

Näyttöön perustuvan perhehoidon kehittäminen syömishäiriöyksikössä

Anne Priha
Opinnäytetyö
Kesäkuu 2016

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Tekijä(t) Priha, Anne	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä Kesäkuu 2016
	Sivumäärä 46	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Näyttöön perustuvan perhehoidon kehittäminen syömishäiriöyksikössä		
Tutkinto-ohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi amk		
Työn ohjaaja(t) Hopia Hanna, Tyrväinen Hannele		
Toimeksiantaja(t) Syömishäiriöyksikkö		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää näyttöön perustuvaa perhehoitoa yhdessä erikoissairaanhoidon yksikössä. Tavoitteena oli tunnistaa näyttöön perustuvat yksikössä jo käytössä olevat nuoren anoreksiaa sairastavan perhehoidon työtavat ja valita kaksi työskentelytapaa, joita kehittää yhdessä työyhteisön kanssa eteenpäin. Kehittämistyön kohteena oli erään syömishäiriöyksikön moniammatillinen työryhmä. Työ toteutettiin kevään 2016 aikana. Opinnäytetyö toteutui kehittämistyönä. Kehittämistyön lähtökohtana toimi ekspansivisen oppimisen malli. Yksikön perhehoitoa kehitettiin kolmessa kehittämispalaverissa, joissa menetelmänä käytettiin tulevaisuusdialogia ja siihen liittyvää kahta arviointipalaveria. Analysoitavana aineistona olivat tulevaisuusdialogin ja väliarvion äänitallenteet, päiväkirjamerkinnot ja fläppitaulumateriaalit. Aineisto analysoitiin teemoittelun avulla. Tulevaisuusdialogissa muodostettiin nuoren potilaan hoidossa käytetty perhehoidon kehys, joka sisälsi perhehoidon tavoitteet ja työtavat. Tulevaisuusdialogissa osallistujat valitsivat kahdeksi keskeiseksi ja edelleen kehitettäväksi perhehoidon työtavaksi perheruokailun ja sisarustapaamisen. Välitehtävänä osallistujat arvioivat työtapojen toimivuutta työssään kirjaten havaintojaan päiväkirjoihin. Työyhteisön pienryhmissä jatkotyöstettiin työtapoja laatien niille tarkistuslistat.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tarkistuslistat työtavoille tulevat todennäköisesti selkiyttämään moniammatillisen työryhmän työskentelyä potilaiden ja heidän perheidensä kanssa. Tämän lisäksi tavoitteiden ja työtapojen määrittely edistää näyttöön perustuvan perhehoidon toteutumista sekä tekee sen ehkä vähemmän työntekijän yksilöllisistä ominaisuuksista riippuvaiseksi. Kehittämistyön aikana havaittiin, että työntekijöiden osallistaminen motivoi oman työn kehittämiseen ja luo yhteenkuuluvuutta. Työntekijöiden yhteiset linjat työskentelyssä lisäävät myös työntekijöiden kokemaa hallinnan tunnetta työssään.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Kehittämistyö, ekspansivisen työn kehittämisen malli, tulevaisuusdialogi, anoreksia, nuoret, perhehoito, työtavat, moniammatillisuus.		
Muut tiedot		

Description

Author(s) Priha, Anne	Type of publication Master's thesis	Date June 2016
	Number of pages 46	Language of publication: Finish
		Permission for web publication: x
Title of publication Developing of Evidence-Based Family Nursing of an Eating Disorder Unit		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practise		
Supervisor(s) Hopia Hanna, Tyrväinen Hannele		
Assigned by An Eating Disorders Unit in a Central Hospital		
Abstract <p>The purpose of this study was to develop evidence-based family nursing in one eating disorder unit of special health care. The objective of development was to identify the evidence-based working methods of family nursing already used in the unit with young patients with anorexia nervosa and to choose two methods for development in co-operation with the staff of the unit. Target of the development work was the multi-professional team of the eating disorder unit. The development work was carried out during spring 2016. The basis for the work was the expansive model of learning. The family nursing of the unit was developed in three meetings using future dialogue and in two assessment meetings. The data for analysis came from the recordings of the future dialogues and assessment meetings as well as from the diary entries and flip chart papers. The data was analysed by using thematisation. The future dialogues provided the frame of the family nursing of young patients. The frame also included the objectives and working methods. Eating with families and sibling meetings were the methods of family nursing chosen by the participants as the most crucial one and in need of development. Between the meetings the participants had to assess the availability of the methods in their daily work and document their observations in a diary. The working methods were further developed by drafting checklists for them in smaller teams of work unit. As a conclusion it can be stated that the checklists for the working methods will likely clarify the work of the multi-professional team with the patients and their families. In addition the specification of objectives and working methods clarifies the implementation of evidence-based family nursing and makes it less dependent on the personal features of the employee. It also was found in the course of the development process that involving the employees motivated them to develop their work and created cohesion. Collective agreements on the working methods policies also increase the employees' feelings of professional command of their work.</p>		
Keywords/tags (subjects): Development work, Engeström's model of expansive learning, Anorexia, Eating disorder, Adolescent, Family Nursing, Working Methods, Multi-professional		
Miscellaneous		

Sisältö

1 Johdanto	3
2 Anoreksia	4
2.1 Psykofyysinen sairaus	4
2.2 Sairaudesta toipuminen	6
3 Perhekeskeisyys	7
3.1 Yhteistyö perheiden kanssa	7
3.2 Perhehoidon lähtökohdat	8
3.3 Rooli- ja vastuunjako perhehoidossa.....	11
4 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite	12
5 Kehittämistyön toteutus	12
5.1 Engeströmin ekspansiivisen oppimisen malli	12
5.2 Kohdejoukko	15
5.3 Kehittämistyön prosessi	15
5.4 Tulevaisuusdialogi – kehittämismenetelmä	17
5.4.1 Tulevaisuusdialogin analysointi	19
5.4.2 Tulevaisuusdialogin tulokset	20
5.4.3 Väliarvio – kehittämispalaveri.....	23
5.4.4 Väliarvion analysointi ja tulokset	25
5.4.5 Loppuarvio.....	26
6 Kehittämistyön tuotokset	27
6.1 Nuoren perhehoidon kehys.....	27
6.2 Perheruokailun ja sisarustapaamisten tarkistuslista	29
7 Pohdinta	30
7.1 Kehittämistyön tarkastelu.....	30
7.2 Johtopäätökset ja jatkotoimenpiteet	36
Lähteet	38
Liite 1. Suostumus	44
Liite 2. Tulevaisuusdialogi	45
Liite 3. Tulevaisuusdialogi yhteenveto	46

Kuviot

KUVIO 1 Perhehoidon kehittäminen ekspansiivisen oppimisen mallia mukaillen.....	14
KUVIO 2. Perhehoidon kehittämisen prosessi.	16
KUVIO 3. Nuoren perhehoidon kehys.....	28
KUVIO 4. Työtapojen tarkistuslistat.....	29

1 Johdanto

Syömishäiriöt ovat sairauksia, jotka vaikuttavat yksilön ja sairastuneen lähipiirin elämänlaatuun. Yleisimmät syömishäiriön muodot ovat laihuushäiriö eli anoreksia ja ahmimishäiriö eli bulimia. Nuorista suomalaisista naisista 2,2 prosenttia kärsii anoreksian ja yksi kymmenestä työstä kärsii jonkin asteisesta syömishäiriöoireesta ennen aikuisuutta. Nuorten miesten sairastuvuus laihuushäiriössä on 0,24 prosentin luokkaa. (Suokas & Rissanen 2014, 398; Ekström & Koskinen 2009, 6-7; Vuorilehto, Lori, Kurki & Hätönen 2014, 163.) Sairastuneiden oirekuva voi jonkin verran vaihdella, mutta tyypillistä on, että sairastunut määrittää itsensä painon tai kehonkuvan mukaan ja suhtautuminen ruokailuun on epätavallista (Ruuska & Kaltiala-Heino 2015, 1739.)

Hoidon alkuvaiheessa keskeistä on sairastuneen hoitomotivaation herättely, yhteistyösuhteen luominen ja ravitsemustilan korjaaminen. Toipumisen kannalta tärkeää on sairastuneen itsensä sekä hänen läheistensä tukeminen ja perheen hoitoon mukaan ottaminen heti hoidon alkuvaiheessa. Perhe tarvitsee myös vertaistukea, jota tulisi hoitotahon järjestää (Syömishäiriöt: Käypä hoito – suositus, 2014 ;Ruuska ym. 2015, 1742.) Hoitotyöntekijältä vaaditaan hyviä yhteistyö ja vuorovaikutustaitoja sekä kykyä tunnistaa asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita heille palveluja suunniteltaessa (Kontio, Ala-Nikkola, Wahlbeck, Vastamäki & Joffe. 2015, 45.) Nuorten, 12–18 vuotiaiden kohdalla, joiden sairaus ei ole vielä pitkittynyt, on saatu tutkittua näyttöä perhelähtöisistä lyhytterapiahoidoista kestoaltaan 6-12 kuukautta. Lyhytterapiahoitojen vaikuttavuus nuorilla anoreksiaa sairastavilla on todettu yhtä tehokkaaksi kuin pitkien, yli vuoden kestävien hoitojen teho. (Lock, Agras, Bryson & Kraemer 2005.)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Kaste 2012–2015 ohjelmassa esitellään kansallinen linjaus mielenterveyspalveluista. Linjauksen mukaan mielenterveyspalveluiden tehokkuutta ja asiakaslähtöisyyttä tulee vahvistaa (Kaste 2012–2015.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa, Mieli 2009, korostetaan asiakkaan osallisuutta ja roolin vahvistamista, mielenterveyden edistämistä ja avohoitopainotteisia menetelmiä. Tavoitteiden saavuttamiseksi suositellaan koulutukseen panostamista ja erilaisten suositusten kokoamista ja päivittämistä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 13, 38.) WHO:n toimin-

tasuunnitelman mukaan tulee asiakkaan ja hänen perheen osallisuutta mielenterveyspalveluissa painottaa (Izmir 2013, 14.) Perheen osuutta sairastavan läheisen hoidossa voidaan tukea ja edistää kehittämällä perheen ja hoitavan tahon keskinäistä yhteyttä ja yhteistyötä. Tarpeellisia toimia ovat rakenteellisen toiminnan ja toimintaympäristön kehittäminen perhelähtöiseksi ja palvelut perheiden hyvinvointia tukevaksi. (Åstedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2006, 58; Valtioneuvoston kanslia 2015, 21.) Jotta mielenterveyspalvelujen painopiste saadaan ohjattua avohoitoon, tarvitaan näyttöön perustuvia menetelmiä ja koottuun tietoon perustuvia suosituksia (Kontio, Ala-Nikkola, Wahlbeck, Vastamäki & Joffe 2015, 45.)

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on edistää näyttöön perustuvan perhehoidon toteutumista anoreksiaa sairastavien nuorten ja heidän perheidensä hoidossa syömishäiriöyksikössä. Kehittämisen ja johtamisen nykykäsitystä mukaillen, työn lähtökohdaksi valittiin työntekijöiden osallistamisen kehittämiseen. (Hakuli 2015, 36; Sarajärvi, Mattila, Rekola 2011, 84; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 40–41, 54.) Lähestymistapana ja teoriapohjana yhteiselle kehittämiselle toimii Ekspansiivinen työkehittämisen malli, jonka lähtökohtana ovat toimintajärjestelmän eli organisaation sisäisten haasteiden tarkastelu ja ratkaiseminen yhteisön yhteisen oppimisen tuloksena. (Engeström, 2004.)

2 Anoreksia

2.1 Psykofyysinen sairaus

Anoreksia on syömishäiriö, johon liittyy itsensä nälkiinnyttäminen alipainoiseksi, vääristynyt kehonkuva ja kokemus itsestä lihavana selkeästä alipainosta huolimatta. Nälkiintyminen aiheuttaa sairastuneelle erilaisia elämänlaatua heikentäviä fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia oireita, jotka vaikeuttavat elämässä selviytymistä. Anoreksiaan sairastumiselle katsotaan olevan useita taustatekijöitä. Median luoma ihannekuva, joka arvostaa naisen hoikkuutta, on todettu olevan tyttöjen omaan kehoon tyytymättömyyttä lisäävä tekijä. Muita taustatekijöitä syömishäiriön puhkeamiselle ovat persoonallisuus, geneettiset ja hormonaaliset tekijät. Myös stressaavat elämäntapahtumat ja alentunut kyky käsitellä emotionaalisesti hankalia tilanteita ovat taustalla olevia teki-

jöitä. Kaikkiaan tyypillistä sairastuneille on minäkuvaan ja itsetuntoon liittyvät ongelmat sekä lapsuusajan tärkeisiin ihmissuhteisiin liittyneet ristiriidat. Kuitenkaan mikään yksittäinen tekijä ei ole sairastumiseen johtava ainoa syy. (Ekström ym. 2009, 6-7; Ruuska ym. 2015, 1740.) Toisaalta syömishäiriöiden puhkeamiseen vaikuttavat biologiset ja geneettiset tekijät ovat ajankohtaisen tutkimuksen kohteena. Anoreksian on todettu siirtyvän biologisesti sukupolvelta toiselle ja jopa 50–80 prosenttia sairastumisriskistä ajatellaan syntyvän geneettiseltä pohjalta. (Raevuori 2013.)

Anoreksiassa erotetaan kaksi eri muotoa. Sairauden paastoava muoto eli restriktiivinen anoreksia, johon liitetään syömisestä kieltäytymistä, pakonomaista liikuntaa ja paastoamista. Buliminen on sairauden toinen muoto, johon liittyy pidättäytyvän syömisensä lisäksi ruuan ajoittaista hallitsematonta syömistä ja ahmimista, josta sairastuneelle seuraa erilaisia tyhjentäytymistapoja. Ylilyönneiltä tuntuneet syömisensä sairastunut pyrkii ratkaisemaan haitallisilla kompensatiokeinoilla, joita voivat olla oksentaminen, ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden väärinkäyttö. (Keski-Rahkonen, Charpener & Viljanen 2008, 12.)

