarvittavaa herkkyyttä. Toisaalta reflektiota voidaan käyttää yksilökeskeisessä ja perhekeskeisessä hoidossa tekniikkana. (Kiviniemi ym. 2007.)

Reflektiivinen työskentely on myös työtapa kohdattaessa potilasta yksilökeskeisesti. Työntekijä käyttää reflektiota potilaan kohtaamisessa kun hän heijastaa takaisin potilaan viestin ilman, että merkitys muuttuu. Työntekijä voi reflektoida myös potilaan viestin kielellistä ja ei-kielellistä tunnesisältöä. Reflektointi antaa potilaalle mahdollisuuden, joko vahvistaa tai korjata työntekijän sanomaa, mikä selkeyttää hänen omia ajatuksiaan. Lisäksi reflektointi on aina viestiä potilaalle siitä, että häntä on kuunneltu ja yritetty ymmärtää. (Kiviniemi ym. 2007.)

Reflektiivistä työskentelyä voidaan käyttää myös parityöskentelyssä siten, että terapeuttipari alkaa keskustelun jossakin vaiheessa pohtia kuulemaansa yhdessä. On nähtävissä, että reflektiivinen työtapa edellyttää työntekijöiltä asioiden ääneen puhumista, mahdollisten omien keskeneräisten ajatusten esiintuomista ja keskeneräisyyden hyväksymistä. (Seikkula 1999: 87-93.)

Reflektiivinen tiimi syntyi alun perin systeemisen perheterapian uudenaikaiseksi työmuodoksi ja sitä käytettiin yhtenä menetelmänä perheterapeuttisessa tilanteessa. Käytännössä reflektiivinen tiimi toimii siten, että terapeutti tai terapeutit haastattelevat perhettä ja tätä seuraa vieressä reflektiivinen tiimi eli seurantaryhmä, jonka on täytynyt tuki esittäytyä perheelle jo alussa. Seurantaryhmä seuraa keskustelua hiljaa omassa sisäisessä dialogissaan. Tämä seurantaryhmä voi olla joko yksisuuntaisen peilin takana tai samassa huoneessa, mutta kuitenkin erillään terapeuteista ja perheestä. Terapeutin esittämänä ajankohtana seurantaryhmän jäsenet alkavat pohtia keskenään kuulemaansa jolloin vastaavasti terapeutit ja perhe kuuntelevat tätä keskustelua. Seurantaryhmä esittää kommenttinsa pohdintoina tai kysymysten muodossa, eikä varmoina toteamuksina. He eivät myöskään katso perheeseen päin, jotta perheen mahdollisuus valita kuuntelemaansa asiat säilyy. Lopuksi terapeutti kysyy perheeltä haluavatko he kommentoida ryhmän kommentteja, mikä on täysin vapaaehtoista. (Seikkula 1999: 86.)

Avoimen dialogiin sisältyy myös reflektiivisyys. Itse reflektiossa tunnistetaan tunteet ja ajatukset, jotka tulevat omasta henkilöhistoriasta tai jotka ovat vastausta johonkin muuhun kuin siihen, mitä keskustelussa on meneillään. Työryhmän keskinäinen reflektio on keskustelua hoitokokouksesta tai työryhmässä heränneistä tunteista potilaan ja hänen läheistensä kuunnellessa. (Haarakangas 1997: 114, 2002: 88-96.)

3.3.12 Lasten huomioiminen

Psykiatrisessa hoidossa on aina huomioitava se onko potilaalla lapsia ja mikä on heidän tilanteensa. Lähtökohtaisesti lastensuojelulaki ja päihdehuoltolaki velvoittavat hoitavaa viranomaista huomioimaan aina myös lapsen hoidon ja tuen tarpeen, mikäli vanhemmalla on mielenterveysongelmia tai päihdeiden väärinkäyttöä (Lastensuojelulaki 417/2007 § 10). Potilas voi osastohoidon alkuvaiheessa ajatella sairautensa koskettavan vain häntä itseään ja kieltää kaiken yhteydenoton perheeseen. Kuitenkin henkilökunnalla on velvollisuus varmistua etteivät alaikäiset lapset jää vaille hoitoa vanhemman sairauden ja osastohoitoon tulon takia. Lastensuojelulaki menee aina vaitiolo-velvollisuuden edelle.

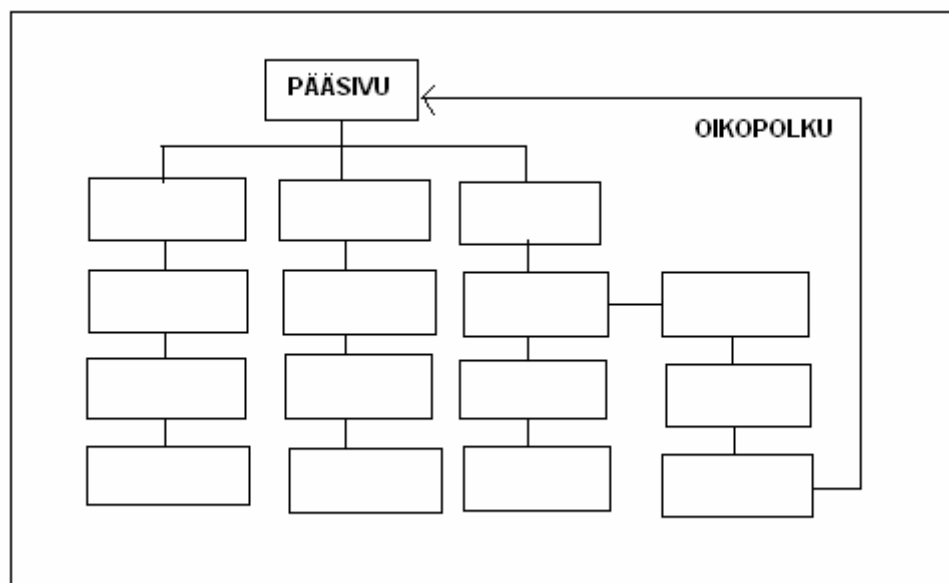
Sairastuneen vanhemman kokonaisvaltainen hoito edellyttää myös vanhemmuuden näkökulman ja perheen tilanteen huomioimista osastohoidon aikana. Vanhempaa auttaa hänen elämäntilanteensa, perheensä ja erityisesti lasten huomiointi. Vanhemmuutta tukemalla autetaan sekä vanhempaa itseään että hänen lapsiaan (Kanniainen 2005: 6-19). On olemassa työmenetelmiä, joilla voidaan auttaa vanhempia ja tukea lasten kehitystä. Näitä ovat keskustelut vanhempien ja koko perheen kanssa sekä lasten ja vanhempien vertaisryhmät ja perhekurssit, joilla pohditaan perheen tilannetta ja mietitään yhdessä ratkaisuja (Solantaus 2001).

3.4 Verkkoperehdytyksen tietopohja

Verkkoperehdytyksen tekemiseksi etsimme tietoa verkkoperehdytysten yleisestä rakenteesta, rakennekaavioista, verkkomateriaalin ominaispiirteistä, luettavuudesta, käytettävyydestä, tekijän oikeuksista ja käyttöoikeuksista. Löysimme paljon

kirjallisuutta ja tietoa verkkosivujen tekemisestä, mutta työmme edetessä vain muutammat valikoituivat meille avuksi.

Meidän oli verkkoperehdytystä varten luotava rakennesuunnitelma, missä perehdytyksen eri osa-alueet ja niiden toisiinsa kytkeytyminen jotenkin havainnollistettaisiin. Keränen ja Penttinen opastavat kirjassaan Verkkoppimateriaalin tuottajan opas (2007) osuvasti sen, että rakennesuunnitelmasta on apua laajojen oppimateriaalien koostamisessa. Heidän mukaansa rakennesuunnitelma on kaavio joka kuvaa, miten oppimateriaalin sivut linkittyvät toisiinsa. (Ks. Kuvio 1.) Rakenteen ylin taso on oppimateriaalin pääsivu. Pääsivun linkit viittaavat rakenteellisesti samalla tasolla oleviin sivuihin tai alemman tason sivuihin. Sivujen rakenteen ja käytön tulee olla helposti opittavissa. Keränen ja Penttinen ehdottavat että suunnittelussa noudatetaan kolmen linkin sääntöä. Kun käyttäjä löytää haluamansa tiedon kolmella napautuksella, sivujen rakennetta voidaan pitää onnistuneena. Rakennesuunnitelma toimii myös oppimateriaalituotannon työohjeena, josta hyötyvät kaikki tuotantoon osallistuvat. (Keränen ym. 2007: 166-167.)



KUVIO 1. Rakennesuunnitelma www-sivujen rakenteen kuvaamiseen. (Mukaien Keränen - Penttinen 2007)

Verkko-oppimateriaalin pedagogisella laadulla tarkoitetaan sitä, että oppimateriaali soveltuu luontevasti opetus- ja opiskelukäyttöön, tukee opetusta ja oppimista ja tarjoaa pedagogista lisäarvoa. Verkko-oppimateriaalin käytön ohjeet ovat helposti saatavilla ja

riittävän selkeät. Verkko-oppimateriaali sallii sisällön rajauksen, syventämisen tai laajentamisen. Verkko-oppimateriaalin tieto on merkityksellistä, ja se esitetään oppimista tukevalla tavalla. Tieto esitetään oppijalle omaksuttavassa muodossa. Käytettävyydellä tarkoitetaan oppimateriaalin rakenteen, teknisen toteutuksen ja käyttöliittymäsuunnittelun tuottamaa käytön sujuvuutta ja helppoutta. Käytettävyys on käyttäjän kokemus. (Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. 2008.)

4 PROSESSIKUVAUS

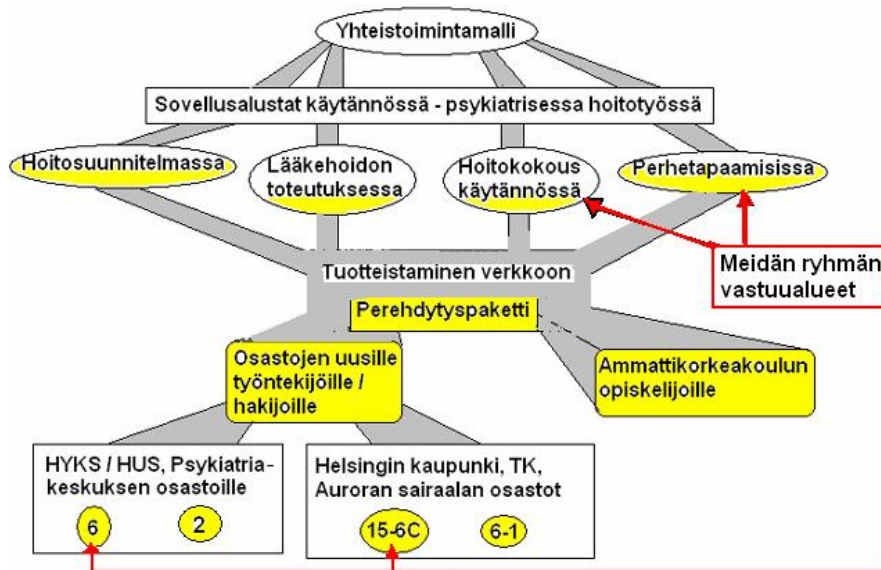
Opinnäytetyömme on kaikkiaan ollut hyvin monivaiheinen ja monitasoinen työ. Olemme edenneet ideavaiheesta aina työn suunnitteluun ja toteutukseen joustavasti. Hyvin suuri työmme prosessia on ollut tiedon etsintä ja käsittely, mutta vähintäänkin yhtä suuri osa on ollut luovaa työtä jossa on täytynyt kyetä yhdistämään monia eri tekijöitä toisiinsa. Esittelemme seuraavaksi työskentelymme eri vaiheita jäsentäen niitä opinnäytetyölle ominaisen etenemisen kautta.

4.1 Aiheen jäsenysvaihe

Saimme projektisuunnitelman hankkeesta, jonka kautta tutustuimme aiheeseen paremmin. Projektipäällikkönä toiminut Taru Ruotsalainen ehdotti yhteistoimintamallin psykiatrisen potilaan hoidossa tuotteistamista. Vaihtoehtoina oli muun muassa tehdä verkkokurssi tai verkkoperehdytystä. Saimme edelleen työstää tuotteen ideaa. Tutustuimme taustatietoon yhteistoiminnallisuudesta ja tästä projektista. Huomasimme, että hankkeessa on ollut mukana neljä eri pilottiosastoa, jotka olivat kukin painottuneet kehittämään yhteistoimintamallia oman erityisen kehittämiskohteensa kautta.

