



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

MIELENTERVEYSHÄIRIÖTÄ SAIRASTAVA ASIAKAS KOTIHOIDON ASIAKKAANA

Johanna Kokkonen

Krista Laitinen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

KOKKONEN, JOHANNA & LAITINEN, KRISTA:

Mielenterveyshäiriötä sairastava asiakas kotihoidon asiakkaana

Opinnäytetyö 58 sivua, joista liitteitä 15 sivua
Huhtikuu 2018

Mielenterveyden häiriöt ovat Suomessa kroonisia kansantauteja. Joka vuosi osa suomalaisista sairastuu mielenterveyden häiriöön. Laadukas avohoito voi taata potilaan sairaalajaksojen vähenemisen. Tämä tarkoittaa sitä, että kotihoitopalveluihin on tarvetta ja niihin tulee panostaa. Mielenterveysasiakkaiden kohtaaminen on koettu kotihoidossa ajoittain haastavaksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä ongelmakohtia on mielenterveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden kohtaamisessa kotihoidossa ja tarvitaanko lisäkoulutusta osaamisen kartuttamiseksi. Tavoitteena oli tuottaa tietoa mielenterveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden kohtaamisen ongelmakohdista kotihoidossa sairaanhoitajan näkökulmasta.

Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista menetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastatteluna haastatteleamalla neljää Tampereen kaupungin kotihoidon työntekijää, joilla oli sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan koulutus. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysi menetelmällä.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että sairaanhoitajat kokivat mielenterveysasiakkaiden kohtaamisen haastavaksi. Esimerkiksi uhkaava käytös, alkoholin käyttö ja lääkehoito tuottivat haasteita. Kotiin annettavissa palveluissa myös kotien siisteys ja työympäristö toivat omat haasteensa työskentelyyn. Asiakkaan mielenterveyden häiriön oireet olivat myös jokapäiväinen haaste. Asiakkaan tilanne saattaa vaihdella, joten kaikkeen täytyy varautua. Sairaanhoitajat kaipasivat asiakkaan kohtaamiseen lisää tietoa ja koulutusta. Sairaanhoitajat kokivat myös tarpeelliseksi saada tietoa eri diagnooseista ja niiden hoitomuodoista.

Jatkotutkimusehdotuksemme on, että opiskelijat tekisivät opinnäytetyön samasta aiheesta, mutta asiakkaita haastatellen, mitkä asiat ovat ongelmallisia sairaanhoitajilla kotihoidossa asiakkaan näkökulmasta ja missä osa-alueissa sairaanhoitajilla olisi kehitettävää osaamisessaan kotihoidossa, kun asiakkaat kohtaavat sairaanhoitajan. Toisena jatkotutkimusehdotuksena voisi olla opinnäytetyö, jossa tehdään verkkoon koulutusmateriaalia sairaanhoitajille. Koulutusmateriaali voisi pitää sisällään erilaisista mielenterveyden häiriöiden taudinkuvista ja niiden etenemisistä, diagnosointikriteereistä, sekä lääkehoidosta.

Asiasanat: asiakkaan kohtaaminen, kotihoito, mielenterveyden häiriö, sairaanhoitaja

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care
Nursing

KOKKONEN, JOHANNA & LAITINEN, KRISTA:
A client with mental health disorder as a home care client

Bachelor's thesis 58 pages, appendices 15 pages
April 2018

In Finland disturbances of mental health are included in chronic national diseases. Every year a fraction of Finnish people gets ill with mental problems. Elsewhere in Europe there are fewer nurses in the health care sector than in Finland. High quality open treatment may ensure decrease in a patient's hospital time. This means that domiciliary care services are important and they should be invested in. Meetings with the customers with mental health issues has been deemed difficult.

The goal of this thesis was to find out problematic points in meetings with clients experiencing mental problems in domiciliary care and if there is further need for additional training to increase know-how. The aim was to produce information about what kind of problems might occur in domiciliary care from the nurse's perspective.

The study method chosen for the thesis was qualitative study. Material was collected by theme interviews. Four domiciliary care employees from city of Tampere were interviewed, each of these employees had either nurse or public health nurse proficiency. The material collected by interviews was analyzed with content analysis.

As a result of thesis could be shown that nurses felt that meeting with mental health clients are challenging. For example threatening behavior, use of alcohol and medication bring challenges. In treatments given in client's homes also cleanliness of homes and the working environment bring their own challenges. Moreover symptoms of the client's mental illness an everyday issue. The state of the client's may vary day daily so everything must be taken into account and prepared for. Nurses felt a need for more information and training for encountering the customer. They also felt it is necessary to get information about different diagnoses and their treatments.

It is suggested that further research should be done to find out what issues are problematic point of view, and what skills should nurses develop in terms of meeting clients in domiciliary care. Another suggestion is to create training materials for nurses. The training materials could include the various pathologies and their progression, diagnostic criteria and medication.

Key words: customer encounter, home care, mental illness, nurse

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1	Mielenterveyden häiriöt	7
2.1.1	Kliininen depressio	9
2.1.2	Skitsofrenia	11
2.1.3	Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	13
2.1.4	Skitsoaffektiivinen häiriö.....	15
2.2	Kotihoito	15
2.2.1	Hoitajana kotihoidossa	17
2.3	Mielenterveyshäiriötä sairastavat asiakkaat kotihoidon asiakkaana.....	18
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	20
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	21
4.1	Laadullinen menetelmä.....	21
4.2	Aineiston keruu.....	21
4.3	Aineiston analysointi	22
5	TULOKSET	26
5.1	Ongelmakohdat mielen­terveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtau­misessa kotihoidossa	26
5.1.1	Sairaude­n tuomat haasteet.....	26
5.1.2	Sairaan­hoitajan huoli asiakkaista.....	29
5.2	Kehitettävää sairaan­hoitajan osaamisessa mielen­terveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtau­misessa kotihoidossa.....	30
5.2.1	Elinikäisen oppimisen taidot.....	30
5.2.2	Asiakkaan kohtau­mis­en taidot.....	33
6	POHDINTA.....	35
6.1	Eettisyys ja luotettavuus	35
6.2	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	37
6.3	Jatkotutkimusehdotukset.....	39
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	43
	Liite 1. Teemahaastattelurunko	43
	Liite 2. Tietoinen suostumus	44
	Liite 3. Tulosten analysointi	47

1 JOHDANTO

Mielenterveyshäiriöt voivat ilmetä monin eri tavoin. Mielenterveyden ja sairauden rajat ovat melko häilyvät, mutta diagnostiset kriteerit ovat silti tarkat. Sairaudet diagnosoidaan oireiden perusteella. Vuosittain 1,5% suomalaisista sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön ja tällä hetkellä joka viidennellä on mielenterveysongelma. Terveen ihmisen on usein vaikea ymmärtää psykoottista ihmistä heidän ajatteluvaikeuksiensa takia. Aistimukset tuntuvat sairastuneille todenmukaisilta, koska taustalla on aivojen toiminnan häiriöitä tai traumaattisia muistikuvia menneistä tapahtumista. (Huttunen 2015.)

Mielenterveyden häiriöstä kärsiviä ihmisiä pelätään usein ja on vaikea ajatella omalle kohdalle sairastumista mielenterveyden häiriöön. Tieto eri sairauksista vähentää ennakkoluuloja ja vakavistakin mielenterveysongelmista kärsivän elämänlaatu voi olla laadukasta ja monipuolista, vaikka sairaus asettaakin usein paljon rajoituksia. Eri psykiatrisista sairauksistakin voi parantua, vaikka ne olisivat pitkäkestoisiakin. (Huttunen 2015.)

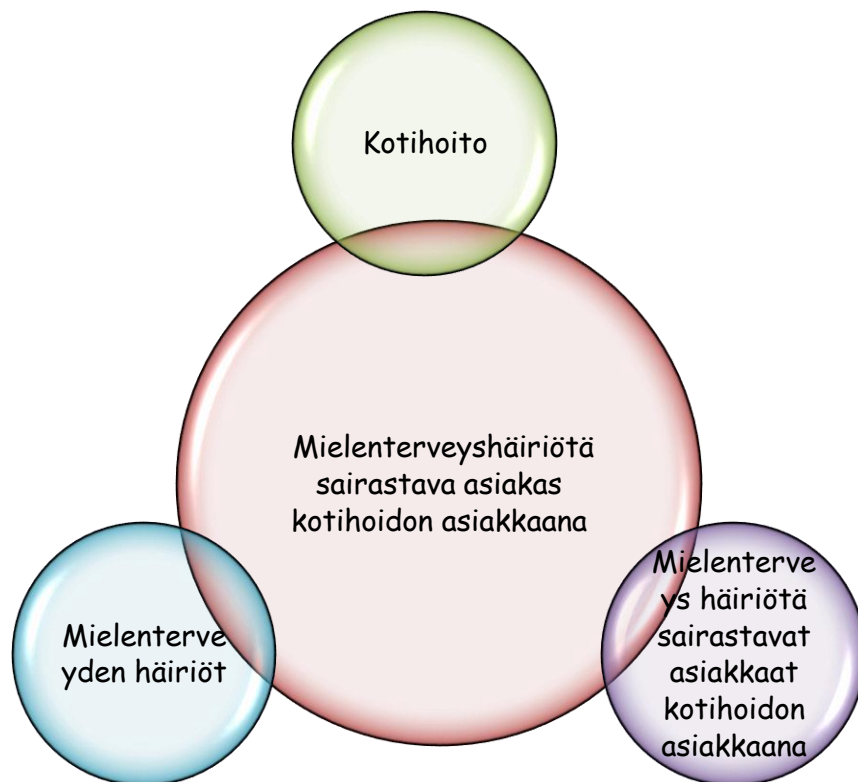
Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa, jotta asiakas pystyy asumaan kotona mahdollisimman pitkään. Kotihoito tarkoittaa palvelukokonaisuutta, johon kuuluvat kotipalvelut, sairaanhoitopalvelut ja tukipalvelut. Nämä muodostavat kokonaisuuden, jolla pystytään auttamaan eri-ikäryhmään kuuluvia ja erilaisen avun tarvitsevia henkilöitä, jotka asuvat kotona, mutta joiden toimintakyky on heikentynyt pysyvästi tai tilapäisesti. (Ikonen 2015, 15, 16, 18.) Näitä tukipalveluita voi tarvita, jos mielenterveyshäiriön vuoksi toimintakyky on laskenut.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä ongelmakohtia on mielenterveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden kohtaamisessa kotihoidossa ja tarvitaanko lisäkoulutusta osaamisen suhteen. Opinnäytetyön tehtävät olivat, mitä ongelmakohtia on mielenterveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden kohtaamisessa kotihoidossa ja mitä kehitettävää on sairaanhoitajan osaamisessa mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa kotihoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa mielenterveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden kohtaamisen ongelmakohtista kotihoidossa sairaanhoitajan näkökulmasta.

Olimme opinnäytetyöntekijöinä kiinnostuneita mielenterveystyöstä ja suuntauduimme myös sairaanhoitajan opinnoissa mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Pidimme eettistä ja ammatillista mielenterveysasiakkaiden kohtaamista tärkeänä ja halusimme tuoda sosi-
aali- ja terveysalan ammattilaisten tietoon vinkkejä mielenterveysasiakkaan kohtaami-
sessa. Asiakkaiden moniongelmaisuus on lisääntynyt ja laitoshoidosta siirrytään yhä use-
ammin avohoitoon ja kotihoidon piiriin. Tavoite olisi, että kotihoidon työntekijöiden kou-
lutus vastaisi asiakaskunnan tarpeita.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Keskeiset käsitteemme olivat mielenterveyden häiriö, kotihoito ja osaaminen. Opinnäytetyössä tarkoituksena on avata lukijalle ensimmäiseksi käsitteet. Teoriassa kerromme, mikä on mielenterveyden häiriö, mikä on kotihoito ja sen tarkoitus sekä mitä sairaanhoitajan koulutus sisältää kyseisestä aiheesta (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

2.1 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriöt ovat laaja käsite. Suomalaisista 1,5% vuosittain sairastuu mielenterveyden häiriöön (Huttunen 2015). Suvisaaren ym. (2012, 677-683) mukaan kaikkien elämän aikana esiintyvien psykoosien esiintyvyys Suomessa on 3,5%. Skitsofrenian esiintyvyys oli 1,0%, ja se oli yleisin psykoosisairaus. Psykooseja esiintyi eniten Pohjois-

ja Itä-Suomessa. Vähiten taas esiintyi Lounais-Suomessa. Jähi ja Männikkö (2015) kertovat artikkelissaan, että läheisen sairastuminen mielenterveyden häiriöön vaikuttaa myös omaisiin ja perheenjäseniin. Omaisen masennusriski on verrattuna muuhun väestöön kaksinkertainen.

Soisalo (2012, 13-14) kertoo, että jonot terveystalouteihin ovat pitkiä, eikä rahallakaan aina saa palvelua nopeammin. Kävi ilmi, että moni sairaus on lisääntynyt Suomessa merkittävästi. Samaan aikaan ihmisten eliniän ennuste on noussut kahdellakymmenellä vuodelta vuodesta 1945.

Tällä hetkellä Suomessa on alan asiantuntijoita enemmän kuin koskaan aiemmin. Psykiatrisessa sairaanhoidossakin on enemmän sairaanhoitajia kuin muualla Euroopassa. Jos on riittävä ja laadukas avohoito, voidaan sillä taata se, että sairaalajaksot tulevat väheneään. Kuitenkin psykiatrisia sairaalapaikkojakin on neljä kertaa vähemmän kuin mitä niitä oli ”parhaimmillaan” aikaisemmin. (Soisalo 2012, 13-14.)

Huttunen (2015) kertoo, että joka kymmenes suomalainen kokee elämänsä aikana vähintään yhden vakavan masennusjakson. Huttunen kuvailee, että mielenterveysongelmasta kärsivän ihmisen kohtaaminen on vaikeaa. Mielenterveyden häiriöiden tietämyksen lisääntymisen johdosta ihmisten suhtautuminen mielenterveyden häiriöihin on muuttunut myönteisemmäksi. Huttunen kertoo, että ennakkoluuloja vähentää tieto ja mielenterveyden häiriöistä kärsivän ihmisen elämä voi olla mielekästä ja laadukasta, vaikka sairaus voi rajoittaa elämää. Vakavista mielenterveyden häiriöistä on mahdollisuus parantua.

Soisalon (2012, 16) mukaan mielenterveys ei ole väestössä heikentynyt, vaikka mielenterveyspalveluja käytetäänkin enemmän. Esimerkiksi itsemurhat ovat vähentyneet, kun enää ei tarvitse olla ”hullu” käyttääkseen mielenterveyspalveluja. Nykyään osataan hakeutua hoidon piiriin jo aikaisemmin.

Mielenterveyden häiriöt jaetaan yleensä ulospäin suuntautuviin ja sisänpäin kääntyneisiin häiriöihin. Ulospäin suuntautuvissa häiriöissä tyypillistä on, että käyttäytymisellä saadaan henkilön itsensä lisäksi haittaa aiheutettua myös muille. Tällaisia häiriöitä ovat muun muassa käytöshäiriöt tai päihdehäiriöt. Nämä esiintyvät yleisemmin miehillä kuin naisilla. Sisänpäin kääntyneisiin häiriöihin kuuluvat esimerkiksi ahdistus- ja masennushäiriöt. Niissä on usein vetäytymistä ja sisäistä kärsimystä enemmän. Nämä ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä. (Suvisaari 2013, 1487-1492.)