Anoreksia alkaa yleensä murrosiän jo saavuttaneilla tytöillä. Sairastumishuippu on 15–19 vuotiaana. Ahmimishäiriöt puhkeavat hieman vanhempana, mutta niiden ja epätyypillisten syömishäiriöiden osuus yhä nuoremmassa väestössä on arveltu lisääntyneen. (Ruuska ym. 2015, 740.) Sairauden keskeisiä piirteitä ovat pakonomaiseksi ja hallitsemattomaksi muuttunut laihduttaminen. Tavoiteltu painolukema yleensä alenee painon laskun myötä. Sairastuneen liikunta on usein poikkeuksellista määrältään ja siihen liittyy suorittamispakkoa. Myös ajatteluun tulee häiriöitä ja sairastuneen yhteys muihin ihmisiin vähenee ja sairastunut alkaa eristäytyä muista. Aliravitsemuksen seurauksena kehittyy lukuisia psyykkisiä, sosiaalisia ja fyysisiä oireita. Mielialan vaihtelut tyypillisesti lisääntyvät ja sairastunut pyrkii peittämään laihtumisensa ja kieltää oireensa. Tytöillä esiintyy kuukautishäiriöitä. Joko kuukautiset jäävät pois tai niiden alkaminen myöhästyy. Pitkään jatkuneessa tilassa sairastuneilla voi esiintyä aliravitsemuksesta johtuvaa luukatoa tai muita oksentelusta tai lääkkeiden käytöstä johtuvia komplikaatioita. Aliravitsemuksen lisäksi oireita ovat sinertävät kädet ja jalat, iho on huomattavan kuiva, sydän oireet, lanugo-karvoitus ja matala verenpaine. Myös aineenvaihduntaan hidastuu. (Suokas & Rissanen 2014, 396–397.) Syömishäiriöiden eri

alaryhmillä on joidenkin näkemysten mukaan yhteinen psykopatologia ja siihen liittyen sairauden taustalla voidaan nähdä samankaltaisia syntymekanismeja. Syömishäiriöön sairastuneen aladiagnoosi voikin taudin aikana vaihdella. On todettu, että puolet laihuushäiriöisistä sairastuvat taudin edetessä ahmimishäiriöön. (Ruuska ym. 2015, 739.) Jopa puolella anoreksiapotilaista on jossakin määrin oksentamista, nesteenpoisto- tai ulostuslääkkeiden käyttöä jossain sairauden vaiheessa. (Suokas ym. 2014, 397.)

Sairauden ennusteeseen vaikuttavat monet tekijät. Osa sairastuneista paranee nopeasti, mutta joillakin tauti jää aaltoilevaksi ja joillakin se kroonistuu. Kroonistuneeseen sairauden muotoon liittyy elämänlaadun heikkenemistä ja toimintakyvyn laskua usealla elämän osa-alueella. Syömishäiriöiden yhteydessä tulee huomioida myös lisääntynyt varhainen kuolemanriski. Syömishäiriöön liittyy sydänperäisten syiden ja autoimmuunipohjaisten sairauksien riski. Anoreksiapotilailla kuolemanriski on kaiken kaikkiaan yli kuusinkertainen muuhun väestöön verrattuna. Kuoleman riskissä on huomioitava myös suurentunut itsemurhavaara. (Suokas, Gissler, Haukka, Linna, Raevuori & Suvisaari 2015, 744.)

2.2 Sairaudesta toipuminen

Hoidon tavoitteena on ravitsemustilan korjaantuminen ja syömiskäyttäytymisen normalisoituminen. Hoidon tavoitteena on myös psykososiaalinen kuntoutuminen eli psyykkisten oireiden lievittyminen ja sosiaalisen aktiivisuuden palautuminen. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2015, nuorten syömishäiriöt; Suokas ym. 2014, 402; El-Radhi 2015, 519.) Kasvuikäisillä käytössä oleva suhteellisen painon mittari eli pituutta vastaava keskimääräinen paino prosenteissa on hyväksyttävä menetelmä ravitsemustilan arvioimisessa ja seuraamisessa. Painonkehitys on oleellisin mittari, jolla myös hoidon vaikuttavuutta arvioidaan. Nuoruusikäisten kohdalla tulee tarkastella myös kasvun taittumista tai pysähtymistä. (Syömishäiriöt: Käypä hoito – suositus, 2014; Kärkkäinen, Dadi & Keski-Rahkonen 2015, 56.) Työntekijöiden tehtävä on voimaannuttaa perhe työskentelemään nuoren painon nousun ja ravitsemustilan kohentumisen eteen. Tarpeenmukainen ja oikea-aikainen elämäntapaohjaus ravitsemuksen, liikunnan ja unen tasapainosta voivat merkittävästi helpottaa nuoren fyysisiä ja psyykkisiä oireita

sekä vahvistaa pysyvien elämäntapa muutosten syntymistä. (Le Grange & Lock. 2014; Kärkkäinen ym. 2015, 58–59.)

Nuoren laihtuminen aiheuttaa vanhemmissa usein voimakkaita huolen tunteita, joten toipumisen pienikin edistyminen tuottaa perheelle helpotusta, joka näkyy myönteisenä kehityksenä perheen vuorovaikutussuhteissa. Vanhempien keskinäinen tiimityö nuorensa syömisen tukemisessa tuottaa onnistumisen kokemuksia ja edistää avoimuutta perheessä. Vähitellen nuoren syömiseen liittyvä ahdistus helpottuu ja sairauden tuottamat oireet alkavat lievittymään ja kehonkuva normalisoitumaan. Psykologinen toipumisprosessi vie yleensä vuosia. (Ekström ym. 2009, 6; Suokas & Rissanen 2014, 397–399.) Nuoren anoreksiasta toipumisen kulmakiviä ovat nuoren, perheen ja hoitavien työntekijöiden vuorovaikutussuhteen käynnistyminen. Perhe haastetaan työskentelemään ja sen kautta löytämään omat voimavarat tukea ristiriitaista nuorta selviytymään (Le Grange & Lock 2014.)

3 Perhekeskeisyys

3.1 Yhteistyö perheiden kanssa

Yhteistyö perheiden kanssa ja perhekeskeisyys perustuu ajatukseen, että toinen ihminen vaikuttaa toiseen ihmiseen. Sen lisäksi, että olemme yksilöitä, olemme osa perhettämme ja tämä tulisi huomioida hoidossa. Perheterapeuttinen ydinajatus on, että mielemme rakentuu vuorovaikutuksessa meitä ympäröiviin ihmisiin ja mielenterveytemme, voimavaramme ja haasteemme ovat riippuvaisia vuorovaikutuksen menneisyydestä sekä nykytilasta. Ajatus kiteytyy sanomaan, jonka mukaan perheenjäsenenä hyvinvointimme on sidoksissa toinen toisiimme. (Lehtinen ym. 2014, 2625.) Perheiden kanssa työskentelyn tarkoituksena on vaikuttaa niihin inhimillisen vuorovaikutuksen solmukohtiin, jotka ylläpitävät oiretta. Tämä tapahtuu siten, että perheessä olevat myönteiset voimavarat vahvistuvat. (Aaltonen 2012, 189.) Vierellä kulkeminen ja liittyminen perheeseen vahvistavat myönteisyyttä ja auttavat perhettä selviytymään. (Lehto 2015, 68–69, 76.) Potilaiden kokemuksia tutkineen Paappasen (2013) mukaan positiivisiin hoitokokemuksiin on liittynyt hoitavan henkilön tiedolli-

nen asiantuntemus sekä heidän persoonasidonnainen kyky vastata asiakkaan tarpeisiin. Onnistuneen hoitosuhteen lähtökohdana on ylipäättään ollut ymmärtävä vuorovaikutus potilaan ja hoitotahon välillä. (Paappanen 2013, 42.)

Aiempien hoitoperiaatteiden mukaan nuoren hoito eristettiin perheestä, mutta nykyään vanhemmat kuuluvat luonnolliseksi osaksi nuoren hoitoa. Perheen ymmärrys, emotionaalinen hyvinvointi ja toimivuus ovat tärkeitä elementtejä nuoren anoreksiasta tervehdyttämisessä. (Rienecke, Accurso, Lock & Le Grange. 2016, 43.) Perhe tarvitsee tietoa syömishäiriöstä ja ohjausta kuinka sairastunutta läheistä voidaan kotona tukea ja auttaa. Perheenjäsenen sairastuminen syömishäiriöön vaikuttaa perheen vuorovaikutussuhteisiin ja perhehoidon keinoin voidaan tilanteeseen vastata auttamalla perhettä purkamaan oireita ylläpitäviä käyttäytymis- ja vuorovaikutusmalleja. (Syömishäiriöt: Käypä hoito – suositus, 2014.)

3.2 Perhehoidon lähtökohdat

Perheiden hoitamisen tulee perustua näyttöön. Siten voidaan parhaalla mahdollisella tavalla taata asiakkaille ja heidän perheilleen paras mahdollinen hoito. Näyttöön perustuva perhehoito hyödyntää vaikuttavaksi tunnistettuja hoitokäytäntöjä ja hoitomenetelmiä. Näyttöön perustuvan toiminnan lähtökohdana on, että terveydenhuollon ammattilaiset päivittävät osaamistaan, seuraavat alan kehitystä sekä suhtautuvat kriittisesti olemassa oleviin toimintoihin ja pyrkivät löytämään uutta tietoa niiden kehittämiseksi. Näyttöön perustuvassa toiminnassa nivoutuu yhteen tutkimusnäyttö, hoitotyöntoimijan kliininen asiantuntemus, asiakkaan omaan näkemykseen perustuva näyttö sekä olemassa oleviin olosuhteisiin perustuva toiminta. Tutkitun tiedon käyttö on kirjattu myös lakeihin. Terveydenhuoltolain mukaan: ”terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.” (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8 §; STM 2009, 53–54,55.)

Perheiden hoitamisen yhteydessä voidaan käyttää erilaisia käsitteitä. Tässä opinnäytetyössä on päädytty käyttämään perhehoidon käsitettä, sillä se on riittävän laaja katta-

maan yksikön moniammatillisesti toteutettavan perheiden hoitamisen käsitteen. Lisäksi opinnäytetyö valmistuu hoitotyön Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmasta, joten perhehoito-käsite on luonteva valinta hoitotyöstä valmistuvaan opinnäytetyöhön. Hoitotyön näkökulmasta perhehoidon lähtökohtana on yksilön ja perheiden terveyden edistäminen ja voimavarojen tukeminen osana hyvää hoitoa. Perhehoidossa huomioidaan se, mikä on kyseiselle potilaalle perheen merkitys sen hetkessä tilanteessa sekä selvitetään, mitä tukea muu perhe tarvitsee. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 16–17, 94.) Hyvä yhteistyösuhde perustuu perhettä arvostavalle ja kunnioittavalle pohjalle. (Solantaus & Niemelä 2016, 23.) Perhehoitotyö kunnioittaa perheiden ainutlaatuisia elämäntilanteita, tapoja ja tottumuksia. Erityisesti alaikäisten lasten kohdalla hoitotyön kohteena nähdään luonnollisena osana myös muut perheeseen kuuluvat jäsenet. Perheiden hoitaminen sisältää paljon ohjaamista. Perheet osallistava ja huomioiva hoitotyö tulee esiin erilaisina käytännön toimintatapoina. (Strann, Rantanen & Suominen 2013, 8.)

Tässä kehittämistyössä perhehoidolla tarkoitetaan kehittämistyön kohteena olevassa syömishäiriöyksikössä toteutettavaa perheiden tukemista ja hoitamista, joka perustuu tavoitteelliseen perheiden moniammatilliseen auttamiseen. Perheiden huomiointi kuuluu tärkeäksi osaksi yksikön hoitofilosofiaa. Lähtökohtana ovat perheiden tukeminen ja heidän tietämyksensä lisääminen sairaudesta sekä perheiden auttaminen selviytymään syömishäiriötä sairastavan perheen jäsenen kanssa. Psykoedukaatio on tärkeässä roolissa potilaan ja perheiden tukemisessa. (Keski-Rahkonen 2008, 42; Suokas ym. 2014, 403.) Psykoedukaatio on tiedon lisäämistä ja potilaan ohjaamista, joka perustuu luottamukselliseen yhteistyösuhteeseen potilaan ja työntekijän välillä. Psykoedukaation tarkoitus on auttaa sairastunutta ymmärtämään sairauden luonnetta ja käyttäytymistä sekä vaikuttaa potilaan hoitomyöntyvyyden kehittymiseen. Psykoedukaatiolla pyritään lisäämään myös läheisten hyvinvointia ja purkamaan heidän emotionaalista kuormitustaan vaativassa elämäntilanteessa. Psykoedukaatio ei ole sidoksissa erityisiin pätevyysvaatimuksiin vaan sen käyttöön voi osallistua kaikki, jotka kuuluvat potilaan ja perheen hoitamiseen. (Kiesepä & Oksanen 2013, 2133–2134.) Keski-Rahkonen (2008 ym.) mukaan myös psykoterapialla on keskeinen rooli anoreksiasta toipumisessa, mutta menetelmiä käytetään useimmiten joustavasti moniammatillista erityisosaamista hyödyntäen. Vuorilehto (2014) toteaa, että terveydenhuollossa asiakkaille

annettavassa neuvonnassa ja ohjauksessa hyödynnetään usein psykoterapian menetelmiä, mutta psykoterapeutin nimikettä voi käyttää vain nimikesuojattu psykoterapeutti (Vuorilehto ym. 2014, 211; Valvira 2008.)

Perheterapeuttiset menetelmät ovat osoittautuneet toimiviksi hoitointerventioiksi nuorten syömishäiriöiden hoidossa. Erityisesti perhepohjaisesta Family Based Therapy (FBT) hoitomallista on saatu tutkittua näyttöä. (Ruuska ym. 2015, 1742.) FBT malliin kuuluu vanhempia aktivoiva hoito-ote, joka on kehitetty systeemisen- ja strukturaalisen perheterapian sekä spesifien syömishäiriöhoitomenetelmien pohjalta omaksi perheterapeuttiseksi hoitomalliksi. Keskeistä mallissa on auttaa vanhempia voimaantumaan ja ottamaan vastuu oman nuorensa ruokailusta ja toimimaan aktiivisessa roolissa anoreksiaan sairastuneen nuorensa auttamiseksi yhteistyössä perhettä hoitavien työntekijöiden kanssa. Painon normalisoitumisen lisäksi hoitomallin on todettu tukevan myös nuoren psykososiaalista tervehtymisprosessia. (Loeb & le Grange 2009, 1,3; Syömishäiriöt: Käypä hoito – suositus, 2014; Suokas ym. 2014, 405; Eksröm ym. 2009; Couturier, Isserlin, Lock, 2010, 199.) FBT-mallissa mukana olleita nuoria ja heidän vanhempia koskevassa tutkimuksessa vanhemmat ovat kokeneet oman kyvykkyyden tunteen lisääntyneen hoidon vaikutuksesta. Samaan aikaan myös nuoren syömishäiriöoireet ovat lievittyneet. Tutkimuksen mukaan molempien vanhempien, sekä äidin että isän osallistuminen hoitoprosessiin oli koettu merkittävänä asiana. (Robinson, Strahan, Girz, Wilson & Boachie, A. 2012, 110–112.)