Hylkäsimme aluksi ehdotetun myytävän tuotteen eli verkkokurssin teon ja valitsimme perehdytyspaketin työstämisen pilottiosastoille, koska näimme, että siihen meillä oli realistisemmat mahdollisuudet. Tässä vaiheessa laadimme ensimmäisen rakennekaavion helpottamaan työmme hahmottamista. Samalla kaaviolla ehdotimme myös alustavaa työnjakoa eri opinnäytetyöryhmien välillä (Ks. Kuvio 2.) Tämä hyväksyttiin ja ryhmät jakautuivat kaavion mukaisesti. Ryhmämme yhteistyöosastoiksi määrittäytyivät valitsemamme perhetapaamisen ja hoitokokouksen kautta Auroran sairaalan osasto 15-

6C ja Psykiatriakeskuksen osasto 6, joissa kyseiset työskentelytavat olivat käytössä. Vielä tässä vaiheessa oli käsitys, että olisimme tehneet verkkosivut perehdytyksestä Helsingin kaupungin ja HUS:n intranetteihin.



KUVIO 2. Kaavio työnjaosta opinnäytetyöryhmien kesken

Etsimme alusta lähtien taustakirjallisuutta, sekä teimme kysymyksiä työelämän edustajille ja projektiryhmälle. Tässä vaiheessa pidimme yhteensä neljä palaveria projektiryhmän sekä muiden hankkeeseen liittyvien ryhmien kanssa. Nämä kokoukset olivat voimakkaasti työtämme ohjaava tekijä, koska niissä ideoitiin ja rajattiin tuotetta sekä suunniteltiin mahdollisimman yhtenäistä pohjaa koko työlle.

Osallistuimme Psykiatriakeskuksen luentosalissa 25.9.2008 järjestettyyn luentoon: Kerronnallisuus ja dialogisuus psykiatrisessa hoidossa, jonka esitti TtT Päivi Vuokila-Oikkonen. Kuten teoreettisesta viitekehiksestämme käy ilmi, Vuokila-Oikkosen väitöskirja yhteistoiminnallisuudesta psykiatrisen potilaan hoidossa, on yksi tärkeimmistä lähteistämme. Teimme myös tästä luennosta muistiinpanot ja hyödynsimme tietoa omaan työhömmme. Luennosta nousi esiin kaksi melko keskeistä käsitettä kerronnallisuus sekä dialogisuus, jotka kuuluivat myös yhteistoiminnalliseen hoitoon.

Olimme hyvin varhaisessa vaiheessa kontaktissa yhteistyö osastoihimme. Keräsimme tietoa käynneillämme 15.9.08 ja 17.9.08 yhteistoimintamallin näkymisestä käytännön työssä näillä osastoilla. Tiedustelimme myös heidän toiveitaan perehdytyksen sisällön,

käyttötarkoituksen ja ulkoasun suhteen. Kokosimme näistä neuvotteluista muistiot joiden pohjalta lähdimme työtä suunnittelemaan.

4.2 Työsuunnitelma vaihe

Kun lähdimme laatimaan varsinaista työsuunnitelmaa, projektimme oli jo vahvasti käynnissä. Hahmottelimme itse perehdytystä, sen rakennetta, mahdollista ulkoasua ja kävimme koko ajan läpi siihen käytettävää kirjallisuutta. Isompia kokouksia meillä oli suunnitteluvaiheessa kolme ja pienempiä palavereja pidimme usein. Tässä vaiheessa laadimme tehtävistä aikataulun (Ks. liite 5), johon kirjattiin myös tehdyt työt ja prosessin eteneminen. Sisältöä aloimme hahmotella osastokäyntien yhteydessä saaduista materiaaleista ja prosessikuvauksista. Työsuunnitelmassa kävimme läpi työn menetelmiä, prosessia ja työn tulosten tavoitteita. Lisäksi laadimme siihen riskeihin varautumissuunnitelman (Ks. kuvio 3.) ja viestintäsuunnitelman. Suunnitelmassa huomioimme myös resursseja mitä meillä oli käytettävissä ja mahdollisia kustannuksia mitä tämä työ toisi tullessaan. Budjettia meillä ei varsinaisesti ole ollut, koska kyse on kuitenkin opinnäytetyöstä, emmekä ole saaneet rahoitusta tähän. Suunnitelmassa oli ajatus ettemme itse joutuisi käyttämään taloudellisia resurssejamme kohtuuttomasti tämän teossa.

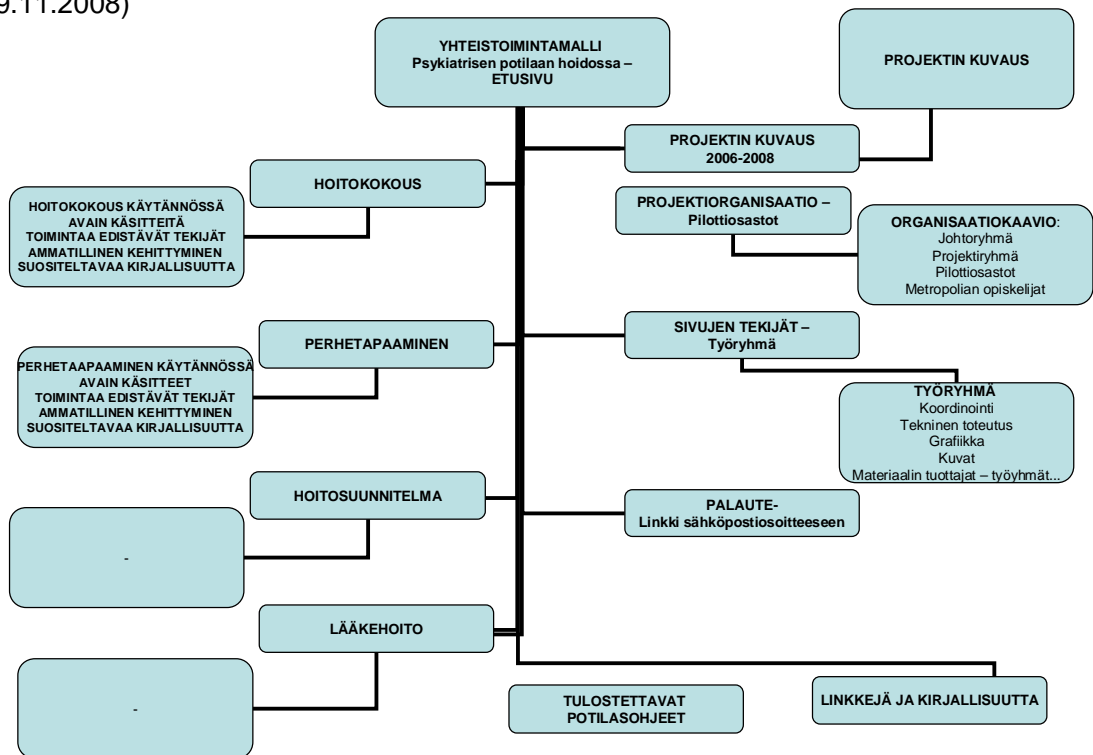
Laatineet: Suvi Kananen ja Annika Kulju 16.10.2008. Tarkistanut Vehmas 17.10.08

RISKIT	VARASUUNNITELMA
Aikataulussa pysyminen	Noudatetaan ja päivitetään kokoajan aikataulu suunnitelmaa. Priorisoidaan tehtävät ja tuotteen osat, ja tehdään tärkeimmät ensin. Jaetaan tehtävät ryhmänjäsenten kesken joustavasti.
Tuotteen istuvuus työyhteisöön ja heidän tietojärjestelmään	Tehdään tiivistä yhteistyötä alusta lähtien pilottiosastojen kanssa. Kuunnellaan pilottiosastojen tarpeita ja toiveita tuotteen käytölle Tarkistetaan ja arvioidaan pilottiosastojen kanssa tuotetta.
Ohjausta ei saa riittävästi, yhteisiä kokouksia ei ole riittävästi	Käytetään ohjausta hyväksemme: opinnäytetyön ohjaaja, pajat sekä projektipäällikkö että e-asiantuntijoiden konsultointi. Pyritään että projektitapaamisissa on vähintään yksi ryhmämme jäsenistä paikalla toimien edustajana ja tiedottaa poissaolleille ryhmän jäsenille keskeiset asiat. Käytetään sähköpostiliikennettä
Yhteistyö on vaikeaa: aikataulullisesti, tuotteen osat eivät sovi yhteen lopullisessa tuotteessa	Säännölliset palaverit muiden ryhmien kanssa. Aktiivinen tiedottaminen ryhmien kesken. Yhteinen toimintasuunnitelma osuus.
Rahoituksen ongelmat, omat kustannukset opinnäytetyön toteuttamiseksi kasvavat. Jokin tuotteen tuottamisen osa vaatii rahoitusta johon ei ole sitä mahdollista saada.	Arvioidaan etukäteen mahdolliset kulut ja pyritään pitämään ne minimissä. Pyritään sopimaan asioita työryhmän kesken samalla kun nähdään muutenkin koululla tai muissa yhteyksissä välttämättä korkeita puhelinkuluja. Hyödynnetään omia verkostoja, osajia lähipiirissä.

KUVIO 3. SWOT – Riskeihin varautumissuunnitelma

Teimme alustavan rakennesuunnitelman perehdytyksen sisällöstä www-sivujen rakennesuunnitelma mallin mukaisesti (Ks. kuvio 4.). Tässä alustavassa verkkosivujen rakennesuunnitelmassa jaottelimme yhteistoimintamallia eri perehdytysosioihin ja ehdotimme oman alueemme perhetapaamisen ja hoitokokouksen aiheita karkeasti. Kävimme alustavaa rakennesuunnitelmaa läpi yhteisissä kokouksissa. Aluksi tämä auttoi hahmottamaan työtämme konkretisoiden sitä ja helpotti työn etenemistä. Myöhemmin jouduimme luopumaan alustavasta rakennesuunnitelmasta, koska lopullisessa työssämme ei olisi tullut olemaan kaikkia ehdottamiamme osioita. Perehdytyksen sijainnin vahvistuttua ja esitysmuodon tultua PowerPoint -esitykseksi, muuttui myös rakennesuunnitelma.

Alustava rakennesuunnitelma
(9.11.2008)

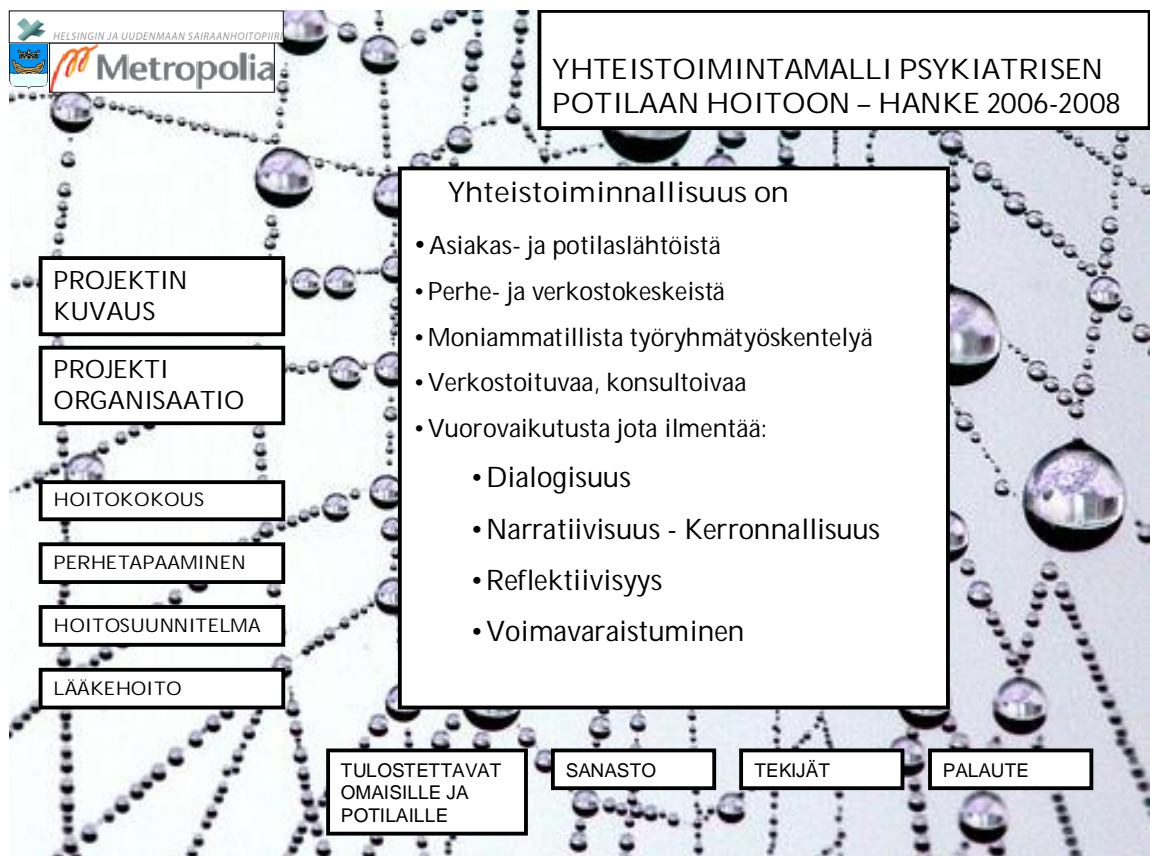


KUVIO 4. Alustava rakennesuunnitelma

Suunnitelmavaiheessa olimme luoneet rakennesuunnitelmamme ohella myös alustavan etusivun (Ks. kuvio 5.). Etusivuun olimme pyrkinneet tiivistämään yhteistoimintamallia silloisen tietomme mukaan. Kun meillä oli tämä alustava kokonaisuus tehtynä, yhdessä kahden muun opinnäytetyöryhmän kanssa otimme yhteyttä Auroran sairaalan Atk-vastaavaan. Ajatuksenamme oli neuvotella mahdollisesta työn sijoituspaikasta ja toiveista formaatin suhteen. Atk-vastaava ohjasi kuitenkin vielä keskustelemaan

Ylihoitajan ja hankkeen asiantuntijoiden kanssa ja tapaaminen järjestettiin Auroran sairaalaan.