Mielenterveyden häiriö on yleisnimitys psykiatrisille häiriöille. Mielenterveyden häiriöt ovat oireyhtymiä, ja näissä oireyhtymissä on psyykkisiä oireita, joihin liittyy haittaa tai kärsimystä. Mielenterveyden häiriöt luokitellaan oireiden ja niiden vaikeusasteiden mukaisesti. Vaikka vakavammat mielenterveyden häiriöt voivat aiheuttaa toimintakyvyn laantumista ja elämänlaadun heikkenemistä, hyvällä hoidolla mielenterveyden häiriöstä kärsivä pystyy elämään tyydyttävää elämää. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

Jos mielenterveys järkkyy, on tärkeää tunnistaa häiriö, jotta siihen osataan valita oikea hoitomuoto. Mielenterveyden häiriöissä on kyse monen eri tekijän yhteisvaikutuksesta. Yleensä jokin stressitekijä saattaa laukaista mielenterveyden häiriön. On tärkeä tietää, että mielenterveyden häiriöksi ei luokitella tavallisia reaktioita, jotka ovat arkipäivää. Tällainen esimerkki voisi olla surureaktio menetyksessä. Mielenterveyden häiriöiden diagnosoinnissa käytetään psykiatrisia tautiluokitusjärjestelmiä (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

2.1.1 Kliininen depressio

Masennuksesta kärsii maanlaajuisesti yli 300 miljoonaa ihmistä. Pahimmillaan masennus voi johtaa itsemurhaan. 15-29-vuotiailla itsemurha on toiseksi yleisin kuolinsyy. Naissukupuoli on alttiimpi masennukselle kuin miessukupuoli. (World Health Organization 2017a.) Haaralan ym. (2010, 9) mukaan masennuksesta kärsii 21% naisista ja 13% miehistä.

Masennuksella voidaan tarkoittaa monta eri asiaa. Masennus on normaalia tunnetta, johon liittyvät usein pettymykset ja menetykset. Masentunut mieliala tarkoittaa pitkäkestoista tunnetilaa, johon liittyy masentuneisuuden tunne. Pitkäkestoisella tunnetilalla tarkoitetaan viikkoja tai kuukausia. Lisäksi on olemassa kliinisiä masennustiloja, jotka luokitellaan oireyhtymiin. (Isometsä 2009.)

Masennustilojen muodot jaetaan masennustiloihin ja toistuvaan masennukseen. Masennustilan vaikeusastetta voidaan arvioida lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi masennustilaksi. Lievä masennustila ei aiheuta yleensä heikentynyttä toimintakykyä, mutta voi aiheuttaa subjektiivista kärsimystä. Keskivaikeassa masennustilassa potilaan toimintakyky

heikkenee selvästi, ja vaikeasta masennustilasta kärsivä potilas vaatii tukea päivittäisissä toiminnoissaan. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016.)

Masennuksen oireita ovat mielenkiinnon ja mielihyvän menetys, uupumus, masentunut mieliala, kohtuuton itsekritiikki, itseluottamuksen menetys, itsearvostuksen menetys, uni-häiriöt, itsetuhoinen käytös tai itsetuhoiset ajatukset, keskittymiskyvyttömyys, aloitekyvyttömyys, kiihtyneisyys, painon muutokset, ruokahalun muutokset ja psykomotorinen hidastuneisuus. Näistä oireista masennustilan diagnoosiin tarvitaan kahden viikon ajan neljää oiretta. Näiden lisäksi potilaalla on oltava vähintään kaksi oiretta joko masentuneesta mielialasta, mielihyvän ja mielenkiinnon menetyksestä ja uupumuksesta. (Isometsä 2009.)

Lievässä masennustilassa on 4-5 oiretta, keskivaikeassa masennustilassa 6-7 oiretta ja vaikeassa masennustilassa on 8-10 oiretta (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016). Haarala ym. (2010, 11) kertoo, että masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida eri tavoin. ICD-10-tautiluokituksessa käytetään oireiden lukumäärää masennuksen vaikeusasteen selvittämiseen. Vaikeusastetta voidaan mitata myös oiremittareilla, esimerkiksi BDI-21:llä tai HAM-D:llä. Lisäksi voidaan arvioida toimintakykyä ja sen heikentymistä.

Kaurosen ja Lehtosen (2013, 114-115) artikkelista käy ilmi, että elämäntyyliin liittyvät tekijät, kuten esimerkiksi päihteiden käyttö, ylipaino ja vähäinen liikunta lisäävät riskiä sairastua masennukseen. Myös naissukupuoli, perinnöllisyys, posttraumaattinen stressi, sekä sosioekonominen asema ovat riskitekijöitä. Lisäksi pitkäaikaiset sairaudet ovat riski sairastua masennukseen. Isometsä (2009) kertoo myös, että depression riskitekijöitä ovat myös aiemmin sairastettu depression, altistavat persoonallisuustekijät, synnytyksen jälkeinen vaihe, nuori aikuisikä ja keski-ikä, pitkäaikainen työttömyys, päihdeongelma, avioero, leskeys ja yksin asuminen.

World Health Organization (2017a) mukaan hoitomuodoiksi voidaan tarjota masennukseen erilaisia psykologisia hoitoja, esimerkiksi psykoterapiaa, kognitiivista käyttäytymisterapiaa ja käyttäytymisen aktivointia. Lisäksi lääkehoitona voidaan käyttää SSRI-lääkehoitoa ja trisyklisiä masennuslääkkeitä. Masennuslääkkeet ovat hyvä hoitomuoto, mutta lievän masennustilan hoitomuotona se ei ole ensisijainen. Lievässä masennustilassa psy-

kososiaaliset hoidot ovat myös tehokkaita. Hoitomuotoina voidaan käyttää myös kirkasvalohoitoa, sähköhoitoa ja transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016).

Masennuslääkkeisiin kielteisesti suhtautuvat ihmiset usein pelkäävät lääkeriippuvuutta ja sivuvaikutuksia. Usein lääkitys lopetetaankin omin päin sivuvaikutuksien, huonon vasteen tai koetun toipumisen vuoksi. Tutkimuksia tehdään lääkkeistä paljon muun muassa vaikutusmekanismeista. Tunnetuin vaikutusmekanismi masennuslääkkeillä on monoamiiniteoria, jossa serotoniini- ja noradrenaliiniaineenvaihdunta tehostuu. Lääkkeiden tehossa ei ole oleellisia tilastollisia eroja, mutta yksilölliset erot voivat olla suuria. Jos ei aikaisempaa lääkitystä ole ollut, voidaan aloittaa SSRI-lääkkeistä, koska ne ovat yleisimmin siedettyjä. Lääkehoidon tehoa on kuitenkin seurattava säännöllisesti, ja hoitosuunnitelmaa on muutettava, jos vaste on huono. Ensimmäisen masennusjakson jälkeen lääkitystä olisi hyvä jatkaa niin kauan, että on pysynyt oireettomana puoli vuotta. Toisen masennusjakson jälkeen vaaditaan kaksi vuotta oireettomuutta ja kolmannen masennusjakson jälkeen lääkitys voi olla vuosia tai jopa loppu elämän. (Haarala ym. 2010, 15-18.)

2.1.2 Skitsofrenia

Skitsofreniaa on kutsuttu myös nimellä jakomielitauti. Sairaus alkaa yleensä nuorella aikuisiällä ja kestää läpi elämän. Se määritellään vakavaksi psykiatriseksi sairaudeksi ja on yksi yleisimmistä psykooseihin luokitelluista sairauksista. (Huttunen 2017.) Skitsofreniaa pidetään vakavana mielenterveydenhäiriönä, ja se koskettaa maanlaajuisesti yli 21 miljoonaa ihmistä (World Health Organization 2016).

Skitsofrenia on yleinen Suomessa, ja skitsofreniaan sairastuu noin yksi sadasta ihmisestä (Jääskeläisen ym. 2010, 1807-1814). Skitsofrenian tausta on suurimmaksi osaksi tuntematon ja monisyinen (Huttunen 2017b). Skitsofrenialle ominaispiirteitä ovat tunteiden, kielen, ajattelun ja minäkuvan vääristyminen. Skitsofreniaa sairastavat ihmiset kuolevat todennäköisesti 2-5 kertaa varhaisemmin, kuin muu väestö. Syrjintä ja stigma ovat yleisiä skitsofreniaa kärsiville. Tutkimusten perusteella ei voida sanoa yhtä luotettavaa tekijää, mikä aiheuttaa skitsofrenian puhkeamisen. (World Health Organization 2016.)

Skitsofrenian oireet jaetaan negatiivisiin ja positiivisiin oireisiin. Alkuvaiheessa usein ilmenee aistiharhoja, jotka yleisesti ottaen ovat kuuloharhoja. Usein skitsofreniaan liittyy myös ahdistuneisuutta ja masennusta. Skitsofreniaan liittyy työ-, opiskelu-, kognitiivisten toimintojen heikkeneminen sekä ihmissuhteista vetäytyminen. (Salokangas & Tuominen 2017.)

Skitsofrenian positiiviset oireet ovat harhaluulot, käyttäytymisen ja puheen hajanaisuus ja aistiharhat. Negatiivisiin oireisiin luetaan mukaan tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen, tahdottomuus, sosiaalisten kontaktien puute ja vetäytyminen ihmissuhteista ja kyvyttömyys tuntea mielihyvää. Näiden oireiden lisäksi skitsofreniaa sairastavalla esiintyy kognitiivisia puutosoireita tiedon prosessoinnissa, havainnoinnissa, muistissa, toiminnan ohjauksessa ja tarkkaavaisuudessa. Lisäksi tyypillisiä skitsofreniaa sairastaville ovat itsetuhoiset ajatukset, ahdistus- ja mielialaoireet. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015). Jääskeläisen ym. (2010, 1807-1814) mukaan kuitenkin noin kolmasosa skitsofreniaa sairastavista on oireettomia.

Salokangas ja Tuominen (2017) kertovat, että skitsofrenian syntyä voidaan määritellä stressi-alttius-mallin kautta. Mallin pohjalta alttius on varhaiskehityksen aikana syntynyt tai perinnöllistä ja siten sairaus puhkeaa stressin takia. Tärkein altistava tekijä skitsofrenialle on perimä. Noin joka kymmenes lapsi sairastuu skitsofreniaan, jos jommallakummalla vanhemmalla on sairaus. (Huttunen 2017b.) Skitsofreniaan sairastumisen riskiä lisäävät myös lapsuuden traumat, synnytyskomplikaatiot ja sikiöaikaisen kehityksen häiriöt. Stressi, joka liittyy sairauden puhkeamiseen, voi olla toksinen tekijä, kuten päihteiden käyttö, tai stressi voi olla parisuhteen syntyyn-, työhön-, kouluasteelta toiseen siirtymiseen liittyvä stressaava tekijä. (Salokangas & Tuominen 2017.)

Skitsofrenian hoitoon kuuluvat psykososiaalinen tuki ja lääkehoito ovat tehokkaat skitsofrenian oireisiin. (World Health Organization 2016). Hoidon tavoitteena on lievittää oireita, estää tai poistaa uusia psykoosijaksoja ja kohentaa potilaan elämänlaatua paremmaksi. Skitsofreniaa sairastavalle potilaalle tulee luoda yksilöllinen ja kirjallinen hoitosuunnitelma. Hoitomuotoina käytetään psykoosilääkehoitoa ja sen rinnalle psykososiaalisia hoitomuotoja. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2015.)

Jääskeläinen ym. (2010, 1807-1814) kertovat, että skitsofreniaa sairastavalla kuolleisuus on 4,4 kertaa yleisempää verrattuna muun väestön kuolleisuuteen. Tutkimuksissa on kuitenkin kerrottu ennusteen parantuvan neuroleptilääkityksen ansiosta ja lääkehoidon on huomattu vähentävän kuolleisuutta.

2.1.3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö, eli bipolaarihäiriö on pitkäaikainen sairaus. Aikaisemmin sitä on kutsuttu myös maanis-depressiivisyydeksi. Se voi ilmetä mielialan aaltoilu-häiriönä lievimmillään tai sitten kaksisuuntaisena mielialahäiriönä, josta on kaksi eri tyyppiä. Tyypissä 1 esiintyy vakavia masennusjaksoja ja varsinaisia manioita. Toisin kuin tyypissä 1, tyypissä 2 ei ilmene varsinaista maniaa, vaan lievempiä, hypomaanisia jaksosia. (F30-31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö. N.d.) Siitä kärsii maailmanlaajuisesti noin 60 miljoonaa ihmistä. (World Health Organization 2017b.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyyden on arvioitu olevan Suomessa 1,8% (Mantere & Pajakko 2014, 2537-2543).

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä pidetään pitkäaikaisena mielialahäiriönä. Ominaista kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle ovat hypomania-, mania-, masennus- tai sekamuotoiset sairausjaksot. Lisäksi sairauden luonteeseen kuuluu oireettomia tai vähäoireisia vaiheita. Useimmiten oireilu on masennusvoittoista, ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä pidetään kroonisena ja uusiutuvana sairautena. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus, 2013.)

Hypomania tarkoittaa päiviä tai viikkoja kestävästä lievästä noususta mielialaa, joka eroaa potilaan normaalista psyykkisistä toiminnoista. Hypomaniavaiheeseen sisältyy kolme oiretta samaan aikaan, jotka voivat olla keskittymisvaikeus, häiriöherkkyys, fyysinen rauhattomuus, toimeliaisuuden lisääntyminen, unen tarpeen väheneminen, seksuaalisen kiinnostuksen kasvu, puheliaisuuden lisääntyminen, vastuuton käytös, lievä rahojen tuhlailu tai seurallisuuden lisääntyminen. (Isometsä 2016.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnosoinnin apuna käytetään usein erilaisia apuvälineitä. Sairauden seulomisessa voidaan käyttää muun muassa Mood Disorder Questionnaire -kyselyä. (Mantere & Pajakko 2014, 2537-2543.)

Maniavaihetta usein edeltää ensioirevaihe, joka on lievempi kuin mania. Tällöin potilaan unentarve vähenee, energisyyden tunne kasvaa ja kiihtymys nousee. Maniassa on samankaltaisia oireita kuin hypomaniassa, mutta maniassa potilaan toimintakyvyn lasku on alentunut ja voi aiheuttaa vaaratilanteita. Maniassa tulee olla vähintään viikon ajan seuraavia oireita, jotka ovat suuruusharhat, kohonnut itsetunto, sosiaalinen estottomuus, puhetulva, fyysinen rauhattomuus, toimeliaisuuden lisääntyminen, häiriöherkkyys, vastuuton tai uhkarohkea käytös, jonka riskejä potilas ei pysty tunnistamaan itse, ja lisääntynyt seksuaalinen halukkuus. Psykoottiseen maniaan liittyvät aistiharhat tai harhaluulot. (Iso-metsä 2016.)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön sekamuotoinen jakso tarkoittaa masennus-, hypomaanisten ja maanisten oireiden esiintyvyyttä erittäin tiheästi vaihdellen tai samanaikaisesti. Potilaalla tulee olla vähintään yksi mielenterveydenhäiriön jakso elämänsä aikana. Tämän kyseisen jakson aikana on käynyt ilmi vähintään kahden viikon ajan masennus- sekä maanisia oireita. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö: Käypä hoito -suositus, 2013.)