Syömishäiriöpotilaiden läheisten kokemuksia tutkinut Parkkali (2011) toteaa, että läheisten hyvät perhehoitokokemukset ovat syntyneet perheiden kiireettömästä kohtaamisesta. Parhaimmillaan perheet kokivat olevansa osa auttamisrinkiä. Kielteisiä kokemuksia perhehoidosta oli muodostunut, jos vanhemmat kokivat syyllistämistä, heitä ei otettu mukaan hoitoon tai hoito vaikutti muuten hajanaiselta. Myös perhetapaamisten tai vertaistuen puuttuminen nähtiin perhehoitokokemusten kannalta kielteisessä valossa. (Parkkali 2011.)

3.3 Rooli- ja vastuunjako perhehoidossa

Eri ammattiryhmiä edustavien työntekijöiden yhtäaikainen osallistuminen potilaan hoitoon on yleistä tänä päivänä terveydenhuollon kentällä. (Kontio ym. 2015, 44–46.) Terveydenhuollon toimijoiden vastuiden kohdentamiseen tarvitaan koko työyhteisön toiminnan kehittämistä, niin että toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisesti hoidon kokonaisuuden ja osaamisen perusteella. Vastuiden kehittämällä voidaan vaikuttaa organisaatioiden, yksilöiden ja ammattiryhmien väliseen työn ja työkuormituksen hallintaan ja asiakkaiden sujuvaan hoitoon pääsyyn. (STM 2009, 68.) Hoitoketjussa sairaanhoitajalla on merkittävä tehtävä asiakkaan elämäntilanteesta kokonaiskuvan muodostamisessa sekä asiakkaan hoidon koordinoinnissa. Ammattiryhmien eri roolien arviointi ja työskentelyn kehittäminen voivat auttaa tulevaisuuden haasteissa kuten työntekijävajeessa, henkilöstön vaihtuvuudessa, ikäluokkien vanhenemisessä ja taloudellisesti vaikeista ajoista selviytymisessä. (Kontio ym. 2015, 44–46.)

Kehittämistyön kohteena olevassa syömishäiriöyksikössä toimii moniammatillinen työryhmä eli tiimi, jonka jäsenet osallistuvat potilaiden ja heidän perheidensä hoitoon potilaan tarpeen ja yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan. Tiimi voidaan määrittellä yhteisten tehtävien, lähityöyhteisöön kuulumisen tai yhteisen osaamisen perusteella. Useimmiten tiimiä yhdistää jokin rakenteellinen yhteistyö. (Raappana & Valo 2014, 31.) Kyseisen yksikön moniammatilliseen tiimiin kuuluvat: sairaanhoitajat, lääkärit, erityistyöntekijät ja johto. Yhdessä perhehoidon käytäntöjä selkiyttämällä pyritään vaikuttamaan potilaiden hyvään sekä hoidon rooli- ja vastuujakoon.

Vuorovaikutteisten yhteiskeskustelujen ja työntekijöitä kehittämiseen osallistamalla työyhteisössä voidaan vahvistaa dialogia eli vuoropuhelua sekä kuulluksi tulemisen kokemusta. Yhteisesti muodostettu näkemys, jossa jokaisen ääni on tullut kuuluviin ja sen pohjalta muodostettu suunnitelma vahvistaa keskinäistä luottamusta ja parantaa työntekijöiden toimintaan sitoutumista. (Jääskeläinen 2013, 154; Saarisilta & Heikkilä 2015, 4-6.)

Terveydenhuollon valtakunnallinen neuvottelukunta (ETENE) eettisten suositusten lähtökohtana on asiakkaan etu ja hyvä hoito. Tämä edellyttää oikeanlaista toimintaa hoitoa toteuttavalta taholta. Toiminnan tulee nojata harkittuun tietoon ja hyvään ammatilliseen osaamiseen. Voimavarojen kohdentaminen, koulutuksen sisällön ohjaaminen ja käytännön työtapojen määrittely ovat asioita joihin johdon toiminnalla on mahdollisuus vaikuttaa. Sen kautta johdolla on vaikutusmahdollisuuksia myös henkilöstön hyvinvointiin ja sen tukemiseen. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ETENE. 2011, 5, 25–26.)

4 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite

Kehittämistyön tarkoituksena on edistää näyttöön perustuvan perhehoidon toteutamista anoreksiaa sairastavien nuorten ja heidän perheidensä hoidossa syömishäiriöyksikössä. Tavoitteena on tunnistaa ja vahvistaa näyttöön perustuvat yksikössä jo käytössä olevat perhehoidon työtavat ja valita 1-2 uutta perhehoitoa edistävää työskentelytapaa. Lisäksi tavoitteena on selkiyttää rooli- ja vastuujaako perhehoidossa ja näin saada tiimin osaaminen tehokkaampaan käyttöön. Kehittäminen toteutetaan työryhmää osallistavilla menetelmillä.

5 Kehittämistyön toteutus

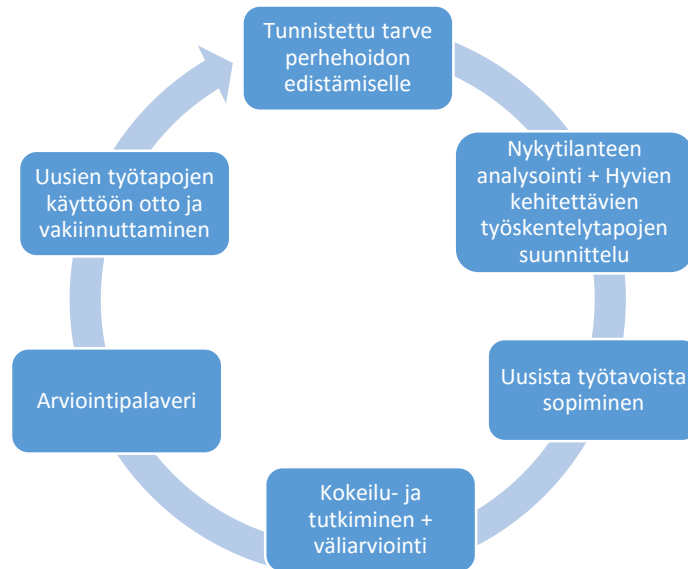
5.1 Engeströmin ekspansiivisen oppimisen malli

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kehittämistyönä. Kehittämistyöllä pyritään tutkimusta hyödyntäen luomaan laadukkaampia palveluja tai esimerkiksi työtapoja. Kehittämis-toiminnalla voidaan pyrkiä myös käytössä olevien työtapojen tai -menetelmien parantamiseen. Kehittämisen aiheet nousevat esiin usein käytännön haasteista. Kehitykseksi kutsutaan asioiden, toimintojen ja yksilöiden uudistumista, jonka tavoitteena on edistää käytäntöjä tai luoda uudenlaista tietoa käytössä olevista toiminnoista. Kehitys on tulos, jonka toivotaan olevan muutosta parempaan. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 21–22; Toikko & Rantanen 2009, 14; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 18.)

Tutkimuksen tulee aina palvella hyödyllisyyttä ja ennen siihen ryhtymistä täytyy tutkimuksen toteuttajan tunnistaa jokin tutkimukselle olemassa oleva tarve. Jo suunnitelmavaiheessa täytyy arvioida, miten tutkimus voi edistää hoitotyön laadun edistämistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177.)

Tämän opinnäytetyönä tehtävän kehittämistyön kohteena oleva yksikkö tarjoaa alueen erikoissairaanhoidon palveluja syömishäiriöpotilaille yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan. Nuorten anoreksiaa sairastavien perhehoito käsittää potilaat 13-vuotiaasta ylöspäin, mutta yläikärajaa tärkeämpää on huomioida elämäntilanne esimerkiksi sen mukaan, onko nuori kotona vanhempiensa luona asuva vai jo omilleen muuttanut nuori aikuinen. Isomaa (2013) muistuttaa, että myös kehitysvaihe tulee huomioida, yleensä 13–14 vuotias on riippuvaisempi vanhemmistaan kuin 16–17 vuotias jo itsenäistyneemmässä iässä oleva nuori.

Tämän opinnäytetyön teoreettisena rakenteena ja perustana toimii Engeströmin (2004) ekspansiivisen oppimisen malli. Kehittämisen prosessi voidaan nähdä oppimisena ja tätä voidaan kuvata erilaisien syklien avulla. Tässä opinnäytetyössä kehittämisen sykliä kuvataan Engeströmin ekspansiivisen oppimisen kehän mukaisesti (kuvio 1.) Engeström (2004) mukaan oppiminen ei ole suoraviivaista toimintaa vaan tapahtuu askelittain etenevänä kehänä eli oppimissykleinä. Uuden toimintatavan vakiintumiseen työyhteisöissä voi kulua kuukausia tai jopa vuosia pitkäjänteisen kehittämistyön tuloksena. Oppimissyklin periaatteen mukaan kehittämisen askeleet nähdään yhteisinä ja dialogin avulla tapahtuvina oppimistekoina. Ekspansiiviselle oppimiselle on tyypillistä, että osallistujien näkökulmat eroavat toisistaan eikä yksimielisyys ole onnistumisen arviointimittari. Ekspansiivisessa oppimisessä on kyse laadullisen muutoksen syntymisestä, uutta luovan oppimisen tuotoksena. (Engeström 2004, 59–61.)



KUVIO 1. Perhehoidon kehittäminen ekspansiivisen oppimisen mallia mukaillen.

Ensimmäisessä vaiheessa, kehittämistyön kohteena olevassa syömishäiriöyksikössä on tunnistettu **tarve** kehittää perhehoidon työtapoja. Tämän kehittämistyön toteutuksellinen osuus alkaa Engeströmin (2004) oppimissyklin mukaisesti **nykyisten käytäntöjen analysointi**-vaiheesta. Tavoitteena on tunnistaa ja vahvistaa käytössä olevat näyttöön perustuvat perhehoidon työskentelytavat perusteluineen ja valita 1-2 uutta perhehoitoa edistävää työskentelytapaa hyödyntäen työntekijöitä osallistavaa tulevaisuusdialogia. **Uusista työtavoista sopiminen** tarkoittaa, että tulevaisuusdialogissa sovietaan myös konkreettisista työtavoista ja yhteisistä arviointikriteereistä, joilla kokeiltavia ja tutkittavia työtapoja myöhemmin arvioidaan. Seuraava oppimissyklin vaihe Engeströmiä (2004) mukaillen on **Uusien työtapojen kokeilu**, jolloin tehdään havaintoja uusista käytännöistä sovittujen arviointikriteerien pohjalta. Kokeilu- ja tutkiminen vaiheessa pidetään **väliarvio**-palaveri, joka mahdollistaa työtapojen muokkaamisen ja työtapoihin liittyvästä asiasisällöstä sopimisen pienryhmätyöskentelyn avulla. Kahden kuukauden kuluttua ensimmäisestä kehittämispalaverista järjestetään **arviointipalaveri**, jonka tarkoituksena on tarkastella sovittujen työtapojen soveltuvuutta, käytännön hyödynnettävyyttä ja arvioida koko kehittämisprosessin hyötyä. Tämä opinnäytetyönä toteutettava kehittämistyö rajautuu uusien käytäntöjen arvioituvaiheeseen saakka. Perhehoidon käytäntöjen **käyttöön ottoon ja vakiinnuttamiseen** opinnäytetyönä tehtävä prosessi ei ulotu, mutta arvioinnin pohjalta saadaan mahdollisuus jatkotyöskentelylle seuraavan oppimissyklin mukaisesti. (Engeström 2004, 59–61.)

Engeströmin ekspansiivisen oppimisen malli näkee organisaatiot toimintajärjestelminä, joihin kuuluu erilaisia osatekijöitä. Osatekijöitä ovat tekijä, kohde, tulos, välineet, säännöt, yhteisö ja työnjako, jotka ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa. Ekspansiivinen oppiminen on toimintajärjestelmässä syntyvien ristiriitojen ratkaisemista ja jokaisessa oppimissyklin vaiheessa ristiriidat näyttäytyvät hieman erilaisina ja esiintyvät eri osatekijöiden välillä, mutta kautta kehittämistyön ajatus on, että ristiriidat osatekijöiden välillä ovat elämän ja kehityksen ominaispiirre. Ekspansiivinen oppiminen hakee ratkaisuja osatekijöiden sisäisiin ristiriitoihin kuten erilaisiin jännitteisiin. (Engeström 2004, 49, 62–63.) Tässä kehittämistyössä alkuvaiheen jännitteet kuvautuvat esimerkiksi tunnistettuna tarpeena edistää anoreksiaa sairastavan nuoren perheiden kanssa tehtävää hoitotyötä. Kehittämissuunnan edetessä voi puolestaan syntyä työntekijöiden välisiä näkemyseroja uusista toimintatavoista ja myöhemmin kenties muutostarintaa uusiin työtapoihin liittyen. Tämän kaltaisista tilanteista ekspansiivisen oppiminen puhuu osatekijöiden ristiriitoina. (Engeström 2004, 62.)

5.2 Kohdejoukko

Kaikkiin kolmeen kehittämispalaveriin osallistuu syömishäiriöyksikön koko moniammatillinen työryhmä, johon kuuluvat sairaanhoitajat, lääkärit ja erityistyöntekijät. Yhteensä 15 henkilöä.

5.3 Kehittämistyön prosessi

Suunnitteluvaiheessa päätetään, ketkä osallistuvat kehittämisprosessiin. Suunnitteluvaiheessa oleellista on myös määrittää aikataulu, mahdollinen rahoitus, riskit, olosuhteet, kehittämistyön toteutuksen suunnitelma, raportointi ja vastuut. (Toikko & Rantanen 2009, 65.) Tämän opinnäytetyönä tehtävän kehittämistyön prosessi kuvataan kokonaisuudessaan kuviossa (2.)



