

PEREHDYTYSKANSIO SYÖMISHÄIRIÖKLINIKALLE

Sini Ihamäki ja Anu Kinaret
Opinnäytetyö, syksy 2014
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Ihamäki, Sini & Kinaret, Anu. Perehdytyskansio Syömishäiriöklinalle. Diak Etelä, Helsinki, syksy 2014, 70 sivua, 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön produktiona toteutettiin perehdytyskansio Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Syömishäiriöklinalle. Tavoitteena oli koota tiivis, ajan tasalla oleva sekä selkeä perehdytyskansio, joka sisältää Syömishäiriöklinalle toiveiden mukaisesti poliklinikan, osaston, ryhmien ja hoitomenetelmien esittelyt.

Opinnäytetyön raporttiosuudessa käydään läpi perehdytysprosessia, perehdytyksen tarkoitusta ja tavoitteita, lainsäädäntöä sekä perehdytyksen rooleja ja malleja. Lisäksi opinnäytetyö sisältää teoriatietoa syömishäiriöistä, toimintaympäristön esittelyn, opinnäytetyön prosessin sekä perehdytyskansion arvioinnin.

Perehdytys lisää työmotivaatiota, sitoutumista ja työssä jaksamista. Hyvällä perehdyttämällä ehkäistään työtapaturmia, poissaoloja ja hoitovirheitä sekä parannetaan potilasturvallisuutta. Perehdytyskansiomme tavoitteena on tuottaa Syömishäiriöklinalle materiaalia, jonka avulla heillä on mahdollista kehittää perehdyttämistä ja helpottaa uutta työntekijää saamaan kattava kokonaiskuva Syömishäiriöklinalle toiminnasta.

Perehdytyskansion sisältö on pääasiassa Syömishäiriöklinalle jo aiemmin tuotamista materiaaleista koottua. Uuden perehdytysmateriaalin tekeminen oli ajankohtaista, sillä Syömishäiriöklinalle perehdytyskansiota ei ole päivitetty vuonna 2013 tapahtuneen muutoksen jälkeen, jolloin nuorten ja aikuisten syömishäiriöiden hoitopalvelut yhdistettiin.

Perehdytyskansion arviointiin osallistui Syömishäiriöklinalle osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja ja perheterapeutti sekä Diakonia-ammattikorkeakoulun viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita. Syömishäiriöklinalle työntekijöiden ja sairaanhoitajaopiskelijoiden yhteisen arvioinnin ja palautteiden pohjalta muodostui Syömishäiriöklinalle palveleva perehdytyskansio. Syömishäiriöklinalle työntekijät kokivat, että perehdytyskansio on heille selkeä ja tarpeellinen apuväline perehdyttämisen tueksi.

Perehdytyskansio luovutettiin Syömishäiriöklinalle sähköisessä muodossa, jotta sen päivittäminen tulevaisuudessa muutosten yhteydessä on mahdollista.

Asiasanat: perehdyttäminen, syömishäiriöt, anoreksia, bulimia

ABSTRACT

Ihamäki, Sini and Kinaret, Anu. Orientation folder for the Eating Disorders Clinic. 70 p., 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki. Autumn 2014.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree title: Nurse.

Orientation increases motivation, commitment and strength to be able to do the job. Proper orientation not only prevents occupational accidents, non-attendance and malpractice but also improves patient safety.

As a production for this thesis we designed an orientation folder for the Eating Disorders Clinic in the hospital district of Helsinki and Uusimaa. The main goal was to form a compact, up to date and easy to read orientation folder including a presentation of different units, groups and cures based on the Clinic's wishes and needs.

On the debriefing part of this thesis we introduced the orientation process, law, goals and reasons behind orientation and different roles and patterns to implement the orientation. The debriefing part contained also theoretical information about eating disorders, processes of the production and a demonstration of an operational environment and evaluation of this thesis. The main goal with the orientation folder was to develop induction and ease for new employees to gain a comprehensive picture of the Clinic's operations.

The content in the orientation folder was compiled of the material that the Eating Disorders Clinic had already produced. Upgrading new material for the orientation folder became necessary since the folder had not been updated since 2013 when they combined adolescents' and adults' eating disorder care services at the Clinic.

An evaluation for the orientation folder was done by three employees of the Eating Disorders Clinic and eight the final year nursing students of Diaconia University of Applied Sciences. After analyzing the employee and the student feedback, we finalized the version of the orientation folder for the Clinic. Employees found the orientation folder a clear and useful tool in order to manage an induction.

The orientation folder of twelve pages was passed to Eating Disorders Clinic in digital form due to easier upgrading possibilities in the future.

Keywords: orientation, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 PEREHDYTTÄMINEN	8
2.1 Perehdytys käsitteenä	8
2.2 Perehdytystä ohjaava lainsäädäntö.....	9
2.3 Perehdyttäminen prosessina	10
2.4 Perehdytyksen tarkoitus ja tavoitteet.....	11
2.5 Perehdytysprosessin roolit	12
2.6 Perehdyttämisen mallit	14
2.7 Tutkimuksia perehdytyksestä	16
3 SYÖMISHÄIRIÖT	19
3.1 Syömishäiriöiden taustaa	19
3.2 Anoreksia	20
3.3 Bulimia.....	21
3.4 Epätyypilliset syömishäiriöt.....	22
3.4.1 BED	23
3.4.2 Ortoreksia	24
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	26
5 TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA TOIMINNAN ESITTELY.....	27
5.1 Syömishäiriökliniikka	27
5.1.1 Poliklinikka	27
5.1.2 Kokovuorokausiosasto.....	28
5.1.3 Kuntoutusosasto	28
5.1.4 Päiväosasto	29
5.2 Syömishäiriöklinikan hoitoryhmät	29
5.3 Syömishäiriöklinikan hoitomenetelmät	30
5.3.1 Perhetyö	30
5.3.2 Perhepohjainen hoito.....	31
5.3.3 Kognitiivis-behavioraalinen yksilöhoito.....	31
5.3.4 Jalkautuva hoitotyö	32

5.4	Syömishäiriöpotilaiden hoito Syömishäiriökllinikalla	32
5.4.1	Ahmimishäiriöpotilaiden hoito Syömishäiriökllinikalla	32
5.4.2	Laihuushäiriöpotilaiden hoito Syömishäiriökllinikalla	33
6	PEREHDYTYSKANSION TUOTTAMISEN KUVAUS	35
6.1	Opinnäytetyöprosessi	35
6.2	Perehdytyskansion suunnittelu	36
6.3	Perehdytyskansion toteutus	38
6.4	Perehdytyskansion arvioinnin suunnittelu	40
7	ARVIOINNIN TULOKSET	43
7.1	Syömishäiriöklinikan arviointi	43
7.2	Opiskelijoiden arviointi	44
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	46
8.1	Eettiset kysymykset	46
8.2	Luotettavuus	47
8.3	Prosessin tarkastelu	48
8.4	Ammatillinen kasvu	50
8.5	Jatkokehittämisaiheita	51
	LÄHTEET	52
	LIITE 1: Saatekirje	57
	LIITE 2: Arviointilomake	58
	LIITE 3: Perehdytyskansio	59

1 JOHDANTO

Työyhteisöjen arkeen kuuluvat henkilöstön muutokset, kun vanhoja työntekijöitä jää eläkkeelle, äitiyslomille tai siirtyy toisiin työpaikkoihin (Surakka 2009, 72). Muutokset koskettavat koko työyhteisöä ja niillä on vaikutus työyhteisöön toimintaan, työntekijöiden terveyteen sekä työhyvinvointiin (Pahkin & Vesanto 2013, 4–5). Uusi työtehtävä tai työympäristö tuo esiin perehdyttämisen tarpeen (Kupias & Peltola 2009, 9). Perehdytyksessä sairaanhoitaja tutustuu uuteen työpaikkaan ja työtehtävään. Perehdytyksen tavoitteena on, että uusi työntekijä kykenee suoriutumaan itsenäisesti työtehtävästään. (Lahti 2007, 6.)

Perehdyttämällä tarkoitetaan niitä toimenpiteitä, tapahtumia ja tukea, joiden avulla uutta työntekijää autetaan pääsemään alkuun uudessa työssä, työyhteisössä ja organisaatiossa (Kjelin & Kuusisto 2003, 14; Kupias & Peltola 2009, 19; Surakka 2009, 72). Perehdyttäminen ja työhönopastus ovat tärkeä osa henkilöstön kehittämistä ja sillä on suora vaikutus osaamiseen, työssä jaksamiseen, työn laatuun, työtapaturmiin ja poissaoloihin (Penttinen & Mäntynen 2009, 2). Uusien työntekijöiden perehdyttämisen avulla varmistetaan työntekijöiden tasavertainen osaaminen, edistetään myönteisten ammattiasenteiden kehittymistä, ehkäistään työssä sattuvia virheitä, parannetaan hoitoa sekä lisätään potilasturvallisuutta (Hyytiäinen, Knuutila & Mustonen 2012, 33). Perehdytyksen tulisi kuulua jokaisen työpaikan toimintaan uusien työntekijöiden aloittaessa työt (Surakka 2009, 72).

Toiminnallisella opinnäytetyöllä pyritään vaikuttamaan käytännön työhön ohjeistamalla tai toiminnan järjestämisellä. Valmis tuotos voi olla opas tai ohje, kuten perehdytyskansio. (Vilkkä & Airaksinen 2009, 9.) Kehittämispainotteisella opinnäytetyön tarkoituksena on valmistaa jokin tuotos tietylle käyttäjäryhmälle ja kehittää käytännön toimintaa. Prosessi sisältää tuotteen suunnittelun, valmistelun, toteutuksen ja arvioinnin. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. 33–34.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa perehdytyskansio Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Syömishäiriöklinalle. Vuoden 2013 alussa HUS

yhdisti nuorten ja aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoitopalvelut. Muutosten jälkeen osaston perehdytyskansiota ei ole päivitetty, ja nyt Syömishäiriöklinalta toivotaan tiivistä kansiota, joka tulisi sisältämään poliklinikan, osaston, hoitomenetelmien ja ryhmien esittelyt. Perehdytyskansion avulla pyrimme kehittämään Syömishäiriöklinalta perehdyttämistä, tuottamalla heille uutta perehdytysmateriaalia ja lisäämällä uusien hoitajien tietoja syömishäiriöiden hoidosta.

.

2 PEREHDYTTÄMINEN

2.1 Perehdytys käsitteenä

Perehdyttämällä tarkoitetaan työntekijän opastamista työhön, työtehtäviin ja työympäristöön (Lahti 2007, 16). Sen avulla uutta työntekijää autetaan sopeutumaan uuteen työpaikkaan joko erilaisesta työyhteisöstä tulleet tai opiskelijan roolista käsin (Surakka 2009, 72). Kupiaksen ja Peltolan (2009, 19) mukaan perehdyttämällä tarkoitetaan toimenpiteitä ja tukea, joiden avulla uutta työntekijää kehitetään niin, että hän pääsee mahdollisimman hyvin alkuun uudessa työssä, työyhteisössä ja organisaatiossa sekä pystyy mahdollisimman nopeasti suoriutumaan työstään itsenäisesti.

Hyvällä perehdytyksellä voidaan tukea työntekijän työhyvinvointia ja sitoutumista työhön ja organisaatioon sekä edistämään työviihtyvyyttä (Lahti 2007, 20; Surakka 2009 72). Perehdyttämistä pidetään tärkeänä, mutta silti sitä laiminlyödään organisaatioissa. Perehdyttäminen jätetään helpommin vähäiseksi, jos työntekijän oletetaan jo osaavan työnsä. (Kjelin & Kuusisto 2003, 15.)

Onnistunut perehdytys pitää sisällään erilaiset käytännön toimet, jotka helpottavat työssä aloittamista. Perehdytykseen on hyvä sisällyttää uuden työntekijän opastus työtehtävään, työympäristöön ja koko organisaatioon sekä tukea uutta työntekijää kehittämään hänen osaamistaan. On tärkeää ottaa huomioon tulokkaan osaaminen ja pyrkiä hyödyntämään sitä mahdollisimman paljon jo perehdyttämisprosessin aikana. (Kupias & Peltola 2009, 19.)

Perehdyttämistä tarvitsevat myös kesätyöntekijät, sijaiset ja opiskelijat. Perehdyttämisen tarve tulee esille aina muutosten yhteydessä, jolloin työntekijän työtehtävät muuttuvat tai otetaan uusia työvälineitä käyttöön. (Lahti 2007, 209.) Terveystieteiden alan opiskelijat arvostavat hyvää perehdyttämistä. Opiskelijat arvostavat organisaatiota ja työyhteisöä, jotka tarjoavat heille oppimiskeskeistä ja laaja-alaista ympäristöä. Useat valmistuvat sairaanhoitajat suunnittelevat ha-

keutumista töihin sairaaloihin, joissa olivat olleet harjoittelussa opiskeluaikana. (Surakka 2009, 78.)

2.2 Perehdytystä ohjaava lainsäädäntö

Useat lait, kuten työsopimuslaki, työturvallisuuslaki ja laki yhteistoiminnasta yrityksissä, sisältävät määräyksiä ja viittauksia perehdyttämiseen (Kupias & Peltola 2009, 20).

Työturvallisuuslaissa määritellään työnantajan ja työntekijän vastuut ja velvollisuudet. Lain tarkoitus on huolehtia, että työympäristö ja -olosuhteet mahdollistavat turvallisen työskentelyn. Lailla pyritään turvaamaan työntekijöiden työkyky, ennaltaehkäistä työtapaturmia ja ammattitauteja sekä muita työn aiheuttamia fyysisiä ja psyykkisiä haittoja. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Työnantajan tulee antaa työntekijälle tietoa työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä. Työnantajan on huolehdittava riittävästä perehdytyksestä työhön, työolosuhteisiin, työ- ja tuotantomenetelmiin, työvälineiden käyttöön, turvallisiin työtapoihin uudelle työntekijälle sekä työtehtävien muuttuessa. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Työsopimuslaissa (55/2001) sanotaan, että työnantajan tulee huolehtia siitä, että työntekijä voi suoriutua työstään yrityksen toimintaa, tehtävää työtä tai työmenetelmiä kehittäessä tai muuttaessa.

Työehtosopimuksissa on usein maininta perehdyttämisestä palkkaan liittyvissä pykälissä. Perehdyttäjä saattaa saada perehdyttämisestä lisäpalkkiota tai perehdyttäminen voi lisätä vastuun määrää, jolloin se voi vaikuttaa palkkaukseen. (Kupias & Peltola 2009, 26.)

2.3 Perehdyttäminen prosessina

Hyvä perehdytys vie aikaa, mutta se kannattaa suunnitella ja toteuttaa huolellisesti. Sopivien perehdyttäjien löytäminen ja kouluttaminen on tärkeää. (Lahti 2007, 23.) Työnantajan tulee mahdollistaa perehdytyksen toteutuminen ja yksikön esimies on vastuullinen huolehtimaan sen toteuttamisesta. Esimiehen tulee huomioida riittävä yhteinen aika perehtyjälle ja perehdyttäjälle työajan ja työnjanon osalta. (Lahti 2007, 17–19; Surakka 2009, 72–73.)

Organisaatioilla on hyvä olla systemaattinen perehdyttämisjärjestelmä, jota kehitetään jatkuvasti. Järjestelmästä tulisi käydä ilmi, kuka perehdyttää uuden työntekijän, missä ja miten. Viitalan mukaan perehdyttämisjärjestelmän tulisi sisältää tiedottamisen ennen työhön tuloa, vastaanoton ja yritykseen perehdyttämisen, työsuhdeperehdytyksen ja työnopastuksen. (Viitala 2004, 260.) Järjestelmällisten perehdytys suunnitelmien kehittäminen on kriittisen tärkeää sairaanhoitajien työhönottojen yhteydessä. Perehdytys suunnitelmien toimiminen on erityisen tärkeää juuri valmistuvien sairaanhoitajien kohdalla, jotka ovat vasta uransa alkuvaiheessa. (Charleston ym. 2007, 25.)

Uuden työntekijän perehdyttämisen voidaan katsoa alkavan jo rekrytointivaiheessa, sillä silloin työntekijä saa ensimmäistä tietoa organisaatiosta ja työtehtävistä (Lahti 2007, 24). Ensivaikutelma on tärkeä, sillä se joko lisää tai vähentää uuden työntekijän työmotivaatiota (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 190).

Työyhteisön uusi työntekijä tulisi perehdyttää työyksikön ohjeisiin, arvoihin, toimintamalleihin ja periaatteisiin sekä kattavasti hänen työtehtäviin. Jos työyksikössä on ammattiuromallin mukaan laadittu porrastettu perehdyttämisohjelma, uudelle työntekijälle selkeytyy, mitä häneltä odotetaan ja koska häneltä odotetaan minkälaista vastuuta. Tällöin myös helpottuu perehdyttämisen jaksotus. (Surakka 2009, 73.)

Uudelle työntekijälle tulisi laatia kirjallinen ja yksilöllinen perehdytys suunnitelma. Suunnitelmaa tehtäessä tulee ottaa huomioon aiempi osaaminen ja työkoke-

mus, sekä vastavalmistuneen osalta on tärkeä huomioida oppilaitosten opetus suunnitelmat, harjoittelupaikat ja niistä hankittu kokemus. Perehdytysaika on ennalta määrätty perehdytys suunnitelmaan, mutta tarvittaessa sitä voidaan muokata, kun otetaan huomioon perehtyjän aiempi työkokemus ja osaaminen. Työyksiköstä riippuen perehdytys voi kestää muutamasta viikosta muutamaa kuukauteen. Organisaatiot päättävät itse, kuinka kauan perehtyjä on pois työvoimasta. Perehdytys suunnitelmaan tulisi liittää aikataulu, jonka mukaan perehdytyksessä edetään. (Surakka 2009, 73–75.) Laaksosen ym. (2012, 191) mukaan perehdyttämisen tulee kestää niin kauan, kunnes tulokas on varma omasta osaamisestaan ja pystyy suoriutuman itsenäisesti uudessa tehtävässään.

Itsenäisen työnteon kannalta oleelliset asiat käydään läpi yhdessä perehdyttäjän kanssa. On myös paljon asioita, joita uusi työntekijä voi käydä läpi itsenäisesti, esimerkiksi perehdytyskansion tai intranetin avulla. (Surakka 2009, 74.)