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä on pidetty periytyvänä. Tämän vuoksi sukuhistoria on tärkeää selvittää sairauden diagnosointivaiheessa. Sairauden kehittymiseen liittyvät myös vahvasti ympäristötekijät esimerkiksi päihteet. Usein laukaisevana tekijänä sairauden puhkeamiseen liittyy akuutti stressi. (Mantere & Pajakko 2014, 2537-2543.) Soisalon (2012, 18) mukaan niissä perheissä, joissa ei ole kaksisuuntaista mielialahäiriötä havaittu, on sairastuvuusriski 0,8%. Vastaavasti jos perheessä ilmenee kyseinen häiriö, on 7,8% riski sairastua samaan häiriöön. Ei ole kuitenkaan osattu osoittaa mitään tiettyä geeniä, joka periytyisi suvussa, vaan todennäköisesti kyse on useamman geenin aiheuttamasta sairastumisalttiudesta. Sairastuvuuteen vaikuttaa myös ympäristö, eikä sairastumisessa ole kyse vain geeniperimästä.

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön löytyy tehokkaita hoitomuotoja, jotka koostuvat psykososiaalisesta tuesta ja mielialantasaja lääkkeitä (World Health Organization 2017b). Huttunen (2017a) mainitsee, että kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito pohjautuu potilaan oman sairautensa hyväksymiseen. Moni kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivä potilas on vastahakoinen lääkitykselle ja he lopettavat lääkityksen käytön hypomania- tai

maniavaiheessa. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa käytetään lääkehoitona psykoosilääkkeitä sekä mielialantasaajalääkkeitä. Myös masennuslääkkeitä voidaan käyttää potilaan masennusjakson aikana. Lääkehoidon lisäksi psykoterapiaa suositellaan hoitomuotona. Sairauden hallintaan potilas saa apua kognitiivisesta psykoterapiasta.

2.1.4 Skitsoaffektiivinen häiriö

Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofrenian ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön välimuoto. Skitsoaffektiivisessä häiriössä on ajatustoiminnan häiriintyneisyyttä ja harhoja, jotka liittyvät skitsofreniaan. Lisäksi siinä on kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyviä erityisesti maanisia vaiheita, mutta myös depressiivisiä vaiheita. Yleensä sairaudenkuvaa hallitsevat skitsofrenialle tyypilliset oireet, kuten harhaluulot ja hallusinaatiot. (Lepola 2002, 48.)

Skitsoaffektiivinen häiriö diagnosoidaan vasta silloin, kun sairausjakson aikana ilmenee skitsofrenialle tyypillisiä oireita vähintään kahden viikon ajan ilman vakavia mielialaoireita. Skitsoaffektiivinen häiriö on vähän harvinaisempi kuin skitsofrenia. Keskimäärin sosiaalisen toimintakyvyn kannalta skitsoaffektiivinen häiriön ennuste on vähän parempi kuin skitsofrenian, mutta taas huonompi kuin potilaiden, jotka kärsivät vakavasta mielialahäiriöistä. Skitsoaffektiiviseen häiriöön sairastuneilla henkilöillä on keskimäärin enemmän skitsofreniaan sekä vakaviin mielialahäiriöihin sairastuneita henkilöitä suvusaan. (Huttunen 2016.)

Skitsoaffektiivisen häiriön hoitoon käytetään yhdistettynä skitsofrenian sekä mielialahäiriöiden hyväksi havaitun hoidon periaatteet (Mielenterveystalo 2018). Usein lääkehoidossa käytetään mielisairauksiin käytettävien psykoosilääkkeiden, masennuslääkkeiden ja mielialan tasaajien yhdistelmää (Huttunen 2016).

2.2 Kotihoito

Tampereen kaupungin kotihoitopalvelut ovat tarkoitettu tamperelaisille, vähintään 18-vuotiaille ihmisille, joiden toimintakyky on alentunut sairauden tai muun syyn takia ja

jotka tarvitsevat apua (Tampereen kaupunki 2017). Tampereen kaupungin (2017) internetsivuilla on kerrottu, että kotihoito on auttamassa asiakasta selviytymään jokapäiväisistä toiminnoista yksilöllisesti. Kotihoidon palveluita järjestetään tilapäisen-, sekä määräaikaisen avun tarpeeseen. 2016 toukokuussa säännöllisen kotihoidon piirissä oli noin 2600 asiakasta. (Tampereen kaupunki 2016.)

Kotihoito tarkoittaa palvelukokonaisuutta, johon kuuluvat kotipalvelut, sairaanhoitopalvelut ja tukipalvelut. Nämä muodostavat kokonaisuuden, jolla pystytään auttamaan erikiryhmään kuuluvia ja erilaisen avun tarvitsevia henkilöitä, jotka asuvat kotona, mutta joiden toimintakyky on heikentynyt pysyvästi tai tilapäisesti. Sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki ja sosiaalihuoltoasetus määrittävät kotihoidon sisällön. (Ikonen 2015, 15-16.) Sosiaali- ja terveysministeriö (N.d) kertoo, että kotisairaanhoito on osana kotihoitoa ja kotisairaanhoidosta vastaavat pääsääntöisesti sairaanhoitajat. Kunnalla on velvollisuus järjestää oman kunnan asukkaille kotihoidon ja kotisairaanhoidon palvelut.

Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakkaan toimintakykyä ja elämänhallintaa, jotta asiakas pystyy asumaan kotona mahdollisimman pitkään. Kotona asumista tuetaan ehkäisevien palveluiden, terveyspalveluiden, palvelutarpeen arvioinnin, kotihoidon, lyhytaikaisten laitospalveluiden ja omaishoidon tuen avulla. Kyseiset palvelut kuuluvat kunnan lakisääteiseen järjestämismvastuuseen, mutta ne taas voivat olla kunnan yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta ostopalveluina hankittuina tai kunnan tuottamia palveluita. Kotihoitopalveluita asiakas voi hankkia omakustanteisesti yksityiseltä palveluntuottajalta. (Ikonen 2015, 18.)

Kotihoitopalveluja on mahdollista saada vammaisuuden, sairauden tai heikentyneen toimintakyvyn vuoksi. Kotihoidon asiakkaista valtaosa on iäkkäitä, ja heillä voi olla pitkäaikaissairauksia tai useita terveysongelmia. Muut asiakaskunnat ovat mielenterveysasiakkaat, päihdeasiakkaat ja vammaisasiakkaat. Kotihoidon avulla pystytään mahdollistamaan myös viiveetön sairaalasta kotiutuminen ja pystytään turvaamaan jatkohoito sairaalajakson jälkeen. (Ikonen 2015, 19.)

2.2.1 Hoitajana kotihoidossa

Kotihoidossa työskentelee kodinhoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia, perushoitajia, terveydenhoitajia, sosionomeja, sosiaaliohjaajia, fysioterapeutteja, geronomin tai vanhus-työn erikoisammattitutkinnon suorittaneita ammattilaisia. Sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinto avaa valmiudet työskennellä hoitotyön asiantuntijana kotihoidossa. Työ on terveyttä edistävää, sairauksia ehkäisevää, kuntouttavaa ja hoitavaa. Tämä asiantuntijuus perustuu hoitotieteeseen. Sairaanhoitajat työskentelevät moniammatillisissa ryhmissä sekä itsenäisesti, ja työhön kuuluvat mm. hoitotyön suunnittelu ja sen toteutus, lääkehoidon suunnittelu ja sen toteutus, vaikuttavuuden seuranta, sekä asiakkaiden ja omaisten ohjaus, tukeminen ja neuvonta. Tärkeää sairaanhoitajan työssä on myös kehittää hoitotyötä tutkimuksista saatavien tiedon avulla sekä kehittää käytännön työtä. (Ikonen 2015, 173.)

Sairaanhoitajan ydinosaamista ovat kotihoitotyön ja itsensä kehittämisen taidot, viestintä- ja vuorovaikutustaidot sekä ammattieettiset taidot. Kotihoitotyön perustana olevan tiedon, kotihoitotyön prosessin, työturvallisuuden ja kotihoitotyön työtehtävien hallinta on keskeistä osaamista. Jotta sairaanhoitaja pystyy työskentelemään sosiaali- ja terveydenhoitoalan tehtävissä, tulee kehittää itseään työntekijänä ja opiskella jatkuvasti. Ammattitieteisiin kuuluu hyvä oman ammattitaidon ylläpitäminen. Lainsäädäntö ohjaa ammattitaidon kehittämistä. Laki määrittelee terveydenhuoltoalalla työskentelevien täydentämään osaamistaan jatkuvasti. Työnantajan on myös katsottu olevan velvollinen järjestämään joka vuosi 3-10 päivää täydennyskoulutusta työntekijälle, jolloin kustannusvastuu on työnantajalla. (Ikonen 2015, 174.)

Hautsalon ym. (2016, 7-10) artikkelissa kerrotaan, että hoitajan vuorovaikutuksella on tärkeä rooli hänen kohdatessaan kotihoidon asiakkaan ja hänen läheisensä. Vuorovaikutus on koettu onnistuneeksi, jos hoitaja oli miellyttävä, asiallinen ja pirteä. Kielteiseksi koettiin, jos hoitaja huusi kovalla äänellä, puhui selän takaa tai ei kuunnellut loppuun asti. Hoitajien ammatillisuudessa koettiin olevan vaihtelua. Ongelmalliseksi koettiin se, jos asiakas joutui neuvomaan hoitajaa päivittäisissä toiminnoissa. Toki hoitajien vaihtuvuus vaikuttaa myös tähän. Artikkelissa kerrottiin myös, että myös aikaisempaan tutkimustietoon tukeutuen vahvistui käsitys siitä, että kotihoidon tuki painottuu fyysisen terveyden tukemiseen enemmän. Sen sijaan arjen toimintoihin osallistumiseen ja psyykkiseen puoleen keskityttiin vähemmän.

2.3 Mielen­terveyshäiriötä sairastavat asiakkaat kotihoidon asiakkaana

Mielen­terveys­lais­sa (1116/1990) kerrotaan, että ”Mielen­tervey­styöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielen­terveyden­häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.” Mielen­tervey­styön pariin kuuluvat sosiaali- ja terveys­palvelut, joita annetaan lääketieteellisin perustein eri mielen­terveyden­häiriötä sarastaville ihmisille.

Ikonen (2015) kertoo, että mielen­terveyshäiriötä sairastavat asiakkaat ovat avohoidossa yhä enemmän, jolloin on lisätarvetta kuntouttavan koti­hoitopalveluihin tai asumis­palveluihin. Vuorovaikutus, joka liittyy mielen­terveys­asiakkaisiin, koetaan usein ongelmalliseksi ja vaikeiksi. Mielen­terveyshäiriötä sairastavaa asiakasta autetaan koti­hoidon avulla sietämään vaihtelevia tilanteita ja tunteita. Mielen­terveyshäiriötä sairastava asiakas tarvitsee monenlaisia eri palveluja, ohjausta ja tukitoimintaa arjen selviytymiseen. Jos tarvetta ilmenee, mielen­terveys­asiakasta tuetaan hakemaan ja vastaanottamaan psyykkisiin ongelmiinsa asiantuntija-apua. Vuorovaikutuksen tulisi vahvistaa koti­hoidossa asiakkaan uskoa elämään ja itseensä.

Alasen ja Leinosen (2010, 3791-3795) mukaan eteenkin skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö tulevat yleistymään avohoidossa. Määrän odotetaan kolminkertaistuvan seuraavien vuosikymmenten aikana. He kertovat myös, että Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 65 vuotta täyttäneillä psykoosisairauksien esiintyvyys oli 3,5 %. Vakavaa masennusta sairasti 2,3 % Suomessa.

Mielen­terveyshäiriötä sairastavalle tarjotaan neuvontaa ja ohjausta oman elämänsä jäsentämisessä, keinoja, joilla selvitä arjesta ja elämänsuunnitelmien tekemisessä. Mielen­terveyshäiriötä sairastavaa on hyvä tukea kokemaan ja näkemään konkreettisesti, mitä mahdollisuuksia yhteiskunta järjestää, jotta oma hyvinvointi ja elämänlaatu paranisivat. (Ikonen 2015, 46.)

Toikkasen (2018, 549) mukaan useampi kuin joka neljäs ei saa riittävästi tai lainkaan koti­hoidon palveluja. Lähes joka viides ei saa riittävästi tai ollenkaan kotisairaanhoidon palveluja, jos kyseessä on pienituloisen ikääntynyt. Tämän lisäksi joka kymmenes ikääntynyt jättää käymättä lääkärissä rahan vuoksi. Ajatus on, että alimmatkin terveydenhuollon maksut ovat liikaa, jos eletään toimeentulotuen turvin. Terveydenhuollon palveluista säästetään, jos pärjätään sairauden tai vaivan kanssa.

Hoidon suunnittelussa on hyvä saada selvitettyä potilaalta tai hänen omaiseltaan riittävästi tietoa elämänhistoriasta. Lisäksi tieto ja käsitys toimintakyvystä ja arkiselviytymisestä, lääkeshoidosta ja mahdollisesta riippuvuudesta, sekä alkoholin käyttö pitäisi tulla hoitavan tahon tietoon hoidon suunnitteluvaiheessa. Psykiatrisen vanhuspotilaan kohdalla voidaan tietoja tarvita myös terveyskeskuksesta, sosiaalipalveluista ja eri lääketieteen erikoisaloilta. Psykiatrisen vanhuspotilaan haastattelu ja tutkiminen vaativat rutkasti aikaa, jos se halutaan tehdä huolellisesti. Tarvittaessa voidaan konsultoida psykiatria tai vanhuspsykiatria. (Alanen & Leinonen 2010, 3791-3795.)

Mielenterveyspalvelut voivat rajata yli 65 -vuotiaat mielenterveyshäiriötä sairastavat asiakkaat pois asiakaskunnastaan. He lisääntyvät koko ajan kotihoidossa, joten tietotaitoa pitäisi avopuolellakin olla. Vanhuspsykiatrisia poliklinikoita on vain muutama koko maassa, joten tarvittaessa on tehtävä lähete erikoissairaanhoidon. Tällä hetkellä palvelujärjestelmässä ei ole selkeää hoitopolkua mielenterveyshäiriötä sairastaville vanhuksille. Hoito tapahtuu heidän kohdallaan kotihoidon lisäksi vanhustenhuollon laitoksissa, perusterveydenhuollossa, mielenterveyden avopalveluissa ja vanhuspsykiatrian yksiköissä. Ikääntyvän väestön hoidossa olisi tärkeää vanhuspsykiatrinen asiantuntemus. (Alanen & Leinonen 2010, 3791-3795.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä ongelmakohtia on mielenterveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden kohtaamisessa kotihoidossa ja tarvitaanko lisäkoulutusta osaamisen parantamiseksi.

Opinnäytetyön tehtävät olivat:

1. Mitä ongelmakohtia on mielenterveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden kohtaamisessa kotihoidossa?
2. Mitä kehitettävää on sairaanhoitajan osaamisessa mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa kotihoidossa?

Tavoitteena oli tuottaa tietoa mielenterveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden kohtaamisen ongelmakohdista kotihoidossa sairaanhoitajan näkökulmasta.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen menetelmä

Laadullinen menetelmä ymmärretään aineiston muodon kuvaukseksi. Laadullisessa menetelmässä korostetaan kohdeilmion käsitteellisen pohdinnan merkitystä. Laadullisen aineiston menetelmällä tarkoitetaan aineistoa, joka ilmaisultaan on tekstiä. Laadulliselle menetelmälle osallistuvuus on keskeistä. (Eskola & Suoranta 2005, 13-16.)