KUVIO 2. Perhehoidon kehittämisen prosessi.

5.4 Tulevaisuusdialogi – kehittämismenetelmä

Engeströmin (2004) mukaan kehittäminen on sosiaalinen ja dialoginen prosessi, jonka avulla luodaan uutta (Engeström, 2004.) Valitsin työntekijöitä osallistavan tulevaisuusdialogi-menetelmän, sillä sitä voidaan käyttää yhteistoiminnan suunnittelussa. Sen kehittäjinä ovat olleet Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen Esa Eriksson ja Tom Erik Arnkil. Taustalla on oletus, että yksilö ennakoii tulevaisuutta historian ja nykykokemustensa perusteella. Tulevan ennakoiminen saattaa usein olla tiedostamatonta, mutta tulevaisuusdialogissa tulevaan katsominen pyritään tekemään osallistujien keskinäisen vuorovaikutuksen avulla. Vuorovaikutuksen avulla pyritään osallistujat saamaan jakamaan kokemuksiaan, joka voi auttaa hahmottamaan omaa roolia osana yhteisön kokonaistoimintaa. Tulevaisuusdialogi auttaa tilanteissa, joissa halutaan jäsentää toimintaa. (Jääskeläinen 2013, 44–45.)

Tässä kehittämistyössä osallistujat eli työntekijätiimi kutsuttiin sähköpostitse koolle yhteiseen kehittämispalaveriin. Palaveri äänitettiin tietokoneen tallennusohjelmalla ja kehittämispalaverin alussa osallistujat allekirjoittivat suostumuskaavakkeen (liite 1.) Osallistujia tiedotettiin myös sanallisesti kehittämistyön vapaaehtoisuudesta. Kehittämispalaverin käynnistämiseksi vetäjä toivotti kaikki tervetulleeksi ja kertoi kehittämistyön tavoitteen, tarkoituksen ja aamupäivän kulun. Opinnäytetyön tekijä päätyi nimittämään itseään ”vetäjäksi” tulevaisuusdialogimenetelmään sopien (Jääskeläinen 2013.) Suunnitellusti ensimmäisenä puheenvuoron saivat yksikön perheterapeutit. He kertoivat FBT-mallista nuorten syömishäiriöiden hoidossa kirjallisuuden perusteella. FBT-malli on perheterapeuttinen nuorten syömishäiriöiden hoitointerventio, joka perustuu kolmeen hoidon vaiheeseen, missä vanhemmat aktivoidaan intensiiviseen työskentelyyn nuoren auttamiseksi. FBT-malli ja muut perheterapeuttiset hoitointerventiot ovat yleistyneet kansainvälisellä tasolla nuorten anoreksian hoidossa. (Loeb ym. 2009, 1,3; Syömishäiriöt: Käypä hoito – suositus, 2014.; Ruuska ym. 2015, 1742.) Esittelyn jälkeen osallistujat kysyivät joitakin tarkentavia kysymyksiä perheterapeuteilta ja aiheesta käytiin jonkin verran yleistä keskustelua. Seuraavaksi osallistujat jaettiin vetäjän toimesta kolmeen pienryhmään siten, että kaikissa ryhmissä toteutui moniammatillisuus. Osallistujia oli yhteensä 11. Yhdessä ryhmässä oli viisi osallistujaa, ja kahdessa ryhmässä oli kolme osallistujaa. Kunkin pienryhmän tehtävänä oli pohtia vetäjän aset-

tamia kysymyksiä (liite 2.) Ennen pienryhmäkeskustelujen alkamista vetäjä kertoi tulevaisuusdialogin periaatteesta, jonka mukaan puhuja ja kuuntelija erottuvat toisistaan. Jokaisella on rauha puhua vuorollaan, jolloin muut kuuntelevat. Vastavuoroisuus keskusteluissa on tulevaisuusdialogin lähtökohta. (Jääskeläinen 2013.) Pienryhmät keskustelivat kysymyksistä 40 minuuttia, jonka aikana he kirjoittivat paperille omat vastauksensa. Kaksi ensimmäistä kysymystä kirjoitettiin vihreälle paperille ja kaksi viimeistä kysymystä vastattiin vaaleanpunaiselle paperille myöhempää luokittelua helpottamaan. Palaverin vetäjä kiersi keskustelun aikana pienryhmissä. Jokin ryhmä tarvitsi lisää paperia ja jokin ryhmä halusi kysyä tarkentavan kysymyksen. Kaikki pienryhmät lähtivät hyvin työskentelemään ja ryhmistä kuului aktiivista vuoropuhelua.

Pienryhmätyöskentelyn jälkeen kokoonnuttiin takaisin yhteiseen tilaan ja tulevaisuusdialogin vetäjä kiinnitti sinitarralla kaikkien ryhmien paperituotokset fläppitaululle osallistujien näkyville siten että, vihreät paperit kiinnitettiin ”tavoitteet” sarakkeen alle ja vaaleanpunaiset paperit ”keinot/työtavat” sarakkeen alle. Tämän jälkeen kaikkien ryhmäläisten kirjalliset vastaukset käytiin vuorotellen lävitse, joita ryhmäläiset vielä tarkensivat suullisesti. Ensin luettiin kaikkien ryhmien vastaukset 1-2 vihreältä paperilta eli ”tavoitteet”-sarakkeen alta. Toiseksi luettiin kaikkien ryhmien vastaukset 3-4 vaaleanpunaiselta paperilta ”keinot/työtavat”-sarakkeen alta. Kun pienryhmätuotokset oli käyty lävitse, alkoi keskusteluosuus, jossa tulevaisuusdialogin periaatteen mukaisesti osallistujat saivat ohjeeksi kommentoida myös muiden ryhmien ideoita. Keskusteluosuuden tavoitteena oli yhdessä tunnistaa yksikön perhehoidon linjaus eli kehys ja sopia, mitä on tarpeen edelleen kehittää ja perustelut valituille työtavoille. Perusteluita ohjasivat ”tavoitteet” sarakkeessa olevat asiat ja työtapoja ”keinot/työtavat” sarakkeessa olevat asiat. Keskusteluosuuden lopussa poimittiin kehittämistyön tarkoituksen ja tavoitteen mukaisesti tärkeimmät perhehoidon työtavat, jotka tunnistetaan sellaisiksi, joita halutaan työstää ja kehittää. Valitut keinot kirjattiin ylös toiselle fläppitaulupaperille. Näistä valittiin vielä kaksi ensisijaista asiaa, joista kehittäminen käynnistyy ja joiden edelleen kehittäminen on osa tätä opinnäytetyötä. Engeströmin (2004) mukaan muutokseen tähtäävä oppiminen työyhteisössä tapahtuu vähitellen. Lopuksi osallistujille jaettiin päiväkirjat välitehtävänä sovittujen työtapojen käytännön havainnointia varten. Yleisiksi arviointikriteereiksi sovittiin työntekijöiden tekemät positiiviset ja negatiiviset ajatukset sovituista työtavoista kehittämisen prosessin ajan. Vetäjä ke-

räsi päiväkirjat itselleen muutamaa päivää ennen seuraavaa kehittämispalaveria. Päiväkirjoihin työntekijöiden kirjaamat positiiviset ja negatiiviset ajatukset ja havainnot toimivat yleisinä kehittämistyön arvion välineinä ja tulevaisuusdialogin tulokset kokonaisuudessaan ohjasivat seuraavan kehittämispalaverin sisältöä. (Innokylä 2015; Seikkula & Arnkil 2009, 69–70.) Engeströmin periaatetta noudattaen, työtapoja voidaan muokata koko kehittämispöytäajan ajan (Engeström 2004.)

5.4.1 Tulevaisuusdialogin analysointi

Pienryhmien vastaukset jaoteltiin ja kiinnitettiin sinitarralla fläppitaululle karkeasti kahteen pääluokkaan ”tavoitteet” ja ”keinot/työtavat” sarakkeisiin. Luokittelua ohjasi vastauspaperin väri. Vihreitä ”tavoitteet” A4 kokoisia vastauspapereita tuli yhteensä kuusi kappaletta ja vaaleanpunaisia ”keinot” vastauspapereita tuli yhteensä viisi A4 kappaletta. Aanalysointi suoritettiin teemoittelun avulla ja vastaukset haluttiin ohjata alustaviin kahteen pääryhmään, joiden jälkeen aineistosta ryhdyttiin etsimään varsinaisia teemoja (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Keskustelutilaisuus myös nauhoitettiin tietokoneen tallennusohjelmalla fläppitaulumateriaalin lisäksi ja aineiston analysointia tukemaan. Aineisto purettiin kirjoittamalla puhtaaksi kaikki yksitoista A 4 fläppipaperia sekä fläppitaululle koottu yhteenvedo tekstinkäsittelyohjelmalle samoja otsikoita ”tavoitteet”, ”keinot/työtavat” ja ”yhteenvedo” käyttäen. Tämän jälkeen opinnäytetyön tekijä luki aineiston läpi useaan kertaan ja kuunteli tarkennuksia nauhalta. Värikyynien avulla aineistosta nostettiin esiin pienryhmävastauksissa samaa asiaa tarkoittavia ja usein toistuvia asioita. (Eskola & Suoranta 2008, 156–157; Eskola & Vastamäki 2010, 43.) Tämän avulla aineistosta lähdettiin hakemaan perusteluja valituille työtavoille, joita on päätetty ryhtyä kehittämään. Aineistosta nousevien teemojen toivottiin antavan ideoita myös sovittujen työtapojen jatkotyöstämiseen. Teemoittelua suositellaan ja voidaan hyödyntää analysoinnin menetelmänä käytännöllisen haasteen ratkaisussa. Teemoittelun avulla tekstistä voidaan löytää oleellinen tieto ja vastaus kehittämistyön tehtäviin. Teemoittelu toimii hyvänä apuvälineenä, kun aineistosta halutaan hahmottaa kokoelma vastauksia. (Eskola ym. 2008, 178–179.) Analysoinnin jälkeen tulevaisuusdialogin tulokset koottiin yhteen, joista muodostui yksikön nuoren perhehoitoa kuvaava kehys eli perhehoidon tavoitteet ja työtavat ja näiden pohjalta linjat kehittämistyön tavoitteen mukaiseen jatkotyöstämiseen.

5.4.2 Tulevaisuusdialogin tulokset

Tulevaisuusdialogissa muodostui tiimin yhteinen näkemys perhehoidon kehyksestä eli osallistujia pyydettiin kertomaan, mitä perhehoidolla tulevaisuudessa saavutetaan ja miten perhehoitoa tulevaisuudessa toteutetaan työyksikössä. Tuloksista nousi esiin kolme pääteemaa, joita olivat: **perheiden kohtaaminen, työntekijöiden osaaminen ja työtavat**. Näistä teemoista muodostuivat perhehoidon tavoitteet ja sovitut keinot, joita lähdettiin jatkotyöstämään.

Perheiden kohtaaminen

Kaikki ryhmät kuvasivat toivovansa perheiden saavan hoitavalta taholta hyvää **tukea ja ohjausta**. Myös **perheiden vastuu** oman nuoren hoitamisessa oli lisääntynyt. Vastauksista nousi selkeästi esiin, että perhe kokonaisuudessaan ja myös **sisarukset huomioidaan** hoidossa entistä paremmin.

Me taidettiin puhua siitä, että että koko perhe otetaan huomioon, myös sisaruksetkin.

Työntekijöiden osaaminen

Perhehoidon sujumista työntekijöiden näkökulmasta kuvattiin siten, että työntekijöiden kokonaisvaltainen syömishäiriöhoidon **osaaminen** on vahvistunut ja **informaatio** kulkee moitteettomasti ja yhteisössä kyetään luottamaan siihen, että perheet kokevat saavansa hyvää hoitoa. **Koulutus** ja työntekijöiden **perehdytys** työtehtäviin koettiin laadukkaana hoidon edellytyksinä.

Työntekijöiden rooli- ja vastuujakoon liittyvässä kysymyksessä kaikki ryhmät toivat esiin, että työntekijöiden **yhteiset linjat** työskentelyssä koetaan tärkeäksi ja se, että kaikki tietävät mitä toinen tekee. Työntekijöiden rooli- ja vastuu- ja joustavuus oli keskustelua. Toisaalta oma selkeä rooli nähtiin tärkeänä, mutta toisaalta joustavuus ja kaikkien laaja syömishäiriöosaaminen koettiin merkittävänä tekijänä toiminnan sujuvuuden kannalta.

Sairaus vaatii osaamista, ei voi pitäytyä yhdessä roolissa. On osattava ja ymmärrettävä just vaikka sen fysiologisen voinnin merkitys käyttäytymiseen... Me opitaan tässä koko ajan kaikki...

Kaikkien tarvitsee hallita kokonaisuus...kaikilla on oma rooli mutta kaikkien on tärkeää nähdä näiden perheiden tukeminen tärkeänä...kaikki osaa sanoa jotakin ja tukea jollakin tavalla...ei tarvitse olla perheterapeutti, että voi ottaa vastaan perheiden mietteitä tai auttaa heitä...

Työskentelytavat

Tulevaisuusdialogissa osallistujia pyydettiin pohtimaan sellaisia perhehoidon työtapoja, jotka tukevat hyvän perhehoidon toteutumista kyseisessä yksikössä. Kaikissa ryhmissä todettiin **psykoedukaation** tärkeys, jonka avulla vanhempien ja perheen ymmärrystä sairaudesta ja sen käyttäytymisestä voidaan vahvistaa. Perheiden ymmärryksen lisääntymisen koettiin mahdollisesti edistävän vanhempien selviytymisen kokemusta ja kykyä toimia nuorensa kanssa haastavassa tilanteessa. Ryhmät olivat yhtä mieltä siitä, että psykoedukaatio eli tiedon anto ja ohjaus integroituu kaikkeen hoidolliseen toimintaan ja sitä on vaikea erottaa irralliseksi muusta. Psykoedukaatio perhehoidossa tunnistettiin yksikössä jo käytössä olevaksi työtavaksi, mutta todettiin myös edelleen kehitettäväksi osa-alueeksi.

Osa näki tärkeänä perhehoidon **tarkistuslistan** laatimisen työntekijöiden käyttöön, josta jokainen työntekijä voisi tarkistaa, mitä perhehoitotyöhön on sovittu sisältyvän.