Työvälineitä perehdyttämiseen ovat kirjalliset perehdyttämispöytäkirjat, internet ja muut sähköiset oppaat sekä henkilökohtainen ohjaus ja keskustelu. Sähköisten perehdytysoppaiden käyttö ja päivittäminen on helpompaa kuin paperisten perehdytyskansioiden. (Surakka 2009, 72–74.) Perehdytysmateriaaleja tehdessä on hyvä kiinnittää huomiota materiaalien helppolukuisuuteen ja yksinkertaisuuteen (Kjelin & Kuusisto 2003, 212).

2.4 Perehdytyksen tarkoitus ja tavoitteet

Perehdytyksen tavoitteena on, että uudelle työntekijälle muodostuu kokonaiskuva organisaatiosta, sen toiminnasta ja työtehtävistä, sekä saada uusi työntekijä omaksumaan organisaation toimintatavat ja kulttuuri (Surakka 2009, 77). Perehdytyksen tärkein osa on perehdyttää työntekijä tehtävään, johon hänet on palkattu. Sen lisäksi uuden työntekijän kanssa on käytävä läpi työhön liittyvät työmenetelmät ja -ajat, tilat ja välineet, materiaalit, viestintäkanavat ja työturvallisuus. (Laaksonen ym. 2012, 191.)

Onnistuneella perehdytyksellä edesautetaan uuden työntekijän suoriutumista työtehtävistä, viihtymistä työssä, edistetään paineensietokykyä ja ehkäistään mahdollisia virheitä, joita työtehtävissä voi syntyä. Hyvä perehdytys mahdollistaa työssä menestymisen, ammatillisen kasvun ja edistää myönteisen asenteen kehittymistä. (Surakka 2009, 77.) Perehdytyksellä oppiminen tehostuu sekä oppimisaika lyhenee, työturvallisuusriskit, poissaolot ja vaihtuvuus vähenee, joten kustannuksissa säästetään (Laaksonen ym. 2012, 191).

Parhaimmillaan hyvä perehdytys auttaa tulokasta saamaan esille, parantamaan, tunnistamaan ja hyödyntämään hänelle jo olevaa osaamista. Perehdyttäminen ei siis tarkoita ainoastaan uusien tietojen ja taitojen oppimista, vaan aiemman osaamisen kehittämistä ja hyödyntämistä. (Kupias & Peltola 2009, 20.)

Motivoitunut ja hyvin perehdytetty työntekijä vaikuttaa omalta osaltaan positiivisesti työpaikan ilmapiiriin. Perehdyttämisellä on oleellinen merkitys osaamisen, jatkuvan oppimisen, työmotivaation ja työssä jaksamisen kannalta. (Surakka 2009, 77–78.) Perehtyminen tähtää siihen, että uudesta työntekijästä tulee itsenäinen toimija. Itsenäisellä toimijalla tarkoitetaan sitä, että uusi työntekijä toimii työyhteisön täysivaltaisena jäsenenä (Kupias & Peltola 2009, 139).

2.5 Perehdytysprosessin roolit

Perehtyjällä itsellä on suuri vastuu perehtymisprosessissa. Perehtyjän oma osallistuminen on noussut suurempaan rooliin ja yhä useammin perehtyjä osallistuu aktiivisesti perehdyttämisohjelman laatimiseen, eikä ole vain perehdyttämisen kohde. (Kupias & Peltola 2009 46–47.)

Perehdyttämisprosessissa esimiehen rooli on tärkeä ja päävastuu perehdyttämisestä on viime kädessä lähiesimiehellä (Viitala 2004, 259; Lahti 2007, 7). Esimiehen vastuulla on myös työntekijöiden osaaminen sekä työyhteisön kehittäminen. Esimiestä perehdyttämisessä tukee nimetyt perehdyttäjät ja henkilöstöammattilaiset. (Kupias & Peltola 2009, 47.) Esimiehen on tärkeää varmistaa

perehdytyksen tapahtuminen, olla läsnä ensimmäisenä työpäivänä tai mahdollisimman pian sekä varmistaa, että työntekijä ymmärtää perustehtävänsä. Esimiehen tehtäviin kuuluu myös sopia oppimisen ja kehittymisen tavoitteista, seurata ja antaa palautetta, huolehtia koeaikakeskusteluista, pitää huolta muun työyhteisön osallistumisesta, huolehtia työntekijän turvallisuudesta ja työhyvinvoinnista sekä tukea kaikkia perehdyttämistyötä tekeviä. Esimiehen on tärkeää jatkaa perehdyttämisyksikön jälkeen yhteistyötä tulokkaan kanssa. (Kupias & Peltola 2009, 62–63.)

Useissa organisaatioissa on nimetty erikseen työntekijät, joiden työtehtäviin kuuluu uusien työntekijöiden perehdyttämien (Kupias & Peltola 2009, 82). Perehdyttäjien tulee olla kokeneita työntekijöitä, heillä tulee olla motivaatiota ja kiinnostusta perehdyttämiseen ja hyvät vuorovaikutustaidot uusien työntekijöiden kanssa (Surakka 2009, 72–73). Lahden (2007, 21) mukaan perehdyttäjän tulee lisäksi haluta olla vastuullisessa roolissa, omata hyvät kliiniset taidot sekä olla johtajatyyppejä.

Perehdyttäjät toimivat yhteistyössä esimiehen kanssa, mutta kuten aiemmin mainittua, esimiehellä on viime kädessä vastuu perehdyttämisestä. Esimiehen tehtävänä on ohjata osa perehdytysvastuusta perehdyttäjälle. Joissain työyksiköissä on nimettynä perehdyttäjiä, joiden tehtävänä on antaa tiettyyn tehtävään alkuperehdytys. Perehdyttäjät tuntevat hyvin tehtävän ja ovat erikoistuneet sen opastamiseen. Perehdyttäminen tehdään yleensä oman työn ohessa. (Kupias & Peltola 2009, 82–83.)

Perehdyttäjän tavoitteena on tehdä itsensä tarpeettomaksi perehdytysjakson aikana. Alussa perehtyjä voi tarvita paljon neuvoa, tietoa, tukea ja ohjeita, mutta vähitellen vastuu perehtymisestä siirtyy perehtyjälle itselle. Perehdyttäjän on hyvä tiedostaa tämän roolin muuttuminen ja ohjastaa tulokasta itseohjautuvuuteen. (Kupias & Peltola 2009, 139.)

Uusi perehdyttäjä tarvitsee paljon esimiehen tukea ja ohjausta. Jos organisaatiossa on perehdytysuunnitelma, sen läpikäyminen uuden perehdyttäjän kanssa on erityisen tärkeää. (Kupias & Peltola 2009, 57.) Perehdyttäjien valinta on pe-

rehdytysprosessin onnistumisen kannalta erittäin tärkeää, sillä on suuri vaikutus uuden työntekijän odotuksiin ja perehdytyksen onnistumiseen (Lahti 2007, 20).

Perehdyttäminen kuuluu jokaisen työntekijän tehtäviin ja perehdyttämisprosessin jatkuvaan kehittämiseen osallistuu koko työyhteisö. Työyhteisö on informoitava uudesta työntekijästä, on hyvä kertoa, kuka on tulossa, mitä tekemään ja miten perehdytys hoidetaan. Avoimella ennakkokäsittelyllä luodaan pohja uuden henkilön vastaanotolle. (Kupias & Peltola 2009, 47, 76.)

Hyvään perehdyttämiseen kuuluu olennaisesti se, että jokainen työntekijä työyhteisössä tuntee omalta osaltaan olevansa vastuussa uuden työntekijän perehdyttämisestä. Ihanteellinen tilanne olisi, jos mahdollisimman monella lähityöyhteisöstä olisi oma vastuualue, johon hän tulokkaan perehdyttäisi. Näin mahdollisimman moni työntekijä pääsisi jo alkuvaiheessa tutustumaan uuteen työntekijään. (Kupias & Peltola 2009, 81; Viitala 2004, 259–260.)

2.6 Perehdyttämisen mallit

Kupias ja Peltola (2009, 36–41), tuovat kirjassaan esiin viisi erilaista perehdytysmallia, joita ovat vierihoitoperehdyttäminen, malliperehdyttäminen, laatupe-rehdyttäminen, räätälöity perehdyttäminen ja dialoginen perehdyttäminen.

Vierihoitoperehdyttämisellä tarkoitetaan perehdytystä, jossa tulokas perehtyy uuteen työhön seuraamalla kokeneemman työntekijän työskentelyä. Työntekijä ottaa tulokkaan vastuulleen ja oman työnsä ohella kertoo yrityksestä, työyhteisöstä ja tulokkaan tehtävästä. Perehtyminen etenee vähitellen työn tekemisen yhteydessä. Vierihoitoperehdyttämisessä mahdollistetaan tulokkaan yksilöllinen huomiointi ja perehdytys, kun perehdyttäjä panostaa tulokkaan auttamiseen työn alussa. Perehdyttäjän on tärkeä osata ohjata tulokasta oikealla tavalla ja osata perehdytettävä asia hyvin. Yhden henkilön vastuulla olevassa perehdytyksessä korostuu perehdyttäjän yksittäiset taidot ja ajankäyttö. (Kupias & Peltola 2009, 36–37.) Kun perehdyttäminen tapahtuu työtä tekemällä, on perehdytettävän mahdollisuus olla itse aktiivinen. Myös työntekijän kokemuksellisuus,

ajankohtaisuus ja omakohtaisuus ovat työssä oppimisen etuja. (Kjelin & Kuusisto 2003, 220.)

Malliperehdyttämisessä perehdyttämiseen liittyvää vastuuta jaetaan organisaatioissa. Henkilöstöosasto ottaa vastuuta perehdyttämisestä ja sen kehittämisestä. Henkilöstöosaston vastuulla on usein yleisperehdytys, jota voidaan koko organisaation osalta toteuttaa samalla tavalla, kuten työsuhteeseen ja organisaatioon perehdyttäminen. Työhönopastus ja työyhteisöön perehdyttäminen ovat usein työyksikön hoidettavana. Malliperehdyttämisessä työn- ja vastuunjako sekä perehdytysmateriaalien tuottaminen organisaation käyttöön on oleellista, jolloin perehdytyksestä saadaan yhtenäistä ja tasalaatuista. (Kupias & Peltola 2009, 38.)

Laatuperehdyttämisessä vastuuta perehdytyksestä tuodaan työyksiköille ja tiimeille, jotka voivat joustavasti ja tarpeen vaatiessa kehittää perehdyttämistä. Laatuperehdyttämisellä pyritään siihen, että perehdytys ei jämähä valmiiden mallien mukaan toteutettavaksi, vaan sitä kehitetään jatkuvasti. Työyksiköille ja tiimeille vastuuta siirrettäessä on valittava henkilöt, jotka ottavat vastuun perehdytyksestä. Usein vastuu on esimiehellä, mutta esimies voi ottaa avukseen tiimistä nimetyn perehdyttäjän, jolle osa perehdytysvastuusta siirtyy. (Kupias & Peltola 2009, 39.)

Räätälöidyssä perehdyttämisessä perehdytys on jaettu moduuleihin, joista perehdytettävälle muokataan yksilöllisesti tarpeellinen kokonaisuus. Moduulien tekemisestä ja tuottamisesta vastaavat organisaation eri osat, erityisesti henkilöstöhallinto ja yksittäiset työyksiköt. Räätälöidyssä perehdytyksessä on oltava henkilö, joka koordinoi perehdytystä. Koordinoijalla on oltava näkemys eri osa-alueista ja taitoa yhdistellä niitä tulokkaan tarpeiden mukaan. Perehdytyksessä on tärkeä ottaa huomioon uuden työntekijän tarpeet ja nykyinen osaaminen. (Kupias & Peltola 2009, 40–41.)

Dialogisella perehdyttämisellä tarkoitetaan sitä, kun uusi työntekijä tuo työyhteisöön jotain uutta omalla osaamisellaan, jolloin perehdytyksessä korostuu myös vastaanottavan työyksikön oppiminen. Tällaisessa tilanteessa voidaan puhua

perehdyttämisestä työyhteisön ja tulokkaan yhteiskehittelynä, jossa molemmat osapuolet oppivat ja kehittyvät. Dialogisessa perehtymisessä on tärkeää, että suunnitelma perehtymisestä tehdään yhdessä tulokkaan kanssa, jotta hänen asiantuntemusta hyödynnetään, sekä osa vastuusta jo perehdytyksen suunnittelussa ja toteutuksessa siirtyy hänelle. (Kupias & Peltola 2009, 41–42.)

Oppimispäiväkirja pitäminen on yksi keino jäsentää omaa oppimista. Tärkeintä oppimispäiväkirjan pitämisessä on, että ajatukset ja tärkeät asiat kirjoitetaan muistiin. Oppimispäiväkirja saa olla hyvin vapaamuotoinen. Muistiinpanot voivat auttaa uutta työntekijää hahmottamaan omaa oppimista, jos niitä käydään läpi esimerkiksi yhteisissä keskusteluissa. (Kjelin & Kuusisto 2003, 223.)

2.7 Tutkimuksia perehdytyksestä

Hoitotyön perehdytykseen liittyviä tutkimuksia on tehty Suomessa melko vähän. Tuula Lahti Tampereen yliopistosta on pro gradu-tutkielmassaan tutkinut sairaanhoitajien perehdytystä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Helsingin sairaaloiden kirurgian ja sisätautien osastoilla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien perehdyttämisen suunnittelua, sisältöä ja arviointia ja sitä, onko perehdyttämisellä vaikutusta hoitajan haluun sitoutua organisaatioon (Lahti 2007, 7).

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksella sadalle hoitajalle ja siihen vastasi 66 sairaanhoitajaa. Kyselyyn vastanneet olivat työskennelleet osastolla kolmesta kahteentoista kuukauteen. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vakituiset työntekijät olivat tyytyväisempiä saamaansa perehdytykseen, kuin määräaikaisesti työskentelevät. Sekä vakituiset että määräaikaiset työntekijät olivat arvioineet perehdytyksen suunnittelut tyydyttäväksi, mutta vakituiset työntekijät olivat arvioineet sen hieman paremmaksi kuin määräaikaiset työntekijät. Myös perehdytyksen sisällön toteutumisen, seurannan ja arvioinnin, sitoutumisen vakituiset työntekijät olivat kokeneet paremmaksi kuin määräaikaisesti työskentelevät. (Lahti 2007, 30–31, 38–48.)

Kaunonen, Miettinen & Tarkka ovat tutkineet hoitotieteen opiskelijoiden kokemuksia perehdytyksestä. Tutkimus on tehty vuonna 2005 ja siihen osallistui 76 opiskelijaa. Opiskelijat kirjoittivat oppimispäiväkirjaa, jossa kuvasivat kokemuksia perehdyttämisestä käyttäen esimerkkejä ja refleктоimalla kokemuksia luennoilla ja kirjallisuudesta saamaansa tietoon. Tutkijat analysoivat oppimispäiväkirjat induktiivisella sisällön analyysillä. (Kaunonen ym. 2006, 64.)

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että opiskelijoiden mukaan laadukkaan perehdytyksen pohjan muodostavat vastuu perehdytyksestä, perehdytyksen tavoitteellisuus ja perehdytyksen sisältö. Tulosten mukaan onnistuneessa perehdytyksessä vastuu perehdytyksen toteutuksesta jaetaan esimiehelle, perehdyttäjälle ja työyhteisölle sekä perehdytettävälle. Tutkimustuloksista tulee esille se, että laadukkaan perehdytyksen taustalle on luotava tavoitteellinen perehdytysohjelma, jonka avulla voidaan vaikuttaa perehdytettävien työhyvinvointiin, lisätä ammatillista osaamista, motivoida työhön ja nopeuttaa sopeutumista työyhteisöön. (Kaunonen ym. 2006, 67–68.)

Kaunonen, Miettinen, Peltokoski & Tarkka julkaisivat myöhemmin toisen osan tutkimuksestaan, tällä kertaa tutkittavana oli perehdytysprosessi ja perehdytyksen arviointi. Perehdytysprosessissa tärkeäksi tutkimuksessa osoittautui se, että perehdytykseen on nimetty perehdyttävä, joka toimii koko perehdytysprosessin ajan perehdytettävän tukena. Jaksottamalla perehdytys, annetaan perehdyttäjälle aikaa oppia työtehtävä ja myöhemmin tutustua organisaatioon. Tuloksissa esille nousi perehdytyksen yksiköllinen suunnittelu, jolloin voidaan ottaa huomioon perehdyttäjän aiempi osaaminen ja työkokemus. Perehdytyksen arvioinnissa perehdyttävä arvioi, perehdytyksen onnistuneisuutta suhteessa työtehtävään, perehdytysprosessia sekä perehdyttäjiä. Arviointia voidaan hyödyntää myös perehdytyksen kehittämisessä. (Kaunonen ym. 2009, 78, 81–82.)

Chesnutt & Everhart tutkivat Coloradossa Denverin sairaalassa vastavalmistuneiden sairaanhoitajien perehdytystä kirurgiselle teho-osastolle. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vanhassa perehdytysohjelmassa on parannettavaa, joten tutkimuksen pohjalta kehitettiin vaiheittainen perehdytysohjelma. Vaiheittainen perehdytysohjelma jakaa perehdytyksen viiteen eri jaksoon. Perehdytys etenee

vaiheittain ja perehdytyksen edetessä siirrytään haastavampiin tehtäviin. Perehdytysohjelmassa jokaiselle perehdytysosiolle on määrätty asioita, jotka perehdyttämiskauden aikana on käytävä läpi. Perehdytyksen toteutuksessa käytetään apuna check-listaa, jota täydennetään perehdytyksen edetessä. (Chesnutt & Everhart 2007.)

3 SYÖMISHÄIRIÖT

3.1 Syömishäiriöiden taustaa

Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia kehon ja mielen sairauksia. Taustalla on psyykkistä pahoinvointia, joka tulee esille häiriintyneenä syömiskäyttäytymisenä ja muutoksina fyysisessä tilassa. (Syömishäiriöliitto i.a. 1.)