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 18-19) kertovat, että teoria on välttämätön laadullisessa tutkimuksessa. Laadullisessa menetelmässä "teoria"-termillä tarkoitetaan työn viitekehystä. Sekä teoria että viitekehys muodostuvat käsitteistä sekä käsitteiden merkityssuhteista. Viitekehys kuvaa työn keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä suhteita. Käsitteellisenä ilmiönä viitekehys jaetaan kahteen eri osaan, jotka ovat viitekehyyksen muodostavat tutkimusta ohjaava metodologia sekä se, mitä tutkittavasta ilmiöstä jo entuudestaan tiedetään.

Tutkimustyyppijako tulee ymmärtää syvällisesti, ja se pohjautuu teoreettiseen ja empiiriseen tyypittelyyn. Yksi kulmakivi, johon laadullinen menetelmä nojaa työn perusteluissa, on havaintojen teoriapitoisuus. Havaintojen teoriapitoisuus tarkoittaa sitä, millainen käsitys yksilöllä on ilmiöstä, millaisia merkityksiä annetaan tutkittavalle ilmiölle tai millaisia tutkimuksessa käytettäviä välineitä käytetään. Nämä asiat vaikuttavat tutkimuksen tuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 19-20.) Valitsimme opinnäytetyöhön laadullisen menetelmän, koska haluamme tuoda sairaanhoitajien omia kokemuksia ja mielipiteitä esille.

4.2 Aineiston keruu

Haastattelu on yksi yleisimmin käytetyistä aineistonkeruu menetelmistä laadullisessa opinnäytetyössä. Haastattelun etuna on joustavuus. Haastattelijan on mahdollisuus selvittää kysymystä tai toistaa sen. Haastattelijan on myös mahdollista esittää tarkentavia kysymyksiä ja ohjata kysymyksillään haastattelun kulkua. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 71-73.) Teemahaastattelu on yksi haastattelumuodoista, joka on väljempi haastattelumuoto kuin strukturoitu haastattelu. Teemahaastattelussa on muutamia keskeisiä kysymyksiä tai

aihepiirejä, joiden ympärille haastattelu rakentuu. (Kylmä ja Juvakka 2007, 78.) Haastattelu on Hirsjärven ja Hurmen (2000, 35) mukaan ajatteluun ja tietoisuuteen kohdistuva menetelmä. Ihminen pystytään näkemään subjektina haastattelutilanteessa. Teemahaastattelun perustana on se, että haastateltavat ovat kokeneet tilanteen.

Tarkoituksena teemahaastattelussa on edetä etukäteen valittujen teemojen varassa. Teemoihin voidaan liittää tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelussa yritetään löytää vastauksia, jotka ovat merkityksellisiä työn tehtävän, tarkoituksen tai ongelmanasettelun mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Teemahaastattelun avulla pystyimme saamaan laajasti ja monipuolisesti tietoa haastateltavien ajatuksista. Lisäksi pystyimme heti tarttumaan sellaisiin kohtiin, jos emme täysin ymmärtäneet mitä haastateltava tarkoitti kokemuksellaan. Pyrimme, että haastateltava pystyi vapaasti kertomaan kokemuksensa haastattelutilanteessa.

Molemmat opinnäytetyöntekijät olivat paikalla haastattelujen aikana. Toinen opinnäytetyön tekijä huolehti haastattelusta, jolloin toinen opinnäytetyön tekijä keskittyi haastattelun nauhoitukseen. Molemmat opinnäytetyöntekijät kuitenkin osallistuivat keskusteluun ja täydensivät siten haastattelua.

Haastattelimme neljää (4) kotihoidon työntekijää heidän työpaikallaan joulukuussa 2017 heidän työajallaan. Kotihoidon työntekijät olivat koulutukseltaan sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia. Terveydenhoitajalla on myös sairaanhoitajan koulutus. Työelämäohjaajamme valitsi haastateltavat sairaanhoitajat Tampereen kotihoidon alueelta. Haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen. Haastattelut kestivät 20-40 minuuttia.

4.3 Aineiston analysointi

Hirsjärven ja Hurmen (2000, 135) teoksessa kerrotaan, että analysointivaihe on mielenkiintoista ja haastavaa, mutta samalla työlästä ja ongelmallista. Monet tutkijat kuvaavat analyysivaihetta erityisen tuskalliseksi ja rankaksi prosessiksi. Analyysivaiheessa yritetään luoda ilmiöitä, etsiä merkityksiä ja yritetään tulkita oikein haastateltavien vastauksia.

Aineiston käsittelyn ja analysoinnin on tapahduttava mahdollisimman pian aineiston keruuvaiheen jälkeen. Tällöin aihe inspiroi haastattelijaa ja aihe on tuore. Lisäksi, jos analysointi vaiheessa käy ilmi joiltain osin selvennettävää tai täydennettävää, asiaan voi vielä puuttua. Kylmä ja Juvakka (2007, 113) kertovat, että aineistolähtöisessä analyysissä pyritään tunnistamaan väittämiä, jotka ilmaisevat jotain tutkittavasta ilmiöstä. Analysoinnissa ei analysoida kaikkea, vaan siinä haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin.

Sisällönanalyysin avulla koetetaan saada aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon sisältäen informaation, jota aineistossa on. Tarkoituksena laadullisen aineiston analysoinnille on informaation lisääminen. Analyysillä luodaan aineistoon selkeyttä, jotta ilmiöstä voidaan tehdä luotettavia ja selkeitä johtopäätöksiä. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen tulkintaan ja päättelyyn, jossa ensin hajotetaan aineisto osiin, käsitteellistetään ja kootaan loogiseksi yhtenäiseksi kokonaisuudeksi uudella tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 108) kertovat, että aineistolähtöisen laadullisen, eli induktiivisen aineiston analysointia kutsutaan prosessiksi, jossa on kolme vaihetta. Ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, eli redusointi. Toinen vaihe on ryhmittely, eli klusterointi. Kolmas vaihe on teoreettisten käsitteiden luominen, eli abstrahointi.

Pelkistäminen on informaation pilkkomista osiin tai tiivistämistä. Työn tehtävä ohjaa aineiston pelkistämistä, jonka mukaisesti aineistoa pelkistetään koodaamalla tai litteroimalla työn tehtävälle oleelliset ilmaukset. Alkuperäisilmauksista nostetut ilmaukset kirjataan aineistosta, jotka ovat nousseet aineistosta. Tästä voidaan käyttää käsitettä pelkistäminen. Pelkistäminen voidaan tehdä niin, että litteroidusta aineistosta löydetään työn tehtävän kysymyksillä kuvaavia ilmaisuja, jotka voidaan esimerkiksi alleviivata erivärisillä kynillä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Etsimme yhdessä opinnäytetyön tehtäviin vastauksia litteroidusta aineistosta käyttäen eri värisiä värikyniä. Keskustelimme aktiivisesti tämän vaiheen aikana, miksi on valittu tiettyjä alkuperäisilmauksia. Nämä pyrimme pelkistämään yhdessä. Alkuperäisen ilmauksen pelkistyksestä esimerkki taulukossa 1.

TAULUKKO 1. PELKISTYS

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTYS
No sitte on niitakin ihan siinä kohtaa- misessa että voi sitte olla et siin on se käytös niin uhkaavaa et sit mennään vaikka vartijan kanssa.	Vartija otetaan käynnille mukaan, jos asiakkaan käytös on uhkaavaa.
Ja sitten on niinku näitä taas että kellä iskee niinku masennus ku näi. Ni sit se on yhtä itkua se elämä.	Masennuksen tullessa elämä on yhtä it- kua.
Mut sitten se kohtaaminenki on mun mielest semmonen, että... että että... Siihen ei voi niinku... luoda semmosta tiettyä sabluunaa, että kyllähän se jo- kaisen asiakkaan kohdalla joudut miet- tii et voiksää... Jossain puhutaan pal- jon, jossain voi käyttää hurttia huumo- ria ja mennään siellä niinku vähä jo ehkä vähä niinku ehkä vähä että voiko näin asiakkaan kans puhua.	Kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen ei voi luoda tiettyä sabluunaa. Asiak- kaasta riippuen voidaan käyttää hurttia huumoria ja välillä joudutaan mielti- mään voiko näin asiakkaan kanssa pu- hua.

Sisällöllisesti samankaltaiset pelkistykset ryhmitellään. Ryhmittelyssä voidaan käyttää esimerkiksi toista asiakirjaa tai toista paperia. (Kylmä ja Juvakka 2007, 118.) Tuomi ja Sarajärvi (2009, 110) kuvaavat, että ryhmittelyssä alkuperäisilmaisut käydään läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisia ja eroavaisia käsitteitä. Ne ilmaisut, jotka tarkoittavat samaa ryhmitellään ja yhdistetään omaksi luokaksi. Luokka nimetään sisällön kuvauksen mukaan. Aineisto tiivistyy luokittelussa, sillä yleisempiin käsitteisiin sisällytetään yksittäiset tekijät.

Teimme tämän vaiheen tulostamalla alkuperäisilmaukset ja leikkaamalla ne erikseen. Siirtelimme leikattuja alkuperäisiä ilmauksia ja luokittelimme ne samankaltaisuuden perusteella. Mietimme samantyyppisille pelkistyksille nimet, joista tuli alaluokkia. Näistä alaluokkien muodostuksesta kuva taulukossa 2.

TAULUKKO 2. ALALUOKKIEN MUODOSTUS

PELKISTYS	ALALUOKKA
Lääkkeet annetaan päihtyneelle, vaikka olisi vahvoja kipulääkkeitä.	Alkoholin tuomat ongelmat
Päihtyneenäkin käydään poliklinikkakäynneillä.	
Asiakkaan päihtymys on vaara.	
Lääkkeet annetaan myös asiakkaan ollessa päihtynyt	
Alkoholi ja päihtymys ovat ongelmia	

Alaluokat saadaan ryhmittelemällä aineisto samankaltaisuuksien perusteella. Alaluokan ryhmittelystä samankaltaisuuden perusteella saadaan yläluokka ja yläluokkien ryhmittelystä saadaan pääluokka. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 110.) Alaluokat ryhmiteltiin uudelleen samankaltaisen sisällön perusteella ja sille ryhmälle mietimme nimen. Tästä muodostui yläluokka, josta esimerkki taulukossa 3. Yläluokkien on vastattava pääluokkaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112). Meidän opinnäytetyömme tehtäviin tulisi vastata siis yläluokat. Tästä esimerkki taulukossa 4.

TAULUKKO 3. YLÄLUOKKIEN MUODOSTUS

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Hoitovastaisuus	Hoidosta kieltäytyminen
Lääkehoidon haasteet	

TAULUKKO 4. PÄÄLUOKKIEN MUODOSTUS

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Ammatillinen kasvu	Elinikäisen oppimisen taidot
Koulutustarve	

5 TULOKSET

5.1 Ongelmakohdat mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa kotihoidossa

5.1.1 Sairauden tuomat haasteet

Havaitsimme, että suurena ongelmana kotihoidossa asiakkaiden kanssa on lääkehoito. Sairaanhoitajat saattavat kokea olevansa avuttomia, jos asiakas ei halua ottaa lääkkeitä. He kokivat, että sanallinen viestintä oli ainut keino lääkkeiden otossa. Voidaan koittaa houkutelua ja motivoida asiakkaita ottamaan lääkkeitä, sekä kertoa haitoista, jos lääkkeitä ei ota. Asiakkaan kieltäytyminen lääkityksestä on arkipäivää, ja tällöin tulee myös psyykeen ongelmia. Lisäksi sairaanhoitajilla oli vahva huoli asiakkaiden runsaasta kipulääkevalikoimasta, koska osa asiakkaista on aikaisemmin ollut lääkkeiden väärinkäyttäjiä. Lääkehoitoon suhtaudutaan varauksella, sillä on vaarana, että asiakas saattaisi ottaa liian suuren annostuksen kerralla lääkkeitä, mikäli ne säilytetään hänen ylettämällään alueella. Osalla kotihoidon asiakkaista on lääkkeitä kotihoidon toimistossa, josta ne viedään joka käynnillä asiakkaalle kotiin.

Sairaanhoitajat toivat ilmi, että itsemääräämisoikeus tulee vastaan ja että he eivät voi pakottaa asiakasta ottamaan lääkkeitä, vaikka tiedossa olisi mahdollinen tuleva sairaalajakso sen seurauksena. Esimerkiksi maniavaiheen tullessa ei asiakas välttämättä tiedosta omaa sairauttaan ja mahdollisia haittoja, mikä voi johtaa lääkkeitä kieltäytymiseen. Lisäksi kävi ilmi, että usein asiakkaat luulevat, että heitä myrkytetään lääkkeillä, jos maniaa tai psykoosin oireita alkaa ilmetä.

Ainoo se, että nii, että niinku saatais niitä lääkityksiä menee mistä hän kieltäytyy, että se on se vähän haaste hänen kanssaan

Hoitovastaisuus näkyy kotihoidossa, joskaan ei kaikkien kohdalla. Osalla asiakkaista, eteenkin mielenterveyshäiriöistä sairastavilla, hoitovastaisuutta voi olla. Ongelmaksi muodostuu, jos asiakas ei ole kotona kotikäynnin ajankohtana. Tällöin myös lääkehoito

jää toteuttamatta. Osa asiakkaista hoitaa itse tablettilääkityksen, mutta esimerkiksi injektiot voivat olla kahden viikon välein ja niiden ajankohta siirtyy, jos asiakas ei ole sovitusti paikalla. On myös tilanteita, joissa asiakas on sanonut jo ennen kotikäyntiä, että käynnille ei saa tulla, ja silloin työntekijät mukautuvat tilanteeseen.

No heti alkuun voi olla siis ihan se haaste, et päästäänkö me sisään

Koska sairaanhoitajat eivät käy joka päivä kotikäynneillä, he eivät voi tietää, mikä tilanne juuri sillä hetkellä kotona on. Voi olla asiakkaita, joiden luona käy kotihoidosta lähihoitajia, mutta sairaanhoitajat käyvät tarvittaessa. Näihin paikkoihin mennään vain lähihoitajien kertoman tiedon perusteella. Tai vaihtoehtoisesti voi olla asiakkaita, joiden luona käydään kahden viikon välein esimerkiksi jakamassa vain lääkkeitä. Periaatteena on, että tehdään se mitä pystytään, mutta jos asiakas kieltäytyy hoidosta, niin mitään ei ole tehtävissä. Ilmi kävi myös, että asiakkaiden ravitsemuksessa on havaittu puutteita, mutta jos työntekijä koittaa opastaa sen suhteen, voi syntyä riita asiakkaan ja työntekijän välille.

Lisäksi sairaanhoitajat olivat huolissaan asiakkaiden alkoholin käytöstä. He kokivat, että asiakkaan päihtymys on uhka, ja siksi olisi parempi, että asiakkaat olisivat selvänä kotihoidon käynnin aikana. Sairaanhoitajat kokivat, että ongelmaksi päihtymyksen myötä tulevat myös lääkkeet. Osa asiakkaista käyttävää vahvoja kipulääkkeitä, eikä ole oikein ohjeistusta, sopiiko lääkkeitä käyttää, jos on päihtyneenä. Tällöin hoitajat joutuvat kääntymään lääkärin puoleen.