Se olis semmonen runko henkilökunnalle, et se menis kaikilla samalla tavalla...suunniteltais yhdessä semmonen sabluuna minkä mukaan mennään.

Osa koki, että koulutuksen ja osaamisen vahvistumisen sekä yhteisten keskustelujen avulla mahdollistuu samat asiat kuin tarkistuslistan avulla.

Meidän pitää lisätä kaikkien tietämystä sairauden luonteesta ja käyttäytymisestä...

Kehitysideaksi nousi yksikön oman **tietopakettin** laatiminen lehtisen-muotoon, joka sisältäisi tietoa syömishäiriöstä ja yksikön toimintatavoista, joka jaettaisiin jokaiselle perheelle.

Se olis hyvä tuki, et tulee tavallaan se sama tieto sekä suullisesti että kirjallisesti, sillan sen muistaa helpommin.

Myös perheille tarjottu **vertaistuki** nousi keskusteluosuudessa esiin, jota toivottiin yksikön pystyvän tulevaisuudessa asiakkailleen tarjoamaan. Osallistujat pohtivat, että käytännössä se tarkoittaisi perheiden vertaistuki-ryhmän perustamista.

Tavoitteita tukevia perhehoidon työtapoja nousi osallistujilta runsaasti esiin. Palaverissa todettiin, että kehittämisen prosessi on mielekästä toteuttaa vähitellen. Ensisijaisina toimina kehittäminen haluttiin käynnistää niiden työskentelytapojen edistämisestä, joiden ajateltiin vahvistavan perheiden selviytymisen kokemusta ja vahvistavan perheiden aktiivista roolia perheen jäsenen hoidossa. Perheiden voimaantumisen ja mahdollisuus ottaa aktiivista vastuuta edellyttävät osallistujien mukaan sitä, että perhe saa tukea ja ohjausta hoitavalta taholta. Näillä perustein **perheruokailu** haluttiin ottaa yhdeksi ensisijaiseksi kehitettäväksi ja kokeiltavaksi työskentelytavaksi osana nuoren ja perheen kokonaisvaltaista kohtaamista. Yhteisruokailu yhdistää perheen kohtaamisen ja käytännön ohjaustilanteen, jossa tarjoutuu tilaisuus vuorovaikutukselle perheen kanssa ja jonka kautta voidaan havainnoida ja antaa perheelle tietoa sekä ohjausta syömishäiriön käyttäytymisestä. Perheen kanssa ruokailusta oli poliklinikalla jo muutamia kokeiluja olemassa ja sitä päätettiin jatkaa. Toinen työtapo, joka haluttiin ottaa kokeiltavaksi, oli perheille tarjottava **sisarustapaaminen** osana nuoren alkuvaiheen

syömishäiriöhoitoa. Sisarustapaaminen päätettiin ottaa kokeiluun myös osana perheen kohtaamisen periaatetta ja tavoitetta. Perheruokailu ja sisarustapaaminen muodostuivat siis ensisijaisiksi jatkotyöskentelyn aiheiksi, joiden jatkotyöstämiseen tämä opinnäytetyönä toteutettava kehittämistyö rajautuu.

5.4.3 Väliarvio – kehittämispalaveri

Tulevaisuusdialogin periaatteiden mukaisesti osallistujat kutsuttiin sähköpostitse seurantalaveriin. Palaverin alussa osallistujia muistutettiin osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tilaisuuden nauhoittamisesta analysointitarkoitusta varten. Tässä opinnäytetyössä seurantalaverista on päädytty käyttämään nimitystä väliarvio, sillä palaverissa korostui arvio ja valittujen työskentelytapojen jatkokehittäminen. Osallistujia moniammatillisesta tiimistä oli paikalla yhteensä 13. Väliarvion tarkoitus oli tukea dialogia ja vahvistaa kehityksen jatkuvuutta ja tulevaisuusdialogissa tehtyjen suunnitelmien toteutumista. Tulevaisuusdialogin periaatteet puheen ja kuuntelun erottamisesta ja muiden osallistujien kunnioittamisesta toimivat myös väliarviona pidettävän kehittämispalaverin lähtökohtana. (Eriksson, Arnkil & Rautava 2006, 50–51.)

Päiväkirjatyöskentelyn havainnot

Tulevaisuusdialogissa eli ensimmäisessä kehittämispalaverissa osallistujat olivat saaneet välitehtäväksi ennen seuraavaa kehittämispalaveria kirjata positiivisia ja negatiivisia ajatuksia päiväkirjoihin liittyen sisarustapaamisiin ja perheruokailuihin viiden viikon ajalla tulevaisuus-dialogi palaverin jälkeen. Työntekijöiden päiväkirjoja palautui kaksi kappaletta. Niukka aineisto saattoi johtua siitä, että kulunut ajanjakso oli arvioon kannalta suhteellisen lyhyt.

Väliarvio kehittämispalaverin alussa osallistujille luettiin otteita palautuneista päiväkirjamerkinnoistä ennen pienryhmätyöskentelyä. Saatujen palautteiden perusteella sisarusten huomioiminen perhehoidossa koettiin luonnollisena osana hoitoa. Sisarustapaamisten koettiin tarjoavan sisarelle mahdollisuuden tuoda esiin omia ajatuksia ja tunteita. Sisarukset voivat olla myös sairastuneen voimavara ja mahdollinen väylä

nuorten maailmaan ja tavallisiin arjen asioihin. Työntekijöiden palautteiden perusteella koettiin, että syömishäiriö vaikuttaa ihmisen tunteisiin ja siksi työntekijöiden mukaan läheiset tunnesuhteet ovat tärkeä huomioida osana hoitoa. Haastavana tekijänä todettiin lähinnä sairaalan fyysisiin olosuhteisiin ja ympäristön viihtyvyyteen liittyviä tekijöitä. Neuvotteluhuoneet ovat usein pieniä ja ahtaita sekä persoonattomia. Käytännön ongelmatilanteet sairaalaympäristössä kuten lukossa olevat wc-tilat nähtiin myös työntekijöiden mukaan mahdollisena haasteena perheen kannalta.

Väliarvio-kehittämispalaverin aluksi tulevaisuusdialogissa muodostettua perhehoidon kehystä eli linjausta tarkasteltiin yhteisesti alkukeskustelussa yhteenvedon pohjalta (liite 3,) jota osallistujat saivat vapaasti kommentoida. Kehykseen tehtäviä muutostarpeita ei noussut esiin. Alkukeskustelu yhteenvedon pohjalta kesti noin puolituntia. Varsinainen työskentely ja tarkempi arvio kohdistuivat tulevaisuusdialogissa ensisijaisesti kehittämisen kohteiksi sovittuihin työtapoihin, joita olivat ”perheruokailu” ja ”sisarustapaaminen”. Väliarviossa toteutettavan jatkotyöstämisen tavoitteena oli luoda rakenne sille, miten sovittuja työtapoja ”sisarustapaaminen” ja ”perheruokailu” kyseisessä yksikössä halutaan toteuttaa. Työskentely jatkui tulevaisuusdialogia mukaillen, tiimiä osallistavalla pienryhmätyöskentelyllä.

Pienryhmätyöskentelyssä osallistujat jaettiin kahteen ryhmään ”perheruokailu” ja ”sisarustapaaminen”-ryhmiin kiinnostuneisuuden ja asiantuntemuksen mukaan. Toiseen ryhmään valikoitui kuusi työntekijää ja toiseen seitsemän työntekijää. Molemmissa ryhmissä toteutui moniammatillisuus. Ryhmät saivat 50 minuuttia aikaa keskustelulle, jonka aikana he muodostivat rakenteen eli asiasisällön oman aiheen ympärille ja kirjoittivat asiat myös fläppitaulupaperille. Tämän jälkeen ryhmät esittelivät tuotoksensa vuorotellen toiselle ryhmälle, jolloin osallistujat toisesta ryhmästä saivat mahdollisuuden kysyä ja kommentoida alustavaa suunnitelmaa tulevaisuusdialogimenetelmään sopien. Pienryhmien välille syntyi jonkin verran näkökulmaeroja kommentointivaiheessa, mutta lopulta näkökulmat saatiin soviteltua yhteen ja muodostettua yhteinen suunnitelma työtavoille, jonka avulla työskentelyä jatkettiin viimeiseen arviointipalaverin.

5.4.4 Väliarvion analysointi ja tulokset

Väliarvio-palaverin pienryhmätyöskentelyssä syntyi työtapojen ”sisarustapaaminen” ja ”perheruokailu” asiasisällöt, jotka kaikki osallistujat olivat hyväksyneet. Asiasisällöt kirjoitettiin puhtaaksi opinnäytetyön tekijän toimesta tekstinkäsittelyohjelmalle fläppitaulupaperituotosten pohjalta. Asioita myös tarkistettiin ja täydennettiin äänitalenteelta, jonka opinnäytetyön tekijä kuunteli läpi useaan kertaan. Tarkempia käytännön tietoja sisältävä yhteenveto lähetettiin osallistujille sähköpostitse.

Perheruokailu

Perheruokailu toteutetaan osana nuoren tutkimusjaksoa. Perheruokailu antaa mahdollisuuden psykoedukaatiolle konkreettisesti käytännön tilanteessa. Perheruokailu tarjoaa mahdollisuuden myös keskusteluun ateriasuunnitelmasta käytännössä. Tärkeäksi koettiin vanhempien ohjaus ja heille tuen antaminen ruokailutilanteessa. Kuvien hyödyntäminen ateriasuunnitelman käyttöön liittyvässä ohjauksessa nähtiin myös havainnollistamisen näkökulmasta tärkeänä.

Perheruokailu koettiin käytännön tilanteeksi, joka antaa mahdollisuuden havainnoida, informoida ja keskustella perheen ruokailutottumuksista. Perheruokailu antaa mahdollisuuden myös tukea ja rohkaista vanhemmuutta käytännön tilanteessa. Työnjaollisesti sovittiin, että perheruokailussa on aina kaksi työntekijää paikalla. Toinen ottaa ruokailutilanteessa aktiivisemmän roolin ja toinen toimii enemmän taustatukena. Työnjaosta informoidaan perhettä Perheruokailuun osallistuvat nuori ja hänen vanhempansa sekä arvion perusteella sisarukset. Tutkimusjakson perheruokailukäynnin yhteydessä perheille tarjotaan myös yhteinen perhekeskustelu.

Sisarusten huomiointi:

Tutkimusjaksolla ensikäynti on tarkoitettu lähinnä potilaalle ja hänen vanhemmilleen, mutta jo ensikäynnillä informoidaan perhettä hoidon periaatteesta, joka huomioi myös sisarukset. Tutkimusjaksolla sisarukset kutsutaan mukaan perheruokailuun, mikäli se

on kokonaistilanteen edun mukaista. Tilanteet arvioidaan yksilöllisesti ja tapauskohtaisesti. Yksikön hoitajaksoilla perheet pyritään huomioimaan alussa viikoittain. Eri kokoonpanoissa (sisarukset, vanhemmat, potilas.) Koko perheelle pyritään tarjoamaan yksilöllisen tilanteen mukaista tukea. Hoidon periaatteisiin kuuluu, että huolehditaan myös siitä, että vanhemmat saavat omia käyntejä. Myös sisaret voidaan käynnin yhteydessä kutsua tapaamiseen yksin ilman vanhempaa tai potilasta. Yhteisen näkemyksen mukaan syömishäiriö vaikuttaa usein koko perheen vointiin ja sisaret ja heidän osallisuutensa tulee huomioida hoidon rakenteissa. Tapaamisissa on tärkeä tuoda esiin, että sisaruksilla ei ole vastuuta sairastuneen sisaren hoidossa, mutta heidän huomiointi on tärkeää. Sisarusten tulee voida luottaa siihen, että aikuiset (vanhemmat ja hoitohenkilökunta) voivat auttaa sairastunutta sisarta toipumaan. Sisarusten tapaaminen ja hoitoon osallistaminen ovat merkityksellistä myös ennaltaehkäisevässä mielessä. Keskustelun pohjalta jaettiin tarve kehittää yksikön oma perheille jaettava kirjallinen esite, joka sisältää informaatiota yksikön perhehoidosta.

5.4.5 Loppuarvio

Kehittämisen viimeisenä kehittämispalaverina oli loppuarvio, johon osallistui yhdeksän syömishäiriöpoliklinikan tiimin jäsentä. Kehittämispalaveri pidettiin yhteiskeskusteluna, jonka tavoitteena oli arvioida saatuja tuotoksia eli perhehoidon linjauksia ja työtapojen ”perheruokailu” ja ”sisarustapaamisen” asiasisältöjä. Työntekijät kokivat, että asiasisältöjen määrittely oli ollut hyödyllistä. Palaverissa käytiin keskustelua lähinnä perheruokailuihin liittyvistä käytännön järjestelyistä. Ajatuksia vaihdettiin siitä, mikä koettiin perhe- ja työntekijäystävälliseksi fyysiseksi tilaksi. Lopulta päädyttiin siihen, että jatkossa voidaan kokeilla eri järjestelyjä ja arvioida tilannetta kokeimusten perusteella uudelleen.

Perhekeskusteluista ja sisarien huomioinnista nousi esiin, että perhetapaamisten tarjoaminen eri kokoonpanoissa on perheille tärkeää. Joskus on tärkeää tavata pelkästään vanhemmat ja joskus on tarpeen antaa sisarelle oma aika tai tavata koko perhe. Yksilöllisen tilannearvion merkitys painottui keskustelussa.

Arviopalaverissa nousi esiin laadituista perhehoidon tavoitteista myös uusia kehittämiskohteita, kuten perheille tarjottava vertaistuki ja potilaille sekä perheille kohdennettu yksikön info. Näistä kehittämiskohteista arviopalaverissa sovittiin alustavat työryhmät, jotka käynnistävät uutta kehittämissuunnitelmaa, joka ei ole kuitenkaan enää osa tätä opinnäytetyönä tehtävää kehittämistyötä.