Syömishäiriöiden tunnistaminen voi olla hankalaa, sillä normaalin ja häiriintyneen syömisen välinen ero ei aina ole kovin selkeä. Monet ihmiset ovat tyytymättömiä omaan ulkonäkönsä, useilla on kokemuksia laihduttamisesta ja kaikki ihmiset ovat syöneet joskus liikaa. (Charpentier ym. 2008, 11.) Näistä voidaan puhua häiriönä vasta siinä vaiheessa, kun ne ovat usein toistuvia ja vaikuttavat selvästi fyysiseen terveyteen tai arkisiin toimintoihin, kuten työntekoon, opiskeluun tai sosiaalisiin suhteisiin. Syömishäiriöissä syöminen tai syömättömyys alkaa vaikuttaa ja sotkee normaalielämää, sillä koko elämä alkaa pyöriä syömishäiriön ympärillä. (Charpentier ym. 2008, 11; Syömishäiriöliitto i.a.2.)

Syömishäiriöt ovat vakavia psykiatrisia sairauksia, jotka alkavat yleensä nuoruusiällä ja ne ovat tytöillä yleisempiä kuin pojilla. Perustutkimukset tehdään perusterveydenhuollossa, kun taas diagnoosi ja hoidon suunnittelu tapahtuu erikoissairaanhoidossa. (Ruuska 2013; Keski-Rahkonen ym. 2007.) Anoreksia- ja bulimiatilat hoidetaan useimmiten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, joko avo- tai sairaalahoidossa (Vesänen & Pulkkinen 2012).

Yleisimpiä syömishäiriöitä ovat ahmimishäiriö (bulimia nervosa) ja laihuushäiriö (anorexia nervosa), epätyypilliset tai osittaiset taudinkuvat sekä pelkät ahmimis-kohtaukset (binge-eating), jotka ovat lisääntyneet yhä nuoremmilla (Ruuska 2013).

3.2 Anoreksia

Anoreksia on moniulotteinen syömishäiriö taustaltaan ja olemukseltaan, johon sairastuvat usein nuoret tytöt ja naiset. Anoreksiaa sairastavalla on vääristynyt kehonkuva, pelko painon lisääntymisestä sekä sairastunut asettaa itselleen liian alhaisen painotavoitteen. (Vesanen & Pulkkinen 2012.) Vajaa 1 % 12–24-vuotiaista sairastuu anoreksiaan. Anoreksiaa sairastetaan yleensä pitkään ja oireilu jatkuu useilla jopa vuosia. Vain noin puolet sairastuneista paranee laihuushäiriöstä täysin. Tautiin liittyy kohonnut kuolleisuus; noin 5 % kuolee enenaikaisesti joko masennuksen vuoksi itsemurhalla tai aliravitsemuksen aiheuttamiin lisäsairauksiin. (Huttunen & Jalanko 2013.) Sairaus on tiedetty vuosikymmeniä, mutta sen riskitekijät, etiologia ja sairauden kulku ovat huonosti ymmärrettyjä (Keski-Rahkonen ym. 2007).

Tautiluokitusjärjestelmiä laatiessa on sovittu, että anoreksiaa diagnosoidessa sairastuneella tulee todeta merkittävä painonlasku, joka johtaa alipainoisuuteen; naisilla painoindeksi alle 17,5 kg/m² ja miehillä alle 19 kg/m². Kasvuikäisillä taas voidaan todeta kasvuviivästymä tai kasvun ja painonkehityksen pysähtymä. Sairastuneilla esiintyy pelko lihomisesta ja painon noususta vakavasta alipainosta huolimatta, heillä on vääristynyt kehonkuva tai vakavan alipainon kieltämistä. Naisilla tulee todeta kuukautiskierron poisjääminen kolme kertaa peräkkäin tai kuukautisten viivästyminen, jos ne eivät vielä ole alkaneet. Miehillä esiintyy muutoksia seksuaalisessa halussa ja toimintakyvyssä. (Charpentier ym. 2008, 13.)

Anoreksia alkaa usein halulla syödä terveellisesti ja liikunnan lisäämisellä. Anoreksian alkuvaiheessa sairastunut kokee itsevarmuutta ja energisyyttä elämänmuutoksen myötä ja kokee onnistuvansa, kun kykenee lisäämään liikuntaa ja kieltäytymään ruuasta. Sairastunut tuntee hallitsevansa elämäänsä, kun pystyy pudottamaan painoaan ”vielä vähän”. (Syömishäiriöliitto i.a. 3.) Anoreksian laskaisee vääristynyt kehonkuva, joka johtaa pakonomaiseen laihduttamiseen. Sairastunut pelkää rasvakudoksen kertymistä, jolloin hän välttelee kaloripitoista ja rasvaista ruokaa. Laihuushäiriötä sairastavan ruokavalio koostuu usein ainoastaan vihanneksista ja hedelmistä. Monet sairastuneista yrittävät ylläpitää laihi-

duttamista myös ulostuslääkkeillä, diureeteilla ja pakonomaisella liikunnalla. Syömishäiriötä ylläpitää masentuneisuus ja pakkoajatukset ruokaa kohtaan. Sairastuneet kärsivät unettomuudesta, masennuksesta ja eristäytyvät sosiaalisesti. (Huttunen & Jalanko 2013.) Anoreksian muita oireita ovat syömiseen, ruokaan ja liikuntaan liittyvät rituaalit, hiusten lähteminen, lihasmassan väheneminen, lihasvoiman heikkeneminen, ruumiin lämpötilan lasku, matala verenpaine, hidas pulssi, paleleminen sekä untuvainen laguno-karvoitus kasvoilla tai muualla kehossa. (Syömishäiriöliitto i.a. 3.)

3.3 Bulimia

Bulimiasairastava pyrkii jatkuvasti kontrolloimaan syömistään, mutta jatkuva ruoan säännöstely johtaa usein toistuviin ahmimiskohtauksiin, jolloin sairastunut menettää hallintansa syömiseen. Ahmimiskohtauksen aikana sairastunut voi syödä valtavia määriä ruokaa, määriä, jotka tuntuvat terveen ihmisen mielestä käsittämättömiltä. Ahmiminen saa sairastuneelle aikaan fyysistä huonoa oloa, itseinhoa ja häpeäntunnetta. Sairastunut pyrkii välttämään ruoan lihottavat vaikutukset itse aiheutetun oksentelun, nesteentoisto- tai ulostuslääkkeiden avulla. (Vesänen & Pulkkinen 2012; Syömishäiriöliitto i.a. 4.) Ahmiminen ja laihduttaminen aiheuttavat noidankehän, jossa ongelmana on se, että toistuvasti kadotetaan hallinta syömiseen (Charpentier ym. 2008, 15). Bulimia ei välttämättä näy sairastuneen painossa, sillä paino pystyttelee usein normaalipainonrajoissa. Bulimiasairastavan kotoa löytyy usein esimerkiksi piilotettuja keksipaketteja ja karkkipapereita ahmimiskohtausten jäljiltä. Sairastunut myös katoaa vessaan heti syömisensä jälkeen. Sairastuneella on käsien rystysissä ruhjeita. Ruhjeet ovat seurausta, kun sairastunut työntää sormet kurkkuun oksentaessaan, jolloin hampaat raapivat ihon rikki. Jos sairastuneen paino heittelee, se saattaa aiheuttaa kuukautisten epäsäännöllisyyttä. (Syömishäiriöliitto i.a. 4.)

Ahmimishäiriöön sairastuu vajaa 1 % nuorista ja se puhkeaa yleisimmin murrosiän lopulla. Ahmimishäiriö jää elinikäiseksi 1.1–4.2 %:lle sairastuneista naisista. (Käypä hoito -suositus, 2009.)

Syitä bulimian puhkeamiseen ei tarkalleen tunneta, mutta tutkimusten yhteissummalla ajatellaan että monet asiat vaikuttavat taudin puhkeamiseen. Bulimian yleistymiseen arvellaan vaikuttavan länsimaalaisen hoikkuuden ihannoiti ja siihen pyrkivien liikunta ja dieetit. (Huttunen & Jalanko 2013.)

Vasta vuonna 1979 bulimia todettiin itsenäiseksi sairaudeksi. Tautiluokituksessa bulimian määritelmä toteutuu, jos aiemmin mainittuja tai niiden kaltaisia oireita on esiintynyt kahdesti viikossa vähintään kolmen kuukauden ajan. Lievempi tai epätyypillisempi oireilu tunnetaan nimellä epätyypillinen ahmimishäiriö. Toistuvaa oksentelua pidetään terveydelle haitallisena, sillä hapan mahansisältö ärsyttää ruokatorvea ja kurkkua, syövyttää hampaita ja aiheuttaa muutoksia elimistön suolatasapainoon. (Charpentier ym. 2008, 16.)

3.4 Epätyypilliset syömishäiriöt

Syömishäiriöitä, jotka eivät tautiluokitukseltaan sovi anoreksian tai bulimian määritelmiin, kutsutaan epätyypillisiksi syömishäiriöiksi (Keski-Rahkonen 2010). Epätyypillisen syömishäiriön oireet voivat olla hyvinkin samankaltaisia, kuin anoreksiassa tai bulimiassa, mutta jokin keskeinen oire diagnoosin kannalta puuttuu tai esiintyy lievänä. Syömiskäyttäytyminen myös taudin epätyypillisissä muodoissa on selkeästi häiriintynyttä. (Charpentier ym. 2008, 18; Viljanen 2014, 7.)

Epätyypilliset syömishäiriöt, nimestään huolimatta, ovat hyvin yleisiä ja arvioidaan, että yli puolet syömishäiriöiden vuoksi hoitoon hakeutuvista sairastaa taudin epätyypillistä muotoa (Viljanen 2014, 7). Epätyypilliset syömishäiriöt ovat yleisin syömishäiriöiden esiintymismuoto myös erikoissairaanhoidossa. Yleisin epätyypillinen syömishäiriö on BED (binge eating disorder), joka on bulimiaa muistuttava epätyypillinen ahmimishäiriö. BED:lle on olemassa vakiintuneet kriteerit diagnosointiin. (Keski-Rahkonen 2010.)

Syömishäiriöiden rajat ja määritelmät ovat häilyviä ja onkin yleistä, että syömishäiriöön sairastunut kärsii useamman syömishäiriö muodon oireista samanai-

kaisesti tai peräkkäin. Sairastuneella ei kuitenkaan voi olla kahta eri syömishäiriödiagnoosia samanaikaisesti. (Viljanen 2014, 7.)

Tulevaisuudessa on odotettavissa, että epätyypillisten syömishäiriöiden joukosta eriytyy BED:n tavoin uusia aladiagnooseja, koska epätyypillisten syömishäiriöiden joukossa on keskenään hyvin erilaista oireilua ja niiden joukko on laaja. Esimerkiksi bulimian epätyypillinen muoto, Night eating syndrome, on vilkkaana tutkimuksen kohteena. Tässä bulimian epätyypillisessä muodossa ahmimiset tapahtuvat pääosin öisin, jonka seurauksena ahmintojen ohella taudinkuvaan liittyy voimakas vuorokausirytmien häiriintyminen. (Charpentier ym. 2008, 18–19.)

3.4.1 BED

BED (binge eating disorder) on ahmimishäiriö, joka on kaikista yleisin syömishäiriö ja sitä sairastaa 2–3 % aikuisista. Ahmimishäiriöön sairastutaan yleensä nuoruuden loppuvaiheessa, mutta tyypillisin hoitoon hakeutuvat on keskiikäinen mies tai nainen. On arvioitu, että BED:ä esiintyy lähes yhtä paljon naisilla kuin miehillä. Ahmimishäiriötä esiintyy yleisimmin henkilöillä, jotka kärsivät vaikeasta tai sairaalloisesta lihavuudesta, sokeriaineenvaihdunnan häiriöstä sekä muista ylipainon aiheuttamista liitännäissairauksista. BED on hyvin samantyyppinen kuin bulimia, mutta sitä sairastavilla ei esiinny oksentelua, ulostetai nesteidenpoistolääkkeiden käyttöä. (Mustajoki 2013; Charpentier ym. 2008, 23.) BED:ä sairastavat ihmiset poikkeavat selvästi iältään, sukupuoleltaan ja oheissairauksiltaan muista syömishäiriöpotilaista, jonka vuoksi 1980-luvulta lähtien BED:ä vähitellen nostettu omaksi itsenäiseksi tautityypiksi (Charpentier ym. 2008, 17).

BED-taudinkuvaan kuuluvat toistuvat ahmintakohtaukset, joita esiintyy vähintään kaksi kertaa viikossa puolen vuoden ajan. Sairauden ahmintahäiriöjaksojen aikana esiintyy tavallista nopeampaa syömistä, suurten ruokamäärien syömistä, vaikka ei olisikaan nälkä, masennusta, syyllisyyden tuntoa, itseinhoa sekä häpeää syödä suuria ruokamääriä jonka vuoksi syö yksin. BED aiheuttaa

myös voimakasta psyykkistä kärsimystä, häpeää ja ahdistusta. Ahmimishäiriön tyyppioreet ovat yleensä samanlaiset naisilla ja miehillä. Miehet, jotka sairastavat BED:ä syövät ahmimiskohtauksien aikana suuria annoksia tavallista ruokaa tai runsaasti suolaa sisältävää ja tyydyttynyttä eläinrasvaa sisältävää pikaruokaa. (Charpentier ym. 2008, 17–20.)

Epätyypillistä ahmimishäiriötä sairastavilla todetaan enemmän psyykkisiä oireita, mutta ahmimishäiriön perussyitä ei tunneta (Mustajoki 2013). Hoitamaton BED johtaa usein vaikeaan ylipainoon (Charpentier ym. 2008, 17). Hoitona lihavien ahmimishäiriöön käytetään dieettien lopettamista ja ruokailurytmin säännöllistämistä. Kun päivässä on säännöllinen ateriarytmi, ruoka on monipuolista ja runsaasti kasviksia sisältävää, ahmiminen vähenee. Edellä mainitusta käytetään nimeä täsmäsyönti. (Mustajoki 2013.)

3.4.2 Ortoreksia

Ortoreksiaa sairastavalle on kehittynyt pakkomielle syödä yliterveellisesti ja oikeaoppisesti sekä pyrkimys askeettiseen elämäntyyliin (Kratina i.a.; Vanhala & Hälvä 2012, 20; Charpentier ym. 2008, 19). Sairaus alkaa usein, kun sairastunut alkaa kiinnittää huomiota tarkemmin ruokavalionsa edistääkseen terveyttään tai yrittäessään laihduttaa. Ortoreksiasta voidaan puhua siinä vaiheessa, kun terveellisestä ruokavaliosta on muodostunut pakkomielle. (Santala 2007, 31.) Vaikeaan ortoreksiaan sairastuu noin prosentti (Perttula 2013). Ortoreksian ja anoreksian välinen ero on hyvin häilyvä (Vanhala & Hälvä 2012, 20).

Sairastuneen pyrkimys terveelliseen syömiseen johtaa usein ruokavalion rajoittamiseen (Santala 2007, 31). Rajoitusten seurauksena ruokavalio kapeutuu ja koostuu ainoastaan terveellisistä ruoka-aineista (Vanhala & Hälvä 2012, 20). Ortoreksia voi johtaa elimistölle tärkeiden ravintoaineiden osalta puutostilaan ja aliravitsemukseen ruokavalion muututtua yksipuoliseksi. (Vanhala & Hälvä 2012, 20.)

Suomessa ortoreksiaan on alettu kiinnittämään huomiota vasta 2000-luvulla ja ortoreksia on edelleen useille vieras sairaus (Santala 2007, 5). Ortoreksia ei ole virallinen DMS5-luokituksen mukainen diagnoosi, mutta sen voidaan katsoa kuuluvan epätyypillisiin laihuushäiriöihin (Kratina i.a.; Vanhala & Hälvä 2012, 20). Ortoreksiaa esiintyy eri-ikäisillä naisilla ja miehillä. Nuoret hakevat ortoreksiasta hallinnan tunnetta elämäänsä ja keski-ikäiset ja sitä vanhemmat pyrkivät välttämään sairauksia. (Perttula 2013.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on koota Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Syömishäiriöklinalle ajan tasalla oleva, selkeä ja tiivis perehdytyskansio, joka sisältää poliklinikan, osaston, ryhmien ja hoitomenetelmien esittelyt.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on:

- Tuottaa Syömishäiriöklinalle selkeä, tiivis ja ajan tasalla oleva perehdytyskansio.
- Lisätä Syömishäiriöklinikan uusien työntekijöiden tietoa syömishäiriöistä ja niiden hoidosta.
- Kehittää Syömishäiriöklinikan perehdyttämistä tuottamalla heille perehdytysmateriaalia.

5 TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA TOIMINNAN ESITTELY

5.1 Syömishäiriökliniikka

Opinnäytetyömme yhteistyökumppanina toimii Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Syömishäiriökliniikka. Vuoden 2013 alussa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri yhdisti nuorten syömishäiriöyksikön ja aikuisten syömishäiriökliniikan yhdeksi klinikaksi, koska aikuisten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa on paljon yhtäläisyyksiä. Yhdistäminen luo synergiaedun, kun aikuiset ja nuoret ovat yhdessä. Potilaille ei myöskään tule siirtymistä nuorten puolelta aikuisten puolelle, vaan hoito jatkuu saumattomasti saman henkilökunnan sekä asiantuntijoiden kanssa. (HUS Syömishäiriökliniikka 2012.)

Syömishäiriökliniikka on syömishäiriöpotilaiden erityishoidon yksikkö, jossa hoidetaan yli 13-vuotiaita nuoria ja aikuisia syömishäiriöpotilaita poliklinisesti sekä osastolla S1, johon kuuluu kokovuorokausi-, kuntoutus- ja päiväosasto. (HUS Syömishäiriökliniikka i.a.)

5.1.1 Poliklinikka

Poliklinikka tarjoaa erilaisia määräaikaista yksilö-, ryhmä- sekä perhehoitoja. Jokainen potilas saa oman lääkärin ja vastuuhoidajan hoitojakson ajaksi. Vastuuhoidtaja suunnittelee ja koordinoi uusien potilaiden hoitokokonaisuuden. (Laihuushäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökliniikassa 2011.)