Ja siellä polilla kun käytiin, niin oli humalassa kyllä sillonkin

Mielenterveyshäiriön oireet ovat jokapäiväinen haaste. Mikäli asiakkaat kuvittelevat, että työntekijä koittaa myrkyttää heidät, luonnollisesti he eivät halua sairaanhoitajan tulevan heidän kotiinsa. Jos psyykeen tila heikkenee, haasteena usein on, että asiakas alkaa kyseenalaistaa lääkityksiä. Toisaalta taas, mikäli asiakkaalla on menossa pahempi masenusjakso, voi olla, että sairaanhoitajat eivät pääse käynnille, sillä asiakas ei jaksakaan tulla avaamaan ovea työntekijälle. Tilanteet voivat muuttua hyvinkin nopeasti, ja seuraavalla käynnillä asiat voivat olla aivan toisin.

Se on siis oikeesti ihan niinku seuraavana päivänä jo kaikki pääläellaan

Asiakkaan oireista pystytään arvioimaan esimerkiksi tulevaa sairaalajakson tarvetta. Usein ensimmäisiä oireita on, että vauhtia riittää ja kyseenalaistetaan lääkitys, joka jätetään sitten ottamatta. Haaste on siinä, että esimerkiksi lähihoitajan tullessa asuntoon asiakas pystyy skarppaamaan siten, ettei lähihoitaja havaitse oireiden pahenemista. Tai vastaavasti voi olla toisin, että lähihoitajalle kerrotaan sen hetkinen tilanne, mutta skarpataan sairaanhoitajan tullessa käynnille. Yksi haaste on myös se, että ei olla varmoja, mitkä oireet liittyvät mielenterveyshäiriöihin ja mitkä taas muistisairauden harhaisuuteen. Sairaanhoitajat koittavat auttaa asiakasta, mutta vastaanotto ei aina ole lämmin, jolloin tilanne voidaan kokea uhkaavaksi. Kaikkeen tulee olla varautunut, kun on menossa kotikäynnille.

Sairaanhoitajien mukaan uhkaava käytös on suuri ongelma. Asiakasta kohdatessa saattaa olla, että on huutamista, hoidosta kieltäytymistä ja ovien paiskomista. Kohtaamiset voivat olla asiakkaan puolelta seksuaalissävyytteisiä. Tilanteet ovat liittyneet intiimialueiden kosketteluun. Vartijaa joudutaan käyttämään työntekijän turvallisuuden takaamiseksi. Mikäli asiakas on uhkaava, on haastavaa tehdä kotikäyntejä.

Sairaanhoitajan tulee aina pitää mielessä oma turvallisuus ja miettiä koko ajan pakoreittiä ulos, mikäli uhkaava tilanne tulee. Jos asiakkaan käytös on uhkaavaa, ei niissä tilanteissa häntä päästetä sairaanhoitajan ja ulko-oven väliin. Lisäksi on mietittävä, missä kääntyy selin asiakasta kohti. Joissain tilanteissa on arvioitava, voiko sisälle edes mennä, vai siirretäänkö käynti seuraavaan ajankohtaan. Joissain tilanteissa arvioidaan työparin tai vartijan tarvetta. Varsinkin asiakkaan ollessa maanisessa vaiheessa hän saattaa käyttäytyä sanallisesti uhkaavasti. On käynyt ilmi, että asiakkaat ovat myös lähettelleet hoitosuhteen aikana sairaanhoitajalle uhkauskirjeitä kotiin. Sairaanhoitajan tulee olla myös asiakkaan asiantuntija siinä mielessä, ettei mene asiakkaan omien rajojen yli, jolloin asiakas saattaa hermostua ja kieltäytyä hoidosta.

Nyt viime aikoina niin se fyysinen niinkun kontakti ehkä siellä kotona on ollu semmosta seksuaalissävyytteistä, että ei väkivaltasta, mut semmosta todella epämiellyttävää takapuoleen, tisseihin tämmöstä tarttumista

5.1.2 Sairaanhoidajan huoli asiakkaista

Sairaanhoidajilta käy ilmi, että yksi ongelma kotihoidossa on raha, kun asiakas kohdataan. Ruokaa ostetaan vain sen verran, kuin mihin rahat riittävät. Asiakkailla, joilla ei ole edunvalvojaa, on usein rahanpuute. Edunvalvojaan voidaan olla yhteyksissä, jotta hän tekisi toimeentulotukihakemuksen, mikäli asiakkaan raha ei tahdo riittää esimerkiksi kotihoidon käynteihin. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista, jolla mielenterveyshäiriö on todettu, on oma edunvalvoja.

Ja ravitsemuksessakin on se että, no monella varsinkin mielenterveydenpuolen ihmisillä ongelmana on se raha. Että mitä sille sitten niinku ostetaan, mutta että, sillä mennään mikä riittää

Sairaanhoidajien työympäristöön kuuluu asiakkaiden koti. Sairaanhoidajat kuvaavat, että kodit ovat välillä sekaisia ja kamalia. Koska sairaanhoidajat toimivat asiakkaan ehdoilla, asiakas saa elää kotonaan niin kuin tahtoo, ja ongelmaksi voi muodostua likaisuus, kun ei ole riittävästi energiaa ylläpitää kodin siisteyttä. Myös tupakointi asunnossa sisällä on ongelma. Lisäksi asiakkaiden kotona tulee olla tarkka, mikä alue on sellaista, mihin sairaanhoidajan on mahdollista mennä ja mikä ei.

Mutta se tosiaan, että ne kodithan on välillä ihan siis kamalia

Sairaanhoidajat kuvasivat, että vuorovaikutus on ongelma asiakkaan kohtaamisessa. Koska hoitohenkilökunta vaihtuu, luottamussuhteen rakentaminen voi olla haastavaa asiakkaan ja hoitajan välille. Vuorovaikutukseen liittyen kävi ilmi, että sairaanhoidajat voivat yrittää motivoida asiakasta hoitotoimenpiteiden suhteen, mutta esimerkiksi pesuille meno saattaa olla monen viikon prosessi, jota työsteetään joka käynnin yhteydessä. Silloin kun asiakas suihkuun viimein suostuu, on se kovan työn tulos.

Sairaanhoidajat kertoivat, että ei ole tiettyä kaavaa, kuinka vuorovaikutusta hoidetaan asiakkaan ja potilaan välillä, ja välillä työntekijät ovat miettineet, onko ”hurtti huumori” sopivaa asiakkaan kanssa. Sairaanhoidajat tuovat ilmi, että monilla asiakkailla on suuri tarve puhua asioistaan sairaanhoidajan kanssa ja puhelimesta puhuminen on yleisempää, jos vertaa kotikäynteihin. Kävi myös ilmi, että sairaanhoidajan päivä saattaa alkaa sillä,

että asiakas soittaa, ja sairaanhoitajalla ei välttämättä ole aikaa riittävästi puhelimesta puhumiseen.

Tunnustan kyllä, että mää teen siinä samalla vähä kaikkee muuta, et onko se nyt sit aito, olenko aidosti ehkä siinä niin paljo ku pitäis, mut et sit se on hänelle kuitenkin ihan riittäny. Kun kuuntelet siinä.

Havaitsimme yhdeksi ongelmaksi kotihoidon asiakkaan kohtaamisessa sairaanhoitajien omat tunteet. Sairaanhoitajat kertovat, että heidän on siedettävä ja kestettävä heille epämiellyttäviä tilanteita niin pitkälle, kunnes M1-kriteerit täyttyvät. Kerrotaan, että osa tapahtumista saattavat mennä syvälle tunteisiin, ja riittämättömyyden tunne olivat suuri. Sairaanhoitajat kuvasivat, että osa työpäivän asioista saattavat jäädä pyörimään joksikin aikaa mieleen oman pään sisälle. Kävi ilmi, että osa sairaanhoitajista koki, ettei heillä ollut riittävän vahvaa osaamista mielenterveyspuolella ja tämä oli asia, joka johtaa riittämättömyyden tunteisiin. Sairaanhoitajat tunnistavat myös, että kaikkia asiakkaita ei yksinkertaisesti pysty auttamaan, mutta he eivät tiedä kuinka toimia, mikäli riittämättömyyden tunne syntyy.

Se ei ole helppoa kyllä, että kyllä ne jotku aika niinku oman ihon allekin kyl menee ne tilanteet, että siinä joutuu vähän sitten pohtiin ja miettiin. Ja saattaa vähäks aika siten jäädä omaan päähän pyöriinkin pyöriinkin ne asiat

5.2 Kehitettävää sairaanhoitajan osaamisessa mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa kotihoidossa

5.2.1 Elinikäisen oppimisen taidot

Haastatteluissa kävi ilmi, että sairaanhoitajat halusivat saada ajantasaista tietoa koulutuksien välityksellä. Sairaanhoitajat kaipaivat lisä- ja täydennystä enemmän työnantajan puolesta, jotta he voisivat kehittää osaamistaan kohdatessaan asiakkaan. He kokevat kotihoidon haasteelliseksi siinä mielessä, että siinä tarvittiin monelta eri osaamisalueelta

tietoa ja sitä ei kaikilla ole tarpeeksi. Osa sairaanhoitajista ei ollut käynyt mielenterveyspuolen koulutuksissa lainkaan työuransa aikana, vaan osaaminen on jäänyt opiskeluaikojen koulutuksen pohjalle. He kokivat, että hyötyisivät koulutuksista.

No tota meillä olis ollu tossa nyt keväällä semmonen koulutus niinku, että psykoottisen asiakkaan kohtaaminen ja mä oisin sinne halunnu mennä, mutta en sitten syystä tai toisesta päässyt.

Niin siitä on sitte useempi vuosi aikaa ku on näitä asioita käsitelty.

En oo mielenterveyspuolen koulutuksissa en oo ollu tainnu olla

Sairaanhoitajat kokivat, että se kaipaisivat koulutusta eri hoitolinjauksista eri diagnooseilla. Sairaanhoitajat kaipaisivat syvempää tietoa asioista, jotta he voisivat kehittää omaa osaamistaan sitä kautta. He kokivat, että pintapuolisesta tiedosta ei ole hyötyä, vaan osaamista tulisi kehittää siten, että asioihin syvennyttäen. Kaikki mielenterveyteen liittyvä tieto olisi tervetullutta ja se kehittäisi osaamistaan kohdatessa asiakkaat. Sairaanhoitajat halusivat tietää esimerkiksi syvemmin sairauden taustoja ja sen, mikä tekijä voi aiheuttaa sairauden. He kaipasivat vahvistusta osaamiseen siitä, kuinka tulkita tunnelmaa asiakkaan kotona ja kuinka mukautua nopeasti vaihtuviin ja muuttuviin tilanteisiin nopeasti. He kaipasivat toimintamalleja ja vinkkejä eri tilanteisiin esimerkiksi psykoottisen asiakkaan kohdatessa. Lisäksi he kokivat, että kehitettävää olisi sen arvioinnissa, milloin pelkkä kotihoito ei riitä, vaan tulisi hakea lisäapua asiakkaalle.

Että tietää et on olemassa sitä tätä ja tuota mutta sitte iha oikeesti semmonen ruohonjuuritasolla et mitä se tarkoittaa.

Sairaanhoitajat kokivat, että he eivät työpäivän aikana ehdi päivittämään omaa tietämystään ja sitä kautta kehittää itseään. He lisäksi uskoivat, että koko työyhteisö tarvitsisi ajankohtaista tietoa mielenterveyden puolen asioista. He mainitsivat, että heidän tietämyksensä saisi olla parempi mielenterveyshäiriöihin liittyen ja asiakkaan kohtaamiseen liittyen. Sairaanhoitajat kokivat, että läpi työuran tulisi jatkuvasti päivittää tietojaan ja sitä kautta kehittää osaamistaan.

Mutta ihan varmasti saa parempikin olla – olla se tietämys

Haastattelujen kautta kävi ilmi, että yksi kehittämisen kohde osaamisessaan olisi tieto siitä, kuinka asiakkaalle pystytään antamaan omaa persoonaa ammattilaisena tarpeeksi, mutta ei liikaa. Koettiin, että se ei ole helppoa, sillä osa työpäivän asioista jää mietityttämään hoitajia. He kaipaivat epävarmuuden kehittämismalleja, sillä asiakkailla on itsemääräämisoikeus ja sairaanhoitajat eivät pysty tekemään väkisin asioita, joiden he koki- sivat olevan tarpeen asiakkaan suhteen. Osa sairaanhoitajista koki, että työasiat saattavat jäädä mieleen ja heijastua sitä kautta yksityiselämään kotiolosuhteisiin. Tähän kaivattai- siin tukea, jotta pystyttäisiin kehittää omaa ammatillista osaamista kohdata asiakas. He kokevat, että tiettyjä ominaispiirteitä tulisi kehittää, kuten pitkäjänteisyyttä, ennakkoluu- lottomuutta ja taitoa siinä, kuinka osataan kuulla syvemmin ne asiat, jotka asiakas kertoo. Pitkäjänteisyyden kehittäminen koettiin tärkeäksi, koska jos tulee jokin ongelma asiak- kaan kanssa, sairaanhoitaja ei luovuttaisi niin helposti vaan löytäisi jotain keinoja jaksaa viedä asiaa eteenpäin uudelleen ja uudelleen.

Pitkäjänteisyyttä, ei luovuta helposti, vaikka tulis jotain, jotain ongelmati- lanteita

Osaamisen kehittämisen kohteeksi nousi huoli lähihoitajien tukemisesta työssään. Sai- raanhoitajat ovat huolissaan lähihoitajien osaamisesta kenttätöissä ja kokevat, että osalla lähihoitajista on hyvät perusvalmiudet asiakkaana kohtaamiseen, mutta ammattitaidoissa on suuria eroja. Sairaanhoitajien erikoistuminen vaikuttaa osaamiseen ja he kokivat, että olisi hyvä kartoittaa lähihoitajien osaamisala ja hyödyntää juuri kyseisen lähihoitajan osaamisalan tietämystä tiettyjen asiakkaiden kohdalle. Lähihoitajat purkavat sairaanhoi- tajille tiimipalavereissa mieltä askarruttavia asioita ja sairaanhoitajat kaipaivat vahvis- tusta siihen, kuinka tukea lähihoitajia työssään.

Lisäksi sairaanhoitajat kokivat, että heidän pohjakoulutuksensa ammattikorkeakoulussa ei ole antanut riittäviä valmiuksia kotihoidossa työskentelemiseen. Osalla työntekijöistä oli vain neljän viikon harjoittelu koulutuksensa aikana kotihoidon piirissä. Sairaanhoitajat kaipaivat kehittämistä siinä, kuinka esimerkiksi voidaan mennä asiakkaan reviirille ja kuinka hänen kanssaan kannattaa kommunikoida tietyissä tilanteissa. RAIN psykiatriseen osuuteen kotihoidon työntekijät kaipaavat vahvistusta osaamiseensa, sillä osa ei ollut

varma, arvioivatko he väärin psykiatrissa osuutta. Lisäksi osa sairaanhoitajista kaipasi vahvistusta osaamiseensa asiakkaan hoitopolun osalta siihen, mitä kautta asiakkaat ovat tulleet kotihoidon piiriin.

Just mietin, että mistä mistäs ne tupsahtaa

5.2.2 Asiakkaan kohtaamisen taidot

Haastatteluissa kävi ilmi, että sairaanhoitajat kaipaisivat erityisesti asiakkaan kohtaamiseen lisää tietoa ja koulutusta. Kohtaamiseen vaaditaan lisää osaamista siksi, että sairaanhoitajat ovat asiakkaan omassa tutussa ja turvallisessa kotiympäristössä. Koti saattaa olla haaste, kun asiakkaan asuntoon tulee ulkopuolinen henkilö. Eri asia olisi, jos asiakas tulisi sairaanhoitajan vastaanotolle, joka ei ole hänelle tuttu ympäristö. Kotihoidossa mennään asiakkaan omalle reviirille. Sairaanhoitajat näkevät asiakkaan yksityisiä asioita ja sen, miltä kodissa näyttää. Myös psykoottisen asiakkaan kohtaamiseen sairaanhoitajat kaipaisivat vahvistusta ja kehittämistä.