Lopulta luovuimme myös etusivusta työn rakenteen muuttuessa. Etusivun tekeminen siirtyi projektiryhmän asiantuntijoille sovitusti, koska olimme alusta lähtien keskittyneet tekemään enemmän yhteistoiminnallisesta hoitokokouksesta ja perhetapaamisesta perehdytystä ja yhteistoimintamallin käsitteen määritelmä oli enemmän asiantuntijoiden työtä.



KUVIO 5. Alustava etusivu, versio 1. (9.11.2008)

4.3 Työn toteutus ja tulokset

Projektipäällikkö Taru Ruotsalainen oli ollut yhteydessä Auroran sairaalan sekä Psykiatriakeskuksen Atk-asioista vastaaviin. Tässä vaiheessa varmistui käsitys, ettei perehdytyksestä tule omia verkkosivuja vaan teemme sen PowerPoint -ohjelmalla. Tämä muutti jonkin verran työmme rakennetta. Osa ideoista, joita meillä oli verkkoperehdytys vaiheessa hylättiin, mutta tämä varmistunut muoto toi mukanaan

myös aiempaa laajemman mahdollisuuden työn tietopohjan esiintuomisessa ja kuvien käytössä.

Lähdimme muokkaamaan perehdytyksen sisältöä PowerPoint -esityksiksi. Aluksi vaikeuksia esityksen rakentamisessa tuotti se, että meillä oli kaksi osastoa eri tietojärjestelmiseen, osastokulttuureineen ja potilastyypeineen joiden yhdistäminen samaan esitykseen oli hankalaa. Osastoilla oli toisaalta monia yhteisiä tekijöitä, ensisijaisesti yhteistoimintamalli, mutta myös hoitokokouksessa ja perhetapaamisessa esiintyvät työskentelytavat olivat osin samoihin periaatteisiin perustuvia. Keskusteltuamme projektikokouksissamme asiasta tulimme tulokseen, että perehdytyksestä on parasta tehdä molemmille osastoille omat esitykset, mutta melko samalla pohjalla. Osastojen esittämiä toiveitakin ajatellen perehdytyksestä pyrittiin tekemään mahdollisimman miellyttävästi ja nopeasti luettavia. Osa perehdytyksen keskeisistä asioista oli kuitenkin hyvin laajoja, eikä näitä käsitteitä voinut kiteyttää muutamaan sanaan. Näin päädyttiin siihen, että syventymistä kaipaavista käsitteistä alettiin kirjoittaa erillisiä muutaman sivun dokumentteja, joiden tarkoitus oli linkittyä itse perehdytysesitykseen.

Aloitimme perehdytys esitysten teon yhteistoiminnallisesta hoitokokouksesta (Ks. liite 6). Lähdimme rakentamaan esityksestä kronologisesti etenevän prosessikuvauksen. Tähän toimme sisältöä osaston 15-6C:n täydentämän Yhteistoimintamalli-taulukon (2008) käsitteistä ja niiden selityksistä. Esitys lähti liikkeelle toiminnan edellytyksistä, jossa toimme muutamia tekijöitä mitä pitää huomioida ja periaatteita minkä mukaan yhteistoiminnallista hoitoa toteutetaan. Kuvassimme toiminnan sisältöä ja itse hoitokokoustilannetta. Sisällön jälkeen esitimme toiminnan seurauksia ja sitä mihin toiminnalla pyritään. Lopuksi olimme tehneet sarjan kysymyksiä ja kuvitteellisen potilasesimerkin, joiden on tarkoitus johdattaa pohtimaan hoitoa ja ammatillisuutta yhteistoiminnallisesti sekä perhekeskeisesti.

Teimme yhteistoimintamallista perhetapaamisissa esityksen (Ks. liite 6) hyvin samalla tavalla kuin hoitokokouksesta. Eroavaisuudet tulevat taustakuvista, muutamasta syventävän tiedon dokumentista, mihin oli linkki vain toisesta esityksestä. Pääsääntöisesti molemmat perehdytysesitykset käyttävät kuitenkin samoja syventävän tiedon artikkeleita. Lisäksi yhteistoiminnallista perhetapaamista käsittelevästä esityksestä jätimme kuvitteellisen potilaan esimerkkitapauksen pois. Näin teimme,

koska osastolla hoidetaan kaksoisdiagnosoituja potilaita, eikä meillä ollut tarpeeksi tietoa tästä erityisalasta esittääksemme riittävän luontevaa kuvaa esimerkkipotilaasta, eikä niistä erityiskysymyksistä mitä hoidossa tällöin nousee.

Perehdytysesitysten visuaaliseen puoleen olimme saaneet joitain ehdotuksia osastoilta ja projektiryhmältä palavereissa. Esityksen piti olla miellyttävä lukea ja sisältää raikkaita kevyitä kuvia. Itse näimme että kuvien käytöllä saattoi lisätä sivun mielenkiintoa ja luettavuutta. Niiden avulla pystyisi havainnollistamaan ja täydentämään tekstin sisältöä. Viimekädessä kuvat voivat ratkaista tunnekokemuksen mikä lukijalle syntyy. Mietimme tarkasti taustakuvia ja niitä joilla pitää olla informatiivisempi merkitys. Alustavasti olimme ajatelleet käyttää jotain herkkää ja neutraalia luontokuvaa. Olimme työmmme alkuvaiheessa yhteydessä tuttuun luontokuvaajaan, joka oli alustavasti lupautunut kuvapankiksemme. Kuvat olivat kuitenkin filmeinä ja dioina, joiden tuominen esitykseen olisi vaatinut meiltä paljon töitä ja sopivia laitteita. Lähinnä rajallisen aikataulumme takia päädyimme käyttämään omia digi-muodossa olevia kuvia. Tällä ratkaisulla huolehdimme myös siitä, että työssämme ei loukata kenenkään tekijänoikeuksia.

Dokumentteja kirjoitimme Microsoft Word-ohjelmalla. Syventävän tiedon käsitteet tulivat suoraan perehdytysesityksestä ja alleviivasimme ne merkiksi siitä, että tässä on linkin paikka. Jaoimme keskenämme käsitteet ja aiheet joihin kukin meistä perehtyi tarkemmin, kirjoittaen 1-5 sivuisia tiivistelmiä tai pieniä artikkelin tyyllisiä dokumentteja. Ajatuksenamme oli että näistä syventävän tiedon linkeistä lukija voi syventää ymmärrystään asiasta ja vähintään saa hyviä vinkkejä kirjallisuudesta, johon kannattaa tutustua. Kootessamme dokumentteja pyrimme yhdenmukaistamaan ulkoasua ja kirjoituksia. Liitimme kaikkiin sivuihin saman luontoaiheisen kuvan sabluunaksi vasempaan laitaan. Näimme että kuvan käyttö oli hyvä idea, koska se keventäisi lukemista verrattuna aivan valkoiseen taustaan. Saman kuvan käyttö taas toisi dokumentteihin yhdenmukaisuutta ja levollisuutta.

Lopuksi laadimme rakennekaavion esityksistä (Ks. liite 6) ja niihin liittyvistä dokumenteista. Tämän rakennekaavion teimme jäsentämään työn kokonaisuutta ja avuksi niille jotka vievät työt näiden kahden sairaalan intraverkkoihin. Kaaviossa olemme vielä viivoin havainnollistaneet esityksen diat joista lähtee linkit dokumentteihin.

Olemme toteuttaneet myös viestintäsuunnitelmaamme melko onnistuneesti. Tiedottaminen projektiin kiinnittyneiden opinnäytetyöryhmien välillä on ollut todella hyvää. Uutisista, jotka koskevat koko projektiryhmää ja opinnäytetöitä, on sähköpostitse ilmoitettu kaikille asianosaisille. Tässä ovat kaikki ryhmät toimineet hyvin vastuuntuntoisesti ja vastavuoroisesti. Käytännössä he jotka kulloinkin ovat olleet yhteydessä osastoihin, atk-ihmisiin tai projektin asiantuntijoihin, ovat myös vieneet mahdolliset viestit eteenpäin muille ryhmäläisille. Tarvittaessa olemme olleet puhelimitse yhteydessä, mikäli on pitänyt nopeasti järjestää tapaamisia tai neuvotteluita. Yhteisiä kokouksia on pidetty suhteellisen säännöllisesti koko sen ajan, kun ne ovat olleet tarpeellisia työn edistymisen kannalta. Viestitystä projektin johtoryhmän ja työelämän tahojen kanssa on ylläpidetty. Osastoja on pidetty mahdollisimman hyvin ajan tasalla työmme etenemisen suhteen. Työn alkupuolella olemme tehneet ja antaneet esitteet osastoille sen hetkisestä työstämme ja suunnitelmasta, sekä antaneet yhteystietomme. Auroran sairaalassa pidettyä yhteistyökokousta (20.11.08) varten lähetimme etukäteen ylihoitaja Kati Sahlstenille yhteenvedon silloisesta työn vaiheestamme. Olemme olleet melko tiiviisti sähköpostitse yhteydessä hankkeen asiantuntijoihin projektin puolivälistä alkaen. Projektin loppupuolella toimitimme paperiversiot esityksistä arvioitavaksi osastoille, joista saimme pari pientä korjausehdotusta. Lopuksi järjestimme vielä yhden käynnit, jonka ohessa veimme viimeisimmän korjatun työmme paperina ja muistitikulla. Näillä käynneillä saimme mukavaa palautetta ja kiitosta yhteistyöstämme. Aurorassa toimivalle hankkeen asiantuntijalle Virpi Jaakkolalle annoimme 20.3.2009 cd:n kansineen, johon on tallennettuna kaikki lopullisen työmme tiedostot.

Itse tuotteesta eli perehdytysmateriaalista viestittäminen laajemmin, toteutui todella hyvin projektin päätösseminaarissa 3. maaliskuuta 2009. Tilaisuudessa esittelimme oman työmme yli 50-henkiselle yleisölle, jotka koostuivat projektissa mukana olleiden psykiatristen sairaaloiden osastojen ja Metropolian henkilökunnasta. Lisäksi tilaisuudessa oli sairaalan oma tiedottaja, joka myös haastatteli ryhmäämme tehden muutaman lisäkysymyksen työstämme.

5 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen ja tämän uuden tuotoksen synnyttäminen ei ole ollut kivuton prosessi. Kuitenkin tämä on opettanut ja antanut meille vähintään yhtä paljon takaisin kuin se on ottanut aikaamme ja sitonut voimiamme. Olemme oppineet sairaanhoitajan työstä, hankkeessa työskentelystä, itse aiheestamme ja psykiatrisesta hoidosta. Olemme myös oppineet valtavasti ihmisistä, toisistamme ja itsestämme. Olemme etsineet ja löytäneet tietoa, jonka äärelle emme olisi ehkä osanneet tulla ilman tätä projektia. Olemme astuneet tuntemattomalle alueelle ryhtyessämme tähän työhön ja sitä tietä pitkin olemme viimein pääsemässä perille. Seuraavassa pohdintaosiossa yritämme vähän käydä läpi sitä kaikkea, mitä olemme tähän työhön antaneet ja mitä olemme itse saaneet.

5.1 Tuotoksen luotettavuuden ja käytettävyyden tarkastelua

Lähtökohdiltaan työnä oli verkkoperehdytyksen luominen yhteistoimintamallista hoitokokouksessa ja perhetapaamisissa. Meille oli tällöin tärkeää alkuunsa selvittää verkko-oppimateriaalien laatukriteereitä ja verkko-oppimateriaalin pedagogisen laadun vaatimuksia, jotta osaisimme kehittää työtämme oikeaan suuntaan alusta alkaen. Tästä löysimme tietoa Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit (2008) sivustoilta. Siinä esitettiin muun muassa, että laadukkaasta materiaalista täytyisi ilmetä, millaisia asioita oppija voi opiskella tämän verkko-oppimateriaalin avulla ja myös käyttöohjeiden pitää olla selkeät. Tähän pyrimme vastaamaan omassa perehdytysesityksessämme siten, että ensimmäisellä sivulla on lyhyt johdatus aiheeseen ja käyttöohjeet lukijalle. (Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. 2008.)