Poliklinikalla potilaiden hoito alkaa arviointijaksolla, jolloin potilaiden psyykinen ja somaattinen tila tutkitaan ja pyritään luomaan perusta hyvälle hoitosuhteelle. Poliklinisessa hoidossa olevan laihuushäiriöpotilaan ruokailu suunnitellaan yhdessä ravitsemusterapeutin kanssa, mutta muuten ruokailu on potilaan omalla vastuulla. Potilaan painoa seurataan vastaanottokäyntien yhteydessä ja potilaan hoitoon liitetään tarvittaessa jalkautuva hoitotyötä tai perhetyötä. Hoidon edetessä potilas voidaan ohjata kognitiivis-behavioraaliseen yksilöhoitoon ja

poliklinikalla toimiviin ryhmiin. (Laihuushäiriöpotilaan hoitotyö HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011.)

Ahmimishäiriöpotilaiden kohdalla potilaan hoitosuunnitelmaa tarkistetaan tasaisin väliajoin ja potilaan hoitoa jatketaan tarvittaessa ahmimishäiriöpotilaille suunnatuissa hoitoryhmissä. Perhetapaamisia järjestetään ahmimishäiriöpotilaille tarvittaessa, lisäksi on mahdollisuus jalkautuvaan hoitotyöhön. (Ahmimishäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011.)

5.1.2 Kokovuorokausiosasto

Kokovuorokausiosasto on 12-paikkainen, lisäksi osastolla on kaksi kriisipaikkaa. Osaston potilaat sairastavat vaikeaa laihuushäiriötä tai vaikeaa ahmimishäiriötä. (HUS Syömishäiriökliniikka i.a.) Tuetun täsmäsyömisen avulla osastolla pyritään korjaamaan aliravitsemustilaa ja normalisoimaan häiriintynyttä syömiskäyttäytymistä. Hoidon perustana ovat viikoittaiset hoitokokoukset, joissa suunnitellaan yhdessä potilaan, alaikäisen potilaan perheen ja hoitotiimin kesken yksilöllisesti hoitoa viikoksi eteenpäin. On erityisen tärkeää, ja alaikäisten kohdalla välttämätöntä, että perheet ovat mukana hoidossa, koska tiivisyhteistyö edistää nuoren toipumista. (Montin-Toiva 2014.) Osastolle tullaan pääsääntöisesti Syömishäiriökliniikan sisäisellä läheteellä (Laihuushäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011).

5.1.3 Kuntoutusosasto

Kuntoutusosasto S1 on kuusi paikkainen ja sen tarkoitus on tarjota tukea arjen hallintaan aikuiselle, joka on sairastanut pitkään syömishäiriötä. Osastolla käytetään kuntouttavaa työtettä, jolloin potilaita tuetaan ottamaan vastuu omasta kuntoutumisestaan. Kuntoutuksella pyritään parantamaan elämänlaatua sekä kohentamaan ravitsemustilaa asteittain. (Montin-Toiva 2014.)

5.1.4 Päiväosasto

Päiväosastolla toteutetaan kahden viikon intensiivijaksoja, joiden tavoitteena on säännöllisen ja riittävän syömisen opettelu, rauhoittumisen harjoittelu sekä uusien ahdistuksen hallintakeinojen opettelu. Intensiivijakso toteutetaan kahdeksan potilaan ryhmänä ja uusia ryhmiä alkaa kahden viikon välein maanantaisin. Viikko-ohjelmaan sisältyy ruokailun ja levon lisäksi ruoanvalmistusta, rentoutusryhmiä, tietopaketteja sekä keskustelu- ja toimintaryhmiä. (Päiväosasto- kahden viikon intensiivijakso i.a.) Päiväosaston hoitajaksojen tarkoitus on tukea polikliinista hoitoa. Lisäksi päiväosaston hoitajakso tukevat kokovuorokausiosastolta siirtyvien potilaiden siirtymistä avohoitoon. (Laihuushäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011.)

5.2 Syömishäiriökliniikan hoitoryhmät

Syömishäiriökliniikan potilaiden hoitoprosessin yksi tärkeimmistä osista ovat hoitoryhmät. Ryhmien ohjaajina toimivat hoitajat sekä ryhmästä riippuen moniammatillisen tiiminjäsen, kuten esimerkiksi ravitsemus-, fysio- tai toimintaterapeutti. Ryhmiä järjestetään sekä avoimina että suljettuina. Ryhmien koot ja tapaamiskertojen määrä vaihtelevat riippuen ryhmästä. Osassa ryhmistä on asetettu BMI-raja, jonka yläpuolella potilaan on oltava, jotta hän voi osallistua ryhmään. (Laihuushäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011.)

Laihuushäiriötä sairastaville potilaille on tarjolla kahdeksan erilaista ryhmää; toipumiseen tukeva ryhmä, jatkohoitoryhmä draamamenetelmällä, fysioterapian jatkoryhmä, nuorten fysioterapian jatkoryhmä, muutosryhmä, vapaa-ajan ryhmä, naiseksi ryhmä sekä rentoutuskurssi (Laihuushäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011).

Ahmimishäiriöpotilaille järjestetään bulimialuentoja, bulimiaryhmä, rentoutuskurssi, syömisen hallintaryhmä, syömisen hallinnan jatkoryhmä, ahdistuksen hallintaryhmä sekä polikliinista kognitiivis-behavioraalista yksilöhoitoa (Ahmimishäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011).

5.3 Syömishäiriöklinikan hoitomenetelmät

Hoitomenetelminä Syömishäiriölinikalla käytetään perhetyötä, perhepohjaista hoitoa (Family based treatment), kognitiivis-behavioraalista yksilöhoitoa ja jalkautuvaa hoitotyötä.

5.3.1 Perhetyö

Perhetyön tehtävänä on tukea potilasta perheensä avulla syömään riittävän kokoisia ja ravitsevia ruoka-annoksia. Tavoitteena on saavuttaa potilaalle asetettu yksilöllinen painotavoite tai ylläpitää jo saavutettu tavoitepaino. (Laihuushäiriö potilaan hoito HUS:n Syömishäiriölinikassa 2011.) Perhetyön tehtävänä on muodostaa yhteistyötä perheen kanssa, myötäelää mukana, vastaanottaa ja kantaa huolta sekä ylläpitää toivoa parantumisesta (Ryöppönen 2014). Perhetyöhön osallistuvat lääkäri, vastuu- tai omahoitaja, perheterapeutti sekä tarvittaessa erityistyöntekijöitä, kuten ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti tai psykologi. (Laihuushäiriö potilaan hoito HUS:n Syömishäiriölinikassa 2011.)

Perhetyö alkaa tutkimusjaksolla, jonka aikana arvioidaan, onko potilaalla perheineen tarvetta perhetyölle tai jalkautuvalle hoitotyölle. Perhetyö on suunnattu alaikäisille potilaille, mutta perhetyötä on mahdollista toteuttaa myös täysikäisille potilaille, kunhan siihen on potilaan lupa. (Ryöppönen 2014.) Tapaamisia järjestetään myös pariskunnille, tavoitteet ja toiminta tapahtuu samoin kun perheelle järjestettävissä tapaamisissa. Lisäksi tavoitteena on jakaa ja vastaanottaa puolison huolta, luoda toivoa paranemisesta, harjoitella toimivia kommunikaatiotapoja sekä tutkia ja ymmärtää yhdessä parin kanssa heidän kokemuksia syömishäiriöstä. Perhetapaamisten lisäksi Syömishäiriöklinikan potilaiden läheisille järjestetään kerran kuussa läheisten ilta. (Laihuushäiriö potilaan hoito HUS:n Syömishäiriölinikassa 2011.)

5.3.2 Perhepohjainen hoito

Perhepohjaista hoitoa toteutetaan pääasiassa alle 18-vuotiaille ja hoito on jaettu kolmeen eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa tavoitteena on kehittää ja luoda yhteistyösuhde perheeseen, sekä sitouttaa vanhemmat huolehtimaan riittävästä ravinnonsaannista. Toisessa vaiheessa autetaan perhettä haastamaan sairauden oireet ja siirtämään vastuu ruokailusta potilaalle. Viimeisessä vaiheessa käydään läpi yksilön ja perheen kehitystä, keskustellaan tulevaisuuden suunnitelmista ja tuodaan hoito päätökseen. (Ryöppönen 2014.)

Perhepohjaisessa hoidossa on mukana moniammatillinen tiimi, johon lukeutuvat hoitava lääkäri, vastuuhoitaja ja tarvittaessa erityistyöntekijöitä. Perhepohjainen hoito kestää vuoden ja sisältää 20 tapaamiskertaa. Hoidon alussa tapaamiset ovat tiheämmin ja loppua kohden harvemmin. (Ryöppönen 2014.)

5.3.3 Kognitiivis-behavioraalinen yksilöhoito

Kognitiivis-behavioraalinen yksilöhoito on näyttöön perustuva hoitomuoto syömishäiriötä sairastaville aikuisille. Jos potilaan BMI on yli 17.5, kuuluu hoitoon 20 tapaamista 20 viikon aikana. Jos taas BMI on 15–17.5, hoito kestää 40 viikkoa ja siihen kuuluu 40 tapaamista, hoidon alussa tapaamisia on kaksi kertaa viikossa. Kognitiivis-behavioraalinen yksilöhoito jaetaan neljään eri vaiheeseen. Alkuun sitoutetaan potilas hoitoon ja tehdään formalaatio eli kaavio hänen sen hetkisestä oirekuvauksesta. Hoidon alussa pyritään saamaan muutoksia potilaan terveyden tilaan psykoedukaation, tuen ja ohjauksen avulla. Hoidon keskivaiheilla arvioidaan paranemisen edistymistä ja tunnistetaan paranemista ylläpitäviä toimintoja, jotka estävät muutosta. Hoidon loppuvaiheessa pyritään ylläpitämään saavutettuja muutoksia ja estämään taantumista. Kun hoidon päättymisestä on kulunut 20 viikkoa, potilaalle järjestään seurantakäynti. Seurantakäynnillä keskustellaan potilaan tilasta ja mietitään mahdollisen jatkohoidon tarvetta. Seurantakäynnillä tarkistetaan myös onko suunnitelma, joka tehtiin takapakkien estämiseksi, ajan tasalla. (Suokas 2014.)

5.3.4 Jalkautuva hoitotyö

Jalkautuva hoitotyö on kotiinpäin suuntautuvaa hoitotyötä, jonka tarkoituksena on jalkautua potilaan omaan toimintaympäristöön ja tukea potilasta ruokailemaan hänen tai perheen normaalissa arjessa. Jalkautuvan työn tavoitteet ovat ravitsemustilan kohentuminen, ahdistuksen hallinta syömistilanteissa sekä perheen voimavarojen palauttaminen. Syömistilanteisiin liittyvä ahdistus jaetaan potilaan kanssa ja häntä autetaan käsittelemään ahdistusta muiden keinojen avulla kuin rajoittamalla syömistä. Tarvittaessa potilasta voidaan auttaa myös muiden syömishäiriöoireiden hallinnassa, kuten liikunnan rajaamisessa. (Laihuushäiriö potilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011.)

5.4 Syömishäiriöpotilaiden hoito Syömishäiriökllinikalla

Syömishäiriöpotilaiden hoito pyritään toteuttamaan pääsääntöisesti avohoitona. Polikliinisen hoidon tukena Syömishäiriökllinikalla toimii osasto S1. Hoitojakson ajaksi potilaalle nimetään vastuuhoitaja ja hoitava lääkäri. Hoidon etenemistä seurataan ennalta sovitussa hoitosuunnitelmakokouksissa. (Laihuushäiriöpotilaan hoito Syömishäiriökllinikassa 2011.)

Potilaan hoito alkaa polikliinisella arviointijaksolla, johon sisältyy kolme vastaanottokäyntiä. Arviointijakson tavoitteena on kartoittaa potilaan psyykkinen ja somaattinen tila sekä selvittää syömishäiriön laatu ja vaikeusaste sekä luoda hyvä perusta hoitosuhteelle. (Ahmimishäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011.)

5.4.1 Ahmimishäiriöpotilaiden hoito Syömishäiriökllinikalla

Ahmimishäiriöpotilaan arviointijakson aikana potilaalle annetaan tietoa sairaudesta sekä välineitä parantumiseen. Potilasta ohjataan ruokapäiväkirjan käyttöön ja säännölliseen monipuoliseen ruokailuun. Arviointijakson jälkeen potilaat ohjataan bulimialuennoille ja arvioidaan perhe-/paritapaamisen tarve. Jos luen-

tosarjan jälkeen on edelleen tarvetta hoidolle, potilas asetetaan bulimiaryhmä-jonoon. Bulimiaryhmän jälkeen arvioidaan potilaan jatkohoidon tarve, mikäli hoidontarvetta edelleen on, ohjataan potilas kognitiivis-behavioraaliseen yksilöhoitoon. (Ahmimishäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011.)

Perheellisille tai parisuhteessa eläville potilaille pyritään järjestämään psykoedukatiivinen pari-/perhetapaaminen hoidon aikana. Myös jalkautuvaa hoitotyötä on mahdollista hyödyntää vaikean ahmimishäiriöpotilaan hoidossa. (Ahmimishäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011.)

Ahmimishäiriöpotilaita voidaan joutua hoitamaan myös osastolla, vaikeissa ahmimishäiriöissä lyhyt ns. katkaisuhoidojakso voi olla tarpeen. Hoitojakson tavoitteena on ahmimiskierteen katkaisu ja säännöllisen ruokailun opettelu täsmäsyömisen avulla. Hoitojaksolla saavutetaan usein tilapäinen oireilun lievittyminen, sen vuoksi potilaan motivointi avokäynteihin ja täsmäsyömisen toteuttamiseen hoitojakson jälkeen on keskeistä. (Ahmimishäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011.)

5.4.2 Laihuushäiriöpotilaiden hoito Syömishäiriökllinikalla

Laihuushäiriöpotilaan hoitopaikan valintaan vaikuttavat potilaan paino, somaattinen tila ja hoitomotivaatio. Kun potilaan BMI on alle 14, ensisijaisena hoitopaikkana toimii kokovuorokausi osasto. Potilalla, joiden BMI on 14–17, järjestetään tehostettua avohoitoa ja polikliinisen hoidon tukena järjestetään tarvittaessa hoitojaksoja päiväpotilaana. Potilaita, joiden BMI on yli 17, hoidetaan avohoitona Syömishäiriöpoliklinikalla. (Laihuushäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011.)

Laihuushäiriöpotilaita hoidettaessa hoidon tavoitteet ovat ravitsemustilan korjaantuminen ja syömisen terve hallinta, hoitomotivaation tukeminen ja sairauden konkreettinen hahmottaminen, häiriöön liittyvien psykologisten, perheperäisten, sosiaalisten ja käyttäytymiseen liittyvien ongelmien tunnistaminen ja ratkaisemi-

sen helpottaminen sekä sairauden uusiutumisen ja kroonistumisen ehkäiseminen. (Laihuushäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011.)

Polikliinisesti hoidettavat potilaat jatkavat arviointijakson jälkeen säännöllisiä seurantakäyntejä vastuuhoitajan luona. Alussa tapaamisten tarkoituksena on antaa tietoa nälkiintymisen vaikutuksista sekä motivoida potilasta aliravitsemustilan korjaamiseen säännöllisellä, terveellisellä ruokavaliolla. Laihuushäiriöpotilaan hoidon eteneminen ja painotavoitteisiin pääseminen varmistetaan lyhytaikaisilla hoitosopimuksilla, lisäksi hoidon etenemistä seurataan hoitosuunnitelmakokouksissa. Potilaat jatkavat vastuuhoitajan seurannassa vähintään siihen asti, että BMI on yli 17.5. Tämän jälkeen potilaat osallistuvat kognitiivis-behavioraaliseen toipumista tukevaan ryhmään, jonka jälkeen on edessä vuoden kestävä yksilöhoito tai jatkohoitoryhmä draamamenetelmällä. Lisäksi potilailla on mahdollisuus osallistua fysioterapian jatkoryhmään, muutosryhmään, naiseksi ryhmään, vapaa-ajan ryhmään tai päivällisryhmään muun hoidon ohella. (Laihuushäiriönhoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa, 2011.)

6 PEREHDYTYSKANSION TUOTTAMISEN KUVAUS

6.1 Opinnäytetyöprosessi

Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää sekä produktin että raportin. Raportti kertoo mitä, miksi ja miten on tehty, työprosessin kulusta sekä siitä, millaisia tuloksia ja johtopäätöksiä on saatu aikaan. Opinnäytetyön toinen osuus, produkti eli tuotos, on usein kirjallinen ja sen on tarkoitus puhutella kohde- ja käyttäjäryhmää. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65.) Taulukossa 1 on kuvattuna opinnäytetyömme aikataulua.

TAULUKKO 1. Opinnäytetyöprosessin aikataulu

Syyskuu 2013	Opinnäytetyötori, aiheen valinta
Lokakuu 2013	Tapaaminen Syömishäiriökllinikalla
Marraskuu 2013	Ideapaperin esittäminen
Joulukuu 2013	Suunnitelman esittäminen
Helmikuu 2014	Tutkimusluvan hakeminen
Maaliskuu 2014	Tutkimuslupa myönnetty
Maalis-huhtikuu 2014	Tapaamisia Syömishäiriöklinikan työntekijöiden kanssa, perehdytyskansion kirjoittamista
Kevät 2014	Raporttiosuuden kirjoittamista
Toukokuu 2014	Käsikirjoituksen esittäminen
Kesä 2014	Raporttiosuuden kirjoittamista
Elokuu 2014	Perehdytyskansion täydentämistä lisämateriaalien pohjalta, 1. yksilöohjaus
Syyskuu 2014	Tapaaminen Syömishäiriökllinikalla, perehdytyskansion täydentämistä muutosten vuoksi, perehdytyskansion arviointi
Lokakuu 2014	2. Yksilöohjaus, valmis perehdytyskansion Syömishäiriöklinalle, esitarkastus
Marraskuu 2014	Julkistamisseminaari, valmiin opinnäytetyön jättö

6.2 Perehdytyskansion suunnittelu

Opinnäytetyöprojektimme alkoi alkusyksyllä 2013, kun kävimme opinnäytetyötörrilla etsimässä opinnäytetyön aihetta, mutta emme löytäneet mielenkiintoista aihetta. Meillä oli ajatus, että haluaisimme opinnäytetyömme käsittelevän nuorten mielenterveysongelmia, erityisesti meitä kiinnosti syömishäiriöt. Kyselimme mahdollisia opinnäytetyöaiheita muutamasta eri paikasta ja otimme yhteyttä myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Syömishäiriökliniikkaan. Syömishäiriökliniikan osastonhoitaja pyysi meitä tapaamiseen ja menimme käymään paikan päällä lokakuussa. Syömishäiriöklinalta kerrottiin, että heillä olisi tarvetta perehdytyskansiolle. Olimme heti alusta alkaen innoissamme opinnäytetyöaiheesta, koska olimme miettineet että olisi mielenkiintoista ja innostavaa tehdä opinnäytetyönä produkti.