Juu, mun mielestä siihen asiakkaan kohtaamiseen, ni sitä sitä tavallaan ei voi olla koskaan ei voi liikaa korostaa. Ja varsinkin, varsinkin täällä kotihoidossa, koska sillan me ollaa sen asiakkaan sen omalla alueella eikä se mee mihkään vastaanotolle vastaanotolle istuun vaa me oikeesti nähdään mitä siellä kodissa on ja miltä se koti näyttää.

Sairaanhoitajat kertoivat, että he kaipaisivat vinkkejä, kuinka kehittää vuorovaikutustaitoja asiakkaan kanssa. Koskaan ei tiedä varmuudella, millaisessa kunnossa asiakas on kotikäynnin aikana, ja kaikkeen tulee olla varautunut. Ilmi kävi, että empatiataitoa voisi myös kehittää, mikä toisi myös ammattimaisuutta työhön. Vuorovaikutuksessa kävi myös ilmi, että välillä aitous on ristiriidassa ammattimaisuuden kanssa sillä tavoin, että esimerkiksi puhelinkeskustelussa kotihoidon työntekijä tekee muitakin töitä samaan aikaan, kun puhuu puhelimesta asiakkaansa kanssa.

Kuinka aidosti ollaan mukana. Puheluiden aikana tehdään samalla kaikkea muutakin

Sairaanhoitajat kertoivat, että kehitettävää heidän osaamisessaan on motivointitaidossa, kun he kohtaavat asiakkaan. Osa sairaanhoitajista kokee, että on toimeton, mikäli asiakas kieltäytyy kotikäynnistä tai ei ole suostuvainen ottamaan lääkkeitä. He kokevat, että esimerkiksi lääkkeiden ottamisessa heillä ei ole tarpeeksi motivointikeinoja asiakkaan suhteen. Sanallisen viestinnän sisältöön kaivattaisiin vahvistusta. He kokevat, että heidän tulee kehittää lääkkeidenoton motivointikeinoja, ettei asiakas piilota esimerkiksi poskeensa lääkkeitään ja sylkäise niitä myöhemmin pois. Myös ravitseminen on koitunut ongelmaksi, ja työntekijät kaipaavat tukea siinä, kuinka he pystyisivät antamaan asiakkaalle monipuolisen ravitsemuksen ohjeistusta.

Piilottaako poskeen ne tabletit ja sylkäsee sen jälkeen, kun hoitaja käy

Haastattelujen perusteella sairaanhoitajien tulisi kehittää omaa asiakkaiden arviointitaitoaan. Osa sairaanhoitajista koki kaipaavansa asiakkaan psyyken kunnon romahdukseen lisää välineitä. He kaipaavat lisätietoa milloin ottaa yhteyttä hoitavaan lääkäriin ja milloin M1-kriteerit täyttyvät. Lääkäri käy tarvittaessa asiakkaan luona ja kartoittaa tilanteen kotona. Lääkäritkin usein ovat tietoisia, missä mennään, mutta aina tilanteelle ei voi mitään tehdä. Jos asiakas kieltäytyy hoidosta, ollaan vain takana ”kopparina”, ja silloin kun M1-kriteerit täyttyvät, voidaan asialle jotain tehdäkin. Kävi ilmi, että kotihoidon ulkopuoliset henkilöt ovat joutuneet soittamaan asiakkaille ambulanssia sairaalaan, koska asiakkaan kunto on romahtanut niin pahasti.

Sairaanhoitajat kokivat, että kehitettävää olisi lääkehoidon arvioinnissa, mikäli asiakas on päihtyneenä. He joutuvat arvioimaan, onko lääkkeillä yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa ja pystyvätkö he antamaan niitä asiakkaille ollenkaan. Lisäksi tärkeä kehittämisen kohde on ihmistuntemus. Esimerkiksi mistä tietää, voiko asiakkaan kotona koskea johonkin tiettyyn paikkaan tai voiko asiakkaan kotona olla jokaisessa huoneessa ja jos ei voi, mistä merkeistä pystytään ennakoimaan ja välttämään uhkaavia tilanteita.

Mutta tota sitten nää kaks seuraavaa kertaa niin on sitte kadun miehet tuolta tyyliin soittaneet ambulanssia ja ehtineet sitten viemään jo niinku tavallaan tilanteen siihen pisteeseen, että tää on sitten taas päässy hoitoo saamaan sinne sairaalaan.

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Kuten Kylmä ja Juvakka (2007, 41) kertovat, tutkimuksen tekijöiden on tärkeää tiedostaa, mitä, miksi ja miten tutkii. Voi tuntua houkuttelevalta ideoida ja keksiä uusia aiheita opinnäytetyöhön, mutta sekään ei voi jatkua loputtomiin. Hyvä tutkimussuunnitelma on runko koko opinnäytetyölle.

Tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys. Aiheen eettiseen pohdintaan kuuluu järjeistä se, että miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen ehdoilla tutkimusaihe on valittu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Opinnäytetyömme aiheen tarkoituksena oli tuoda ilmi esiin tietoa, joka saatiin vain haastatteleamalla kotihoidossa sairaanhoitajia. Haastattelujen pohjalta nousseet tiedot ovat sairaanhoitajien työnantajille tärkeitä.

Eettisyyttä tukee, että tutkimus on suunniteltu ja siitä raportoidaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Kävimme kerran suunnitelman osalta palaverissa työelämätahon luona. Aktiivisemmin opinnäytetyön suunnitelmaa kehitettiin opettajan tuella. Opinnäytetyön suunnitelma lähetettiin työelämätaholle tarkastettavaksi. Suunnitelma lähetettiin opettajalle ja Tampereen kaupungille hyväksyttäväksi.

Eettisyyden puitteissa tutkimusluvut tulevat olla hankittu (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimusluvan saatuaamme olimme yhteydessä työelämätahoon, joka otti yhteyttä kotihoidon sairaanhoitajiin. Saimmekin heti sovittua sairaanhoitajien kanssa haastatteluajat ja ne toteutuivat yksilöhaastatteluina kotihoidon tiloissa. Haastattelun pohjana oli teemahaastattelurunko (liite 1) ja lisäksi teimme tueksi tukikysymyksiä haastattelua varten. Haastatteluissa huomasimme tukikysymykset erittäin hyödyllisiksi ja niiden avulla saimme ohjattua keskustelua jouhevasti tutkimuskysymyksiin vastaten.

Lähetimme opinnäytetyön suunnitelman myös haastateltaville, jotta he saisivat perehtyä tarvittaessa työhön ennen haastatteluja. Pyrimme haastattelutilanteessa luomaan luotta-

muksellisen ilmapiirin, ja haastateltaville kerrottiin, että heidän osallistumisensa oli vapaaehtoista. Tästä annettiin myös kirjallista tietoa (liite 2). Haastattelun alussa kerroimme, ketä olemme ja mistä olemme ja keskusteltiin ihan yleisesti asioista.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan omat sitoutumiset tutkimuksessa. Tutkijan on hyvä pohtia, että miksi kyseinen aihe on tärkeä, mitä tutkija on olettanut aloittaessaan tutkimusta ja ovatko ajatukset muuttuneet. (Tuomi & Sarajärvi, 140.) Tutkimuksen uskottavuuteen vaikuttaa myös se, että tutkimuksen tekijä on riittävän kauan tutkittavan ilmiön kanssa (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Toinen meistä opinnäytetyöntekijöistä on ollut kotihoidossa aiemmin töissä ja saanut sen pohjalta kokemusta, sekä kiinnostusta kotihoitoon. Me molemmat opinnäytetyöntekijät olemme suuntautuneet mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön opinnoissamme. Varasimme aikaa tunnin verran haastatteluille, ja tarvittaessa olisimme voineet jäädä pidemmäksikin aikaa. Haastatteluissa ei kuitenkaan mennyt niin kauaa, joten haastateltavat saivat kertoa rauhassa oman käsityksen tutkimuskohteesta.

Tutkimusetiikkaa tarkastellen hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat tarkkuus tutkimustyössä ja tulosten tallentamisessa, sekä rehellisyys. Tutkimushankkeessa sovitaan ennen tutkimuksen aloittamista kaikkien tutkimuksiin osallistuvien oikeudet, velvollisuudet ja vastuut (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Kylmä ja Juvakka (2007, 153) mainitsevat, että jos tutkimusaineiston analyysi on tehty haastatteleamalla, tulee puhtaassa kirjoitetussa tekstissä käyttää esimerkiksi haastateltavina olevien ihmisten nimen sijaan esimerkiksi numeroita.

Tietoisuuden suostumuksen ilmaisevassa lomakkeessa (liite 2) olimme kertoneet etukäteen, että opinnäytetyöhön osallistuvat haastateltavat eivät ole tunnistettavissa työssämme, vaan he ovat anonyymeja. Lisäksi on kerrottu, että aineisto, mitä saadaan koottua haastatteluista, hävitetään asianmukaisesti. Mainitaan, että aineisto pääsee muiden, kuin opinnäytetyön tekijöiden käsiin. On myös kerrottu, että aineisto säilytetään tiedostoina, jota turvaa salasana, sekä että kirjallista aineistoa säilytetään lukitussa tilassa. Koko aineisto oli vain meidän opinnäytetyötä tekevien käsissä. Emme olleet keränneet taustatietoja haastateltavista. Lisäksi jätimme esimerkiksi nimet kirjoittamatta litteroituun aineistoon. Henkilötieto tarkoittaa luonnollisen henkilön, ominaisuuksien tai elinolosuhteita kuvaavia merkintöjä, joista voidaan tunnistaa henkilö, hänen perheensä tai kyseisen henkilön

kanssa samassa taloudessa asuva (Kylmä & Juvakka 2007, 140). Nämä edellä mainitut seikat tukevat opinnäytetyömme eettisyyttä.

Tutkimukseen osallistujalta on saatava vapaaehtoinen suostumus. Lisäksi tutkimuksesta olisi olla hyötyä yhteiskunnalle. Tutkimus on pystyttävä lopettaa missä vaiheessa tahansa. (Kylmä & Juvakka, 2008, 138.) Opinnäytetyön eettisyyttä tukee myös suostumuslomake (liite 2.), jonka haastateltavat ovat allekirjoittaneet ennen haastatteluja. Lomakkeessa on mainittu, että osallistuminen opinnäytetyön haastatteluun on vapaaehtoista. Lisäksi haastateltavalla on mahdollisuus kieltäytyä ilman syyn kertomista osallistua opinnäytetyöhömmä. Tässäkin vielä mainitaan, että kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisäsi, että olimme molemmat opinnäytetyöntekijät mukana haastattelussa. Haastatteluvaiheessa emme tehneet tulkintoja haastateltavien puheesta, vaan tarkensimme kysymysten avulla, jos emme ymmärtäneet jotain. Litteroimme molemmat kaksi haastattelua ja kävimme ne läpi myös litteroinnin jälkeen. Analysointia aloittaessamme etsimme ensin yksin tutkimuskysymyksiin vastaavia alkuperäisilmauksia aineistosta ja sen jälkeen keskustelimme yhdessä, miten ja miksi on päädytty kyseisiin alleviivauksiin.

Kylmän ja Juvakan (2007, 129) mukaan vahvistettavuus on osittain ongelmallista, koska toinen tutkija ei välttämättä päädy samaan lopputulokseen, vaikka kyseessä olisi sama aineisto. Tämän huomasimme analyysivaiheessa, mutta osasimme perustella omat näkemyksemme ja päädyimme lopulta samaan ratkaisuun. Tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen myös omasta käsityksestä ja lähtökohdistaan.

6.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että lääkehoito oli kotihoidossa ongelma. Lääkehoitovastaisuus on arkipäivää ja sairaanhoitajat voivat kokea olevansa avuttomia, jos asiakas ei ota lääkkeitään. Kekin ym. (1998) tutkimuksessa kuvataan, että asiakkaan lääkehoidon valvonta on hankalampaa kotona. Vielä hankalampaa siitä tekee se, jos työntekijät eivät olleet saaneet kovin paljon koulutusta lääkehoitoon. Tutkimus vahvistaa, että kotihoidon työntekijällä tulisi olla riittävän hyvät tiedot lääkehoidosta, esimerkiksi lisäkoulutuksen

avulla. Mainittiin myös, että kotipalvelun ja kotisaraanhoidon välillä yhteistyötä selkeyttävät toimintamallit ja säädöspohjat, joista koko henkilöstön tulisi olla tietoinen.

Opinnäytetyömme tuloksissa ilmeni, että vuorovaikutus on yksi ongelma asiakkaan kohtaamisessa. Luottamussuhteen rakentaminen saattaa olla haastavaa, sillä hoitajien vaihtuvuus oli suuri. Hautsalon ym. (2016, 7-8) artikkelissa kuvattiin kotihoidon asiakkaan ja hänen läheisensä kokemuksia kotihoidosta sekä hoitajan toiminnasta. Ongelmaksi todetaan mm. hoitajien liiallinen vaihtuvuus. Omahoitajan rooli kuvattiin tärkeäksi, mutta tuloksien mukaan hoitajien ammatillisuudessa on vaihtelevuutta. Hoitajien puutteellinen työtaito on näkynyt liiallisena kyselynä asiakkaalta tai tietämättömyytenä. Koettiin, että hoidon yksilöllisyys ei ole toteutunut tarpeeksi hyvin.

Sairaanhoitajan osaamisen kehittämiseen saimme yhdeksi opinnäytetyömme tulokseksi asiakkaiden arviointitaidon. Psyhykeen romahtamisen tunnistamiseen kaivattiin lisävälitteitä ja ihmistuntemusta olisi hyvä kehittää. Sainola-Rodriguez (2007) kertoo artikkelissaan, että tutkimukset, jotka ovat tehty Suomessa maahanmuuttajien kohtaamisesta hoitotyössä, hoitohenkilökunta on nostanut esiin tiedonpuutteen ja koulutustarpeen. Psykkisen tuen antaminen on koettu hankalaksi molempien osapuolien ennakkoluulojen, kieliongelmien, kulttuuritaustojen ja asenteiden takia. Artikkelissa kerrotaan, että hoitohenkilökunta ei ole nähnyt samoin maahanmuuttajien ongelmia kuin maahanmuuttajat itse. Tuloksista selviää, että hoitohenkilökunta ei ole osannut havaita maahanmuuttajien kulttuurillisia tapoja hoitaa omaa mielenterveyttään.