Verkko-oppimateriaalin laatukriteereissä korostettiin myös sitä, että verkkomateriaalissa täytyy olla mahdollisuus sisällön rajaamiseen, syventämiseen tai laajentamiseen. Tämä seikka oli huomioitu jo perehdytysesityksemme rakenteessa, jossa syventävä tieto on linkkien alla ja niihin voi lukija halutessaan siirtyä. Olemme pyrkineet myös esityksessämme siihen, että verkko-oppimateriaalimme tukisi myös vaikeasti opittavien asioiden omaksumista. Tähän olemme tähdänneet, kun olemme kirjoittaneet monimutkaisista asioista mahdollisimman yksinkertaisesti ja asioita selittävällä tavalla. On selvää, että verkko-oppimateriaalin tiedon on oltava merkityksellistä ja että se

esitetään oppimista tukevalla tavalla. Tähänkin olemme pyrkineet käyttämällä hyviä tietolähteitä ja esittämällä tiedon sekä lähteen mielenkiintoa herättävästi. Käytettävyys on myös yksi tekijä, jota olemme pyrkineet huomioimaan. Käytettävyydellä tarkoitetaan oppimateriaalin rakenteen, ja teknisen toteutuksen tuottamaa käytön sujuvuutta ja helppoutta. Työssämme tämä näkyy perehdytyksen suhteellisen loogisena rakenteena ja PowerPoint-esityksen selaamisen sekä syventävän tiedonlinkkeihin siirtymisen helppoutena. Käytettävyys on myös käyttäjän kokemus, ja siitä meillä ei ole valitettavasti tietoa ennen kuin perehdytysmateriaali on otettu oikeasti käyttöön. (Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. 2008; Vopla 2008; Laatus verkko 2008.)

Perehdytysesityksessämme on huomioitu mahdollisesti eri tasoinen lukija. Ensisijaisesti esitys on käytettävissä osastoilla uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämiseksi yhteistoimintamalliin. Perehdytys on kuitenkin rakennettu siten, että myös kokenut työntekijä voi tarvittaessa syventää tietouttaan esitykseen linkitetyn lisätiedon ja viimeistään osoitetun kirjallisuuden avulla. Perehdytystä voi lukea myös hyvin eri aikataulussa, ja syventäviin tietoihin voi helposti palata myöhemmin. Koska tietoa on linkitetty vain yksi kerros, eli työhön ei ole rakennettu monitasoista linkkiviidakkoa, on perehdytyksen selaaminen suhteellisen helppoa, eikä itse aiheesta eksy liian pitkälle.

Työmme luotettavuus pohjautuu ennen kaikkea sen tietopohjaan. Olemmekin pyrkineet käyttämään vain sellaisia lähteitä, jotka lisäävät työn luotettavuutta. Aineistoksi on valittu ajankohtaisia tutkimuksia sekä hankkeessa mukana olevien asiantuntijoiden suosittelemaa kirjallisuutta. Mukana on myös muutama kansainvälinen julkaisu, joka laajentaa tietopohjaa hieman kotimaan rajojen ulkopuolelle. Vaikka olemme laajalla tietopohjalla työssämme pyrkineet juuri kasvattamaan perehdytyksen luotettavuutta, niin paikoin myös aineiston runsaus tuotti omat haasteensa käytettävien lähteiden rajaamisessa.

Yhteistyö ja työn eri vaiheissa saatu palaute, niin työelämän edustajilta kuin projektiryhmältä, antoi aina viitettä siitä, että työmme eteni toivottuun suuntaan. Päätösseminaarissa saimme positiivista palautetta myös toisen ammattiryhmän edustajalta, joka piti hyvänä asiana sitä, että olemme tehneet perehdytyksen, joka huomioi muitakin ryhmiä kuin vain hoitajia. Pyrkimys tiiviiseen yhteistyöhön osastojen kanssa toteutui aikataulujen puitteissa hyvin. Tämä yhteistyön ylläpitäminen myös

ohjasi työn sisältöä pysymään tarkoituksenmukaisena ja työelämälähtöisenä. Työhömmme toi oman painoarvonsa myös se, että hanke oli kaikkiaan loppusuoralla. Tällöin osastoilla oli jo käytännön tietoa yhteistoimintamallista ja siihen liittyvistä teorioista. Hankkeessa tuotettua materiaalia oli käytettävissämme riittävästi, mutta myös omasta ryhmästä löytyvä kymmenen vuoden psykiatrisen puolen työkokemus auttoi hoitokäytäntöjen ymmärtämisessä.

Perehdytysesitystemme graafinen ulkoasu toteutui kohtalaisesti. Omien kuvien käyttö työssä ei ollut aivan ongelmatonta. Piti saada mahdollisimman levollinen ja yhdenmukainen esitys, joten kuvien aiheiden ja sävyjen täytyi olla valitun linjan mukaisia. Toisaalta graafista esitystä rajoitti myös se, että oma kuvapankkimme ei kuitenkaan ollut kovin suuri, jolloin valinnanvaraa oli vähemmän. Osastoilta ja hankkeen asiantuntijoilta olemme saaneet palautetta ulkoasusta. Toisaalta esityksiä on pidetty hyvin miellyttävinä katsoa ja lukea. Kuvat ovat miellyttäneet osaa hyvinkin paljon. Toisaalta on toivottu myös asiakirjamaisempaa ulkoasua, koska on epäilty esityksen soveltumista perehtyjän sivuille. Hyvänä seikkana on kuitenkin se, että esitystämme voi muokata melko helposti ja kuvat ovat poistettavissa, mikäli työtä joudutaan modifioimaan ennen intraverkkoihin laittamista. Pitää myös muistaa, että emme lähtökohtaisesti ole olleet tekemässä niinkään graafista työtä, vaan meidän tehtävämme on ollut keskittyä tuottamaan tiedollisesti laadukasta ja pätevää perehdytysmateriaalia.

Pyrimme nostamaan yhteistoiminnallisuutta esiin arvokkaasti. Olemme tehdessämme tätä perehdytystä oivaltaneet yhteistoiminnallisuuden hienon ja kauaskantoisen hoidollisen ajatuksen. Etenkin historian valossa on ilmeistä, että psykiatrisen hoito on kehittynyt tähän suuntaan ja kehittyy edelleen. Alussa meilläkin oli omat pohdintamme asiasta, hyvin samansuuntaiset kuin yhteistoiminnallisesti toimivilla psykiatrisilla osastoilla oli ollut aivan hankkeen alkuvaiheessa. Oli huomattu, että monet sen keskeisistä periaatteista olivat niitä, joiden mukaan työtä oli tehty jo vuosia. Merkitys on selvinnyt monille hankkeen edetessä. Meille on tämän työmme kautta valjennut se, että yhteistoiminnallisten periaatteiden mukaan on voitu toimia jo pitkään, mutta nyt on toiminnalle tuotu nimeä ja näyttöä. Yhteistoiminnallisuus on nyt hoitotieteellisesti tunnustettu tapa kohdata potilas ja hänen läheisensä tasa-arvoisesti sekä pyrkiä vahvasti dialogiseen yhteistyöhön (Vuokila-Oikkonen 2002).

5.2 Pohdintaa ammatillisen kasvusta ja asiantuntijuuteen kehittymisestä

Tämän opinnäytetyön merkitys meille tekijöille on ollut lähtökohtaisesti oma ammatillinen kehitys ja sairaanhoitajana asiantuntijuuteen kasvaminen. Olemme oppineet paljon opinnäytetyötä tehdessämme niin projektityöskentelystä kuin opinnäytetyömme aiheesta eli yhteistoiminnallisuudesta psykiatrisessa hoitotyössä. Aihe on tärkeä ja ajankohtainen, koska psykiatrisen hoitotyön kenttä kehittyy koko ajan. Kuten olemme jo aikaisemmin tässä raportissa todenneet, niin yhteistoiminnallisuus on osa tätä kehitystä. Meille on syntynyt näkemys, että omassa työssämme voimme hyödyntää tätä osaamista niin psykiatrisella kuin somaattisella hoitotyön alalla. Sairaanhoitajina tulemme osallistumaan yhteistyöneuvotteluihin kaikilla hoitotyön alueilla. Työssämme voimme hyödyntää tämän opinnäytetyön kautta saamaamme tietoa. Vuokila-Oikkosen (2002: 20) mukaan potilaan ja sairaanhoitajan välisen vuorovaikutuksen keskeisiä tekijöitä ovat potilaan kuuntelu, avoimuus, tukeminen, empatia ja aitous. Opinnäytetyömme myötä myös vuorovaikutus- ja yhteistyötaitomme ovat harjaantuneet. Kehitämme näitä taitoja niin itsessämme sairaanhoitajana kuin tuomme osaamista myös työyhteisöihimme.

Työmme haasteellisuuden on nähtävissä kiteytyvän kaiken yhteensovittamiseen. Ensinnäkin projektissa mukana olevien tahojen, ammattikorkeakoulun, projektiryhmän ja työelämän edustajien, eri odotusten toteuttaminen tasapuolisesti vaati meiltä yhteistyötaitoja. Vaativaa on ollut myös yhteistyöosastojemme hoitokulttuurien yhteensovittaminen perehdytyksissä mahdollisimman yhdenmukaisiksi esityksiksi. Paikoin työlästä on ollut myös teorian ja käytännön työn esimerkkien sekä runsaan ja monitasoisen tiedon yhteensovittaminen mielekkääksi kokonaisuudeksi. Oman ulottuvuuden haasteellisuuteen on lisäksi tuonut perehdytysmateriaalin tietoteknisten sovellusten huomioiminen. Olemme myös pyrkineet yhtenäistämään tähän projektiin liittyvien opinnäytetyöryhmien perehdytykset toisiinsa. Oman opinnäytetyöryhmän sisäisten aikataulujen, vastuualueiden ja näkemysten sovittaminen yhteen sisälsi omat haasteensa.

Näistä haasteista olemme kuitenkin suurelta osin suoriutuneet kiitettävästi. Tässä tärkeimmäksi avuksemme olemme nähneet jatkuvan vuorovaikutuksen ja käymämme dialogin yhteistyötahojemme kanssa. Kaikki yhdessä sovitut kokoukset ja palaverit niin koko projektiryhmän kuin opinnäytetyöryhmien välillä ovat rikastuttaneet työtä,

hälventäneet ristiriitaisuuksia, ohjanneet ja auttaneet osien yhteensovittamisessa. Hyvin arvokkaita ovat olleet tapaamiset osastojen henkilökunnan kanssa. Mielenkiintoista on ollut huomata, että sama asia joka meidän työskentelyssä on ollut kantava voima, eli dialogisuus ja vuorovaikutuksellinen yhteistyö, on myös perehdytysmateriaalissamme yhteistoiminnallisuuden keskeisimpiä sisältöjä.

Myös paikoin kohtaamamme odotukset työmme sisällön suhteen olivat hieman ristiriitaisia. Toisaalta piti varoa käyttämästä hoitotyö-käsitettä, joka olisi rajannut perehdytyksen koskemaan vain hoitajia. Tämän kuitenkin ymmärsimme hyvin, koska yhteistoiminnallisuuden perusedellytyksiä on juuri moniammatillinen työskentely. Toisaalta osalla hoitotyön edustajista oli toiveena, että yhteistoiminnallisen hoitotyön puoli näkyisi vahvemmin, onhan se kuitenkin hoitotieteen ”oma lapsi” ja hyvin tärkeä kehityssuunta. Tunsimme siis ajoittain olevamme työmme kanssa myös tässä hienoisessa ristivedossa, joka näyttäytyy laajemminkin eri tieteiden välillä ja joka toisinaan heijastuu myös eri ammattiryhmien välisiin suhteisiin. Tämä selkiytyi meille hankkeen päätösseminaarissa, jossa muutamissa puheenvuoroissa tuli esiin pettymys joidenkin ammattiryhmien sitoutumattomuudesta mallin mukaiseen työskentelyyn, tarkoittaen erityisesti malliin perehtymättömiä lääkäreitä. Tämä sai meidät ajattelemaan sitä, miten tärkeää tämänkaltaisissa hankkeissa olisi monitieteisyys ja moniammatillinen työn kehittäminen. Mikäli kaikki ammattiryhmät otetaan mukaan alusta alkaen kehittämään uutta työskentelymallia, on varmasti sitoutuminenkin siihen vahvempaa. Tätä ajatustamme vahvisti myös Duodecimin eräs katsaus, jossa mainittiin, että kaikkiaan terveydenhuollon nykyisten ongelmien ratkaisemiseksi ja uusien toimintatapojen kehittämiseksi tarvitaan monitieteisiä tutkimusryhmiä (Kylmä – Vehviläinen-Julkunen – Lähdevirta 2003: 614).

Olisimme voineet pyrkiä ottamaan vahvemmin mukaan eri ammattiryhmien tarpeita perehdytyksessä. Oltuamme yhteydessä pilottiosastoille keskustelimme lähinnä yhteyshenkilöinä toimivien hoitajien ja osastonhoitajien kanssa. Toisaalta käynneillämme oli otettava huomioon osaston toiminta ja potilaat, jolloin mahdollisuudet haastatella kaikkia ammattiryhmiä olivat rajalliset. Jälkikäteen ajateltuna tärkeän näkökulman perehdytykseen olisivat voineet tuoda myös muut osastolla toimivat ammattiryhmät, heidän näkemyksensä yhteistoimintamallista ja mahdolliset toiveet perehdytyksen suhteen. Kaikkiaan pyrimme kuitenkin työssämme monitieteisyyteen ja useampia ammattiryhmiä huomioivaan esitykseen.