Koko kehittämissuunnitelmaa koskeva palaute tiimiltä oli positiivista. Palautteessa tuotiin esiin, että työntekijöitä osallistavan kehittämisen on koettu selkiyttävän omaa työskentelyä tiimin jäsenenä ja se on tuntunut tehokkaalta työskentelymuodolta. Osallistavan ryhmätyöskentelyn koettiin tuoneen esiin myös joustavuutta, kun työtapojen kehittämiseen liittyvistä näkökulmaeroista huolimatta keskustelu oli rakentavaa ja asioista päästiin yhteisymmärrykseen. Palaverissa todettiin, että luodut työtavat ja perhehoidon linjat tulevat olemaan jatkokehittämisen pohjana ja perhehoidon kehittämistä päätettiin jatkaa.

6 Kehittämistyön tuotokset

6.1 Nuoren perhehoidon kehys

Kehittämistyön tuotoksena muodostui anoreksiaa sairastavan nuoren perhehoitoa kuvaava kehys (kuvio 3) Kaikille osallistujille oli yhteistä tavoite perheiden voimaantumisen ja työntekijöiden kokonaisvaltaisesta osaamisesta ja yhtenäisistä hoitolinjoista.

Tavoite:	Keinot/Työtavat:
<ul style="list-style-type: none"> • Perheiden voimaantuminen ottamaan aktiivista vastuuta nuorensa toipumisesta yhdessä hoitavan tahon kanssa. Koko perhe kokee tulevansa kohdatuksi, saavansa tukea ja ymmärrystä henkilökunnalta 	<ul style="list-style-type: none"> • Perheruokailu • Sisar-/perhetapaaminen • Psykoedukaatio on kiinteänä osana hoitoa • Kirjallinen tietopaketti syömishäiriöstä ja yksikön toiminnasta. Sairaanhoidajan vastuulla jakaa Syömishäiriöliiton Syömishäiriölehtinen jokaiselle perheelle ensikäynnillä • Perheiden vertaistukiryhmä
<ul style="list-style-type: none"> • Työntekijöiden vahva osaaminen syömishäiriöiden hoidossa 	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutus ja hyvä perehdytys työskentelyyn syömishäiriöyksikössä
<ul style="list-style-type: none"> • Tiimityöskentelyn yhteiset linjat 	<ul style="list-style-type: none"> • Säännöllinen keskustelu ja toisten informointi, viikoittaiset tiimipalaverit • Tarkistuslista perhehoidon asiassällöstä
<ul style="list-style-type: none"> • Perheterapeuttien ja muiden erityistyöntekijöiden asiantuntemuksen hyödyntäminen perhehoidon hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Lähtökohtana on kuitenkin, että kaikki ammattiryhmät osallistuvat perhehoitoon joustavasti tilanearvion perusteella 	<ul style="list-style-type: none"> • Sairaanhoidaja koordinoi perhetyöntekijän/erityistyöntekijän mukaan perhehoitoon tilanearvion perusteella

KUVIO 3. Nuoren perhehoidon kehys.

6.2 Perheruokailun ja sisarustapaamisten tarkistuslista

Perheruokailu ja sisarustapaaminen työtapojen asiasisältöjen määrittelyn pohjalta syntyi molemmille työtavoille tarkistuslistat (kuvio 4).



KUVIO 4. Työtapojen tarkistuslistat.

7 Pohdinta

7.1 Kehittämistyön tarkastelu

Kehittämistyön tarkoituksena oli edistää näyttöön perustuvan perhehoidon toteutusta anoreksiaa sairastavien nuorten ja heidän perheidensä hoidossa syömishäiriöyksikössä. Tavoitteena oli myös tunnistaa ja vahvistaa näyttöön perustuvat yksikössä jo käytössä olevat perhehoidon työtavat ja valita 1-2 uutta perhehoitoa edistävää työskentelytapaa. Lisäksi kehittämistyön tavoitteena oli selkiyttää rooli- ja vastuujaako perhehoidossa ja näin saada tiimin osaamista tehokkaampaan käyttöön. Kehittäminen toteutettiin työryhmää osallistavilla menetelmillä. Kehittämistyön tarve nousi työyksikön sisältä, tiimi oli viestinyt toivettaan yhdenmukaistaa ja selkiyttää yksikön perhehoidon työskentelytapoja.

Perheiden ja erityisesti vanhempien osallisuuden ja perheen toimivuuden on osoitettu vaikuttavan myönteisesti nuoren anoreksiasta toipumisen ennusteeseen (Robinson ym. 2012, 110–112; Rienecke ym. 2016, 43.) Perhehoidon keinoin voidaan anoreksiaa ylläpitäviä vuorovaikutus- ja käyttäytymismalleja muuttaa (Käypä hoito- suositus 2014.) Näin ollen nuorten potilaiden perhehoidon edistäminen syömishäiriöyksikössä on perusteltua ja aihe nousi esiin myös työyhteisön tarpeesta. Strann ym. (2013, 8) mukaan perheitä hoitoon mukaan ottava hoitotyö toteutuu erilaisina käytännön toimintatapoina.

Hoitotyössä työntekijöiden on todettu sopeutuvan muuttuviin olosuhteisiin melko hyvin, mutta muutoksiin valmistautumiseen on liitetty passiivisuutta eikä muutoksia ole työntekijätasolla ennakoitu. Hoitohenkilökunnan on todettu kokevan omat vaikutusmahdollisuudet omaan työntekoon melko vähäisiksi. (Viinikainen, Asikainen, Helminen & Suominen 2013, 19.) Näin ollen työhyvinvointi on sidoksissa siihen, miten työyhteisön toimintatavat sopivat työntekijän omaan arvomaailmaan ja toteutuvatko työyhteisössä yhteisöllisyyden periaatteet ja yhteiset työskentelytavat. (Utriainen, Alamursula & Virokangas 2011, 29.) Tutkimustieto nivoo työntekijöitä osallistavan toi-

mintatapojen kehittämisen ja tiimin sujuvan toiminnan yhteen. Siihen pohjaten työntekijöitä osallistava kehittäminen on perusteltua sekä asiakasnäkökulmasta että työtyytyväisyyden näkökulmasta katsottuna.

Työntekijöitä osallistavan kehittämisen mahdollisti Engeströmin (2004) ekspansiivisen oppimisen malli, joka valittiin kehittämistyön teoreettiseksi viitekehykseksi. Engeströmin mallin mukaan kehittäminen nähdään osallistujien oppimisena, joka tapahtuu sykleissä. Ekspansiivisen mallin mukaan kehittämiseen olennaisesti kuuluu vaiheisuus ja kehittämiseen osallistuvien väliset näkökulmaerot, josta tietoisuus on tuonut luottamusta ja lisännyt varmuutta kehittämistyön tarpeellisuudesta ja kehittämisen teoreettisen perusrakenteen sopivuudesta. Engeströmin vaiheiden mukaan eteneminen on jäsentänyt ja ohjannut opinnäytetyönä tehtävän kehittämistyön toteutumista.

Kehittämistyö toteutettiin työryhmää osallistavalla tulevaisuusdialogi menetelmällä. Kehittäminen toteutettiin kolmena kehittämispalaverina, joista ensimmäinen oli työtapojen suunnittelua, toinen valittujen työtapojen jatkokehittämistä sekä viimeisenä arviopalaveri, jonka tavoitteena oli tarkastella kehittämisprosessia, oppimista ja päättää nuorten perhehoidon jatkon suunnasta. Tulevaisuusdialogi valittiin kehittämistyöhön menetelmäksi kahdesta syystä. Ensimmäiseksi tulevaisuusdialogi sopii Engeströmin oppimisen malliin. Engeström (2004) toteaa, että asiakaslähtöisyys ja palveluiden sujuvuus edellyttävät työntekijöiden kykyä tehdä tarvittavia korjauksia ja parannukseen tähtääviä muutoksia toiminnassaan. Engeströmin (2004) mukaan toiminnan parantamiseen tarvitaan työntekijöiden keskinäistä kommunikaatiota ja vuorovaikutusta. (Engeström 2004, 105.) Toinen syy, minkä vuoksi tulevaisuusdialogiin päädyttiin, oli opinnäytetyön tekijän aiempi osallistuminen pienryhmätyöskentelyyn ja ryhmäkeskusteluihin työryhmän jäsenenä. Kehittämistyön tuloksena syntyi yksikön nuoren potilaan perhehoidon linjaus eli kehys ja asiasisältöjen määrittelyn pohjalta syntyneet tarkistuslistat kahdelle keskeiseksi valitulle perhehoidon työskentelytavalle. Valitut työtavat olivat perheruokailu ja sisarustapaaminen.

Työntekijöitä osallistava kehittämismenetelmä on ollut käyttökelpoinen, sillä menetelmä mahdollisti avoimen ja yhteisen keskustelun nuorten perhehoidon linjauksista ja

työtavoista, joilla tavoitteisiin pyrittiin. Hyvään tulevaan suuntaaminen nosti esiin tavoitteita ja sai osallistujat pohtimaan myös nykypäivän haasteita. Tulevaisuusdialogin avulla keskusteluista saatiin hedelmällisiä, joka mahdollistui osallistujien puheenvuoroilla ja toisten mielipiteiden kuuntelulla. Perhehoidon tavoitteiden ja työtapojen määrittely on todennäköisesti auttanut tiimiä hahmottamaan yhdessä jaettua ja koettua työn sisältöä.

Tavoitteiden mukaisten työtapojen jatkokehittäminen väliarviossa perustui yhteiseen sopimiseen ja asiasisältöjen määrittelyyn. Tämä on mahdollisesti lisännyt työntekijöiden rooleihin ja työtehtäviin kokemaa selkeyden kokemusta. Yhteiset linjat ja yhteinen keskustelu koettiin tärkeäksi. Osallistavan menetelmän taustalla on pyrkimys edistää yhdessä luomisen kulttuuria ja rakentaa osallistujien vaikutusmahdollisuuksia omaan työhön. Työyhteisön jäsenet edustavat myös asiantuntijuutta, jota oli luontevaa hyödyntää kehittämistyössä. Vuorovaikutus ja yhdessä luominen lisäävät työntekijöiden sekä asiakkaiden hyvinvointia. (Takanen 2015, 70.) Tiimityöskentelyssä merkittävimpin tekijä on luottamus sekä kokemus toimivasta yhteistyöstä, johon työntekijät ovat sitoutuneita. (Raappana ym. 2014, 31.)

Perheiden oman aktiivisuuden tukeminen ja perheiden voimaantuminen koettiin yhteisesti tärkeäksi asiaksi perhehoidossa, jota halutaan pyrkiä työskentelytavoilla tukemaan. Nuorten perhehoidon ensisijaisiksi kehitettäviksi työtavoiksi valittiin perheiden kanssa ruokailun ja sisarusten tapaamisen. Myös tutkimuksessa on todettu, että syömishäiriöisten nuorten perheet, joissa vanhemmat ovat aktiivisessa roolissa ruokailun aikana, on lopputulema suurella todennäköisyydellä se, että lapsi on ruokaillut enemmän kuin hänellä oli alun perin tarkoitus. Vanhempien rohkaiseva ja määrätietoinen asenne sekä nuoren syömishäiriön haastaminen ovat tekijöitä, jotka ovat toipumiseen vaikuttavia asioita. Työntekijää tarvitaan ohjaamaan ja tukemaan vanhempia heidän ponnisteluissaan syömishäiriötä sairastavan nuoren kanssa. (Godfrey, Rhodes, Miskovic-Wheatley, Wallils, Clarke, Kohn, Toyz, & Madden. 2014, 79–81.) Myös FBT-malliin sisältyy perheiden aktivoiminen tukemaan nuoren ruokailua (Loeb ym. 2009; Syömishäiriöt: Käypä hoito – suositus, 2014; Suokas ym. 2014; Eksröm ym. 2009; Couturier, Isserlin, Lock, 2010.) Tämän opinnäytetyön teoreettisessa viitekehityksessä tulee asiakaslähtöisyyden ja asiakkaiden roolin vahvistamisen näkökulma esiin myös

kansallisten suositusten kautta, joten kehittämistyön tulokset ovat linjassa yhteiskunnallisen terveyspalveluiden järjestämisen suunnan kanssa. (Valtioneuvoston kanslia 2015; Kaste 2012–2015; Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielen- ja päihdesuunnitelma 2009.)

Näyttöön perustuvan perhehoidon kehittäminen tässä kehittämisprosessissa oli ajankajaltaan melko lyhyt. Kehittämistyön toteutumisen onnistumisessa oli tärkeää johdolta saatu tuki, jotta kehittämispalaverit saatiin sujuvasti sovittua. Osallistujien sitoutuminen sovittuihin päiviin ja ajankäytön priorisointi kehittämiseen myös mahdollisti kehittämistyön toteutumisen ja loppuun saattamisen. Kehittämisprosessiin liittynyt käytännön kokeiluvaihe oli kaksi kuukautta ja siten sovittujen työtapojen käytännön testaus ja arviointi olisi pidemmälle ajankajalle ulottuvana saattanut tuottaa toisenlaisia tuloksia.

Myös toisena ajankohtana toteutettu kehittämissuunnitelma tai kehittämissuunnitelman toteuttajana toimimassa joku muu, olisi tulokset voineet olla toisenlaiset. Ekspansiivisen oppimisen malli luo kehittämiseen myönteisyyttä, sillä muutoksen kehä voidaan toistaa ja aloittaa aina uudelleen entisen pohjalta. (Engeström 2004.) Kehittämissuunnitelmaan valittu osallistava menetelmä sai kehittämispöytätyössä osallistuneilta työntekijöiltä sekä johdon jäseniltä positiivista palautetta. Eräs suullinen palaute oli, että yksikön muissa kehittämispöytätyöprosessissa kannattaisi hyödyntää samansuuntaisia menetelmiä.

Opinnäytetyön tekijän omaa ammatillista kasvuprosessia ja ammatillista kehittymistä kehittämispöytätyöprosessi on tukenut vahvasti. Ekspansiivisen mallin teoreettinen viitekehys ja menetelmänä tulevaisuusdialogi ovat ohjauksen ja oman ajattelun lisäksi kuljettaneet työtä sujuvasti eteenpäin. Kehittämissuunnitelman ajoittaisia haasteita on kyennyt ratkaisemaan menetelmien avulla. Opinnäytetyön tekijän vähäinen kokemus kehittämispöytätyöstä on karttunut ja osaamisen kokemus vahvistunut.