Syksyllä 2013 kävimme esittelemässä ideapaperin opinnäytetyöstämme. Ideapaperi hyväksyttiin ja aloitimme opinnäytetyösuunnitelman tekemisen. Suunnitelmaa varten keräsimme teoretietoa perehdytyksestä ja syömishäiriöistä. Lisäksi syömishäiriöklinalta annettiin meille materiaaleja, joiden avulla saimme kirjoitettua suunnitelmamme tarpeeksi laajaksi ja kattavaksi. Esitimme suunnitelman joulukuussa 2013 ja saimme sen hyväksytyksi läpi.

Alkukevästä 2014 haimme tutkimuslupaa opinnäytetyöllemme Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Maaliskuun alkupuolella saimme tiedon, että tutkimuslupahakemus on hyväksytty.

Tutkimusluvan saamisen jälkeen sovimme tapaamisen Syömishäiriöklinalle. Tapaamisen tarkoituksena oli suunnitella ja sopia tarkemmin kansion sisällöstä. Terveysaineistoa tuottaessa päästään parhaaseen tulokseen, kun kohderyhmältä selvitetään, mitä he haluavat ja millaiselle aineistolle on tarvetta, lisäksi aineiston tulee kunnioittaa asiakasta ja sisältää oikeat tiedot (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001, 7–8; Rouvinen-Wilenius 2014, 3,10). Tapaamisessamme kävi ilmi, että Syömishäiriöklinalta löytyy hyvin materiaalia, jonka pohjalta tulisimme kansion tekemään. Suunnittelimme yhdessä osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa, että perehdytyskansio tulisi tiivis, selkeä pa-

ketti, joka tulisi sisältämään poliklinikan, osaston, hoitomenetelmien ja ryhmien esittelyt. Lisäksi loppuun tulisimme lisäämään listan kirjoista, joista löytyisi enemmän tietoa syömishäiriöistä ja niiden hoidosta. Tapaamisen yhteydessä saimme yhteystietoja klinikan eri työntekijöille, joilta tulisimme saamaan lisää tietoa ja materiaaleja kansiota varten.

Maaliskuussa kävimme tapaamassa poliklinikan sairaanhoitajaa, joka kertoi meille Syömishäiriökllinikalla toimivista ryhmistä. Huhtikuussa tapasimme perheterapeuttia, joka kertoi omasta toimenkuvastaan ja perhetyöstä. Tapaamisilla saimme lisämateriaaleja kansioon. Lisäksi olimme sähköpostitse yhteydessä klinikan eri työntekijöihin, kuten jalkautuvan hoitotyön hoitajaan. Saimme heiltä sähköpostitse toiveita sisällöstä ja sähköisiä päivitettyjä materiaaleja.

Ulkoasua suunnitellessamme tutustuimme Parkkusen ym. oppaan pohjalta hyvän terveystieteiden ulkoasun kriteereihin. Terveystieteiden ulkoasun tulee olla selkeä. Selkeyteen voidaan vaikuttaa tekstityypillä, tekstin koolla, asetteluilla, havainnollistavalla kuvituksella sekä värien käytöllä. Fonttikoon tulee olla vähintään 12 ja tekstityypin tulisi olla selkeä ja yksinkertainen. Tekstin tasaamista molemmista reunoista ei suositella, koska tällöin sanavälit ovat eripituisia. Palstojen väli tulee olla riittävä, eikä kahta palstaa useampaa suositella käytettäväksi. Otsikoinnissa olisi hyvä käyttää pieniä kirjaimia, sillä sitä on selkeämpi lukea, kuin isoilla kirjaimilla kirjoitettua. Otsikoiden korostuskeinona voidaan käyttää esimerkiksi kirjaisiin koon suurentamista. Tekstin ja taustan kontrasti tulee olla hyvä, jotta tekstiä on helppo lukea. Suositeltua on valkoinen tausta, jossa teksti on mustalla, tummanvihreällä tai tummansinisellä kirjoitettuna. (Parkkunen ym. 2001, 15–17.) Syömishäiriökliniikan toiveena oli, että kansion pituus ei ylittäisi 10 sivua. Pysyäksemme sovituksessa sivumäärässä, sovimme, että kansio sisältää tiiviisti ainoastaan heidän toivotut esittelyt poliklinikasta, osastosta, hoitomenetelmistä ja ryhmistä.

6.3 Perehdytyskansion toteutus

Maaliskuussa, kun Helsingin ja Uudenmaansairaanhoidopiiri oli hyväksynyt tutkimuslupahakemuksemme, aloitimme perehdytyskansion tekemisen saamiemme materiaalien pohjalta. Terveysaineiston laatukriteereiden tarkoituksena on olla apuna aineiston arvioinnissa ja kehittämisessä, sekä parantaa terveystaineiston laatua kohderyhmälle sopivaksi (Rouvinen-Wilenius 2014, 9; Parkkunen ym 2001, 9). Perehdytyskansiota kirjoittaessa otimme huomioon Rouvinen-Wileniuksen (2014) & Parkkusen ym. (2001) kriteerejä hyvän terveystaineiston kirjoittamiseen.

Kirjoitimme kansioon esittelyt Syömishäiriöklinikan osastosta, poliklinikasta, hoitomenetelmistä ja -ryhmistä. Syömishäiriöklinikalla oli tulossa muutoksia kevään aikana, joten kaikilta osin emme saaneet ansiota valmiiksi. Sovimme että jatkamme kansion työstämistä kesän jälkeen.

Kevään aikana kirjoitimme opinnäytetyön raporttiosuutta ja toukokuussa 2014 esitimme käsikirjoituksen. Tässä vaiheessa meillä oli jo paljon teoretietoa perehdyttämisestä ja syömishäiriöistä. Perehdytyskansiomme oli myös hyvässä vaiheessa.

Kesän aikana teimme toukokuun seminaarin pohjalta muokkauksia opinnäytetyömme raporttiosuuteen. Loppukesästä saimme päivitettyjä materiaaleja Syömishäiriöklinikalta ja muokkailimme ansiota niiden pohjalta

Elokuun lopulla meillä oli ensimmäinen yksilöohjaus, jossa kävimme ohjaavan opettajan kanssa läpi opinnäytetyötämme. Saimme apua asioihin, jotka olivat meitä mietittäneet ja vinkkejä, kuinka jatkaa eteenpäin. Yksilöohjauksen jälkeen laitoimme silloisen version perehdytyskansioista Syömishäiriöklinikalle ja sovimme tapaamisesta, jolloin kävisimme läpi avoimena olevia kohtia ja saimme päivitettyjä materiaaleja, sekä sovittua kansion ulkonäöstä.

Syyskuun 2014 lopulla tapaamisessa meillä oli mukana perehdytyskansio tekstiversiona, sekä ehdotelma siitä, millainen valmis perehdytyskansio voisi ulko-

asultaan olla. Tapaamisessa kävi ilmi, että monet kansion sisältämät asiat olivat muuttuneet keväästä. Sovimme, että seuraavien päivien aikana saamme Syömishäiriöklinikan työntekijöiltä päivitettyt materiaalit, jotta saamme perehdytyskansion valmiiksi ja ajan tasalle. Perehdytyskansion ulkonäön suhteen meille annettiin melko vapaat kädet. Päivitetyt materiaalit saatuamme teimme kansion valmiiksi.

Halusimme valmiin kansion olevan paperilla vaakasuorassa, ainakin kahdessa palstassa, joten päätimme tehdä kansion PowerPointilla. Tekstin fontiksi valitsimme Arialin, sillä olemme kokeneet sen selkeäksi aiempien kokemusten kautta. Fonttikooksi päädyimme ottamaan 12, sillä se on yleinen ja riittävän suuri luettavaksi. Jos tuotoksemme olisi suunnattu erikoisryhmälle, olisimme suurentaneet fonttikokoa, mutta nyt koemme, että koko 12 on riittävä.

Parkkunen ym. (2001, 16) ohjeistaa, että otsikoinnissa olisi hyvä käyttää pieniä kirjaimia. Ohjeistuksesta huolimatta päädyimme tietoisesti valintaan, että kirjoitamme kaikki otsikot isoilla kirjaimilla, lisäksi laitoimme otsikoihin isomman fonttikoon. Mielestämme tämän ratkaisun avulla saimme selkeyttä perehdytyskansioomme ja eri kappaleet erottuvat toisistaan selkeästi. Tasasimme tekstin molemmista reunoista. Sanavälit saimme samankokoisiksi tavuttamalla tekstin. Kansion tausta on valkoinen ja tekstin väriksi valikoitui musta. Välttääksemme ainoastaan mustan ja valkoisen yhdistelmän, käytimme tehosteväriä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin värityksen mukaisesti vihertävää väriä.

Saatuamme ulkoasun mieleiseksi, lähetimme perehdytyskansion arvioitavaksi Syömishäiriöklinalle. Heidän toiveidensa perusteella teimme vielä muokkauksia perehdytyskansioon.

Lokakuussa lähetimme Syömishäiriöklinikan osastonhoitajalle lopullisen version perehdytyskansioista. Toimitimme perehdytyskansion heille sähköisessä muodossa, jotta heidän on tulevaisuudessa mahdollista muokata kansion sisältöä muutosten yhteydessä. Valmis perehdytyskansio sisältää 12 sivua, johon on mukaan luettuna kansisivu ja takasivu, josta löytyy tietoa syömishäiriöihin liittyvistä lisämateriaalista.

Lokakuun lopulla palautimme opinnäytön esitarkastukseen ja esittelimme opinnäytetyön julkistamisseminaarissa marraskuun alussa. Julkistamisseminaarissa saimme vielä palautetta ja kehittämissuhteita ohjaavilta opettajilta ja opponenitilta. Ennen lopullisen version palauttamista teimme vielä raporttiosuuteen muutoksia julkistamisseminaarin pohjalta.

6.4 Perehdytyskansion arvioinnin suunnittelu

Perehdytyskansiota tehdessämme olemme olleet yhteydessä Syömishäiriökliniikan osastonhoitajaan ja pyytäneet mielipiteitä kansion eri vaiheissa. Olemme halunneet varmistaa, että kansio ei sisällä asiavirheitä, tieto on oikeaa ja ajan tasalla. Tapaamisten, jatkuvan arvioinnin ja palautteen pohjalta olemme muokanneet kansiota heidän toiveidensa mukaiseksi ja pyrkineet tekemään kansiota Syömishäiriökliniikkaa mahdollisimman hyvin palvelevan apuvälineen. Sähköpostitse saadun palautteen lisäksi olemme kaksi kertaa käyneet Syömishäiriökliniikalla esittelemässä kansiota ja saaneet siitä palautetta. Koska perehdytyskansio on Syömishäiriökliniikalle jäävä apuväline, on tärkeää että se on heidän tarpeisiinsa sopiva.

Parkkunen ym. jakavat terveysaineiston arvioinnin kolmeen eri osaan: valmiin tuotteen arviointiin, esitetaukseen ja vaikuttavuuden arviointiin. Valmista tuotetta arvioidessa tarkastellaan, kuinka hyvin aineisto täyttää hyvän terveysaineiston laatukriteerit. Esitetaus kertoo aineiston vastaanottajan näkemyksen aineistosta ja sen pohjalta voidaan keskeneräistä aineistoa muokata vastaanottajan toiveiden mukaiseksi. Vaikuttavuuden arvioinnilla voidaan selvittää, onko aineistolla ollut vaikutuksia terveysongelmaan tai vastaanottajan käyttäytymisessä. (Parkkunen ym. 2001, 3.)

Rouvinen-Wilenius esittelee oppaassaan seitsemän arviointistandardia, jotka luovat pohjan hyvälle terveysaineistolle. Arviointistandardit on jaettu kahteen osioon: terveyden edistämisen näkökulmien huomioimiseen ja aineiston sopivuuden arvioimiseen kohderyhmälle (Rouvinen-Wilenius 2014, 9). Meidän opinnäytetyömme kannalta oli tärkeää keskittyä arvioimaan aineiston sopivuutta

kohderyhmälle. Oppaassa käy ilmi, että laadukkaan terveystieteiden ei tarvitse täyttää kaikkia kriteerejä ollakseen tarkoituksenmukainen ja kattava. Aineiston esitystavasta ja luonteesta riippuu, mitkä kriteerit ovat olennaisia. (Rouvinen-Wilenius 2014, 4.)

Tutkimuslupaa hakiessamme selvitimme mahdollisuutta kerätä palautetta perehdytyskansiostamme Syömishäiriöklinikan työntekijöiltä, mutta lupaa siihen emme saaneet. Opinnäytetyöprosessin kannalta palautteen ja arvioinnin saaminen olisi ollut hyvin tärkeää. Lisäksi esitestauksella olisi ollut mahdollista selvittää, kuinka tuotettu aineisto soveltuu kohderyhmälle (Parkkunen ym. 2001, 19). Hoitajat olisivat esitestauksella voineet kokeilla, kuinka perehdytyskansio toimii apuvälineenä uuden työntekijän perehdytyksessä. Kokemusten ja arvioinnin pohjalta olisi ollut mahdollista muokata perehdytyskansiota vastaamaan heidän toiveita. Me keskityimme opinnäytetyön arvioinnissa valmiin tuotteen arviointiin.

Opinnäytetyöprosessin oleellinen osa on tuotteen arviointi, joten halusimme saada perehdytyskansiostamme kattavampaa palautetta ja arviointia. Toukokuun 2014 käsikirjoitusseminaarissa meille ehdotettiin ideaa, että pyytäisimme kansiosta palautetta Diakonia-ammattikorkeakoulun viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoilta. Idea oli mielestämme hyvä ja päätimme toteuttaa arvioinnin ryhmäkeskusteluna kansion valmistuttua.

Perehdytyskansion arviointi päätettiin toteuttaa kaksivaiheisesti. Syömishäiriöklinikan osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja arvioivat kansiota pitkän prosessin. Loppuarviointiin osallistuivat Syömishäiriöklinikan osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja ja perheterapeutti sekä Diakonia-ammattikorkeakoulun viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita.

Opinnäytetyön loppuvaiheessa meille tuli aikataulullisia ongelmia toteuttaa ryhmäkeskustelua. Viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijat olivat harjoittelussa, joten emme saaneet sovittua kaikkien aikatauluihin sopivaa yhteistä aikaa ryhmäkeskustelulle. Tämän vuoksi päätimme toteuttaa arvioinnin sähköpostitse. Lähetimme saatekirjeen (LIITE 1), arviointilomakkeen (LIITE 2) ja perehdytys-

kansion (LIITE 3) sairaanhoitajaopiskelijoille ja saimme heiltä kirjalliset arvioinnit perehdytyskansiosta. Arviointilomake sisälsi kolme avointa kysymystä, joissa pyydettiin arvioimaan kansion ulkoasua, sisältöä, selkeyttä ja käytännöllisyyttä.

7 ARVIOINNIN TULOKSET

7.1 Syömishäiriöklinikan arviointi

Loppukevästä 2014 toimitimme perehdytyskansion rungon Syömishäiriöklinikalle nähtäväksi, sillä halusimme varmistaa, että meillä oli tiedossamme kaikki ryhmät ja hoitomenetelmät, joita Syömishäiriöklinikalla on käytössä. Osaan ryhmistä oli tullut muutoksia, joten saimme niistä uusia materiaaleja käyttöömmme. Lisäksi meille selvisi, että osaan hoitomenetelmistä oli tulossa uusia materiaaleja. Muuten kansion sisältöä pidettiin kattavana ja oikeana.

Syyskuulle 2014 sovimme tapaamisen Syömishäiriöklinikalle. Paikalla lisäsemme olivat apulaisosastonhoitaja ja perheterapeutti. Tarkoituksenamme oli täydentää muutamia kohtia, joissa oli puutteita, mutta jouduimmekin tekemään paljon muutoksia perehdytyskansioomme. Syömishäiriöklinikalla oli tapahtunut useita muutoksia osastolla ja ryhmien sisällöissä kevään jälkeen.

Siihen osaan kansiotamme, joka oli ajan tasalla, Syömishäiriöklinikalla oltiin hyvinkin tyytyväisiä. Työntekijöiden mukaan perehdytyskansion sisältö vastasi heidän toiveitaan. Veimme tapaamiseen mukanaamme ehdotelman siitä, miltä valmis perehdytyskansio voisi näyttää. Apulaisosastonhoitaja ja perheterapeutti pitivät mukanaamme olleesta ehdotelmasta, joten päädyimme tekemään valmiista versiosta samantyyllisen. Syömishäiriöklinikalta toivottiin, että kansiossa tulisi esille Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin värit. Olimme laittaneet perehdytyskansioon muistiinpanotilaa, mutta sen Syömishäiriöklinikan työntekijät kokivat tarpeettomaksi. Sovimme, että lopullisessa versiossa muistiinpanotilaa ei ole.

Kansion valmistuttua Syömishäiriöklinikan työntekijät olivat kansioon tyytyväisiä ja kertoivat sen tulevan tarpeekseen. Syömishäiriöklinikan arvioijien mukaan perehdytyskansio kansio vastasi alkuperäistä suunnitelmaa ja on heidän toiveidensa mukainen. Vastaavaa materiaalia, heillä ei ole ollut aiemmin käytössä, vaikka sellaiselle olisi ollut tarvetta.

7.2 Opiskelijoiden arviointi

Lähetimme arviointilomakkeen kymmenelle sairaanhoitajaopiskelijalle, joista saimme takaisin täytettynä kahdeksan. Ensimmäisessä kysymyksessä pyysimme heitä arvioimaan perehdytyskansion ulkoasua, selkeyttä ja kieltä. Ulkoasua pidettiin siistinä ja se oli arvioijien mukaan selkeää. Perehdytyskansio oli heidän mielestä selkeä, tiivis ja helppolukuinen. Kansion värimaailmaa pidettiin pirteänä. Useimmat kertoivat pitävänsä siitä, että värit olivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin logon mukaiset.