Opimme itsestämme ja ryhmässä työskentelystä paljon tämän projektin kautta. Erilaisista taustoista ja elämäntilanteista huolimatta kykenimme sovittamaan aikataulumme yhteen ja tekemään yhteistyötä. Kaikkien on täytynyt joustaa tämän yhteisen projektimme eteen, ja meistä on löytynyt yllättäen sisäistä vahvuutta tämän työn tekemisessä. Lisää voimia olemme saaneet toistemme vahvuuksia tukemalla. Myös keskinäinen luottamus on ollut tärkeää. Rakentavaa palautetta olemme voineet antaa ja saada toisiltamme. Olemme tarvittaessa voineet korjailla tai tehdä ehdotuksia toistemme työstä. Ryhmän yhtenäinen kirjoittaminen ja tekstien yhteensovittaminen on ollut vaativaa sekä aikaa vievää työtä. Hyvänä puolena ryhmässä kirjoittamisessa on ollut se, että toiset oikaisevat ne virheet ja epäloogisuudet, joille kirjoittaja itse voi olla sokea. Olemme oppineet myös työskentelystä toisen opinnäytetyöryhmän kanssa. Olemme voineet saada vertaisarviointia ja oppia toistemme työstä. Hyviä ideoita on voitu jakaa, ja kaikkien työt ovat kehittyneet enemmän tässä vastavuoroisuudessa kuin yksinään tehtäessä.

Olemme löytäneet itsestämme myös sellaisia puolia, joita osaamme kenties huomioida ja kehittää jatkossa, mikäli työskentelemme projekteissa. Olemme pyrkineet siihen että kaikkien osuus näkyisi työssä ja että kaikki kantavat vastuuta työn tekemisestä. Ryhmässä on pyritty joustavaan toimintaan. Osa työstä on tehty tiiviisti ryhmässä. Työtä on voinut tehdä myös se, jolla kulloinkin on ollut aikaa ja mahdollisuutta. Huumori ja avoin ilmapiiri on ollut myös tärkeä voimanlähde tämän verrattain raskaankin työn kanssa.

5.3 Kehittämisehdotukset

Valmista perehdytysmateriaalia voitaisiin käyttää myös Metropolian sairaanhoitajakoulutuksessa soveltaen mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitotyön opetuksessa. Työstämme voitaisiin tulevaisuudessa tehdä myös laajempi perehdytyspaketti psykiatriseen hoitotyöhön. Perehdytysmateriaalia voitaisiin hyödyntää myös muilla hoitotyön osa-alueilla, esimerkiksi somaattisella puolella. Tuotteestamme voisi kehittää verkkokurssin, jota jo opinnäytetyön alkuvaiheessa visioitiin. Psykiatriassa tulisi kehittää hoitotyön käytäntöä ja koulutusta yhteistoimintamallin mukaiseen suuntaan (Vuokila-Oikonen 2002: 5).

Jatkossa olisi hyvä huomioida moniammatilliset tarpeet perehdytyksessä, etenkin jos on kyse toimintamallista, johon kaikkien ammattiryhmien on sitouduttava. Perehdytyksestä voisikin olla hyvä kehittää tiiviit, nopeasti silmäiltävät yhteistoiminnallisen työskentelyn ohjeet, esimerkiksi helpottamaan sijaistyöntekijöiden perehtymistä yhteistoimintamallin mukaiseen työskentelyyn.

Työmme alkuvaiheessa meille ehdotettiin, että voisimme tehdä muun materiaalin ohella myös potilaille ja heidän omaisilleen suunnatun oman esitteen yhteistoimintamallisesta hoidosta. Työmme laajuus ja aikataululliset rajoitukset estivät meitä ryhtymästä sen tekoon, mutta mielestämme tässä voisi olla yksi tärkeä opinnäytetyön aihe tuleville opiskelijoille.

Työtä tehdessämme olemme havainneet, että tämäntyyppisessä opinnäytetyössä eli tuotetyössä on monia seikkoja, joita on hyvä huomioida työn alkuvaiheesta lähtien. Opinnäytetyön alussa kannattaa kartoittaa eri elementit, joista työ tulee koostumaan. Kannattaa käydä läpi huolellisesti tuote- ja toiminnallisia opinnäytetöitä käsitteleviä kirjoja. Hyödyllistä on myös tutustua vastaavanlaisiin opinnäytetöihin. Tiedonlähteiksi kannattaa valita laadukkaita ja ajankohtaisia lähteitä. Ensisijaista on itse projektityöskentelyn osaaminen, johon kuuluu projektin suunnittelu, aikataulutus ja raportointi. Tuotetyön tekemisessä on hyvä myös pystyä rajaamaan työtä, mutta ennen kaikkea tuotetyön tekemiseen tarvitaan luovuutta ja rohkeutta.

”Älä kuuntele käskijöitä, kuuntele hiljaisen puheen puroa. Ei tietä tarvitse valita, vaan mihin metsään polku tallata.” - Tommy Tabermann

”Ollaksesi suuri, ole kokonainen: älä mitään itsessäsi liioittele äläkä sulje pois. Ole täydesti joka asiassa. Pane kaikki mitä olet pienimpäänkin mitä teet.”

-Fernando Pessoa

LÄHTEET

- Aaltonen, Jukka – Rinne, Raili (toim) 1999: Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituhannen vaihteessa. Suomen mielenterveysseura ry. Koulutuskeskus. Gummerus. Jyväskylä: 91-93.
- Alanen, Yrjö 1999: Skitsofrenian perhekeskeinen hoito. Teoksessa Aaltonen, Jukka – Rinne, Raili (toim.) 1999: Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituhannen vaihteessa. Suomen mielenterveysseura ry. Koulutuskeskus. Gummerus. Jyväskylä. 62-71
- Alanen, Yrjö 1993: Skitsofrenia - syyt ja tarpeenmukainen hoito. Helsinki: WSOY.
- Anderson, Harlene - Goolishian, Harry 1992: The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. Teoksessa McNamee, Sheila - Gergen, Kenneth (toim.) Therapy as social construction. London: Sage Publications: 25-39.
- Haarakangas, Kauko 1997. Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokoukseskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta. Jyväskylä studies in education. Psychology and social research, 130.
- Haarakangas, Kauko. 2001: Perheterapeutin kahlittu mieli? Teoksessa Rinne, Raili – Seikkula, Jaakko (toim.) Ja äkisti uusi aikakausi. Professori Jukka Aaltonen, 60 vuotta. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Haarakangas, Kauko (toim.) 2002: Keroputaan malli: avoimen dialogin avulla, perheen ja verkoston kanssa. Mielisairaala muuttuu. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Haarakangas, Kauko 2008: Parantava Puhe. Helsinki: Hakapaino.
- Holma, Juha 1999: The search for a narrative – Investigating acute psychosis and the need-adapted treatment model from the narrative viewpoint. Väitöskirja. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto.
- Janhonen, Sirpa 1999: Potilaslähtöinen hoito. Teoksessa Janhonen, Sirpa – Lepola, Irja – Nikkonen, Merja - Toljamo Maisa (toim.) Suomalainen hoitotiede uudelle vuosituhannele. Professori Maija Hentisen juhla kirja. Oulun yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: 27-34.
- Janhonen, Sirpa 1993: Finnish Nurse Instructors' view of the core of Nursing. International Journal of Nursing Studies (30): 157-169
- Kansanterveyslaki 66/1972. Annettu Helsingissä 28.1.1972.

Keränen, Vesa – Penttinen, Jukka 2007. Verkko-oppimateriaalinen tuottajan opas. Docendo. WSOY.

Kiviniemi, Liisa - Läksy, Marja-Liisa - Matinlauri, Timo - Nevalainen, Kaija - Ruotsalainen, Kari - Seppänen, Ulla-Maija - Vuokila-Oikkonen, Päivi 2007. Minä mielenterveystyöntekijänä. Hoitotieto. Edita.

Koivisto, Kaisa 2003: Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Hoitotieteen ja terveystieteenlaitos. Oulu: Oulun yliopisto.

Kylmä, Jari – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Lähdevirta, Juhani 2003: Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi ? Katsaus. Duodecim 119: 609-615.

Laitila, Aarno.- Aaltonen, Jukka - Wahlström, Jarl - Angus, Lynne 2001: Narrative process coding system in marital and family therapy: An intensive case analysis of the formation of a therapeutic system. Contemporary Family Therapy 23 (3). 309-322.

Lastensuojelulaki 417/2007. Annettu Helsingissä 13.4.2007.

Latvala, Eila 1998: Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveystieteen laitos. Oulun yliopisto. Oulu

Malinen, Tapio 2008: Terapian tekeminen terapeutin hyvinvoinnin lähteenä. Perheterapia (1):20.

Roivas -Mäkinen, Pirjo - Eriksson, Elina - Mattila, Lea- Riitta - Ruotsalainen, Taru 2006: Yhteistoimintamallin kehittäminen psykiatriseen hoitotyöhön. Alustava projektisuunnitelma. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.

Seikkula, Jaakko 1994: Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Tammer-Paino Py.Tampere.

Seikkula, Jaakko 1999: Avoin dialogi – sosiaalinen verkosto päihdehoidon voimavaraksi. A-klinikkasäätiö. Tiimi 6/1999. Verkkodokumentti.
< <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/arkisto/1999/699/seikkula.html> > . Luettu 18.10.08

Seikkula, Jaakko 1999: Reflektiivinen tiimi ja avoin dialogi - kun itse keskustelu tulee tärkeimmäksi. Teoksessa Aaltonen, Jukka – Rinne, Raili (toim). 1999: Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituhanen vaihteessa. Suomen mielenterveysseura ry. Koulutuskeskus. Jyväskylä.

- Seikkula, Jaakko - Alakare, Birgitta 2004: Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 120 (3). 289-96.
- Siitonen Juha - Robinson Heljä 2001. *Pohdintaa voimaantumisesta*. Kotilo ry. Pieksämäki.
- Solantaus, Tytti – Kaakinen, Sirpa – Paavonen, Juulia 2001: *Toimiva lapsi & perhe – hanke. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu.* <<http://info.stakes.fi/toimivaperhe/FI/taustaa/taustaa.htm>>. Luettu 20.1.2009
- Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. 2008. Opetushallitus. Verkkodokumentti. Päivitetty 18.3.2008. < <http://www.edu.fi/page.asp?path=498,516,37445,38839,66312> >. Luettu 24.10.2008.
- Vopla - Verkko-opetuksen laadunhallinta ja laatu palvelu. Helsingin yliopisto, Kuopion yliopisto, Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Suomen virtuaaliyliopisto. Verkkojulkaisu. <www.vopla.fi>. Luettu 1.9.2008.
- Vuokila-Oikkonen, Päivi - Kivirinta, Mervi (toim.) 2007: *Pover, psykiatrisen hoitotyön malli - verkostot ammattilaisen pätevyyden kehittämisessä*. Loppuraportti. Diakonia ammattikorkeakoulun julkaisuja B raportteja 36. Tampere. Verkkodokumentti <http://www.diak.fi/files/diak/Julkaisutoiminta/B_36_POVER.pdf>. Luettu 15.10.2008.
- Vuokila-Oikkonen, Päivi 2002. *Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelussa rakentuvat kertomukset*. Väitöskirja. Oulu. Oulun yliopisto.
- Vuokila-Oikkonen, Päivi – Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2002: *Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. (9). 23-32.
- Vuokila-Oikkonen, Päivi - Janhonen, Sirpa - Saarento, Outi - Harri, Marja 2002: *Storytelling of co-operative team meetings in acute psychiatric care*. *Journal of Advanced Nursing*. 40 (2). 189-198.
- Yhteistoimintamalli 2008. Poster. Metropolian, Helsingin kaupungin terveyskeskuksen ja Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin yhteistoimintamallihankkeen projektiryhmä.
- Yhteistoimintamalli psykiatrisen potilaan hoidossa. 2008. Taulukko. Metropolian, Helsingin kaupungin terveyskeskuksen ja Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin yhteistoimintamallihankkeen projektiryhmä.