Eettiset näkökohdat kehittämistyössä

Ammattilaisilla on aina työskentelyssään huomioon otettavia vastuita. Myös kehittämistoiminnassa täytyy kantaa vastuuta, johon liittyy huolellisesti mietittäviä eettisiä näkökulmia. Terveystieteiden kehittämistoiminnassa on ennen kaikkea huolehdittava potilaiden turvallisuudesta eikä toiminta saa aiheuttaa keidenkään loukkaamista. Tällöin kehittämistehtävän muotoilussa täytyy käyttää harkintaa. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 44.) Terveystieteiden ammattihenkilöillä on salassapitovelvollisuus ja ihmisten yksityisyyden suojaamisen vastuu, josta on tärkeää huolehtia myös kehittämistyön tekemisen yhteydessä. (Henkilötietolaki 523/1999; Heikkilä ym. 2008, 45.) Kyseessä on suhteellisen pieni yksikkö, joten asiakkaiden ja heidän perheidensä yksityisyyden suojaamiseksi on asiakasnäkökulma päädytty pohjaamaan jo saatavilla olevaan tietoon. Tästä syystä yksikön asiakkaita ja heidän perheitään ei osallistettu tämän kehittämistyön käytännön toteutukseen. Sen sijaan näyttöön perustuvan toiminnan lähtökohtia noudattaen on asiakasnäkökulma huomioitu kehittämistyön teoreettisessa viitekehyksessä. Kehittämistyön kohteena olevaa syömishäiriöyksikköä ei myöskään kehittämistyössä nimetä tarkemmin. Tämä on kehittämistyön tekijän valinta perustuen asiakkaiden, työntekijöiden ja yksikön anonyymiteetin kunnioittamiseen ja sen turvaamisen mahdollisimman hyvin.

Kehittämistoimintaan osallistuvien vapaaehtoisuuden periaatetta on korostettava ja heidän omaa halukkuuteen perustuvaa osallisuutta tuotava esiin selkeästi. Tämä on otettava huomioon kehittämistyön kaikissa vaiheissa, jo kehittämistoimintaan kutsumisesta aineistonkeruu vaiheissa. (Heikkilä ym. 2008, 45.) Tässä syömishäiriöyksikössä kehittämistyön tavoite ja tarkoitus on esitelty kaikille osallistujille ja heitä tiedotetaan asianmukaisesti työn vaiheiden etenemisestä. Yksikön johto on antanut tutkimusluvan opinnäytetyön toteuttamiselle tutkimussuunnitelman valmistumisen jälkeen.

Kehittämistyöllä voidaan vaikuttaa yksikön eettiseen työskentelyyn. Eettinen työskentely on kytköksissä siihen, mitkä ovat työyhteisön toiminnan tavat ja käytänteet. Yhteisön käsitys oikeasta ja hyväksyttävästä toiminnasta, on osa yksikön eettistä kulttuuria. Eettisesti vahvassa työyhteisössä työskentelyn on todettu vahvistavan työntekijöiden työhyvinvointia ja ehkäisevän työssä kuormittumista. Työyhteisön toiminnan tarkastelu on tärkeää, jotta eettiset ristiriidat ja valintatilanteet on jaettu yhdessä eivätkä

ne jää yksittäisten työntekijöiden ratkaistaviksi. (Huhtala 2013, 223–226.) Kehittämistoiminnan tavoitteiden tulee olla tarkkaan harkittuja, prosessin tulee perustua rehellisyyteen ja kehittämisen tulee palvella käytännön hyötyä. (Ojasalo 2009, 48.)

Asianmukaisesti toteutettu toiminta kestää eettisen tarkastelun. Johtamistavoilla työyhteisössä voidaan vaikuttaa siihen, miten käytössä olevia resursseja hyödynnetään, mikä on työntekijöiden työhyvinvointi ja miten toisten osaamista kunnioitetaan. Ratkaisujen on pohjauduttava tietoon ja eettiseen harkintaan. Hyvää johtamiseen liittyy avoimuus ja innostavuus, mutta on tärkeä, että muutoksissa välittyy sitoutuneisuus ja että asioita saadaan aikaan myös käytännössä. Resurssien kohdentamisen tavoitteena ei tulisi koskaan olla suoritteet vaan ihmisten elämänlaadun ja hyvinvoinnin edistäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö ETENE. 2011, 5, 26–28.) Tässä kehittämistyössä yksikön johto on ollut mukana koko prosessin ajan ja siten on varmistettu, että kehittämistyö etenee organisaation linjausten mukaisesti ja suunnitelmat ovat sen kaltaisia, joita on käytännössä mahdollista toteuttaa.

Luotettavuus kehittämistyössä

Työntekijöitä osallistava kehittämismenetelmä ja kehittämisprosessin toteutus sekä analysointi pyrittiin esittämään mahdollisimman avoimesti ja tarkasti kehittämistyöhön liittyviä periaatteita noudattaen. Aineisto pyrittiin näkemään sellaisena kuin se on ja teemoittelun avulla löytämään tulevaisuusdialogi- kehittämispalaverista keskeisenä nousseet perhehoidon tavoitteet ja työtavat. Suoria lainauksia käyttämällä pyrittiin elävöittämään ja lisäämään tuloksien luotettavuutta. Väliarviossa syntyneiden fläppitulupapereiden lisäksi kehittämispalaveri äänitettiin asiasisältöjen mahdollisimman tarkkan ja virheettömän tuotoksen muodostamisen tueksi. Väliarvio-kehittämispalaveria useaan kertaan kuuntelemalla voitiin asiasisältöä tarkistaa eivätkä valinnat ja perustellut olleet fläppitulupapereiden ja kehittämistyön tekijän muistikuvien varassa.

Erityispiirteenä kehittämistyön toteuttamisessa oli tekijän oma asema sekä opinnäytetyön tekijänä, mutta myös työntekijänä kehittämisen kohteena olevassa organisaatiossa. Tällöin tilannetta on huolellisesti tarkasteltava luotettavuus kysymyksen näkökulmasta. On todennäköistä, että osallistajat suhtautuivat kehittämistyön toteuttajaan

ensisijaisesti kollegana, mutta kehittämistyön menetelmään nojaaminen ja vetäjän rooliin asettuminen auttoivat etäännyttämään työntekijän roolista ja viestimään tilannetta myös osallistujille. On kuitenkin mahdollista, että osallistujiin ja heidän tuotoksiin on vaikuttanut tietoisuus siitä, että kehittämistyön tekijänä on toiminut heidän kollegansa. Objektiivisuutta pyrittiin varmistamaan tietoisuudella omasta kaksoisroolista ja sen mahdollisista vaikutuksista kehittämistyöhön. Tutkijan tulee pohtia kysymystä siitä, että tarkasteleeko kuulemaansa puolueettomasti vai vaikuttavatko omat kokemukset tai asema siihen, miten asioita käsittelee tai tulkitsee. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135.) Tulevaisuusdialogimenetelmän lähtökohtana on, että vetäjä ei osallistu ideointiin vaan keskittyy tilanteen ohjaajan ja tässä tapauksessa myös oppimisympäristön tekijän rooliin. Kehittämistyön tekijän kokemattomuus vetäjän roolissa on myös luotettavuutta arvioitaessa huomioitava tekijä, mutta työn teoreettisena viitekehysnä toiminut ekspanstiivinen oppimisen malli ja tulevaisuusdialogi-menetelmä ovat jäsentäneet ja auttaneet hallitsemaan työn sujuvaa etenemistä.

7.2 Johtopäätökset ja jatkotoimenpiteet

Kehittämisprosessin perusteella voidaan päätellä, että kehittämistyö on edistänyt yksikön näyttöön perustuvaa toimintaa nuorten anoreksiaa sairastavien potilaiden perhehoidossa. Kehittämistyön tulokset ovat linjassa aiempaan tutkimustietoon. Perhehoidolle saatiin luotua yhdessä jaetut tavoitteet, työtavat ja kahdelle keskeiselle työtavalle työtä tukevat asiasällöt sekä tarkistuslistat. Käytössä olevien työtavojen täytyy olla turvallisia, vaikuttavia ja soveltua tarkoituksenmukaisesti juuri siihen tarkoitukseen, mihin se tarjotaan. Pelkkä vaikuttavuuskaan ei ole riittävä peruste pitää tietty menetelmä käytössä, jos se on hankalakäyttöinen tai ei sovi olemassa oleviin olosuhteisiin. (Solantaus ym. 2016, 25.) Perhehoidon työtavat on pyritty luomaan sellaisiksi, että ne olisivat käytännössä mahdollista toteuttaa. Perhehoidon kehys ja tarkistuslistat liitetään osaksi perhehoidon jatkokehittämistä ja yksikön perhehoidon mallin jatkokehittämistä. Tulevaisuuden tavoitteena on laajentaa työskentelytapojen kehittämistä myös muiden työtavojen kuin sisarustapaaminen ja perheruokailu asiasältöjen osalta. Kehittämistyön yhteydessä syntyi useita luotujen tavoitteiden mukaisia jatkotyöskentelyn aiheita, joiden eteenpäin viemiseksi on sovittu suunnittelua käynnistävät työryhmät.

Kehittämistyön johtopäätöksenä voidaan myös todeta, että perhehoidon tavoitteiden ja työtapojen määrittely todennäköisesti selkiyttää toimintaa ja edistää näyttöön perustuvan perhehoidon toteutumista. Työntekijöiden osallisuus voi myös motivoida työntekijää oman työn kehittämiseen ja luo mahdollisesti yhteenkuuluvuuden tunnetta. Työntekijöiden yhteinen sopiminen ja yhteiset linjat työssä voivat myös lisätä työntekijöiden hallinnan tunnetta työssä.

Tämän kehittämistyön tuloksena syntyneet perheruokailun ja sisarustapaamisten tarkistuslistat kuvaavat pääosin perhehoidon työtapojen rakenteellista sisältöä, joka on tärkeää perhehoidon toteutumisen kannalta, mutta tulevaisuudessa perhehoitoa edelleen kehitettäessä olisi työtavoille tarpeen luoda vielä konkreettisempi ohjeistus työtapoihin liittyvästä hoidollisista sisällöistä. Hoidollisten asiasisältöjen tarkempi listaus ja avaaminen tukisivat myös työntekijöiden erityisosaamisen vahvistamisen tavoitetta.

Ekspansiivisen oppimisen yksi vaiheista on työtapojen vakiinnuttaminen käytäntöön. (Engeström 2004.) Tähän kehittämistyöhön vakiinnuttamisen vaihe ei ulottunut, mutta se on tulevaisuuden haaste ja vaatii yksikön johdolta ja kehittämisestä vastaavilta hoitohenkilöiltä panosta, että työtapojen käytäntöön saattamisessa onnistutaan. Kliinisen asiantuntijan toimenkuvaan työtehtävä soveltuu hyvin.

Näyttöön perustuvan perhehoidon jatkokehittämiseen olisi tärkeää ottaa konkreettisemmin ja laajemmin mukaan myös asiakasnäkökulma. Tässä kehittämistyössä perhenäkökulma pyrittiin huomioimaan aiempaa tutkimustietoa hyödyntäen ja yksikössä hoidossa olevien perheiden kuuleminen osana kehittämisprosessia jätettiin kehittämistyön eettisistä syistä kehittämistyön ulkopuolelle. Perhehoidon kehittämisessä voisi jatkossa hyödyntää sairaanhoitopiirien kouluttamia kokemusasiantuntijoita, joilla on omakohtaista kokemusta sairauden kanssa elämisestä ja siitä toipumisesta. Heidän kanssaan tehtävän yhteistyön kautta olisi mahdollista kuulla, mikä parhaiten tukee toipumista asiakkaan kannalta. Olisi mielenkiintoista saada kokemusasiantuntijan osaaminen käyttöön osana kehittämistyötä. Perhehoidon laatua voidaan parhaiten vahvistaa saamalla myös asiakasnäkökulma käyttöön, joka voidaan suhteuttaa kyseessä olevaan kontekstiin ja olosuhteisiin sopivaksi.

Lähteet

Aaltonen, J. 2012. Perheterapia. Teoksessa Huttunen, M. & Kalska H. (toim. 2012.) Psykoterapiat. Helsinki: Oy Duodecim.

Couturier, J., Isserlin, L. & Lock, J. 2010. Family Based Treatment for Adolescent With Anorexia Nervosa: A Dissemination Study. *Eating Disorders*, 18, 199-209. Viitattu 22.3.2016. <http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&sid=ed97bba7-a822-42a4-bd70-7ce07de546e3%40sessionmgr4004&hid=4206>, Cinahl (Ebsco) with full text.

El-Radhi, A.S. 2015. Appropriate care for children with eating disorders and obesity. *British Journal of Nursing*, 24, 10, 518-522. Viitattu 15.1.2016. <http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=90ed18da-982f-4a2f-8c72-169e2d08d875%40sessionmgr4001&hid=4201>, Cinahl (Ebsco) with full text.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittäminen työssä. Tampere: Vastapaino.

Ekström, L. & Koskinen, M. 2009. Anoreksia ja perheterapia-perheterapia anoreksiasta toipumisen alussa. *Perheterapia*, 25, 2, 6-19.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eskola, J. & Vastamäki J. 2010. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim. 2010.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Juva: WS Bookwell Oy.

Eriksson, E., Arnkil, T. & Rautava, M. 2006. Ennakointidialogeja huolten vyöhykkeellä. Verkostokonsultin käsikirja- ohjeita verkostomaiseen työskentelyyn. Stakesin työpapereita 29/2006. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES. Viitattu 6.3.2016. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77346/T29-2006-VERKKO.pdf?sequence=1>.

Godfrey K., Rhodes, P., Miskovic-Wheatley, J., Wallils, A., Clarke, S., Kohn, M, Toyz, S. & Madden, S. 2015. Just one more bit: A qualitative Analysis of the Family meal in Family-based Treatment for Anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 23,1, 77-85. Viitattu 22.3.2016. <http://web.a.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ed97bba7-a822-42a4-bd70-7ce07de546e3%40sessionmgr4004&vid=25&hid=4206>, Cinahl (Ebsco.)

Hakuli, L. 2015. Esimiehenä tiimissä – kirjallisuuskatsaus tiimin johtajuudesta hoitotyössä. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden koulutusohjelma, johtamisen suuntautumisvaihtoehto. Viitattu 16.1.2016. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/87422/Hakuli_Leena.pdf?sequence=1.

Heikkilä, A., Jokinen P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva Kehittäminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 11.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L1P1>.