Visuaalisesti näyttävä ja selkeä tuotos.

Ulkonäkö on selkeä ja tuo luotettavan vaikutelman. En epäillyt lukemani paikkansapitävyyttä.

Ulkoasu oli siisti, hyvin ja selkeästi jaoteltu. Hyvin tiivistetty asiat, noinkin pieneen tilaan.

Toisessa kysymyksessä pyysimme arvioimaan kansion käyttökelpoisuutta ja hyödyllisyyttä, jos he olisivat aloittamassa uutena työntekijänä Syömishäiriökllinikalla. Kaikki arvioijat kokivat, että kansio olisi todella hyödyllinen apuväline perehdytyksessä.

Todella käyttökelpoiseksi! Kansiossa tulee selkeästi esille erilaiset ryhmät ja hoitomuodot.

Erittäin käyttökelpoiseksi. Asiat olivat tiiviissä paketissa ja kaikki ylimääräinen oli jätetty pois

Viimeisessä kysymyksessä pyysimme arvioijilta korjaus- ja parannusehdotuksia. Perehdytyskansio sisälsi joitakin kirjoitus- ja kielioppivirheistä, joita arvioijat toivat esille. Saimme ehdotuksia, joiden avulla voisimme vielä selkeyttää tekstiä; esimerkiksi luetteloissa toivottiin ranskalaisten viivojen käyttöä. Ehdotuksena tuli myös, että lyhenteitä olisi hyvä avata enemmän, esimerkiksi sulkuihin. Osa vastaajista olisi kaivannut alkuun johdantoa, josta olisi käynyt ilmi selkeämmin Syömishäiriöklinikan toiminta. Lisäksi meille ehdotettiin, että toistoa voisi joissain kappaleissa vähentää.

Jokin sellainen selitys alkuun siitä, millaista hoitoa Syömishäiriökeskus tarjoaa.

Perhehoitotyö-luvussa on jokaisessa kohdassa sanottu, että perhetapaajina toimivat vastuuhoitaja ja perheterapeutti.

Mikä on "ISO BMI" kohdassa nuorten fysioterapian jatkoryhmä?

Mittarien lyhyet avaukset, ehkä sulkuihin.

Voisiko pitkiä luetteloita koota ranskalaisilla viivoilla allekkain?

Sairaanhoitajaopiskelijoilta saamamme palautta ja arviointi oli pääosin todella positiivista. Opiskelijoiden arvioinnin pohjalta teimme vielä joitakin muutoksia perehdytyskansioon, kuten korjasimme kirjoitusvirheitä.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Eettiset kysymykset

Diakonia-ammattikorkeakoulun (2010, 11) oppaassa opinnäytetöitä varten kirjoitetaan, että eettisillä ratkaisuilla pyritään ihmisten kunnioittamiseen, tasa-arvoiseen vuorovaikutukseen ja oikeudenmukaisuuden korostamiseen. Etiikan peruskysymyksiä ovat kysymykset hyvästä ja pahasta sekä oikeasta ja väärästä. Opinnäytetyöprosessiin liittyy paljon eettisiä kysymyksiä, jotka opinnäytetyöntekijän tulee ottaa huomioon. Eettisesti hyvän opinnäytetyön tulee noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23.) Me olemme pyrkineet ottamaan eettisyyden huomioon koko opinnäytetyöprosessin ajan, aiheen valinnasta valmiin opinnäytetyön jättöön saakka.

Kehittämisprosessissa eettisyydellä tarkoitetaan sitä, millä tavoin työn tekijät suhtautuvat työhönsä, siihen liittyviin ongelmiin sekä yhteistyötahoon, jolle kehittämistyötä toteutetaan. Eettisyys tulee esille työn aihetta valittaessa, tiedonhankinnassa, prosessista puhuttaessa ja tuloksia soveltaessa. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–12.) Opinnäytetyöprosessin alussa halusimme valita opinnäytetyöllemme aiheen, joka olisi työelämälähtöinen ja tulisi palvelemaan yhteistyökumppania. Olemme iloisia siitä, että saimme opinnäytetyöllemme yhteistyötahoksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin. Tiesimme, että pääsemme tekemään yhteistyötä alan erikoisosaajien kanssa. Olemme kunnioittaneet yhteistyötahoa, olleet asiallisesti yhteydessä yhteistyökumppaniin, pitäneet sovituista aikatauluista kiinni ja tuottaneet heille heidän toiveidensa mukaisen materiaalin. Toimitimme opinnäytetyömme raporttiosuuden Syömishäiriöklinalle luettavaksi, jotta pystyimme varmistamaan, että kaikki heitä koskevat tiedot ovat raportissamme oikein ja heidän hyväksymiä.

Eettisesti toteutetun työn kriteereihin kuuluu, että työ on rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti tehty sekä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä. Opinnäytetyötä tehdessä on tärkeä huomioida, että toisen kir-

joittamaa tekstiä lainatessa lähdemerkinnät on tehtävä asianmukaisesti eikä toisen kirjoittamaa tekstiä voi esittää omanaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 24–26.)

Kerätessämme arviointia perehdytyskansioistamme sairaanhoitajaopiskelijoilta, pyysimme heiltä asianmukaisesti luvat arviointiin ja niiden käyttöön opinnäytetyössämme. Arviointiosuudesta käy ilmi, minkä koulun oppilaat perehdytyskansiotamme ovat arvioineet, mutta sen tarkemmin arvioijat eivät työstämme tule esille. Arvioinnit hävitimme asianmukaisesti, joten niiden ei ole mahdollista päätyä muille osapuolille.

Kehittämistyö toteutetaan usein toimintaympäristössä, jossa siihen tarvitaan erillinen lupa. Lupa saadaan kehittämishankkeeseen tietoja antavilta henkilöiltä. Luvan saamiseksi opinnäytetyön tekijöiden tulee informoida yhteistyökumppania työstä ja sen tavoitteista. Lupaa hakiessa opinnäytetyön tekijät sitoutuvat käyttämään saatuja aineistoja ainoastaan sovittuun tarkoitukseen. (Diakoniammattikorkeakoulu 2010, 12.) Opinnäytetöihin, joihin hyödynnetään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin henkilökuntaa, tiloja tai muita resursseja, tulee hakea tutkimuslupaa sairaanhoitopiiriltä (HUS Opinnäytetyöt i.a.). Haimme opinnäytetyöllemme lupaa HUS:lta helmikuun 2014 alussa heidän omalla tutkimuslupahakemus-kaavakkeellaan. Liitteenä tutkimuslupahakemuksessa oli opinnäytetyösuunnitelmamme, lisäksi olemme allekirjoittaneet Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin vaitiolositoumukset.

Saimme Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä luvan siihen, että opinnäytetyömme raportista saa käydä ilmi yhteistyökumppani. Lisäksi saimme luvan perehdytyskansion julkaisemiseen.

8.2 Luotettavuus

Luotettavuuden olemme ottaneet huomioon myös tiedonhaussa. Lähteitä valittaessa ja tulkittaessa on toimittava kriittisesti. Lähdemateriaaleina tulisi pyrkiä käyttämään alkuperäisiä lähteitä. (Hirsjärvi ym. 2007, 109.) Toissijaisia lähteitä käyttäessä tulee ottaa huomioon, että ne ovat aina alkuperäislähteen tulkintaa

(Vilkkka & Airaksinen 2003, 72). Käytettäviksi lähteiksi on hyvä pyrkiä valitsemaan mahdollisimman tuoreita lähteitä, sillä monella alalla tutkimustieto muuttuu nopeasti ja tieto vanhenee (Vilkkka & Airaksinen 2003, 72; Hirsjärvi ym. 2007, 109). Opinnäytetyössämme olemme pyrkineet käyttämään luotettavia ja tunnettuja lähdemateriaaleja. Olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman tuoretta, pääosin alle kymmenen vuotta vanhaa kirjallisuutta. Lähteiksi olemme valinneet esimerkiksi alan kirjallisuutta, tutkimuksia ja pro gradu-tutkielmia. Verkkolähteitä käyttäessä lähdekritiikkiin tulee kiinnittää entistä tarkempaa huomiota (Parkkunen ym. 2001, 10). Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet jo aiemmin tutuksi ja luotettaviksi lähteiksi osoittautuneita verkkolähteitä. Valtaosa käyttämistämme verkkolähteistä ovat Nelli-portaalin kautta etsittyjä.

8.3 Prosessin tarkastelu

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme oppineet paljon siitä, mitä perehdyttäminen on, miksi se on tärkeää ja minkälaista on hyvä perehdyttäminen. Myös syömishäiriöt ja tietämys niiden hoitamisesta on lisääntynyt. Asetimme opinnäytetyömme tavoitteeksi tuottaa Syömishäiriöklinikan tarpeita palvelevan perehdytyskansion, kehittää heidän perehdyttämistä tuottamalla heille materiaalia sekä lisätä uusien työntekijöiden tietoa syömishäiriöistä ja niiden hoidosta. Mielestämme saavutimme tavoitteet, jotka asetimme opinnäytetyöprosessin alussa. Saimme tuotettua selkeän, tiiviin ja luotettavan perehdytyskansion Syömishäiriöklinikan työntekijöiden toiveiden mukaisesti. Uuden ajantasaisen perehdytyskansion avulla olemme tuottaneet Syömishäiriölinikalle välineen, jonka avulla he voivat kehittää perehdyttämistä ja laajentaa uusien työntekijöiden tietämystä syömishäiriöistä, niiden hoidosta ja klinikan toiminnasta.

Yhteistyömme prosessin ajan toimi hyvin ja molemmat osallistuivat opinnäytetyön tekemiseen tasapuolisesti. Olemme tyytyväisiä raporttiosuuteen, mielestämme se on selkeä ja perehdytystä käsittelevää teoriatietoa löytyy laajasti.

Perehdytyskansion tekemistä helpotti se, että saimme Syömishäiriölinikalta selkeät ohjeet, mitä tietoja he halusivat kansioon. Perehdytyskansion runko oli

siten helppo tehdä. Siitä huolimatta materiaalin rajaaminen oli haastava, sillä meillä oli paljon materiaaleja, joiden pohjalta kansiota lähdimme tekemään. Jouduimme jonkun verran supistamaan sisältöä, jotta saimme perehdytyskansioon sivumäärän pysymään sovitussa 10 sivussa. Jos sivumäärä olisi heidän toivomuksestaan voinut olla suurempi, olisimme voineet tehdä perehdytyskansioon mukaan saatekirjeen. Saatekirjeessä olisi voitu vähän tarkemmin kertoa yksiköstä, perehdytyksestä ja Syömishäiriöklinikan tavasta toteuttaa perehdytys.

Olisimme kovasti toivoneet, että olisimme saaneet myös Syömishäiriöklinikan muilta työntekijöiltä palautetta tekemästämme perehdytyskansioista. Palautteen avulla olisimme voineet edelleen kehittää kansiota vielä paremmaksi ja heidän tarpeisiinsa sopivammaksi.

Esittelimme opinnäytetyössä Kupiaksen ja Peltolan (2009) käyttämät viisi erilaista perehdyttämisen mallia. Tarkoituksenamme oli peilata näitä malleja Syömishäiriöklinikan perehdytykseen ja löytää malleista se, joka kuvaa Syömishäiriöklinikan perehdyttämistä parhaiten. Syömishäiriölinikalla jokainen uusi työntekijä saa nimetyn perehdyttäjän, joka perehdyttää työtehtävään, -yhteisöön ja organisaatioon. Malleista tämä sopii parhaiten vierihoidoperehdyttämiseen. Lisäksi Syömishäiriölinikalla pyritään siihen, että jokainen uusi työntekijä kävisi viikoittain järjestettävissä sisäisissä koulutuksissa ja kuuntelemassa potilaille tarkoitettua psykoedukatiivisen luentosarjan, jolloin työn substanssi tulisi tutummaksi. Syömishäiriölinikalla perehdytysaika on noin puoli vuotta.

Raportti osuudessamme olisimme halunneet vertailla miten nuorten ja aikuisten syömishäiriöt ja niiden hoito eroavat toisistaan. Vertailu olisi ollut hyödyllistä, koska Syömishäiriöklinikan aikuisten ja nuorten osastot ovat yhdistetty. Käypä hoito -suositusten avulla vertailu olisi ollut mahdollista, mutta vertailua hankaloitti se, että aikuisilla ei ole vielä omaa Käypä hoito -suositusta. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden Käypä hoito -suositus on ollut olemassa jo kymmenisen vuotta. Aikuisten Käypä hoito -suosituksen on tarkoitus valmistua vuoden 2015 aikana. Uskotaan, että Käypä hoito -suositus tekisi tasavertaiseksi hoidon laadun ympäri Suomen. (Miettinen 2013.) Opinnäytetyömme kannalta olisi ollut hyödyll-

listä, jos aikuisten Käypä hoito -suositus olisi ollut käytettävissä, koska tällöin olisimme voineet vertailla hoitosuosituksia keskenään.

8.4 Ammatillinen kasvu

Ammatillinen kasvu opinnäytetyöprosessin aikana oli yksi tavoite jonka asetimme itsellemme. Opinnäytetyö on ollut meille molemmille tähän mennessä ajallisesti pitkäkestoisin ja laajin kirjallinen työ, jonka olemme tehneet. Aloitimme tekemään opinnäytetyötä syksyllä 2013 ja jätimme suunnitellusti sen arvioitavaksi marraskuussa 2014. Opimme huomaamaan itsestämme, että pystymme sitoutumaan pitkiin prosesseihin ja pysymään suunnitelluissa aikatauluissa.

Mielestämme onnistuimme opinnäytetyön aiheen valinnassa hyvin ja työn tekeminen oli mielekästä. Onnistunutta aihevalintaa tukee myös se, että opinnäytetyömme on työelämälähtöinen.

Ammatillista kasvua on myös tukenut työskentely yhteistyötahon kanssa. Olemme saaneet työskennellä syömishäiriöihin erikoistuneiden ammattilaisten kanssa, joilla on vuosien työkokemus alalta ja uusinta tietoa. Opinnäytetyötä tehdessä olemme päässeet toteuttamaan moniammatillista yhteistyötä, kun olemme tavanneet Syömishäiriöklinikan eri ammattiryhmien edustajia.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme esitelleet työtämme seminaareissa ja saaneet esiintymiseen lisää varmuutta. Olemme oppineet ottamaan palautetta ja kehittämisehdotuksia vastaan. Myös opponoinnin tärkeys ja hyöty on tullut selkeästi esille prosessin aikana.

Koemme, että opinnäytetyön tekeminen yhdessä oli hyvä ratkaisu. Parin kanssa opinnäytetyön tekeminen toi omia haasteitaan, päällimmäisenä niistä yhteisen ajan löytyminen. Teimme opinnäytetyötä pääosin itsenäisesti ja sähköpostin välityksellä lähettelimme päivitettyä versiota. Tasaisin väliajoin tapasimme ja kävimme läpi, mitä oli saatu aikaiseksi ja miten jatkamme eteenpäin. Työn yhdessä tekemisen parhaat puolet tuli esille tilanteissa, joissa eteneminen tuntui

mahdottomalta. Ongelmatilanteissa oli mahdollista yhdessä pohtia, kuinka päästään etenemään.

8.5 Jatkokehittämisasiheita

Perehdytyskansio, jonka teimme Syömishäiriöklinalle, sisältää poliklinikan, osaston, ryhmien ja hoitomenetelmien esittelyt. Tulevaisuudessa hyvä opinnäytetyön aihe voisi olla edellistä laajempi perehdytyskansio Syömishäiriöklinalle. Laajempaan perehdytyskansioon voisi tehdä listan, johon olisi listattu tärkeimmät asiat, jotka tulisi käydä läpi perehdyttämisen aikana. Listan avulla perehdyttäminen saataisiin yhtenäiseksi jokaisen uuden työntekijän ja opiskelijan kohdalla. Listalla saataisiin myös varmistettua, että kaikkien uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden kanssa käytäisiin tärkeimmät asiat läpi. Jatkokehittämisasiheena voisi olla myös tutkimus, jossa tutkitaan tekemämme perehdytyskansion toimivuutta uusilla työntekijöillä tai opiskelijoilla.