HANKKEESEEN LIITTYVIÄ TAHOJA, TYÖRYHMÄ, TUKI JA OHJAUS

	Ammatti- korkeakoulu Metropolia	Helsingin terveyskeskus, Auroran sairaala 15-6C	Helsingin terveyskeskus, Auroran sairaala 6-1	HUS,HYKS, Psykiatria- keskus osasto 2	HUS,HYKS, Psykiatria- keskus osasto 6
Johtoryhmä	Taru Ruotsalainen TtT, kehityspäällikkö Työelämä - ja yrityspalvelut Terveys- ja hoitoala Elina Erikson Koulutusjohtaja	(Ulla Uusitupa Ylihoitaja)	Ulla Uusitupa Ylihoitaja	Taina Ala- Nikkola Johtava ylihoitaja	Taina Ala- Nikkola Johtava ylihoitaja
Projektiryhmä	Taru Ruotsalainen Yliopettaja Jouni Hassinen	(Kristiina Pappila Ylihoitaja) Kati Sahlsten ylihoitaja Virpi Jaakkola projektikoordi- naattori Pirjo Lehtinen- Lehmusoksa Osastonhoitaja Tapio Suorsa Apulaisosaston hoitaja	(Kristiina Pappila Ylihoitaja) Kati Sahlsten Ylihoitaja Virpi Jaakkola projektikoordi- naattori Virpi Jaakkola Apulais- osastonhoitaja Kimmo Sainio sairaanhoitaja	Tiina Pehkonen Ylihoitaja Tuula Rajala Ylihoitaja Susanna Kallakorpi Asiantuntija Sh Merja Karvinen	Tiina Pehkonen Ylihoitaja Tuula Rajala Ylihoitaja Leena Haili- Nykänen Osastonhoitaja Heimo Spelman sairaanhoitaja
Opinnäyte- työryhmät Syksy 2008- Kevät 2009	Suvi Kananen Annika Kulju Tarja Vehmas / Terhi Tepsell Aino Sonninen Lotta Rantanen / Lauri Kinnari				
E-Tuki, tuotteistaminen, tietotekninen tuki	Hannele Virtanen- Vaaranmaa Lehtori, e-asiantuntija Kaisa Suojoki	Mikko Ristola (Perehtyjän ABS- Terveyskeskuksen intranet)			Marjatta Huuhtanen osaston y-asema
MUUT OHJAAJAT	Pirjo Roivas- Mäkinen Lehtori Opinnäytetyöohjaa Iira Lankinen 2.ohjaaja				

Yhteistoimintamalli

TOIMINNAN EDELLYTYKSET

- Moniammatillisen työryhmän yhteinen ymmärrys mallista
- Moniammatillisen työryhmän perehdyttäminen mallin mukaiseen toimintaan
- Moniammatillisen työryhmän sitoutuminen mallin mukaiseen työskentelyyn
- Eri toimijoiden välinen keskinäinen kunnioittaminen
- Eri toimijoiden kyky oman toiminnan arviointiin
- Moniammatillisen työryhmän kyky dialogiseen yhteistyösuhteeseen
- Avoin ilmapiiri
- Psykiatrista hoitoa ohjaavan lainsäädännön huomioon ottaminen
- Esimiesten tuki ja ohjaus

TOIMINNAN SISÄLTÖ

- Potilaan oman kertomuksen ottaminen hoidon lähtökohdaksi
- Hoidon rakentuminen potilaan voimavarojen mukaisesti
- Eri toimijoiden yhteisen ymmärryksen muodostuminen hoidosta
- Yhteisistä tavoitteista sopiminen ja toimiminen niiden mukaisesti
- Eri toimijoiden kokemuksen ja osaamisen hyödyntäminen
- Eri toimijoiden tukeminen vastuulliseen toimintaan

TOIMINNAN ESTEET

- Autoritaarinen asiantuntijuus hoitokulttuurissa
- Riittämätön tieto mallin sisällöstä
- Riittämätön taito soveltaa mallia
- Moniammatillisen työryhmän sitoutumattomuus mallin mukaiseen toimintaan
- Esimiesten vähäinen kiinnostus ja tuki hoitotyötä kohtaan
- Eri toimijoiden yhteisen ymmärryksen puute hoidon tavoitteista ja menetelmistä
- Riittämättömät resurssit

TOIMINNAN SEURAUKSET

- Potilaiden vastuullisuus omasta hoidosta lisääntyy
- Yhteistoiminnallinen hoitokulttuuri vahvistuu työskentelyn lähtökohdaksi

YHTEISTOIMINTAMALLI PSYKIATRISEN POTILAAN HOIDOSSA

TOIMINNAN EDELLYTYKSET

KÄSITTEET	SELITYS
Moniammatillisen työryhmän yhteinen ymmärrys mallista	Moniammatillinen työryhmä koostuu asiantuntijoista, jotka yhdistävät tietonsa ja taitonsa potilaan hoidon eri vaiheissa. Yhteinen ymmärrys syntyy vuorovaikutuksessa, jossa monipuolisen tiedon ja eri näkökulmien saattaminen yhteen tuottaa enemmän kuin yksittäisen asiantuntijan näkökulmasta muodostettu ymmärrys voisi olla. Jotta asetetut tavoitteet saavutetaan, on jokainen moniammatillisen työryhmän jäsen vastuullinen tuomaan esiin oman asiantuntijuutensa. Jokainen työryhmän jäsen ymmärtää mallin idean ja toimii sen mukaisesti.
Moniammatillisen työryhmän perehdyttäminen mallin mukaiseen toimintaan	Toimintaan perehdytetään kouluttamalla työryhmän jäsenet. Perehdyttämisestä vastataan osaston käytännön mukaisesti.
Moniammatillisen työryhmän sitoutuminen mallin mukaiseen työskentelyyn	Sitoutuminen on asennoitumista ja kiinnittymistä, mikä näkyy mallin mukaisena työskentelynä.
Eri toimijoiden keskinäinen kunnioittaminen	Eri toimijat pitää sisällään kaikki potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt: potilas, omaiset, läheiset, moniammatillinen työryhmä. Keskinäinen kunnioittaminen perustuu eri toimijoiden tasavertaiseen suhteeseen, jossa ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja eri toimijoiden näkemyksiä kuunnellaan ja otetaan todesta. Keskinäinen kunnioittaminen tarkoittaa myös eri toimijoiden asiantuntijuuden arvostamista ja hyödyntämistä.
Eri toimijoiden kyky oman toiminnan arviointiin	Kyky oman toiminnan arviointiin on olennainen osa oppimista. Arviointiin kuuluu oman toiminnan pohdintaa, toisten antaman palautteen tarkastelua, ymmärryksen lisääntymistä omasta toiminnasta ja toiminnan mahdollinen muuttaminen kohti yhteistoiminnallisuutta.
Moniammatillisen työryhmän kyky dialogiseen yhteistyösuhteeseen	Kyky jakaa omaa asiantuntemustaan ja kyky yhdessä neuvotellen löytää uusi alue osapuolten välille.
Avoin ilmapiiri	Ilmapiiri on demokraattinen, kannustava, myönteinen ja salliva. Hyväksytään erilaisia näkemyksiä. Avoimessa ilmapiirissä saa toisilta tukea ja heihin voi luottaa. Keskustelulle on riittävästi aikaa.
Psykiatrasta hoitoa ohjaavan lainsäädännön huomioon ottaminen	Lainsäädännön ja soveltamisohjeiden tunteminen ja niiden noudattaminen.
Esimiesten tuki ja ohjaus	Esimies luo edellytykset yhteistoiminnallisuuden kehittämiseksi ja toteutumiseksi toimimalla itse esikuvana, kannustamalla, takaamalla riittävät resurssit (henkilöstö, koulutus, työnohjaus) ja turvaamalla työryhmän toimintakyky ottamalla selkeästi johtajan roolin. Esimiehen tulee toimia myös yhdyshenkilönä ja henkilöstön edustajana ylempään johtoon nähden.

TOIMINNAN SISÄLTÖ

KÄSITTEET	SELITYS
Potilaan oman kertomuksen ottaminen hoidon lähtökohdaksi	Hoidon lähtökohdana on potilas ja hänen elämäntilanteensa. Hoidossa keskitytään potilaan esiin nostamiin kertomuksiin, tavoitteisiin ja toiveisiin rohkaisemalla ja esittämällä kysymyksiä ja kuuntelemalla häntä.
Hoidon rakentuminen potilaan voimavarojen mukaisesti	Hoidossa pyritään tunnistamaan potilaiden vahvuuksia ja tukemaan niitä. Tähän päästään yhteistyöllä, jossa potilaan kanssa neuvotellen asetetaan tavoitteet. Keskeistä on potilaan tietoisuuden lisääminen omista vahvuuksistaan. Pienetkin edistysaskeleet tunnistetaan ja hyödynnetään tietoisesti voimavaroina.
Eri toimijoiden yhteisen ymmärryksen muodostuminen hoidosta	Osapuolilla on yhteinen ymmärrys hoidon tavoitteista ja auttamistavoista.
Yhteisistä tavoitteista sopiminen ja toimiminen niiden mukaisesti	Eri toimijat sopivat yhdessä hoidon tavoitteista ja toimivat niiden mukaisesti.
Eri toimijoiden kokemuksen ja osaamisen hyödyntäminen	Eri toimijat jakavat osaamistaan ja kokemustaan muiden hoitoon osallistuvien kanssa.
Eri toimijoiden tukeminen vastuulliseen toimintaan	Yhteistoiminnallisessa hoidossa vastuu jakaantuu kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Jokaisella hoitoon osallistuvalla on omaan asiantuntemukseensa perustuva tehtävä. Mahdollisuus jakaa näkemyksensä toisten toimijoiden kanssa, mahdollisuus tulla kuulluksi ja kokemus oman osallistumisen arvostamisesta tukevat eri toimijoita vastuulliseen toimintaan.

TOIMINNAN ESTEET

KÄSITTEET	SELITYS
Autoritääriinen asiantuntijuus hoitokulttuurissa	Eri toimijat määräävät neuvottelematta tai kuuntelematta muiden mielipiteitä tai kunnioittamatta heitä ihmisinä. Autoritääristä asiantuntijuutta voi esiintyä kaikissa osaston hoitotilanteissa tai työskentelyssä, ja se perustuu usein toimijan asemaan. Hoitokulttuurin autoritääriinen asiantuntijuus tarkoittaa myös sitä, että henkilö ei saa ääntään kuuluviin tai jää passiiviseksi vastaanottajaksi.
Riittämätön tieto mallin sisällöstä	Moniammatillisella työryhmällä on riittämättömät ja/tai puutteelliset tiedot sekä mallista että sen sisällöstä. Tähän voi liittyä myös kielteisiä asenteita mallia tai sen käyttöönottoa kohtaan.
Riittämätön taito soveltaa mallia	Riittämätön ammattitaito mallin mukaiseen työskentelyyn.
Moniammatillisen työryhmän sitoutumattomuus mallin mukaiseen toimintaan	Moniammatillinen työryhmä ei halua sitoutua tai soveltaa mallia. Mallin mukaista työtettä ei ole omaksuttu.
Esimiesten vähäinen kiinnostus ja tuki hoitotyötä kohtaan	Esimiehet eivät ole kiinnostuneita yhteistoimintamallista ja sen kehittämisestä. He eivät ota huomioon osaston käytännön näkökulmaa, eivätkä osoita luottamusta osastohenkilökuntaa kohtaan. Esteenä voi myös olla se, että esimiehet pitäytyvät vanhoissa toimintamalleissa.
Eri toimijoiden yhteisen näkemyksen puute hoidon tavoitteista ja menetelmistä	Osaston hoitokulttuurissa ei tehdä yhdessä päätöksiä, eikä keskusteluissa kunnioiteta eri toimijoiden mielipiteitä.
Riittämättömät resurssit	Osastolla ei ole riittävästi aikaa kouluttaa henkilökuntaa, vallitsee kiire, tiukat aikataulut eikä käytössä ole riittävästi työnohjausta. Henkilökunnan jäsenet vaihtuvat, työryhmässä puutteellinen moniammatillinen edustus, uudet työntekijät eivät ole saaneet riittävästi perehdytystä ja henkilökuntaa kokee, että on liian paljon oheistoimintaa ja täten jää vähän aikaa kuunnella potilasta.

TOIMINNAN SEURAUKSET

KÄSITTEET	SELITYS
Potilaiden vastuullisuus omasta hoidostaan lisääntyy	Potilas jakaa näkemyksensä ja kokemuksensa omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa läheistensä ja hoitavien henkilöiden kanssa hoidon eri vaiheissa. Potilalle yhteistoiminnallinen hoito mahdollistaa siirtymisen passiivisen vastaanottajan roolista vastuulliseksi osallistujaksi.
Yhteistoiminnallinen hoitokulttuuri vahvistuu työskentelyn lähtökohdaksi	Yhteistoiminnallisessa hoitokulttuurissa työskennellään yhteistoimintamallin mukaisesti. Potilaan hoito suunnitellaan moniammatillisena yhteistyönä potilaan ja hänen verkostonsa kanssa, jossa sovitaan hoidon linjauksista ja kokonaistavoitteista. Eri toimijat sopivat keskinäiselle yhteistyölle tavoitteet ja laativat suunnitelman, joihin kaikki voivat sitoutua. Tavoitteisiin pyritään yhdessä sovituin yksilöllisin, joustavin ja innovatiivisin ratkaisuin. Yhteistyön toteutumista ja tavoitteiden saavuttamista arvioidaan koko hoitoprosessin ajan. Moniammatillinen työryhmä auttaa potilasta tiedostamaan hänen omat mahdollisuutensa, tukee häntä arvioimaan näitä mahdollisuuksia ja löytämään voimavaroja selviytyäkseen sairautensa kanssa. Potilaan hoitoon voi liittyä tilanteita, joissa potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan. Itsemääräämisoikeuden rajoittaminen tapahtuu yhteistyössä potilaan kanssa siten, että rajoitukset perustellaan potilalle ja niistä neuvotellaan hänen kanssaan siten, että potilaan arvokkuus säilyy.