Huhtala, M. 2013. Toimivat hyveet: Eettinen organisaatiokulttuuri työhyvinvoinnin ja henkilökohtaisten työtavoitteiden kontekstina. *Työelämän Tutkimus*, 3, 11, 223-227.

Isomaa, A-L. Lapsellamme on syömishäiriö – ajatuksia perhetyöstä ja vanhempien roolista nuoren ihmisen hoidossa. Syömishäiriöpäivät 22.1.2013. Power Point-luentomateriaali. Viitattu 6.1.2016. <http://docplayer.fi/76868-Lapsellamme-on-syomishairio-ajatuksia-perhetyosta-ja-vanhempien-roolista-nuoren-ihmisen-hoidossa-syomishairiopaivat-22-1-2013.html>.

Izmir, C. 2013. The European Mental Health Action Plan. World Health Organisation. Regional committee for Europe.

Jääskeläinen, A. 2013. Työyhteisön hyvinvoinnin edistäminen osallistavilla menetelmillä. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOYpro Oy.

Keski-Rahkonen, A., P., Charpentier & Viljanen, R. 2008. Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. Helsinki: Duodecim.

Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. *Duodecim*, 129, 2133–2139. Viitattu 29.3.2016. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/xmedia/duo/duo11273.pdf>, Medic.

Kontio, R., Ala-Nikkola, T., Wahlbeck, K., Vastamäki, M. & Joffe, G. 2015. Laitoshoidosta avohoitoon – näyttö käyttöön mielenterveystyön palvelujärjestelmän uudistamisessa. *Tutkiva Hoitotyö*, 13, 4, 44–46.

Korhonen, A., Korhonen, T. & Holopainen A. 2010. Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. *Tutkiva Hoitotyö*, 8, 3, 38–41.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. Mielenterveyshoito-työ. 2010. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Kärkkäinen, U., Dadi, Y. & Keski-Rahkonen, A. 2015. Nuoren naisen ihannepaino – sosiokulttuurisia ja terveydellisiä näkökohtia. *Duodecim*, 131, 55–61. Viitattu 18.3.2016. http://www.terveysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12029&p_haku=nuoren%20naisen%20ihannepaino, Terveysportti.

Le Grange, D. & Lock J. 2014. Family-based Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa. The Maudsley Parents: A site for parents of eating disordered children. Viitattu 25.1.2016. <http://www.maudsleyparents.org/whatismaudsley.html>.

Lehtinen, K., Haapaniemi, E. & Lindroos, S. 2014. Perheterapiasta hyötyy myös potilaan läheisverkosto. *Lääkärilehti*, 69, 41, 2625–2628. Viitattu 26.1.2016.

<http://www.fimnet.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000041852, Medic>.

Lehto, B. 2015. Huolehtiva kanssakäyminen: substantiivinen teoria työikäisen aivo-
halvauspotilaan perheenjäsenen emotionaalisesta tukemisesta sairastumisen akuutissa
vaiheessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.
Viitattu 26.1.2016. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98153/978-951-44-9952-4.pdf?sequence=1>, Melinda.

Loeb, Katharine. L. & le Grange, Daniel. 2009. Family-Based Treatment for Adoles-
cent Eating Disorders: Current Status, New Applications and Future Directions. *Int
Child Adolesc health*. 2, 2, 243–254.

Lock, J., W.S., Agras, Bryson, S. & Kraemer, H.C. 2005. A Comparision of short-
and Long Term- Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the
American Academy of child & Adolescent Psychiatry*, 44, 7. Viitattu 14.1.2016.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089085670961652X>, Cinahl.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uuden-
laista osaamista liiketoimintaan.

Paappanen, J. 2013. Hoitajan persoonallinen kyvykkyys ratkaisee – anoreksiaa sairas-
tavien kokemuksia autetuksi tulemisesta psykiatrisen osastohoidon aikana. Pro Gradu
tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede, terveystieteiden tiedekunta. Viitattu
17.1.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130320/urn_nbn_fi_uef-20130320.pdf.

Parkkali, J. 2011. Syömishäiriöpotilaiden läheisten kokemuksia. Pro Gradu tutkielma.
Tampereen yliopisto. Hoitotiede, terveystieteiden laitos. Viitattu 7.3.2016. [http://tam-
pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82983/gradu05423.pdf?sequence=1](http://tam-
pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82983/gradu05423.pdf?sequence=1), Medic-tieto-
kanta.

Raappana, M. & Valo, M. 2014. Tiimit muuttuvassa työelämässä. *Työelämän Tutki-
mus*, 1, 12, 23–39.

Raevuori, A. 2013. Syömishäiriöiden perinnöllinen tausta. *Duodecim*, 129, 20, 2126–
2132. Viitattu 19.3.2016. [http://www.ter-
veysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11271&p_haku=bulik](http://www.ter-
veysportti.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo11271&p_haku=bulik),
Terveysportti.

Rienecke, R. D, Accurso E. C., Lock. J. & Le Grange, D. 2016. Expressed Emotion,
Family functioning and Treatment Outcome for Adolescents with Anorexia Nervosa.
European Eating Disorders Review. 24, 1, 43-51. Viitattu 14.1.2016. [http://onlineli-
brary.wiley.com/doi/10.1002/erv.2389/epdf](http://onlineli-
brary.wiley.com/doi/10.1002/erv.2389/epdf), Cinahl (Ebsco.)

Robinson, A., Strahan, E., Girz, L., Wilson, A. & Boachie, A. 2012. ”I know I can
help you”: Parental Self-efficacy Predicts Adolescent Outcomes in Family-based
Therapy for Eating disorders. *European Eating disorders Review*, 2013, 21, 2, 108-

114. Viitattu 21.3.2016. <http://web.b.ebsco-host.com.ezproxy.jamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d3865bf8-bd49-4488-93f7-41d574bf44b9%40sessionmgr115&vid=12&hid=130>, Cinahl, (Ebsco.)
- Ruuska, J & Kaltiala-Heino R. 2015. Nuoruusiän syömishäiriöiden hoito erikoissairaanhoidossa. Suomen Lääkärilehti, 70, 24, 1739–1744. Viitattu 14.1.2016. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.jamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL242015-1739.pdf>, Medic-tietokanta.
- Saarisilta, J. & Heikkilä, J. 2015. Tiivistelmä. Teoksessa Saarisilta, J. & Heikkilä, J. (toim). 2015. Yhdessä Innovoimaan - Osallistuva Innovaatiotoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveystalouden muutoksessa. Osuva- tutkimushankkeen loppuraportti. Teke. Raportti 4/2015, 4-6. Tampere: Juvenes- Print- Suomen yliopistopaino Oy.
- Sarajärvi, A., Mattila L-R. & Leena R. 2011. Näyttöön perustuva toiminta – Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. 2009. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Esa Print Oy.
- Solantaus, T. & Niemelä, M. 2016. Arki kantaa – kun se pannaan kantamaan. Perheterapia, 32, 1, 21–33.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystalouden eettinen perusta 2011. ETENE-julkaisuja 32. Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Viitattu 17.1.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveystalouden+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>.
- STM. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015.
- STM. (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Viitattu 7.11.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=3.
- STM. (Sosiaali- ja terveysministeriö) 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Viitattu 13.1.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111764/julkaisuja_2008_6_Kaste_verkko.pdf?sequence=1.
- STM. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetoa hoitotyöhön. Toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Viitattu 13.1.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111909/URN%3aNBN%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1>.
- Sosiaali- ja terveysviraston lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2008. Viitattu 12.1.2016. http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/hakemusohjeet/suomessa_koulutetut/psykoterapeutit.

Strann, P., Rantanen, A. & Suominen, T. 2013. Perhekeskeinen hoitotyö päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuurissa. *Tutkiva Hoitotyö*, 11, 4, 4-11.

Suokas, J., Gissler, M., Haukka, J., Linna, M., Raevuori A. & Suvisaari J. 2015. Eri-tyishoidon yksikössä hoidettujen syömishäiriöpotilaiden ennuste. *Duodecim*, 131, 744–752.

Suokas, J. & Rissanen A. 2014. Syömishäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson M., Marttunen, M & Partonen, T. (toim.) 2014, 393–415. *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.

Syömishäiriöt (online). Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 27.1.2016). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.

Takanen, T. 2015. Läsnaolon voima työssä – Yhdessäluomisen ote kehittämisotteena. *Työelämän Tutkimus*, 1, 13, 67–71.

Terveystieteiden laitos. 2010. Viitattu 10.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P7>.

Terveystieteiden laitos. THL. 2015. Mielenterveyden edistäminen, nuorten syömishäiriöt. Viitattu 14.1.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/lasten-ja-nuorten-mielenterveys/nuorten-mielenterveys/nuorten-syomishairiot>.

Toikko, T. & Rantanen T. 2009. Kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Tulevaisuuden muistelu-, verkostopalaveri, kokonaistilannetta selkiyttävä verkostopalaveri asiakastyössä. 2012. Innokylä. Viitattu 23.5.2015. <https://www.innokyla.fi/web/malli110115>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.

Valtioneuvoston kanslia. 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Viitattu 12.1.2016. http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisu-jen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82.

Viinikainen, S., Asikainen, P., Helminen, M. & Suominen, T. 2013. Hoitotyön valta erikoissairaanhoidossa- osastonhoitajien ja apulaisosastonhoitajien arvio. *Tutkiva Hoitotyö*, 1,11, 14-23.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy.

Utriainen, K., Ala-Mursula, L. & Virokangas, H. 2011. Näkökulmia sairaanhoitajan työhyvinvointiin. *Tutkiva Hoitotyö*, 1,9, 29–33.

Åstedt- Kurki, P., Jussila, A-L., Kopnen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & potinkara, H. 2006. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY oppimateriaalit Oy.

Liite 1. Suostumus

YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO - OPINNÄYTETYÖ

Nimi: Perhehoidon edistäminen syömishäiriöyksikössä

Tekijä: Anne Priha Kliininen asiantuntija tutkinto-ohjelma, Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Tavoite ja tarkoitus: Kehittämistyön tarkoituksena on edistää näyttöön perustuvan perhehoidon toteutumista anoreksiaa sairastavien nuorten ja heidän perheidensä hoidossa syömishäiriöyksikössä. Tavoitteena on tunnistaa ja vahvistaa näyttöön perustuvat yksikössä jo käytössä olevat perhehoidon työtavat ja valita 1-2 uutta perhehoitoa edistävää työskentelytapaa. Lisäksi tavoitteena on selkiyttää rooli- ja vastuujakoa perhehoidossa ja näin saada tiimin osaaminen tehokkaampaan käyttöön. Kehittäminen toteutetaan työryhmää osallistavilla menetelmillä.

Kehittäminen toteutuu: Osallistavilla menetelmillä, kolmena kehittämispalaverina ja pilotointijaksona, jonka aikana työtapoja voidaan muokata (väliarviointi) käytännön havaintojen pohjalta. Kolmannessa kehittämispalaverissa on tarkoitus yhdessä arvioida työtapojen soveltuvuutta ja päätetään jatkotoimista.

Palaverit **videoidaan/äänitetään** aineiston myöhempää analysointia varten. Tallennetta käytetään vain tämän YAMK-opinnäytetyön analysointia varten ja se hävitetään opinnäytetyöntekijän toimesta kehittämistyön päätyttyä. Tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja Anne Priha huolehtii, että ulkopuoliset eivät pääse aineistoon käsiksi.

Annan luvan käyttää antamiani tietoja tämän opinnäytetyönä tehtävän kehittämistyön suorittamiseen ja osallistun kehittämistyöhön vapaaehtoisesti:

Osallistujan nimi: _____

Nimen selvennys: _____

Tulevaisuusdialogi

3.2.2016

Pohtikaa pienryhmässä alla olevia kysymyksiä. Toiveena on, että jokainen ryhmä muodostaa vastaukseksi **yhteisen** näkemyksen, jossa **jokainen on tullut kuulluksi**.

Vastaukset pyydetään erillisille papereille: vastaukset 1-2 vihreällä ja vastaukset 3-4 punaiselle paperille.

Katsokaa hyvään tulevaan ja pohtikaa, millainen on perhehoidon ”nykytila” vuoden päästä helmikuussa 2017:

1. Millaisia asioita perhehoidolla saavutetaan nuorten hoidossa vuonna 2017?
2. Miten perhehoidon sujumista kuvataan:
 - Potilaiden/perheiden näkökulmasta?
 - Työntekijöiden näkökulmasta?
 - Johdon näkökulmasta?
3. Mitä aiemmista perhehoidon työskentelytavoissa on hyvää, mitä on päätetty säilyttää? Mitä uusia perhehoidon työtapoja on otettu käyttöön (n 1-2)?
4. Onko työntekijöiden rooli- ja vastuujaossa muuttunut jotakin? Jos on muuttunut, mitä?

Liite 3. Tulevaisuusdialogi yhteenveto

Yhteenveto: tulevaisuusdialogissa esiin tulleista perhehoidon tavoitteista ja keinoista:

Perhehoidon Tavoite:

- Perheiden voimaantuminen ottamaan aktiivista vastuuta nuorensa toipumisesta yhdessä hoitavan tahon kanssa. Koko perhe kokee tulevansa kohdatuksi, saavansa tukea ja ymmärrystä henkilökunnalta
- Työntekijöiden vahva syömishäiriöosaaminen
- Tiimityöskentelyn yhteiset linjat
- Perheterapeuttien ja muiden erityistyöntekijöiden asiantuntemuksen hyödyntäminen perhehoidon hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Lähtökohtana on kuitenkin, että kaikki ammattiryhmät osallistuvat perhehoitoon joustavasti tilannearvion perusteella

Keinot/Työtavat:

- Perheruokailu
- Sisar-/perhetapaaminen
- Psykoedukaatio on kiinteänä osana hoitoa
- Kirjallinen tietopaketti syömishäiriöstä ja yksikön toiminnasta. Sairaanhoidajan vastuulla jakaa Syömishäiriöliiton Syömishäiriö-lehtinen jokaiselle perheelle ensikäynnillä
- Perheiden vertaistukiryhmä
- Koulutus ja hyvä perehdytys työskentelyyn syömishäiriöyksikössä
- Säännöllinen keskustelu ja toisten informointi, viikoittaiset tiimipalaverit -
- Tarkistus-lista perhehoidon asiasisällöstä
- Sairaanhoidaja koordinoi perhetyöntekijän/erityistyöntekijän mukaan perhehoitoon tilannearvion perusteella