LÄHTEET

- Ahmimishäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökllinikassa 2011. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Psykiatrian tulostyöryhmä, Syömishäiriöklินิกka.
- Charleston, Rosemary; Hayman-White, Karla; Ryan, Mr Bob & Happell, Brenda 2007. Understanding the importance of effective orientation: what does this mean in psychiatric graduate nurse programs? Australian Journal of Advanced Nursing The Vol. 25, No. 1, 9–11/2007, 24–30. Viitattu 26.10.2014. <http://www.ajan.com.au/vol25/vol25.1-3.pdf>
- Charpentier, Pia; Keski-Rahkonen, Anna; Mäkinen, Jaana; Nordqvist, Marja; Paikkala, Tarja; Raevuori, Anu; Saure, Anna-Mari; Tainio, Veli-Matti & Viljanen, Riikka 2008. Olen juuri syönyt: Läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.
- Chesnutt, Barb Maule & Everhart, Bridget 2007. Meeting the Needs of Graduate Nurses in Critical Care Orientation – Staged Orientation Program in Surgical Intensive Care. Critical Care Nurse. Vol. 27. No. 3, 36-51. Viitattu 10.11.2014. <http://ccn.aacnjournals.org/content/27/3/36.full>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara; Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- HUS Opinnäytetyöt i.a. Viitattu 6.5.2014. www.hus.fi > Ammattilaiselle > Opiskelijalle > Opinnäytetyöt
- HUS Syömishäiriöklินิกka 2012. Hyks yhdistää nuorten ja aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoitopalvelut 1.1.2013 alkaen. Viitattu 12.9.2014. <http://hus.fi> > HUS-tietoa > Uutishuone > Hyks yhdistää nuorten ja aikuisten syömishäiriöpotilaiden hoitopalvelut 1.1.2013 alkaen
- HUS Syömishäiriöklินิกka i.a. Viitattu 26.11.2013. <http://www.hus.fi> > Sairaanhoido > Sairaalat > HYKS Psykiatriakeskus > Osastot > Syömishäiriöklินิกka

- Huttunen, Matti & Jalanko, Hannu 2013. Tietoa potilaalle: Laihuushäiriö (anoreksia nervosa) (F50). Viitattu 27.11.2013.
<https://www.nelliportaali.fi>, Lääkärikirja Duodecim.
- Hyytiäinen, Johanna; Knuutila, Marko & Mustonen, Anne-Mari 2012. Perehtyjä on herkillä. Sairaanhoitaja 12/12, 28–33. Viitattu 26.8.2014.
<https://sairaanhoitajaliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/80bce530af771f85bc0406a1d0a7a817/1409222730/application/pdf/125899418/SH1212.pdf>
- Kaunonen, Marja; Miettinen, Merja & Tarkka, Marja-Terttu 2006. Laadukas perehdyttäminen: Osa 1, Hoitotyön perehdytyksen perusta. Hallinnon tutkimus 2/2006, 63–70. Viitattu 13.9.2014.
<https://www.nelliportaali.fi>, Elektra-aineisto.
- Kaunonen, Marja; Miettinen, Merja; Peltokoski, Jaana & Tarkka, Marja-Terttu 2009. Laadukas perehdyttäminen: Osa 2. hoitotyön perehdytyksen prosessi ja sen arviointi. Hallinnon tutkimus 2/2009, 76-83. Viitattu 13.9.2014. <https://www.nelliportaali.fi>, Elektra-aineisto.
- Keski-Rahkonen, Anna 2010. Syömishäiriöt – ohimenevä kiusa vai ikuinen riisa? Viitattu 6.11.2014. <https://www.nelliportaali.fi>, Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim
- Keski-Rahkonen, Anna; Hoek, Hans W.; Susser, Ezra S.; Linna, Milla S.; Sihvola, Elina; Raevuori, Anu; Bulik, Cynthia M.; Kaprio, Jaakko & Rissanen, Aila 2007. Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. The American journal of psychiatry, VOL. 164, No. 8. Viitattu 23.10.2014.
<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=98811>
- Kjelin, Eija & Kuusisto, Pia-Christina 2003. Tulokkaasta tuloksetekijäksi. Helsinki: Talentum.
- Kratina, Karin i.a. Orthorexia Nervosa. National Eating Disorders Association. Viitattu 7.11.2014.
<https://www.nationaleatingdisorders.org/orthorexia-nervosa>
- Kupias, Päivi & Peltola, Raija 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Helsinki: Palmenia.
- Käypä hoito -suositus: Syömishäiriöt (lapset ja nuoret) 2009. Viitattu 10.8.2014.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi33030>

- Laaksonen, Hannele; Niskanen, Jouni & Ollila, Seija 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Lahti, Tuula 2007. Sairaanhoidajien työhön perehdyttäminen. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 3.2.2014.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/77984/gradu01898.pdf?sequence=1>
- Laihuushäiriöpotilaan hoito HUS:n Syömishäiriökliniikassa 2011. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Psykiatrian tulosityksikkö, Syömishäiriökliniikka.
- Miettinen, Satu 2013. Aikuisten syömishäiriöiden hoitoon uudet suositukset. Yle Uutiset. Viitattu 29.8.2014.
http://yle.fi/uutiset/aikuisten_syomishairioiden_hoitoon_uudet_suosittukset/6482018
- Montin-Toiva, Katrina 2014. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Syömishäiriökliniikan apulaisosastonhoitaja Katrina Montin-Toivan haastattelu 23.9.2014 sähköpostitse.
- Mustajoki, Pertti 2013. Tietoa potilaalle: Lihavan ahmimishäiriö (BED). Viitattu 27.11.2013. <https://www.nelliportaali.fi>, Lääkärikirja Duodecim.
- Pahkin, Krista & Vesanto, Paula 2013. Organisaatiomuutos työntekijän näkökulmasta. Työterveyslaitos. Viitattu 11.11.2014.
http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Org_tyont_net.pdf
- Parkkunen, Niina; Vertio, Harri & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveysten edistämisen keskus. Helsinki: Terveysten edistämiskeskus.
- Penttinen, Aulikki & Mäntynen, Jukka 2009. Työhön perehdyttäminen ja opastus – ennakoivaa työsuojelua. Viitattu 30.7.2014.
http://www.tyoturva.fi/files/800/Tyohon_perehdyttaminen2009.pdf
- Perttula, Merja 2013. Ahdistusta lautasella. Tehy 10/2013. Viitattu 10.11.2014.
<http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2013/10/ahdistusta-lautasella/>
- Päiväosasto – kahden viikon intensiivijakso i.a. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Psykiatrian tulosityksikkö, Syömishäiriökliniikka.
- Rouvinen-Wilenius, Päivi 2014. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto. Terveysten edistämisen keskus. Viitattu 19.9.2014.
http://www.researchgate.net/profile/Paeivi_Rouvinen-

Wilenilus/publication/232569631_Tavoitteena_hyv_ ja_hydyllinen_te
rveysaineisto/links/0912f508673a1366ae000000?origin=publication
_detail

Ruuska, Jaana 2013. Syömishäiriöt lapsilla ja nuorilla. Viitattu 26.11.2013.

<https://www.nelliportaali.fi>, Lääkärikirja Duodecim.

Ryöppönen, Anita 2014. Perhetyö Syömishäiriökllinikalla 2014. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Psykiatrian tulosityksikkö, Syömishäiriökliniikka.

Santala, Elsi 2007. Sairaana terveellistä. Nuorten käsityksiä ja kokemuksia ortoreksiasta. Soveltava kasvatustieteenlaitos. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto. Viitattu 7.11.2014.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/20078/sairaant.pdf?sequence=2>

Suokas, Jaana 2014. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Syömishäiriökliniikan ylilääkäri Jaana Suokkaan haastattelu 24.9.2014 sähköpostitse.

Surakka, Tuula 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Helsinki: Tammi.

Syömishäiriöliitto i.a. 2. Mikä on häiriintynyttä syömistä? Viitattu 7.11.2014.

<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot1.html>

Syömishäiriöliitto i.a. 3. Anoreksian ja epätyypillisen laihuushäiriön oireet Viitattu 14.10.2014.

<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot3.html>

Syömishäiriöliitto i.a. 4. Bulimian ja epätyypillisen ahmimishäiriön oireet. Viitattu 14.10.2014

<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/syomishairiot4.html>

Syömishäiriöliitto i.a.1. Mitä syömishäiriöt ovat? Viitattu 17.4.2014.

<http://www.syomishairioliitto.fi/syomishairiot/index.html>

Työsopimuslaki 2001/55, 26.1.2001.

Työturvallisuuslaki 2002/738, 23.8.2002.

Vanhala, Erja & Hälvä, Sanna 2012. Syö tai itke ja syö – Kokemus syömishäiriöistä. Helsinki:Tammi

Vesanen, Päivi & Pulkkinen, Satu 2012. Nuoren syömishäiriöisen potilaan hoito.

Viitattu 27.11.2013. <https://www.nelliportaali.fi>, Sairaanhoidajan käsikirja.

Viitala, Riitta 2004. Henkilöstöjohtaminen. Helsinki: Edita.

Viljanen, Tea 2014. Syömishäiriöt - Mistä on kyse? Syömishäiriöliitto – SYLI ry.

Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

LIITE 1: Saatekirje

Hei,

Olemme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Olemme opinnäytetyön produktiona koonneet Helsingin ja sairaanhoitopiirin Syömishäiriöklinalle perehdytyskansion.

Perehdytyskansio on liitteenä ja toivoisimme siitä palautetta, jotta voimme muokata siitä mahdollisimman hyvän. Pyydämme Teitä täyttämään liitteenä olevan arviointilomakkeen 28.9.2014 mennessä.

Säilytämme saadut vastaukset luottamuksellisesti ja hävitämme ne asianmukaisesti.

Yhteistyöstä kiittäen,

Sini Ihamäki

sini.ihamaki@student.diak.fi

Anu Kinaret

anu.kinaret@student.diak.fi

Annamme mielellämme lisätietoja, jos Teillä on kysyttävää opinnäytetyöstämme.

LIITE 2: Arviointilomake

1. Kerro mielipiteesi perehdytyskansion ulkonäöstä, selkeydestä ja kielestä.

2. Miten käyttökelpoiseksi ja hyödylliseksi arvioit tämän kansio omassa perehdytyksessäsi, jos olisit aloittamassa harjoittelun tai työn Syömishäiriökllinikalla?

3. Mitä parannus- tai kehittämis ehdotuksia sinulla on?

LIITE 3: Perehdytyskansio



Syömishäiriöklinikka on syömishäiriöpotilaiden erityishoidon yksikkö, jossa hoidetaan yli 13-vuotiaita nuoria ja aikuisia syömishäiriöpotilaita. Syömishäiriöklinikalla toimii poliklinikka & osasto S1, johon kuuluvat kokovuorokausi-, kuntoutus- sekä päiväosasto.

POLIKLINIKKA

Syömishäiriöpotilaiden hoito pyritään toteuttamaan avohoitona. Potilaiden hoito poliklinikalla alkaa arviointijaksolla, jolloin potilaan psyykkinen ja somaattinen tila tutkitaan. Arviointijakso sisältää kolme vastaanottoikäyntiä sisältäen klinisen ja psykiatrisen anamneesin, ravitsemustilan, syömishäiriön vaikeusasteen ja masennuksen arvioinnin, ruokapäiväkirjan pitämisen, laboratoriotutkimukset sekä psykiatrisen tulosyksikön yleismittarit: SOFAS & 15D. Poliklinikan potilaille nimitetään vastuuhoitaja ja hoitava lääkäri koko hoitojakson ajaksi.

Laihuushäiriöpotilaille järjestetään arviointijakson jälkeen perhetapaaminen, potilas ohjataan sisätautiääkärin konsultaatioon sekä ravitsemusterapeutille. Potilalla voidaan jatkaa säännöllisiä hoito-/seurantakäyntejä vastuuhoitajan luona. Alussa tapaamisten tarkoituksena on antaa tietoa näkkiintymisen vaikutuksista sekä motivoida potilasta aliravitsemustilan korjaamiseen säännöllisellä, terveellisellä ruokavaliolla. Vastuu ruokailusta on potilaalla. Tapaamisilla potilaan kanssa käydään läpi syömistä ja ravitsemusterapeutin kanssa tehtyjen suunnitelmien toteutumista. Potilas punnitaan vastaanottoikäyntien yhteydessä ja tavoitteena on, että paino nousee 250-1000g viikossa. Potilaan hoidon eteneminen ja painotavoitteisiin pääseminen on syytä varmistaa lyhytaikaisilla hoitosopimuksilla, lisäksi hoidon etenemistä seurataan hoitosuunnitelmakokouksissa.

Potilaat jatkavat vastuuhoitajan seurannassa vähintään siihen asti, että BMI > 17.5. Tämän jälkeen potilaat osallistuvat kuuden kerran kognitiivis-behavioraaliseen toimimista tukevaan ryhmään, jonka jälkeen on edessä vuoden kestävä yksilöhoito tai jatkohoitoryhmä draamamenetelmällä. Lisäksi potilailla on mahdollisuus osallistua fysioterapian jatkoryhmään, muutosryhmään, naisseksi ryhmään tai vapaa-ajan ryhmään muun hoidon ohella.

Ahmimishäiriöpotilaan arviointijakson aikana potilaalle annetaan tietoa sairaudesta sekä välineitä paranemiseen. Potilasta ohjataan ruokapäiväkirjan käyttöön sekä säännölliseen monipuoliseen ruokailuun. Arviointijakson jälkeen potilaat ohjataan bulimialuennoilille ja arvioidaan perhe-/paritapaamisen tarve. Jos luentosaajan jälkeen on edelleen tarvetta hoidolle, potilas asetetaan bulimia-ryhmäjonoon. Bulimiar ryhmän jälkeen arvioidaan potilaan jatkohoidon tarve, mikäli hoidontarvetta edelleen on, ohjataan potilas kognitiivis-behavioraaliseen yksilöhoitoon.

HOITOMENETELMÄT

JALKAUTUVA HOITOTYÖ

Poliiklinikalta käsin toimii jalkautuva hoitotyö, joka on kohtiinpäin suuntautuvaa hoitotyötä. Jalkautuvan hoitotyön tarkoituksena on jalkautua potilaan omaan toimintaympäristöön ja tukea potilasta ruokailemaan hänen tai perheen normaalissa arjessa. Jalkautuvan työn tavoitteet ovat ravitsemustilan kohentuminen, ahdistuksen hallinta syömistilanteissa sekä perheen voimavarojen palauttaminen. Pääsääntöisesti jalkautuva työryhmä työskentelee perheiden luona kotona, mutta tarvittaessa käyntejä voidaan järjestää myös opiskelu- ja työpaikka-ruokaloihin.

Perheille suuntautuva jalkautuva hoitotyö on intensiivistä hoitoa kotona, jossa tapaamiskertoja järjestetään 15. Hoidon alussa toteutetaan tehostettua hoitoa 3 viikkoa, jonka aikana järjestetään 9-12 käyntiä arkipäiville päivän neljälle aterialle. Hoitojakson jälkeen järjestetään hoitokokous, jossa voidaan sopia harvanevista seurantaikäynteistä tai uudesta hoitojaksosta.

Aikuisille järjestään sekä intensiivistä, että kuntouttavaa jalkautuvaa työtä. Intensiivinen hoito sisältää 10 tapaamiskertaa ja on osastohoitoa korvaava hoitojakso. Kuntouttava hoito käsittää 20 tapaamiskertaa ja se on syömisen hallintaa ylläpitävä hoitojakso. Jalkautuvan hoitojakson aikana potilaalla ei ole muita hoitoja samanaikaisesti.

PERHETYÖ

Perhetyön tehtävänä on tukea potilasta perheensä avulla syömään riittävän kokoisia ja ravitsevia ruoka-annoksia, eli täsmäsyömiään. Tavoitteena on korjata aliravitsemusta ja saavuttaa painotavoite, joka on yksilöllisesti asetettu potilaalle. Perhetyön tehtävänä on muodostaa yhteistyötä, myötäileä perheen mukana, vastaanottaa ja kantaa huolta sekä ylläpitää toivoa parantumisesta.

Perhetyön keinot
Psykoedukaatio:

- Näkkiintymisen psykologiset, fyysiset ja sosiaaliset vaikutukset (Minnesota tutkimus, Ancel Key 1950)
- Syömishäiriöiden moninaiset taustatekijät ja kontrollin kehä (Fairburn & Wilson 1993, Garner & Garfinkel 1997 ja HYKS/ Syömishäiriöyksikön luennot muokattu Hätönen & Helosuo 2007)
- Täsmäsyömiseen malli

Yhteiset tavoitteet, tuki ja ohjaus, perheen vuorovaikutuskuviot, tunneilmapiiri, kommunikaatiota, perheateriat ja jalkautuva hoitotyö.

Poliiklinikan alle 18-vuotiaille potilaille järjestetään tutkimusjakso, joka sisältää 3-4 tapaamiskertaa. Tapaamisilla ovat mukana hoitava lääkäri ja vastuuhoitaja, jotka taapavat potilasta ja perhettä, yhdessä ja erikseen. Tutkimusjakson pohjalta aloitetaan tarvittaessa perhetyö tai jalkautuva hoitotyö muun hoidon tukena. Perhe- ja hoitotyö toimivat vastuuhoitaja ja perheterapeutti.

HOITOMENETELMÄT

Tutkimusjakson pohjalta aloitetaan tarvittaessa perhetyö tai jalkautuva hoitotyö muun hoidon tukena. Perhetapaajina toimivat vastuuhoitaja ja perheterapeutti.

Täysi-ikäisten potilaiden tutkimusjaksolle perhe voi osallistua potilaan luvalla. Potilailla on perhetapaamisten lisäksi mahdollisuus myös paritapaamiisiin. Paritapaamisten tavoitteena on muun hoidon ohella saavuttaa painon tavoite tai ylläpitää jo saavutettu tavoitepaino. Tavoitteena on vastaanottaa ja jakaa puolison huolta, luoda toivoa parantumisesta, harjoitella toimivia kommunikaatiotapoja sekä käsitellä parin kokemuksia. Paritapaamisia järjestetään 10 kertaa. Perhetapaajina toimivat perheterapeutti ja vastuuhoitaja.

Vuodeosaston potilaille ja perheille tarjotaan psykoedukaatiota, tukea ja ohjausta normaaliin ruokarytmiin sekä riittävän ravitsemuksen toteuttamiseen lisäksi järjestetään kahdesti perheateria. Perhetapaajina ovat omahoitaja ja tarvittaessa perheterapeutti.

Perhetapaamisten lisäksi Syömishäiriökliniikan potilaiden läheisille järjestetään kerran kuussa läheisten ilta, jossa tarjotaan psykoedukaatiota ja vertaistukiryhmäkeskustelua. Ohjaajina toimivat apulaisosastonhoitaja Katrina Montin-Toiva ja sairaanhoitaja-perheterapeutti Anita Ryöppönen

FAMILY BASED TREATMENT (FBT)

Perhepohjaista hoitoa toteutetaan pääasiassa alle 18-vuotiaille. Hoidon aloittamiseksi vanhempien on sitouduttava tukemaan nuorta ruokailussa ja otettava tarvittaessa lomaa työstä hoidon alkuvaiheessa.

Perhepohjaisessa hoidossa on mukana moniammatillinen tiimi, johon lukeutuvat hoitava lääkäri, vastuuhoitaja ja tarvittaessa erityistyöntekijöitä. Hoitava lääkäri tapaa potilasta 4-6 viikon välein ja vanhempien tapaamisia järjestetään tarvittaessa. Perhepohjainen hoito kestää vuoden ja sisältää 20 tapaamiskertaa. Perhetapaajina ovat perheterapeutit. Hoidon alussa tapaamiset ovat tiheimmin ja loppua kohden harvemmin. Perhetapaamisilla nuori punnitaan.

Perhepohjainen hoito on jaettu kolmeen eri vaiheeseen.

1. vaiheessa tavoitteena on kehittää ja luoda yhteistyösuhde perheeseen, sekä sitouttaa vanhemmat huolehtimaan riittävästä ravinnonsaannista. Toisella tapaamiskerralla järjestetään perheateria.
2. vaiheessa autetaan perhettä haastamaan sairauden oireet ja siirtämään vastuu ruokailusta potilaalle.
3. vaiheessa käydään läpi yksilön ja perheen kehitystä, keskustellaan tulevaisuuden suunnitelmista ja tuodaan hoito päätökseen.