TIEDONHAKU

Tietokanta	Hakusana	Hakutulos	Valitut lähteet työsuunnitelma vaiheessa	Toteutusvaiheeseen valitut käytetyt lähteet
MetCat	potilaslähtöisyys	13	3	0
Cinahl	care meeting	820	2	2
Cinahl	psychiatric care meeting	2	1	1
Cinahl	family meeting	520	1	1
Cinahl	co-operative team meetings	106	1	1
Ovid	narrative	247	0	0
Ovid	collaborative care model	470	1	0
Ovid	Network	578	1	0
MetCat	Kerronnallisuus	10	2	0
MetCat	Narratiivisuus	79	2	2
MetCat	Reflektio	30	1	1
MetCat	Verkostoituminen	197	0	0
MetCat	Asiakaslähtöisyys	399	5	3
MetCat	Keroputaan malli	3	2	2

PROJEKTIAIKATAULU JA PROSESSIKUVAUS

	Aika	Konteksti, aihe & paikka, hlö	Läsnä	Keskeiset asiat	Suunnitellut tehtävät jatkossa	Tuotetut dokumentit
KOKOUS	Ke 20.8 klo 11-12		Taru Ruotsalainen, Annika Kulju, Suvi Kananen, potentiaalinen ONT-ryhmä	Projektin alku esittely Sitoutuminen	Tiedon hakua tuotteistamisesta, verkkomateriaalin tuottamisesta ja yhteistoimintamallista	Alustavia kysymyksiä projektiryhmälle
KOKOUS	Ke 27.8 Klo 13-14.30	Projektiryhmä TUKHO	T.Ruotsalainen,H.Virtanen-Vaarainmaa, Kaisa Suojoki. Annika Kulju, Suvi Kananen, muu ONT-ryhmä	Opinnäytetyön pien ryhmien kokoaminen Aiheen ideointia	Tiedon hakua tuotteistamisesta, verkkomateriaalin tuottamisesta ja yhteistoimintamallista Tietoperustaan tutustuminen. Tutkitun tiedon pohjalta. oleelliset kysymykset projektin tekoa varten ja työelämän edustajille ONT-ryhmän Yht.tiedot (H.V-V) Kutsua työel.edustajat seur kokoukseen (T.R)	
PAJA	Ke 3.9 Klo14.30-16.00	Tuotetyön tekstit-Johanna Komppa	Annika Kulju, Tarja Vehmas, Suvi Kananen	Ohjeita tuoteteksiten tekoon ja projektin raportointiin.		
KOKOUS	Ma 8.9 Klo 12-14	Projektiryhmä	T.Ruotsalainen,H.Virtanen-Vaarainmaa, Kaisa Suojoki. Annika Kulju, Suvi Kananen, Tarja Vehmas muu ONT-ryhmä			Kysymykset työryhmälle ja työn tilaajille + kaavio opinnäytetyönjaon ja ideoinnin ehdotelmaksi PP
PAJA	Ke 10.9 Klo.14.30-16.00	Tiedonhankinta, informaattikko	Tarja Vehmas, Suvi Kananen	Tiedon haku, tietokannat: Medic, Ovid, Pub med.Nelli Helka, Elmeri, Metcat...		
KOKOUS	Ma 15.9 Klo.12.30-13.00	Opinnäytetyöryhmät	Annika Kulju Suvi Kananen Lotta Rantanen	Pohdittu vähän missä mennään ja mitä seuraavaksi kannattaa tehdä, ei iso palaveri kun kaikki ei päässeet paikalle.		
OSASTO KÄYNTI ASIAKAS PALAVERI	Ma 15.9 Klo.14.30-15.30	Pilotti osastolla käynti Aurora 15-6C	Pirjo Lehtinen-Lehmusoksa Tapio Sursa Annika Kulju, Tarja Vehmas	Kysymykset työelämän edustajille-'tuotteen tilaajalle': Tarpeet, toiveet ja mahdollisuudet. Atk-vastaavat AUR	Ollaan yhteydessä osastolle kun saadaan esiaste valmiiksi, arvioidaan yhdessä sisältöä. Varataanosastollakäynti aika em. ja atk pohjaan tutustumiseen..	Muistio
OSASTO KÄYNTI ASIAKAS PALAVERI	Ke 17.9 Klo.11-12	Pilotti osastolla Käynti Psyk.kesk 6	Leena Haili-Nykänen Heimo Spelman Annika Kulju, Suvi Kananen	Kysymykset työelämän edustajille-'tuotteen tilaajalle' Tarpeet, toiveet ja mahdollisuudet Atk-vastaavat HUS	Ollaan yhteydessä osastolle kun saadaan esiaste valmiiksi, arvioidaan yhdessä sisältöä. Varataanosastollakäynti aika em. ja atk pohjaan tutustumiseen..	Muistio
OHJAUS PALAVERI	Ke 24.9 Klo.14.15-15.00	Opinnäytetyön ohjaaja TUKHO	Pirjo Roivas-Mäkinen Annika Kulju, Tarja Vehmas, Suvi Kananen	Aihe-esittelyn tarkastelua, puutteet yms.	Ohjaava opettaja kelpuutti aihe-esittelymme, tarkennuksia tehdään aihe-esittelyyn.	
ASiantuntija JA LUENTO	To 25.9 Klo. 13-15	Päivi Vuokila-Oikkonen "Kerronnallisuus ja	Pilottiasatojen ja muiden psyk osastojen hlökuntaa. Metropoliasta hlö.kuntaa	Luento: "Kerronnallisuus ja dialogisuus		Luento muistiinpanot (PP)

		dialogisuus psykiatrisessa hoidossa* Psykiatriakeskus luentosali	ja opiskelijoita Annika Kulju, Suvi Kananen	psykiatrisessa hoidossa*		
SEMI-NAARI	Ke 1.10 Klo . 8.30-13.00	Aihe- esittely Seminaari TUKHO				Aihe-esittely (MW)
KOKOUS	To 2.10 Klo.13.30-15.00		T.Ruotsalainen H.Virtanen-Vaarainmaa, Kaisa Suojoki. Annika Kulju. Lauri/Aleksi Kinnari, Lotta Rantanen, Aino Sonninen, Terhi Tepsell	Luvat ylihoitajilta perehdytysmateriaalin tuottamiseksi verkkoihin ok (T.R) Esitelty tiedot osastokäynneistä, os.toiveita ja rajauksia tuotteelle.	Sisällön hahmottelua Yhteys srl.atk-vastaaviin esitellä alustavaa rakennesuunnitelmaa, kysyä mikä heidän mielestä toimisi parhaiten Osastokäyntien sopiminen, tarkoitus: 1. Esitellä ja arvioida yhdessä alustavat sisällön rakenne- suunnitelmat 2. Tutkimaan tarkemmin alustoja joihin perehdytys tulisi	Alustava aikataulu ja prosessi kuvaus (MW-taulukko) Alustava rakennesuunnitelma ja etusivun kuvaus ja avainkäsitteet (PP)
PAJA	Ke 8.10.08 Klo. 14.30 – 16.00	Työsuunnitelman kirjoittaminen	Annika Kulju, Tarja Vehmas, Suvi Kananen			Muistiinpanot
OSASTO KÄYNTI ASIAKAS PALAVERI	Pe 10.10 klo. 11.00	Pilotti osastolla Käynti Psyk.kesk.2	Aleksi Kinnari, Annika Kulju	Yhteistyö toisen ryhmän kanssa Kysymykset työelämän edustajille-'tuotteen tilaajalle' Tarpeet, toiveet ja mahdollisuudet	Lähetään yhteenveto palaverista M.Karviselle- tarkistettavaksi. Lähetetään tietoa meidän koko ONT-projekteista. Kinnari A.L kopio ja tuo monisteet meidän ryhmälle.	Yhteenveto palaverista (MW) & Merja Karvinen tarkistanut 14.10. Esite osastolle 2 koko opinnäytetyön aiheista
OMAN RYHMÄN TYÖSKENTE LYÄ	Ma 13.10 6t	Kirjasto	Annika Kulju Suvi Kananen Tarja Vehmas	Opinnäytetyön tekoa, tiedon ja kirjojen hakua. Työsuunnitelmaa kirjoitettu	Tarkennetaan ja tarkoitus ja tavoite.	
OMAN RYHMÄN TYÖSKENTE LYÄ	Ti 14.10 1.5t	Kirjasto	Annika Kulju Suvi Kananen Tarja Vehmas	Tiedon hakua ja käsitteiden kääntämistä eng.	Jatketaan tiedonhakua olennaisista käsitteistä ja aineisto hankitoja. Kirjoitetaan työ suunnitelmaan.	
OHJAUS PALAVERI	Ke 16.10 Klo.10.00-11.00	Opinnäytetyön ohjaaja TUKHO	Pirjo Roivas-Mäkinen Annika Kulju, Tarja Vehmas, Suvi Kananen	Asiantuntijoita voi käyttää, voi tehdä haastattelulausuntoja ja voi viitata artikkel. Mainostaa ei saa. Lähteiden ikä 10v tai klassikot. Tarkoitus ja tavoitteet erotellen koko hanke ja oma ONT. Olennaiset käsitteet ok. Työ etenee ok. Opponointi kysym.	Tarkennetaan tarkoitus ja tavoitteet ja lähetetään ne vielä ohjaajan arvioon Opponointi: kysymykset mitkä herää toisen työstä.	
OMAN RYHMÄN TYÖSKENTE LYÄ	Ke 16.10 Klo 11.00-16.00		Annika Kulju, Suvi Kananen, Tarja Vehmas	Tiedon hakua ja sisällön käsitteilyä Riskeihinvarautumis Suunnitelman laadinta		RIKEIHIN VARAUTUMIS- SUUNNITELMA
OMAN RYHMÄN	Ma 27.10 Klo 16-18		Annika Kulju, Suvi Kananen,	Tiedon hakua ja sisällön käsitteilyä		

TYÖSKENTE LYÄ			Tarja Vehmas	Työsuunnitelman kirjoittamista		
KOKOUS	Ma 27.10 Klo.18.00 – 19.15	Opinnäytetyöryhmät TUKHO	Annika Kulju, Suvi Kananen, Tarja Vehmas, Aino Sonninen, Lotta Rantanen, Terhi Tepsell, Lauri A.Kinnari	Yhteinen suunnitelman teko Yhteisen rakenteen hahmottelu Sisältö hahmotteluiden esittelyä	Yhteisen rakenteen hahmottelua tehtiin. Esitetty alustava malli rakennesuunnitelmasta ja esim. etusivusta sai yleisempääkin kannatusta. Sitä lähdemme vielä 'viilaamaan' yhdessä. Yhteinen suunnitelmaa olla siis tehty. Yhteys atk- ihmiseen TK/HUS ehkä yhteinen tapaaminen meidän atk ihmisten kanssa & delegointi tarulle ? Teemme nyt työsuunnitelman ja tapaamme seur. Kerran 10.11.Kokouksessa. Meidän ryhmä lähettää alustavat rangat muille ryhmille.	
DEAD-LINE: TYÖ- SUUNNI- TELMA	Pe 7.11			Työsuunnitelman oltava valmis palautetaan paperiversiona x 2 opettajille ja opponenteille, lähetetään koko seminaariyhmälle e-mailina		Työsuunnitelma + liitteet
KOKOUS	Ma 10.11 Klo 9.00-10.00	Tukho, kokoustila	T.Ruotsalainen H.Virtanen-Vaarainmaa, Kaisa Suojoki. Annika Kulju. Tarja Vehmas. Lotta Rantanen, Aino Sonninen	Esitellään aikaansaannoksia -etusivu -rakennekaavio ehdotus Hahmotellut sisällöt	- etusivulla tulisi olla "käyttö-ohje" koko paketille ("näiden sivujen tarkoitus on perehdyttää sinut yhteistoimintamallin mukaisesti jne..)) - otsikko muutettava esim. "Yhteistoiminta-malli osastojen toim..." - projektikuvaus ja projektiorganisaatio siirrettäisiin loppuun - käsitteet pois otsikon alta, ne voisi siirtää sanastoon (käsitteiden avaus esimerkkien avulla?) Pohdittiin mitä keinoja motivoida ihmistä luke-maan perehdytys-materiaalia verkossa - sisällön tulisi olla konkreettista, asiaa ja " raikasta" - puhutellaan lukijaa: sinä- muoto	
SEMINAARIT	Ke 12.11 Klo 9.00 – 15.00	Metropolia, Tukho	Pirjo-Roivas-Mäkinen, Iira Lankinen Kuoche-ont-ryhmät Suvi Kananen Annika Kulju. Tarja Vehmas. Lotta Rantanen, Aino Sonninen	Oma esitys + 6 muuta, yksi opponointi	yhteenveto palautteista ja ohjeista: -Teoria osuus, HOKOn ja perhetapaamisen kautta! miten os:lla toimitaan,onko hyvä käytäntö, mitä kehitettävää olisi? -tarkoituksena kuvata mitä on hoitokokous käytännössä ja mitä on perhetapaaminen käytännössä	PP-esitys työsuunnitelmasta ja ONT-vaiheesta. Rakennekaaviota ja sislötöjen avausta