Sairaanhoitajat kokivat, että mielenterveyden häiriön oireet ovat haaste kohtaamisessa. Haastattelujen tulosten perusteella sairaanhoitajat kokevat, että mielenterveyden häiriöiden - ja muistisairausten oireet ovat hankalasti eroteltavissa. Jouppila-Kupiainen (2014, 291-295) kertoo, että iäkkäät ihmiset voivat ilmaista psyykkistä huonoa oloaan esimerkiksi särkyinä ja kipuna, jotka ovat ruumiillisia oireita. Monet iäkkäät ihmiset käyttävät alkoholia keinona ahdistukseen tai unettomuuteen. Sekavuutta ja ahdistusta voivat aiheuttaa myös somaattiset sairaudet ja esimerkiksi virtsatieinfektion seurauksena iäkäs ihminen saattaa mennä sekavan oloiseksi. Hoitajalta vaaditaan laajaa osaamista vanhuksen hoidosta. Rauhallinen ja kiireetön tila tuovat paremmat edellytykset hoidon onnistumiselle. Jos hoitaja vaihtuu tiuhaan, asiakas voi kokea turvattomuutta. Iäkkäiden mielenterveyden häiriöiden tunnistaminen on hankalampaa, kuin nuoremmilla ihmisillä, sillä iäkäs

ihminen ei välttämättä pysty ilmaisemaan tunteuksiaan psykologisin käsittein. Hoitajalle voi herätä negatiiviseksikin luettavia tunteita psykoottisen asiakkaan kohdatessaan. Haasteelliseksi psykogeriatrisen potilaan kohtaamisen voi tehdä potilaan ja hoitajan välinen ikäerokin.

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super (2018) kertoo, että asiakkaat ovat sitä tyytyväisempiä palveluun, mitä useammin hoitajat vuorovaikuttavat asiakkaiden kanssa. Toiminnan tuloksiin vaikuttaa hyvä vuorovaikutus. Hoitajan tiimin tuki on tärkeää hoitajalle, sillä asiakkaat saattavat käyttäytyä haasteellisesti ja ilkeästi. Hoitajan positiivisella asenteella voi olla potilaalle iso psykologinen merkitys. Hoitajalla tulee olla tilannetajua kohdatessaan potilaita ja kykyä mukautua tilanteen mukaan. Kuten opinnäytetyömme tuloksissa kävi ilmi, vuorovaikutuksella on suuri merkitys asiakkaiden kanssa. Onnistuneen vuorovaikutuksen myötä asiakkaat ovat tyytyväisempiä ja esimerkiksi lääkehoito toteutuu paremmin. Tuloksissa ilmeni, että myös hoitajan tiimillä oli suuri merkitys ja heidän kanssaan voi keskustella esimerkiksi haastavista kohtaamisista asiakkaiden kanssa.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksena voisi olla mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakas kotihoidon asiakkaana, jossa käytettäisiin asiakkaan näkökulmaa. Opinnäytetyössä asiakkaita voitaisiin haastatella, mitkä asiat ovat ongelmallisia kotihoidossa asiakkaan näkökulmasta ja missä osa-alueissa sairaanhoitajilla olisi kehitettävää osaamisessaan kotihoidossa, kun asiakkaat kohtaavat sairaanhoitajan. Toisena jatkotutkimusehdotuksena voisi olla opinnäytetyö, jota voitaisiin käyttää koulutusmateriaalina sairaanhoitajille. Koulutusmateriaali voisi olla verkossa. Koulutusmateriaali voisi pitää sisällään erilaisista mielenterveyden häiriöiden taudinkuvat ja niiden eteneminen, diagnosointikriteerit, sekä lääkehoito.

LÄHTEET

Alanen, H-M. & Leinonen, E. 2010. Milloin vanhus tarvitsee psykiatrista sairaalahoitoa?. Lääkärilehti 65 (46), 3791-3795

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 27.2.2018). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino. Luettu 20.3.2018.

F30-31 Kaksisuuntainen mielialahäiriö. N.d. Mielenterveystalo. Luettu 14.3.2018. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F30-39/F30-31/Pages/default.aspx>

Haarala, M. Jääskeläinen, A. Kilpinen, N. ym. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Tammi.

Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. Tutkiva hoitotyö 14 (1), 4-12.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Huttunen, Matti O. 2015. Mielenterveyden häiriöt. Terveyskirjasto. Luettu 26.9.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002

Huttunen, M. 2016. Skitsoaffektiivinen häiriö. Terveyskirjasto. Luettu 23.1.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00487

Huttunen, M. 2017a. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Terveyskirjasto. Luettu 27.2.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378&p_hakusana=Kaksisuuntainen%20mielialah%C3%A4iri%C3%B6

Huttunen, M. 2017b. Skitsofrenia. Terveyskirjasto. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu: Otava Oy.

Isometsä, E. 2009. Depression tunnistaminen ja diagnostiikka. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. 125 (5), 549-550. <http://duodecimlehti.fi/lehti/2009/5/duo97892>

Isometsä, E. 2016. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Terveysportti. Päivitetty 13.4.2017. Luettu 25.2.2018. http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00846&p_haku=kaksisuuntainen%20mielialah%C3%A4iri%C3%B6

Lepola, U., Koponen H., Leinonen E., Isohanni, M., Joukamaa M. & Hakola P. 2002. Psykiatria. Helsinki: WSOY.

- Jouppila-Kupiainen, E., Kammonen, S., Kirvesniemi T., Kuru T., Mikkonen H., Piirainen A., Rautasalo E. & Reunanen, M. 2014. Ammatti-ihmiset vanhusten alalla. Gerontologinen erityisosaaja kehittäjänä. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Luettu 12.3.2018. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85972/URNISBN9789515884732.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jähi, R. & Männikkö, M. 2015. Mielenterveyspotilaiden omaisten vertaisryhmätoiminnan hyvinvointivaikutukset. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Journal of social medicine. 52 (2), 163-169.
- Jääskeläinen, E. Karhu, M. Alaräisänen, A. Ym. 2010. Skitsofrenian ennuste suomessa. Lääkärilehti. 65 (20), 1807-1814.
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 22.5.2018). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Kauronen, M-L. & Lehtonen, O. 2013. Aikuisväestön masennusta aiheuttavia paikallisia riskitekijöitä Suomessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Journal of social medicine. 50 (29), 114-126.
- Kekki, P., Lithovius, R. & Sihvonen, M. 1998. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelua saavien vanhusten lääkkeiden käyttö. 1998: 53, 1625. Luettu 12.3.2018.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita. Luettu 20.3.2018.
- Mantere, O. Pajakko, S. 2014. Nuorten kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen. Lääkärilehti. 69 (40), 2537-2543.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Luettu 2.3.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Mielenterveystalo. 2018. Psykoosiopas. Psykoottiset häiriöt. Luettu 23.1.2018. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>
- Sainola-Rodriguez, K. 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa – transnationaalinen taitoko? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 44 (4), 216-227.
- Salokangas, R. & Tuominen, L. 2017. Skitsofrenia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 133 (2), 173-176.
- Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 25.2.2018). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Soisalo, R. 2012. Särkyvä mieli – lasten ja nuorten psyykinen oireilu. Suomen psykologinen instituuttiyhdistys. Luettu 24.1.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö. N.d. Kotisairaanhoidon ja kotihoito. Luettu 2.3.2018.
<http://stm.fi/kotisairaanhoido-kotisairaalahoito>

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super. 2018. Asiakkaan kohtaamisen taito. Luettu 12.3.2018. <https://www.superliitto.fi/viestinta/super-lehti/uusin-lehti/asiakkaan-kohtaamisen-taito/>

Suvisaari, J. 2013. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot. Lääkärilehti. 68 (20), 1487-1492.

Suvisaari, J., Perälä, J., Viertiö, S., Ym. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Lääkärilehti. 67 (9), 677-683.

Tampereen kaupunki. 2016. Selvitys kotihoidon asiakastytyvyydestä. Luettu 27.9.2017. https://www.tampere.fi/tiedostot/EZaK4Q33z/Kotihoidon_asiakastytyvaisuus_2016_LOPULLINEN.pdf

Tampereen kaupunki. 2017. Kotihoito. Luettu 27.9.2017. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihmissen-palvelut/kotona-asuvalle/kotihoito.html>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Mielenterveyshäiriöt. Luettu 26.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

Toikkanen, U. 2018. Pienituloisen vanhus säästää lääkärikäynneistä. Lääkärilehti. 73 (9), 549.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 20.5.2018
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

World Health Organization. 2016. Schizophrenia. Luettu 27.2.2018.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>

World Health Organization. 2017a. Depression. Luettu 27.2.2018.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organization. 2017b. Mental disorders. Luettu 22.2.2018.
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelurunko

Mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisen ongelmakohdat kotihoidossa.

Sairaanhoitajan osaamisen kehittäminen mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa kotihoidossa.

Liite 2. Tietoinen suostumus



Liite 2: 1 (2)

TIEDOTE

06.10.2017

Hyvä sairaanhoitaja !

Pyydämme teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tehtävinä ovat selvittää mitä ongelmakohtia on mielenterveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden kohtaamisessa kotihoidossa ja mitä kehitettävää on sairaanhoitajan osaamisessa mielenterveysasiakkaan kohdatessa kotihoidossa. Tavoitteena on tuottaa tietoa mielenterveysasiakkaiden kotihoidon ongelmakohdista sairaanhoitajan näkökulmasta.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Tampereen kaupungilta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla neljää sairaanhoitajaa ja haastattelut tapahtuvat yksitellen. Työelämäohjaajamme valitsee osallistujat opinnäytetyöhön. Haastattelut tapahtuvat teidän työpaikallanne työajallanne. Tarkoituksena on nauhoittaa keskustelu aineiston analysointia varten. Haastatteluun varataan aikaa 60 minuuttia.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni,
vastaamme mielellämme.

Johanna Kokkonen ja Krista Laitinen

Johanna Kokkonen ja Krista Laitinen
Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu

SUOSTUMUS

Mielenterveysasiakas kotihoidon asiakkaana

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä. Opinnäytetyön tehtävinä ovat selvittää mitä ongelmakohtia on mielenterveyshäiriötä sairastavien asiakkaiden kohtaamisessa kotihoidossa ja mitä kehitettävää on sairaanhoitajan osaamisessa mielenterveysasiakkaan kohdatessa kotihoidossa. Tavoitteena on tuottaa tietoa mielenterveysasiakkaiden kotihoidon ongelmakohdista sairaanhoitajan näkökulmasta.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan

opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Nimen selvennys

Suostumuksen

vastaanottaja:

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Liite 3. Tulosten analysointi

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
<p>Muistisairauden tuoman harhaisuuden ja mielenterveysongelmat on hankalasti erotettavissa toisistaan.</p> <p>Usein psyyken tilan huonontuessa aletaan epäilemään ja kyseenalaistamaan lääkitystä.</p> <p>Seuraavana päivänä kaikki saattaa olla päälallaan.</p> <p>Masennuksen tullessa elämä on yhtä itkua.</p> <p>Asiakkaan psyyken tila voi olla huonontumassa. He näyttävät sen usein joko lähihoitajalle tai sairaanhoitajalle ja tsemppaavat ettei se muille näkyisi.</p> <p>Psyykkisen sairauden vuoksi ei löydy virtaa ja kapasiteettia perushoittoon eikä asuntonsa huolehtimiseen.</p> <p>Jos asiakas ei jaksakaan avata ovea, on jotain jo pahasti pielessä.</p> <p>Lääkevastaisuus, itsensä hoitamatta jättäminen, aloitekyvyttömyys ja huono motivaatio ovat selkeää monilla masentuneisuudesta kärsivillä. Nämä vaikuttavat vahvasti siihen, onnistutaanko hoitajina esimerkiksi toteuttamaan lääkehoitoa huomioiden itsemääräämisoikeuden rajat.</p> <p>Kaikkeen täytyy olla varautunut. Kun asiakkaan luona ei käydä päivittäin, voi tilanne olla ihan eri kuin viime kerralla.</p> <p>Skitsofreniset oireet haittaavat arkea. Asiakas voi luulla,</p>	Sairauden oireet	Mielenterveyshäiriötä sairastavan käytös ja oireet	Sairauden tuomat haasteet	Ongelmakohdat mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa kotihoitossa

<p>että heidät myrkytetään eivätkä he halua hoitajia luokse. Tai masennus aikoina he eivät jaksa edes avata ovea.</p>				
<p>Hoitajan huomattaessa ongelman vastaanotto ei ole lämmintä. Asiakkailla voi olla kierre, minkä hoitajat huomaavat, mutta asiakkaat takerutuvat johonkin asiaan. Esimerkiksi kipujen vuoksi syödään opioideja, jotka aiheuttavat ummetusta, joka vuoksi ei haluta syödä ja ravitseminen vaikuttaa kipuihin.</p>				
<p>Asiakkaasta huomataan, jos tilanne on kohta se, että ollaan sairaalajaksolla.</p>				
<p>Käytöksestä huomataan, kun psyykkeen tila voi olla huonontumassa. Esimerkiksi jumala-puheet, alkoholia kuluu enemmän, kiihtynyt mielen-tila ja uhkaava käytös.</p>				
<p>Tilanne voi kärjistyä nopeassakin tahdissa ja vaikka nähdään, että psyykkeen tila on huonontumassa, ei asialle voida tehdä mitään. M1 kriteerien täytyessä voidaan psykogeriatriselta polilta tehdä arviokäynti, ellei joku ulkopuolinen ole kerennyt tilanteelle jotain tekemään.</p>				
<p>Vartija on tullut käynnille, koska on väkivallan uhka.</p>	<p>Asiakaan uhkaava käytös</p>			
<p>Sanallisesti uhkaava.</p>				
<p>Asiakkaat ovat lähettäneet uhkauskirjeitä hoitajille kotiin.</p>				
<p>Maaninen vaihe huomataan, kun toiminta on kiihtynyttä ja sanallisesti uhkaavaa. Hoitajat kokevat, että on hurjaa mennä kahdestaankin käynnille ja kaivataan lisäksi vartijaa.</p>				
<p>Jos asiakas on uhkaava, on haastavaa käydä kotona. Täy-</p>				

<p>tyy olla tietoinen omasta turvallisuudesta ja pitää pako-reitti avoinna koko ajan.</p>			
<p>Fyysinen väkivalta on mahdollista. Fyysinen kontakti on ollut lähiaikoina seksuaalissävyytteistä eikä niinkään väkivaltaista. Esimerkiksi epämiellyttävää tisseihin ja takapuoleen tarttumista.</p>			
<p>Vartija otetaan käynnille mukaan, jos asiakkaan käytös on uhkaavaa.</p>			
<p>Väkivallanuhkan arvion perusteella otetaan vartija mukaan ja vartijan kanssa käynnit on sovittu etukäteen. Vartija voi jäädä myös rappukäytävään, jolloin käytetään turvasanaa väliintulon tarpeessa.</p>			
<p>Asiakas voi hermostua tai kieltäytyä hoidosta, jos hoitaja menee ylittämään rajat.</p>			
<p>Huutamista, ovien paiskomista, kieltäytynyt hoidosta ja pyydetty poistumaan käynniltä.</p>			
<p>Lääkkeet annetaan päihtyneelle, vaikka olisi vahvoja kipulääkkeitä.</p>	<p>Alkoholintuomat ongelmat</p>		
<p>Päihtyneenäkin käydään poliklinikkakäynneillä.</p>			
<p>Asiakkaan päihtymys on vaara.</p>			
<p>Lääkkeet annetaan myös asiakkaan ollessa päihtynyt.</p>			
<p>Alkoholi ja päihtymys ovat ongelmia.</p>			
<p>Asiakkaan kiellosta kotihoito ei mene käynnille.</p>	<p>Hoito-vastaisuus</p>	<p>Hoidosta kieltäytyminen</p>	
<p>Asiakas ei aina ole kotona sovitun käynnin aikana. Lääkitys ja injektiot voi siirtyä, jolla on vaikutus psyykkeeseen.</p>			
<p>Asiakas ei välillä aukaise ovea hoitajan tullessa käynnille.</p>			

Haaste on se, ettei asiakas päästä sisään.			
Ei tiedetä mikä tilanne siellä kotona on nyt.			
Herkkyys tunnelmalle ja mukautuminen nopeasti muuttuviin tilanteisiin. Jos asiakas lyö liinat kiinni, peli on menetetty.			
Kieltäytyy usein aloitetuista hoidoista.			
Tehdään mitä voidaan, mutta enempää ei voida auttaa jos asiakas kieltäytyy.			
Halu hoitaa, mutta asiakas ei aina anna siihen mahdollisuutta, eikä kotihoidossa ole mahdollisuutta tahdosta riippumattomaan lääkitykseen.			
Ravitsemuksessa puutteita ja siitä keskustellessa tulee vain riitä. Asiakas kokee itse pärjäävän, vaikka hoitajan silmiin on aliravitsemus.			
Ei ole muita keinoja, kuin sanallinen viestintä esimerkiksi lääkkeiden otossa.	Lääkehoidon haasteet		
Lääkehoidon toteuttaminen kotiolosuhteissa haastavaa. Onko päivittäiset käynnit ja tapahtuuko lääkitys valvotusti. Asiakas voi silloinkin piilottaa lääkkeet hoitajalta poskeen ja sylkäistä ne myöhemmin pois.			
Asiakas ei suostu kuin kerran viikossa tapahtuvaan lääkkeenjako käyntiin, eikä tiedetä mitä lääkkeille tapahtuu viikon aikana.			
Kieltäytyy lääkityksestä.			
Opamoxista tullut hyvä mieli sairaalassa. Kotona sitä ei voida käyttää, koska sekaantumisriski kasvaa, eikä ole valvottuja olosuhteita.			