HOITOMENETELMÄT

KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALINEN YKSILÖHOITO (KBT)

Kognitiivis-behavioraalinen yksilöhoito on näyttöön perustuva hoitomuoto syömishäiriötä sairastaville aikuisille, jonka tavoitteena on ravitsemustilan korjaantuminen.

Jos potilaan BMI on > 17.5, on potilaalla arviointikäynti hoidon alussa ja 20 tapaamista kerran viikossa. Jos potilaan BMI on 15-17.5, on potilaalla 40 tapaamista 40 viikon ajan ja mielellään hoidon alussa tapaamiset ovat kaksi kertaa viikossa. Somaattista tilaa seurataan hoitavan lääkärin vastaanotolla klinisen tilan mukaan.

Hoito jaetaan neljään eri vaiheeseen:

1. vaiheessa (tapaamiset 0-7) tapaamiset ovat kaksi kertaa viikossa, jolloin sitoutetaan potilas hoitoon. Alkutaapaaamisilla tehdään myös formulaatio eli tehdään yhdessä potilaan kanssa kaavio hänen tämän hetkisestä oirekuvastaan, jota tarkistetaan hoidon eri vaiheissa. Psykoedukaatiolla, tuella ja ohjauksella pyritään saada muutoksia potilaan terveydentilaan.
2. vaiheessa (tapaamiset 8-9) arvioidaan edistymistä ja pyritään tunnistamaan muutoksen tuomia esteitä.

3. vaiheessa (tapaamiset 10-17) pyritään löytämään ja osoittamaan toimintoja, jotka estävät saavuttamasta enempää muutosta.

4. vaiheessa (tapaamiset 18-20) pohditaan keinoja millä estää takapakkeja ja kuinka ylläpitää saavutettuja muutoksia.

20 viikkoa hoidon päättymisestä on seurantakäynti, jolloin seurataan potilaan vointia ja pohditaan mahdollista jatkohoidon tarvetta, sekä tarkistetaan onko suunnitelma, joka oltiin tehty takapakkien estämiseksi, ajan tasalla.

RYHMÄT

BULIMIALUENNOT

Bulimialuentosarjassa käsitellään syömishäiriöitä ja niiden hoitoa. Luentosarja sisältää kolme tapaamiskertaa, luennoista vastaavat sisätautiääkäri, professori Aila Risänen ja ravitsemusterapeutti Riikka Viljanen. Luennoilla kerrotaan keinoista parantua bulimiasta, aiheina on mm. syömisen- ja paimonhallinta sekä syömishäiriöiden fyysistä ja psyykkistä komplikaatioista. Osallistuminen jokaiselle kerralle on tärkeää, sillä jokaisella tapaamiskerralla käydään läpi paljon asioita. Luennoille osallistuu 10–20 potilasta, joilla on ahmimisongelma. Bulimialuentosarjan kuunteleminen on edellytys bulimia-ryhmään osallistumiselle.

BULIMIARYHMÄ

Bulimiar ryhmä on taitoryhmä, jossa tarkastellaan tunneajatus-toiminta-kehää mm. ruokapäiväkirjan avulla. Ryhmässä työskennellään prosessinomaisesti. Ensimmäisellä kerralla potilaat kirjoittavat ylös omat henkilökohtaiset tavoitteensa sekä jokaisen tapaamiskerran jälkeen tunteita ja ajatuksia tapaamisen liittyen. Kirjatut tunteet käydään läpi seuraavan tapaamiskerran yhteydessä. Jokaisen tapaamiskerran yhteydessä potilaat saavat syömiseen liittyvän tsemppi-tehtävän syömisenhallinta-monisteesta ja harjoittelevat sitä kotona viikon aikana. Lisäksi potilaille jaetaan joka kerralla kotiin mukaan vietäväksi tekstejä, jotka liittyvät ryhmän teemoihin, kuten kognitiiviseen malliin, syömisen hallintaan,

taustalla oleviin tekijöihin, etäännyttämis-viivästämis-tekniikoihin, tunteiden tunnistamiseen ja ongelmaratkaisuihin. Tekstien pohjalta keskustellaan ja jaetaan ajatuksia liittyen omaan toipumiseen. Ryhmässä tarkastellaan kehonkuva konneettisten tehtävien, kuten valokuvien avulla. Ryhmään osallistuminen edellytyksenä on, että potilas on osallistunut bulimialuennoille, joihin bulimia-ryhmä toimii jatkona. Ryhmässä on maksimissaan kahdeksan potilasta. Ryhmän ohjaajina toimivat kaksi sairaanhoitajaa. Bulimiar ryhmän jatkona potilaille tarjotaan mahdollisuutta osallistua fysioterapian rentoutuskursseille.

SYÖMISEN HALLINTARYHMÄ

Syömisen hallintaryhmä on suljettu ryhmä ahmimistahäiriötä sairastaville. Ryhmän tavoitteena on syömisen hallinta. Teemat, joita ryhmässä käsitellään, ovat täsmäyminen, tunteet ja ajatukset ahmimisen taustalla, hyvä ruokapäivä, mitä ahmiminnan tilalle sekä toipumisen tie on mutkainen. Ryhmän menetelmät ovat psykoedukaatio, syömisyrittäjäpäiväkirja, vertaistukea, keskustelua, luettavaa materiaalia sekä kotitehtäviä. Ryhmässä on kahdeksan potilasta ja ryhmä tapaa yhteensä kuusi kertaa. Ohjaajina toimivat ravitsemusterapeutti ja sairaanhoitaja.

RYHMÄT

SYÖMISEN HALLINNAN JATKORYHMÄ

Ryhmän pohjana toimii syömisestä hallintaryhmä ja täsmäsyömisestä periaatteet tulisi olla potilaille hallussa. Jatkoryhmässä tavoitteena on edelleen syömisestä hallintaa. Ryhmässä tarkastellaan ja työstetään ongelmasyömiseen liittyviä ajatuksia, tunteita ja käyttäytymistä. Osallistujat pitävät syömis- ja tunnepäiväkirjaa, lukevat teemoihin liittyviä materiaaleja sekä tekevät erilaisia tehtäviä. Ryhmä sisältää psykologin alkuhaastattelun, 15 tapaamiskertaa sekä 3 kk:n & 6kk:n seurantaikäynnit. Ryhmässä on 6-8 ahmimishäiriötä sairastavaa potilasta ja se järjestetään suljettuna. Ohjaajina toimivat psykologi ja sairaanhoitaja.

TOIPUMISTA TUKEVA RYHMÄ

Ryhmässä käydään läpi toipumisen etenemistä ja toipumisprosessia, mietitään sen etuja ja haittoja sekä sitä, mikä merkitys toipumisella on elämään. Ohjaajilla ja potilailla käytössä työkirja, jota täytetään ryhmän edetessä. Ryhmä on suljettu ja toteutetaan seitsemän kertaa, edellytyksenä ryhmään osallistumiselle on BMI > 17.5. Ryhmän ohjaajina toimivat kaksi sairaanhoitajaa ja kerätaalleen fysioterapeutti.

AHDISTUKSEN HALLINNAN JATKORYHMÄ

Ahdistuksen hallinnan taitovalmennusryhmässä opetetaan potilaille käytännölläisesti ahdistuksen hallinnan taitoja ja oppiminen tapahtuu omien kokemusten kautta. Ryhmässä myös tarjotaan erilaisia keinoja hallita ja helpottaa ahdistusta, joka nousee syömishäiriökuntoutumisen myötä. Jokaisella tapaamiskerralla on oma aiheensa: ahdistuksen tunnistaminen, oman olon helpottaminen ja ahdistuksen hallinta jatkossa. Tapaamiset koostuvat psykoedukaatiosta, yhteisestä keskustelusta ja konkreettisista harjoituksista. Jokaiselta tapaamiskerralta potilaat saavat mukaansa luettavaa aiheesta sekä tehtäväksi harjoitella itsenäisesti tapaamisilla tehtyjä harjoituksia. Ryhmä kokoontuu kolme kertaa, tunnin kerrallaan ja koostuu 3-6 potilaasta.

JATKOHOITORYHMÄ DRAAMAMENETELMÄLLÄ

Jatkohoitoryhmä draamamenetelmällä toimii jatkoryhmänä laihuushäiriötä sairastaville. Ryhmä tarjoaa intensiivistä avohoitoa 18-25-vuotiaille potilaille osana syömishäiriökliniikan toimintaa. Ryhmän tavoite on ylläpitää potilaiden syömisestä hallintaa ja ravitsemustilan korjaantumista. Tapaamisia vuoden aikana on yhteensä 32 kerrottua, puolen vuoden kuluttua ryhmän loppumisesta järjestetään seurantaikäynti. Ryhmän koko on kuusi potilasta

RYHMÄT

MUUTOSRYHMÄ

Muutosryhmässä käydään läpi paranemisprosessia keskustelun, vertaistuen ja toiminnallisten menetelmien avulla (kuvat, liike, esineet, tekstit & roolit). Aiheina ryhmässä käsitellään motivaatiota, ambivalenssia, pelkoja, toiveita, tulevaisuutta, muutosten tunnistamista ja niihin valmistautumista, arjen sujumista ja oman toipumisen jatkumista. Ryhmässä on kuusi potilasta ja sitä täydennetään määrääjain. Muutosryhmän ohjaajina toimivat toimintaterapeutti ja hoitajat.

VAPAA-AJAN RYHMÄ

Ryhmässä käydään läpi vapaa-ajan viettämisen tapoja, vapaa-ajan merkitystä, ajankäytön tasapainoa, rentoutumista, nautiskelua ja sosiaalisia tilanteita. Menetelminä käytetään keskustelua, suunnittelua, erilaisiin vapaa-ajan toimintoihin ja ympäristöihin tutustumista sekä välipalahaarjoittelua. Ryhmäkoko on noin kuusi potilasta ja se toteutetaan jaksoittain toimivana suljettuna ryhmänä. Ryhmän ohjaajina toimivat toimintaterapeutti ja hoitaja.

NAISEKSI RYHMÄ

Naiseksi ryhmässä käsitellään naiseutta, kehoa, seksuaalisuutta sekä seurustelua ja parisuhdetta. Asioita käsitellään keskustelun, tekstien, kuvien ja symboliesineiden avulla. Ryhmässä on kuusi potilasta ja se on jaksoittain toimiva suljettu ryhmä. Ohjaajina toimivat toimintaterapeutti ja hoitaja.

RENTOUTUSKURSSI

Rentoutuskursilla tehdään käytännön harjoituksia mindfulnessin ja sovelletun rentouden menetelmiä käyttäen, lisäksi jokainen tapaamiskerta sisältää tiedollisen osion. Ryhmässä käsitellään rentouden merkitystä ja sen fyysisiä vaikutuksia, levon ja liikunnan terveellistä suhdetta, määrää ja laatua sekä rentoutumista ahdistuksen hallintakeinona. Ryhmä sisältää aiku- ja loppuhaastattelun, kuusi ryhmätapaamiskertaa (90min/krt) ja kotiharjoituksia. Ryhmäkoko on 8 potilasta ja se on suljettu ryhmä, joka on suunnattu ahmimis- ja laihuushäiriöpotilaille, joiden BMI > 17. Ryhmän ohjaajana toimii fysioterapeutti.

RYHMÄT

FYSIOTERAPIAN JATKORYHMÄ

Fysioterapian jatkoryhmän tavoitteena on kehonhallinnan ja -tunteutumisen kehittyminen, ruumiinkuvan selkeytyminen sekä hyväksyvän ja kunnioittavan suhteen luominen kehon ja mielen välille. Ryhmä sisältää yksilöllisen alku- ja loppuhaastattelun, kahdeksan tapaamisen kertaa (90min/krt), omakuvapiirroksen, tuntiokohtaisen itsearvioinnin ja kotiharjoituksia. Ryhmässä käytetään kehoillista harjoittelua ja kognitiivista työskentelyä. Ryhmän menetelmät ja harjoitukset ovat eteneviä. Ryhmäkoko on kuusi potilasta ja se toimii suljettuna ryhmänä potilaille, joiden BMI on > 17.5. Ryhmän ohjaajina toimivat fysioterapeutti ja hoitaja/ psykologi/ amanuenssi.

NUORTEN FYSIOTERAPIAN JATKORYHMÄ

Nuorten fysioterapian jatkoryhmän tavoitteet ja sisältö vastaavat Fysioterapian jatkoryhmää. Nuorten ryhmä on tarkoitettu alle 18-vuotiaille potilaille ja ISO BMI > 17.5.

OSASTOT

KOKOVUOROKAUSIOSASTO

Kokovuorokausiosasto on avo-osasto, jossa hoidetaan yli 13-vuotiaita ja aikuisia syömishäiriöitä sairastavia potilaita sekä toteutetaan vaikean ahmimishäiriön määrääkälaisia hoitojaksoja. Kokovuorokausiosastolla on 14 paikkaa, joista kaksi on kriisipaikkoja.

Osastohoidon tavoitteena on tuetun täsmäsyömisellä avulla korjata aliravitsemustila ja normalisoida potilaan häiriintynyt syömiskäyttäytyminen. Hoidon tavoitteena on pyrkiä parantamaan potilaan sairaudentuntoa suhteessa syömishäiriöön, hoitaa mahdollista voimakasta ahdistuneisuutta tai muita äkillisiä psyykkisiä ongelmia sekä lisätä potilaan hoitomotivaatiota. Potilasta autetaan vähentämään mahdollista oksentelua, laksatiivien käyttöä ja pakkoliikuntaa. Osastohoidossa pystytään myös seuraamaan tarkasti potilaan somaattista vointia, jolloin pystytään ennakoimaan mahdollisiin vaara- ja uhkatilanteisiin ja tarvittaessa reagoimaan niihin ajoissa.

Viikoittaiset hoitokokoukset ovat hoito-ohjelman perustana. Hoitokokouksissa suunnitellaan yhteistyössä potilaan ja alaikäisen vanhempien kanssa hoitoa aina viikoksi eteenpäin huomioiden potilaan yksilöllinen tilanne ja tarpeet. Hoitokokouksissa sovitaan muun muassa liikuntaluvista, ateriasuunnitelman muutoksista, kotioloista ja osallistumisista ryhmiin ja retkille. Hoitokokouksissa mietitään myös mahdollisesta erityistyöntekijöiden arvioon tai tutkimusten tarpeesta. Erityistyöntekijöitä ovat sosiaalityöntekijä, ravitsemus-, fysio-, toiminta- tai perheterapeutti, psykologi, pediatri ja sisätautilääkäri. Jokaisella potilaalla on oma hoitoryhmä, johon kuuluu lääkäri ja kaksi omahoitajaa.

On erityisen tärkeää, että perheet ovat mukana hoidossa ja nuorten potilaiden kohdalla se on välttämätöntä. Vähintään kahdesti osastohoidon aikana perhe kutsutaan osastolle ns. perheruokailuun. Tarvittaessa hoitajat opettavat ja sitouttavat vanhempia huolehtimaan potilaan ruoan annostelusta mallinnoksen mukaan.

Kokovuorokausiosaston viikko-ohjelmaan sisältyy ruokailun ja levon lisäksi omahoitajakeskustelua, fysioterapiaryhmiä, ravitsemusterapeutin ja muiden erityistyöntekijöiden pitämiä tietoisuuksia. Toiminnallinen torstai –ryhmä järjestää joka toinen viikko retken osaston ulkopuolelle. Viikoittaisessa perjantai-kokouksessa käsitellään osaston yhteisiä asioita ja suunnitellaan toimintaa yhdessä potilaiden kanssa. Peruskoulua käyvät nuoret voivat käydä voiminnin mukaan sairaalakouluun muutaman tunnin päivässä.

OSASTOT

KUNTOUTUSOSASTO

Kuntoutusosasto on kuusi paikallinen ja sen tarkoituksena on tarjota tukea arjen hallintaan aikuiselle, joka on sairastanut pitkään syömishäiriötä. Osastolla käytetään kuntouttavaa työtettä, jonka avulla pyritään saamaan potilaat ottamaan vastuu omasta kuntoutumisestaan. Kuntoutuksella pyritään parantamaan elämäntilaa sekä kohentamaan ravitsemustilaa asteittain. Kuntoutusosasto on auki arkisin klo 7.30-21.00 ja pyhinä klo 10.00-18.00.

PÄIVÄOSASTO

Päiväosastolla toteutetaan kahden viikon intensiivijaksoja, joiden tavoitteena on säännöllisen ja riittävän syömis- ja opettelu, rauhoittumisen harjoittelu sekä uusien ahdistuksen hallintakeinojen opettelu. Intensiivijakso toteutetaan kahdeksan potilaan ryhmänä ja uusia ryhmiä alkaa kahden viikon välein maanantaisin (klo 10). Viikko-ohjelmaan sisältyy ruokailun ja levon lisäksi ruoanvalmistusta, rentoutusryhmiä, tietopaketteja sekä keskusteluy- ja toimintaryhmiä. Hoitopäivät alkavat klo 8 ja päättyvät klo 15.30, lukuun ottamatta maanantaina ja keskiviikko, jolloin tarjotaan myös päivällinen ja päivä päättyy kello 18.

LISÄÄ TIETOA

- Lupa Syödä – Opas syömishäiriöiden hoitoon: Gisela van der Ster, Helsinki: Edita, 2006.
- Syömishäiriöt – Läheisen opas: Anna Keski-Rahkonen, Pia Charpentier, Riikka Viljanen (toim.), Helsinki: Duodecim, 2010.
- Olen juuri syönyt – Läheiselläni on syömishäiriö: Anna Keski-Rahkonen, Pia Charpentier, Riikka Viljanen (toim.), Helsinki: Duodecim, 2008.
- Irti ahminnasta – Kohti tasapainoista suhdetta ruokaan: Anna Keski-Rahkonen, Katarina Meskanen, Minna Nalbantoglu (toim.), Helsinki: Duodecim, 2013.
- www.syomishairiolitto.fi

Perehdytyskansio toteutettu opinnäytetyönä
Anu Kinaret & Sini Ihamäki
Diakonia-ammattikorkeakoulu, syksy 2014