					<p>-Verkko-oppimateriaalista, perehdytyksestä oma luku, isona pääotsikkona</p> <p>-opinnäytetyö ei voi olla lähde, etsi alkuperäiset lähteet</p> <p>-perehdytyskäsite puuttuu</p> <p>-joitakin asioita toistetaan eri kappaleissa, pyritään poistamaan toistot</p> <p>- perehdytys etusivusta kommentoitiin, että Otsikko hukkuu kuvaan,eikä tule esille sivusta</p> <p>Laskuri sivulla kävijöistä?</p> <p>opponenttien kommentteja:</p> <p>-Meta tekstiä enemmän</p> <p>-rakenne järjestelmällisemmäksi</p> <p>-jonkin verran toistoja - poistetaan osiot/lauseet jotka toistuvat</p> <p>Viestintä suunnitelma mukaan</p> <p>Pyydetty ohjaavalta opettajalta yhteistoimintamallin määrittelmä.</p>	
SEMINAARIT	To 13.11 klo 9.00 - 15.00		Suvi Kananen Tarja Vehmas, Annika Kulju, Lotta Rantanen, Terhi Tepsell, Aino Sonninen	Loput seminaarit ja opponoinnit	Vinkejä ont-tekoon	
ONT-RYHMÄ KOKOUS	To 13.11 Klo 14-17		Tarja Vehmas, Annika Kulju, Lotta Rantanen, Terhi Tepsell, Aino Sonninen	Saatu P.R-M yhteistoim.määrittelmä sähköpostitse	Etusivun muokkausta. Liitetty määrittelmä yhteistoiminnallisuudesta etusivuun.	
					Otettu yhteyksiä atk-vastaavaan aurorassa, tutustumisaikaa varten.	
					Mikko Ristola ohjaa ylihoitaja Kati Sahlstenin luo perehdytyksen sisällön ja sijoituksen suhteen	
ASiantuntijajaksot	Pe 14.11	Kaisa Suojoki Etusivun tekemisestä Sähköpostitse			Pohdittu sisältöjä	
					etusivun tekstiä kannattaa ehdottomasti tiivistää ja esim. lihavoida avainkäsitteitä. Tekstissä voisi olla myös kerrottuna, mikä on tämän nettisivuston tarkoitus ja ns. käyttöohje. Lopussa voisi olla jotain lukijaa motivoivaa, kehoitus tutustua yhteistoimintamalliin ja sen käytäntöihin omassa työpaikassa, mitä apua siitä on heille tms.	

					Graafinen ilme imee jonkun verran HUS:n ja Metropolian logoja taustaan, logojen sijoittelua voisi ehkä vielä miettiä. Metropolian ohjeistuksen mukaan logo voidaan sijoittaa kuvan päälle, mutta tunnuksen taustan tulee aina olla rauhallinen ja väreiltään riittävän vaalea, jotta tunnus erottuu taustastaan selkeästi.	
YHTEIS TYÖ KOKOUS	To 20.11.08 2h	Auroran sairaala	Yh Kati Sahlsten Aoh Virpi Jaakkola Kaisa Suojoki, Lotta Rantanen Aino Sonninen Lauri Kinnari Tarja Vehmas	Perehdytyksen sisältö ja sen tuottaminen / sijoittaminen verkkoon.	<p>Yhteistoimintamallin käsitteitä avattava enemmän sivut tulevat kaikkien psykiatristen osastojen luettavaksi</p> <p>Voimme tehdä sivut Power Pointina</p> <p>Taustaväriä ei voi laittaa</p> <p>Valokuvia voi käyttää, joko omia tai sitten voi käyttää Auroran omaa kuvapankkia.</p> <p>Lisää tietoa osioihin tulee meidän osuutemme ja sinne voi myös laittaa linkkejä (löytyy oikealta perehtyjän abc kohdasta)</p> <p>-</p> <p>Y-aseamalla oma kansio, jota Mikko Ristola hoitaa, hän laittaa kaiken materiaalin verkkoon</p> <p>Kuvaus yhteistoiminta mallista etusivulle. Projektiryhmä tekee etusivun ja me keskitymme kukin omiin osioihimme</p> <p>Perehdytys tulee olemaan ensisijaisesti suunnattuna uudelle työntekijälle</p> <p>Jatkossa Virpi Jaakkola haluaisi olla läsnä yhteisissä palaverissa, joten huolehditaan, että tieto menee myös hänelle. Hänen puoleensa voimme myös kääntyä jos tulee jotain ongelmaa/kysyttävää opinnäytetyöme tiimoilta.</p> <p>Tutustuminen Abc-perehdytys sivuun</p>	Kokousmuistio käynnistä
TYÖN ASIAN-TUNTILJA TARKEN-NUS	26.11.08	Sähköpostikons. Virpi Jaakkola Projekti-koordinaattori, Helsingin kaupunki Terveyskeskus Psykiatriaosasto	Vastaanottaja: Annika Kulju		<p>Kuten to 20.11 tapaamisessamme yhdessä yh Kati Sahlstenin kanssa totesimme, että alustavasta suunnitelmastanne puuttuu toistaiseksi itse mallin esittely.</p>	

		PL 6261 00099 Helsingin kaupunki Käyntiosoite: Aurooran sairaala, Nordenskiöldinkatu 20, rak. 7, 3.krs.			Projektiryhmän kokouksessa asiasta todettiin, että osan perehdytysaineistosta voi projektiryhmäkin tarvittaessa työstää, mikäli se ei tule opiskelijoiden työnä tehdyksi HYKS/ psykiatriakeskuksen sisällöllisenä asiantuntijana perehdytysasiassa toimii kliin. asiantuntija Susanna Kallakorpi ja Aurooran sairaalaista minä. Tulemme seuraavaan tapaamiseen opettajien kanssa. Ilmoittakaa meille tapaamisen ajankohta heti, kun olette sen sopineet.	
Työ- suunnitelma tarkistus	Marraskuu 08			Vie työsuunnitelma äidinkielen opettajalle tarkistusta varten ä Johanna Komppa B 6krs		
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	To 8.1- Pe 9.1 6h	Annika Kulju Suvi Kananen Tarja Vehmas		Perehdytyksen sisältöä		
KOKOUS	Ma 12.1.2009		Mannerheimsali Taru Ruotsalainen Jouni Hassinen Kaisa Suojoki Virpi Jaakkola Kimmo Sainio Lotta Rantanen Aino Sonninen Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju	Perehdytyksen sen hetkisen sisällön esittelyä ja arviointia.	Projektiryhmä toteuttaa mallin esittelyn perehdytykseen. Ont-ryhmät keskittyi omiin erik. alueisiin kuten oli suunniteltu.	
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	Ke 14.1.09	Metropolia	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju	PowerPoint esitykset		
PAJA	Ke 14.1 30min	Toiminnallisen opinäytetyön raportointi Johanna Komppa	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju			
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	Ma 19.1 - Ti 20.1 7h	Metropolia	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju	PowerPoint esitykset		
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	Ma 26.1 6h	Metropolia	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju	PowerPoint esitykset	Jokainen ryhmän jäsen saa omat käsitteet ja syventävän tiedon alueet joihin perehtyy ja kirjoittaa dokumentit	
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	Pe 30.1 8h	Yhdessä kotona	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju	PowerPoint esitykset Potilas caset ja avoimet kysymykset		
PAJA	Ke 4.2 Klo 16.30 – 17.15	Metropolia Kypsyyinäyte Aino Vuorijärvi	Annika Kulju Suvi Kananen			
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	1.2 – 17.2 ?	Itsenäistä kotona	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju	Dokumentteja		

ASiantuntijaj TAPAAMINEN	Ke 18.2 Klo. 11-12	Auroran sairaala	Virpi Jaakkola Annika Kulju	Työn läpi käymistä Korjausehdotukset Pohjustus päätössem. esitykseen		Toimitettu tämän hetken esitykset osastoille paperiversiona
PAJA	Ke 18.2 1h	Metropolia: Johdanto, Pohdinta ja Tiivistelmä (SuVi)	Annika Kulju			
OHJAUS PALAVERI JA OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	Ke 25.2.09 Ohjaus klo 10.00-10.30 Työskentely 6h	Metropolia Pirjo Roiwas-Mäkinen	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju	Dokumenteja syventävä tieto	PP-esitykset käytiin läpi & ei lisäyksiä Me opponimme Rantasen mikäli Kinnari on lopettanut	
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	To 26.2.09 3h	Metropolia	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju	Esitykset ja dokumentit yhteensovitusta Tiivistelmä		Tiivistelmä
ESITYS HANK-KEEN PÄÄTÖS- SEMINAARIS- SASSA	Ti 3.3.2009 Klo. 12-16	Paasitorni – Hakaniemi Projektin organisaatiota ja yhteistyösastojen henkilökuntaa	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju Lotta Rantanen Aino Sonninen Terhi Tepsell	Psykiatria Osastojen henkilökunnalle ja ylihoitajille – Työn esittely	Esitys meni hyvin Saimme positiivista palautetta työstä, ulkoasuta pidettiin ja sisältöäkin kommentointiin hyväksi. Erityisryhmän ammattihenkilö esitti mielipiteen että työ vaikutti hyvältä koska se oli suunnattu kaikille. Osastot ehdottivat muutamia muuta aiheeseen tehtyjä töitä liitettävän perehdytykseen, esim. Hoitokokustasku- muistio 15-6C	PP-Esitykset Dokumentit
OSASTO KÄYNTI	Ma 9.3.2009 Klo 14.00-15.00	Auroran sairaala Osasto 15-6C	Tapio Suorsa Annika Kulju	Annettu paperiversio, osaston toiveesta.	Korjaukset	
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	Ti 10.3.09 3h	Metropolia	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju	Dokumenteja Korjauksia		
OSASTO KÄYNTI	Pe 13.3.2009 Klo 14.00-15.00	Psykiatriakeskus Osasto 6	Oh Leena Haaili-Nykänen Yh Tiina Pehkonen Sh Heimo Spelman Annika Kulju	Tallennettu muistitikulta esitykset ja dokumentit oh:n työaseman tiedostoihin.		
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	Ti 17.3 10h	Metropolia	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju	Raportti Dokumentti korjaukset		
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	Ke 18.3 – to 19.3 Yht n. 20t	Itsenäisesti kotona	Annika Kulju Suvi Kananen Tarja Vehmas	Raportti Dokumentti korjaukset CD-tiedostojen teko		
Perehdytysmat- erialin jättö Aur. asiantuntijalle	Pe 20.3.2009 Klo 14.00-15.00	Metropolia Tukho	Virpi Jaakkola Annika Kulju Tarja Vehmas	Luovutettu cd:lle 'poltettu' työ V. Jaakkolalle, joka lopulta huolehtii työn viemisestä hel ja hus introihin		CD - tiedostoista
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	To 24.3.09 4h	Metropolia	Tarja Vehmas Annika Kulju	Raportti		
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	Ti 31.3. – Ke 1.4 14 h	Metropolia	Tarja Vehmas Annika Kulju Suvi Kananen	Raportti		
TiivistelmäEng lannin kielen	Toimitettu x 2 Helmi-maaliskuu	Katja Hämäläinen				2x Korjattu tiivistelmä

opettajalle	Deadline 10.4.2009					
Äidinkielen Opettajalle koko työ	To 2.4.2009	Suojala Marja ?				
Raportin + tuotteen jättö ohjaajille ja opponenteille	To 2.4.2009	Pirjo Roivas-Mäkinen Iira Lankinen		Toteutus seminaarin oltava valmis palautetaan paperiversiona x 2 opettajille ja opponenteille, lähetetään koko seminaariryhmälle e-mailina		Projektiraportti Tuote: Rakennesuunnitelma
TOTEUTUS VAIHEEN SEMINAARI	Ke 8.4.2009 Klo 8.30- 11.45	Pirjo Roivas-Mäkinen Iira Lankinen	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju Lotta Rantanen Aino Sonninen Terhi Tepsell			
OMAN RYHMÄN TYÖSKEN- TELYÄ	To 9.4 –	Metropolia Kotona	Suvi Kananen Tarja Vehmas Annika Kulju	- Korjaukset - Työn tulostus - KANSITUS - CD:t		
Opinnäytetyön jättö	17.4.2009				Palautetaan sekä paperina ja sähköisenä. Paperiversioiden palautus - kansitetaan (TXO:n toimistossa). Kansitettuja töitä väh. 4 kpl: Työn ohjaajalle luovutetaan 3 kpl • Kirjaston kappale • Hankeen/tilaajan kappale (ellei toisin sovita) • Ohjaajan kappale Seminaariryhmän toisen ohjaajan kappale luovutetaan kyseiselle ohjaajalle. Sähköinen palautus Ks ohjeet tuubista <i>Opinnäytetyön vieminen Theseus-tietokantaan.pdf</i>	
Kypsyyss-näyte	27.4 Klo 16.00-18.15			Ilm. Kypsyyssnäyt- teeseen tapahtuu luovuttamalla määräpäivään menessä kansitetut opinnäytetyöt ohjaajalle. - ohjaajat kertovat kypsyyssnäytteen ilmoittautumismenettel- ystä seminaareissa.		