Tahdosta riippumaton lääkitys onnistuu vain sairaalassa, eikä kotihoidossa ole mahdollisuutta siihen.			
Lääkkeet säilytetään kotihoidon tiloissa, koska asiakas ottaisi yliannostuksen kipulääkkeitä muuten.			
Asiakkaalla mahdollisuus hakea apteekista lääkkeet, mutta kotihoito käy hakemassa reseptin tyhjäksi ennen kuin asiakas itse kerkeää.			
Kipujen vuoksi syö paljon kipulääkkeitä tällä hetkellä ja aikaisemmin ollut lääkkeiden väärinkäyttäjä.			
Asiakas saa elää miten haluaa, jolloin hoitajan työolosuhteet voi olla huonot tupakoinnin ja likaisuuden vuoksi.	Työympäristö	Sairaanhoidajan työympäristö	Sairaanhoidajan huoli asiakkaista
Kodit on välillä kamalia.			
Työturvallisuus- ja työsuojelulaissa on määritelty, ettei kenenkään tarvitse missään ammatissa altistua tupakansavulle. Kotihoidon käynnin yhteydessä asiakas ei saa tupakoida.			
Asiakkaalla voi olla jotain tärkeitä juttuja tai huoneita ja tiloja, joihin ei ole suotavaa hoitajalla mennä tekemään tarkastuksia.			
Psyykkistä sairautta sairastavan luo mennään vielä hienovaraisemmin ja tunnustellen. Siellä on niin sanotusti näkymätön muuri, eikä joka alueelle voi mennä.			
Sekalainen koti.			
Raha on usein ongelma. Ruokaa ostetaan sen verran mihin raha riittää.			
Tarvittaessa edunvalvoja tekee toimeentulotukihakemuksen, jos raha ei riitä ruokaan,	Raha-huoli		

<p>lääkkeisin tai kotihoidon käynteihin. Kellä ei edunvalvojaa ole, on usein rahanpuute.</p>				
<p>Rahasta ei saisi mikään olla kiinni. Maksu toimisto voi antaa tarvittaessa vapautuksia kotihoidon käynneistä.</p>				
<p>Hoitajien vaihtuvuuden vuoksi luottamussuhdetta ei synny asiakkaan ja lähihoitajan välille.</p>	Vuorovaikutus			
<p>Kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen ei voi luoda tiettyä sabluunaa. Asiakkaasta riippuen voidaan käyttää hurttia huumoria ja välillä joudutaan miettimään voiko näin asiakkaan kanssa puhua.</p>				
<p>Asiakkailla on tarve puhua. Puhelimessa puhumista on enemmän verrattuna kotikäynteihin.</p>				
<p>Voidaan monilla eri keinoilla motivoida ja aktivoida asiakasta, mutta esimerkiksi pesuille meno voi olla kolmen viikon prosessi, jota työstehtään jokaisella päivittäisellä käynnillä.</p>				
<p>Hoitajan on siedettävä niin pitkälle eri tilanteita, ennen kuin M1 kriteerit täyttyy.</p>		Hoitajan tunteet		
<p>Ei ole tarpeeksi vahvaa osaamista, joka johtaa riittämättömyyden tunteeseen.</p>				
<p>Kaikkia ei voi auttaa.</p>				
<p>Ei tiedetä miten toimia, josta seuraa riittämättömyyden tunne.</p>				
<p>Osa asioista menee ihon alle ja jää omaan päähän pyörimään vähäksi aikaa.</p>				
<p>Joskus itken yksin jossain.</p>				
<p>Seuraavana päivänä kaikki saattaa olla päälallaan.</p>	Ammatitaidon			Kehitettävää sairaanhoitajan

<p>Masennuksen tullessa elämä on yhtä itkua.</p>	<p>kehittyminen</p>	<p>Ammatillinen kasvu</p>	<p>Elinikäisen oppimisen taidot</p>	<p>osaamisessa mielenterveyshäiriötä sairastavan asiakkaan kohtaamisessa kotihoitossa</p>
<p>Asiakkaan psyyken tila voi olla huonontumassa. He näyttävät sen usein joko lähihoitajalle tai sairaanhoitajalle ja tsemppaavat ettei se muille näkyisi.</p>				
<p>Psyykkisen sairauden vuoksi ei löydy virtaa ja kapasiteettia perushoitoon eikä asuntonsa huolehtimiseen.</p>				
<p>Jos asiakas ei jaksa avata ovea, on jotain jo pahasti pielessä.</p>				
<p>Lääkevastaisuus, itsensä hoitamatta jättäminen, aloitekyvyttömyys ja huono motivaatio ovat selkeää monilla masentuneisuudesta kärsivillä. Nämä vaikuttavat vahvasti siihen, onnistutaanko hoitajina esimerkiksi toteuttamaan lääkehoitoa huomioiden itsemääräämisoikeuden rajat.</p>				
<p>Kaikkeen täytyy olla varautunut. Kun asiakkaan luona ei käydä päivittäin, voi tilanne olla ihan eri kuin viime kerralla.</p>				
<p>Skitsofreeniset oireet häiritsevät arkea. Asiakas voi luulla, että heidät myrkytetään eivätkä he halua hoitajia luokse. Tai masennus aikoina he eivät jaksa edes avata ovea.</p>				
<p>Hoitajan huomatessa ongelman vastaanotto ei ole lämmintä. Asiakkailla voi olla kierre, minkä hoitajat huomaavat, mutta asiakkaat takeruvat johonkin asiaan. Esimerkiksi kipujen vuoksi syödään opioideja, jotka aiheuttavat ummetusta, joka vuoksi ei haluta syödä ja ravitsemus vaikuttaa kipuihin.</p>				

Asiakkaasta huomataan, jos tilanne on kohta se, että ollaan sairaalajaksolla.	Kehitet- tävät ominai- suudet				
Käytöksestä huomataan, kun psyykkeen tila voi olla huonontumassa. Esimerkiksi jumala-puheet, alkoholia kuluu enemmän, kiihtynyt mielen-tila ja uhkaava käytös.					
Tilanne voi kärjistyä nopeasakin tahdissa ja vaikka nähdään, että psyykkeen tila on huonontumassa, ei asialle voida tehdä mitään. M1 kriteerien täyttyessä voidaan psykogeriatriselta polilta tehdä arviokäynti, ellei joku ulkopuolinen ole kerennyt tilanteelle jotain tekemään.					
Vartija on tullut käynnille, koska on väkivallan uhka.					
Sanallisesti uhkaava.					
Asiakkaat ovat lähettäneet uhkauskirjeitä hoitajille kotiin.					
Maaninen vaihe huomataan, kun toiminta on kiihtynyttä ja sanallisesti uhkaavaa. Hoitajat kokevat, että on hurjaa mennä kahdestaankin käynnille ja kaivataan lisäksi vartijaa.					
Jos asiakas on uhkaava, on haastavaa käydä kotona. Täytyy olla tietoinen omasta turvallisuudesta ja pitää pako-reitti avoinna koko ajan.					
Fyysinen väkivalta on mahdollista. Fyysinen kontakti on ollut lähiaikoina seksuaalissävyytteistä eikä niinkään väkivaltaista. Esimerkiksi epämiellyttävää tisseihin ja takapuoleen tarttumista.	Työyhteisön ajantasainen tieto	Koulutus-tarve			
Vartija otetaan käynnille mukaan, jos asiakkaan käytös on uhkaavaa.					
Väkivallanuhkan arvion perusteella otetaan vartija mu-					

kaan ja vartijan kanssa käynnit on sovittu etukäteen. Vartija voi jäädä myös rappukäytävään, jolloin käytetään turvasanaa väliintulon tarpeessa.			
Asiakas voi hermostua tai kieltäytyä hoidosta, jos hoitaja menee ylittämään rajat.			
Huutamista, ovien paiskomista, kieltäytynyt hoidosta ja pyydetty poistumaan käynniltä.	Mihin koulutusta tarvitaan		
Lääkkeet annetaan päihtyneelle, vaikka olisi vahvoja kipulääkkeitä.			
Päihtyneenäkin käydään poliklinikkakäynneillä.			
Asiakkaan päihtymys on vaara.			
Lääkkeet annetaan myös asiakkaan ollessa päihtynyt.			
Alkoholi ja päihtymys ovat ongelmia.			
Asiakkaan kiellosta kotihoito ei mene käynnille.			
Asiakas ei aina ole kotona sovitun käynnin aikana. Lääkitys ja injektiot voi siirtyä, jolla on vaikutus psyykkeeseen.			
Asiakas ei välillä aukaise ovea hoitajan tullessa käynnille.			
Haaste on se, ettei asiakas päästä sisään.	Pohjakoulutuksen antamat valmiudet		
Ei tiedetä mikä tilanne siellä kotona on nyt.			
Herkkyys tunnelmalle ja mukautuminen nopeasti muuttuviin tilanteisiin. Jos asiakas lyö liinat kiinni, peli on menetetty.			
Kieltäytyy usein aloitetuista hoidoista.			
Tehdään mitä voidaan, mutta enempää ei voida auttaa jos asiakas kieltäytyy.			

Halu hoitaa, mutta asiakas ei aina anna siihen mahdollisuutta, eikä kotihoidossa ole mahdollisuutta tahdosta riippumattomaan lääkitykseen.			
Ravitsemuksessa puutteita ja siitä keskustellessa tulee vain riitä. Asiakas kokee itse pärjäävän, vaikka hoitajan silmiin on aliravitseminen.			
Ei ole muita keinoja, kuin sanallinen viestintä esimerkiksi lääkkeiden otossa.	Arviointi	Asiakkaan hoidon kulmakivet	Asiakkaan kohtaamisen taidot
Lääkehoidon toteuttaminen kotiolosuhteissa haastavaa. Onko päivittäiset käynnit ja tapahtuuko lääkitys valvotusti. Asiakas voi silloinkin piilottaa lääkkeet hoitajalta poskeen ja sylkäistä ne myöhemmin pois.			
Asiakas ei suostu kuin kerran viikossa tapahtuvaan lääkkeenjako käyntiin, eikä tiedetä mitä lääkkeille tapahtuu viikon aikana.			
Kieltäytyy lääkityksestä.			
Opamoxista tullut hyvä mieli sairaalassa. Kotona sitä ei voida käyttää, koska sekaantumisriski kasvaa, eikä ole valvottuja olosuhteita.			
Tahdosta riippumaton lääkitys onnistuu vain sairaalassa, eikä kotihoidossa ole mahdollisuutta siihen.			
Lääkkeet säilytetään kotihoidon tiloissa, koska asiakas ottaisi yliannostuksen kipulääkkeitä muuten.			
Asiakkaalla mahdollisuus hakea apteekista lääkkeet, mutta kotihoito käy hakemassa reseptin tyhjäksi ennen kuin asiakas itse kerkeää.			
Kipujen vuoksi syö paljon kipulääkkeitä tällä hetkellä ja aikaisemmin ollut lääkkeiden väärinkäyttäjäksi.	Haastava motiivointi		

<p>Asiakas saa elää miten haluaa, jolloin hoitajan työolosuhteet voi olla huonot tupakoinnin ja likaisuuden vuoksi.</p>				
<p>Kodit on välillä kamalia.</p>				
<p>Työturvallisuus- ja työsuojelulaissa on määritelty, ettei kenenkään tarvitse missään ammatissa altistua tupakansavulle. Kotihoidon käynnin yhteydessä asiakas ei saa tupakoida.</p>				
<p>Asiakkaalla voi olla jotain tärkeitä juttuja tai huoneita ja tiloja, joihin ei ole suotavaa hoitajalla mennä tekemään tarkastuksia.</p>	Vuoro- vaikutus	Kommu- nikointi asiakkaan kanssa		
<p>Psyykkistä sairautta sairastavan luo mennään vielä hienovaraisemmin ja tunnustellen. Siellä on niin sanotusti näkymätön muuri, eikä joka alueelle voi mennä.</p>				
<p>Sekalainen koti.</p>				
<p>Raha on usein ongelma. Ruokaa ostetaan sen verran mihin raha riittää.</p>				
<p>Tarvittaessa edunvalvoja tekee toimeentulotukihakemuksen, jos raha ei riitä ruokaan, lääkkeisiin tai kotihoidon käynteihin. Kellä ei edunvalvojaa ole, on usein rahanpuute.</p>	Asiak- kaan kohtaa- minen			
<p>Rahasta ei saisi mikään olla kiinni. Maksu toimisto voi antaa tarvittaessa vapautuksia kotihoidon käynneistä.</p>				
<p>Hoitajien vaihtuvuuden vuoksi luottamussuhdetta ei synny asiakkaan ja lähihoitajan välille.</p>				
<p>Kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen ei voi luoda tiettyä sabluunaa. Asiakkaasta riippuen voidaan käyttää hurttia huumoria ja välillä joudutaan</p>				

<p>mieltämään voiko näin asiakkaan kanssa puhua.</p>			
<p>Asiakkailla on tarve puhua. Puhelimessa puhumista on enemmän verrattuna kotikäynteihin.</p>			
<p>Voidaan monilla eri keinoilla motivoida ja aktivoida asiakasta, mutta esimerkiksi pesuille meno voi olla kolmen viikon prosessi, jota työstehtään jokaisella päivittäisellä käynnillä.</p>			
<p>Hoitajan on siedettävä niin pitkälle eri tilanteita, ennen kuin M1 kriteerit täyttyy. h1r205</p>			
<p>Ei ole tarpeeksi vahvaa osaamista, joka johtaa riittämättömyyden tunteeseen.</p>			
<p>Kaikkia ei voi auttaa.</p>			
<p>Ei tiedetä miten toimia, josta seuraa riittämättömyyden tunne.</p>			
<p>Osa asioista menee ihon alle ja jää omaan päähän pyörimään vähäksi aikaa.</p>			
<p>Joskus itken yksin jossain.</p>			