

Mirka Lindell

**HOITAJIEN KOKEMUKSIA MIELENTERVEYSASIAKKAAN
KOHTAAMISESTA KOTIHOIDOSSA**

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2020**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Marraskuu 2020	Tekijä/tekijät Mirka Lindell
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi HOITAJIEN KOKEMUKSIA MIELENTERVEYSASIAKKAAN KOHTAAMISESTA KOTIHOIDOSSA		
Työn ohjaaja Anne Prest	Sivumäärä 36 + 4	
Työelämäohjaaja		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotihoidossa työskentelevien hoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaiden kohtaamisesta. Tavoitteena oli tuottaa kotihoidon osastonhoitajalle tietoa, jota voidaan hyödyntää koulutuksissa ja työnohjausta suunniteltaessa. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kohderyhmänä olivat kotihoidon hoitajat, joilla oli vähintään yksi vuosi kokemusta kotihoidossa työskentelystä. Teemahaastattelurungon pohjalta haastateltiin kolmea hoitajaa kevään 2019 aikana. Analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä erään Oulun eteläisen alueen kotihoidon kanssa.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajien tavoitteena oli mielenterveysasiakkaan kohtaaminen asiakaslähtöisesti. Tämä näkyi muun muassa asiakkaan itsemääräämisoikeuden, kodin ja mielipiteiden kunnioittamisena. Kohtaamisiin liittyi kuitenkin haasteita, kuten asiakkaiden sairauksista johtuvat käytöshäiriöt, hoitovastaisuus ja ajankäytön ongelmat. Tuloksista ilmeni, että hoitajien valmiudet kohtaamisiin on saatu pääasiassa työkokemuksen ja koulutuksen kautta. Hoitajat kokivat kuitenkin välillä riittämättömyyden tunteita, kun he eivät osanneet auttaa asiakasta tarpeeksi omien valmiuksiensa ollessa puutteellisia.</p> <p>Haastattelujen pohjalta kehittämiskohteeksi nousi mielenterveyshoitotyön koulutus. Lisäksi yhteistyötä mielenterveyspalvelujen kanssa toivottiin lisäävän, jotta asiakkaiden kohtaaminen olisi kokonaisvaltaisempaa. Haastatellut hoitajat kokivat vertaistuen tärkeäksi ja myös sitä haluttiin lisätä.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että koulutuksen, yhteistyön ja vertaistuen tarpeesta mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen liittyen tulisi käydä keskustelua työyhteisön sisällä. Niiden tarve tulisi selvittää niin yksittäisten hoitajien kuin koko työyhteisön osalta. Opinnäytetyön tulosten perusteella on mahdollista kehittää työyhteisön valmiuksia, jotta hoitajat kokisivat mielenterveyshoitotyön osaamisensa riittäväksi. Yleisesti opinnäytetyötä voidaan hyödyntää kehitettäessä kotihoidon piirissä olevan mielenterveysasiakkaan hoitotyötä sekä hoitajien koulutusta ja osaamista.</p>		

Asiasanat

asiakaslähtöisyys, hoitaja, kohtaaminen, kotihoito, mielenterveysasiakas

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date November 2020	Author Mirka Lindell
Degree programme Bachelor of Health Care, Nursing		
Name of thesis NURSES' EXPERIENCES OF ENCOUNTERING MENTAL HEALTH CLIENTS IN HOME CARE		
Instructor Anne Prest	Pages 36 + 4	
<p>The purpose of the thesis was to describe the experiences of the home care nurses when encountering mental health clients. The aim of the thesis was to produce information that can be utilized by the supervisor of home care when planning staff development and supervising. The qualitative research method was used in the thesis. The target group consisted of home care nurses with at least one-year experience of working in home care. The information was collected using a semi-structured interview. Three nurses were interviewed during spring 2019. The material was analyzed by using inductive content analysis. The thesis was carried out in cooperation with a home care unit in the southern region of Oulu.</p> <p>According to the results of the thesis, the aim of the nurses was to encounter a mental health client in a customer-oriented way. Among other things, this was reflected in respect of the client's self-determination, home and opinions. However, the encounters involved challenges, including disturbance of conduct due to clients' illnesses, treatment negativity and time-use problems. The results showed that the nurses' ability for encounters has mainly been gained through work experience and education. However, the nurses occasionally experienced feelings of inadequacy because they could not help a client enough with their own insufficient ability.</p> <p>Based on the interviews, mental health nursing education came up as a development area. Moreover, cooperation with mental health services was hoped to be increased to make it more holistic to meet clients. The nurses interviewed felt peer support was important and they also wanted to increase it.</p> <p>As a conclusion, the need for education, cooperation and peer support in relation to meeting a mental health client should be discussed within the work community. The need of those should be clarified both for individual nurses and for the whole work community. Based on the result of the thesis, it is possible to develop the ability of the work community in order to ensure that the nurses could experience that their skills in mental health care are sufficient. Generally, the thesis can be utilized to develop nursing for mental health clients, as well as to develop education and competence of nurses.</p>		

Key words

customer orientation, encounter, home care, mental health client, nurse

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 JOHDANTO	1
2 MIELENTERVEYSASIAKKAAN KOHTAAMINEN KOTIHOIDOSSA	3
2.1 Mielenterveydestä yleisesti	3
2.2 Kotihoito ja mielenterveysasiakas	4
2.3 Hoitajien koulutustausta	7
2.4 Asiakaslähtöinen kohtaaminen	8
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	12
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	13
4.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä.....	13
4.2 Kvalitatiivinen tutkimus	13
4.3 Aineiston keruu	14
4.4 Aineiston analyysi.....	15
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	18
5.1 Hoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta kotihoidossa	18
5.2 Hoitajien valmiudet mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen kotihoidossa	21
6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA	23
6.1 Luotettavuus	23
6.2 Etiikka	24
7 POHDINTA	26
7.1 Tulosten tarkastelu.....	26
7.2 Jatkotutkimusaiheet ja anti hoitotyölle.....	28
7.3 Opinnäytetyöprosessi.....	29
8 JOHTOPÄÄTÖKSET	31
LÄHTEET.....	32
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Mielenterveyden häiriöt ovat suuri kansanterveydellinen haaste. Niiden suhteellinen osuus suomalaisien sairastaakasta kasvaa ihmisten fyysisen terveyden parantuessa. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat kärsimystä ja ne ovat Suomessa keskeisin syrjäytymistä aiheuttava tekijä. (Walhbeck, Hietala, Kuosmanen, McDaid, Mikkonen, Parkkonen, Reini, Salovuori, Tourunen & Koppelomäki 2017, 2). Tällä hetkellä viidesosa suomalaisista sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä. Joka vuosi todetaan uusia tapauksia 1,5 prosenttia väestöstä. Vakavan masennusjakson elämänsä aikana kokee 10–20 % suomalaisista. (Huttunen 2015.)

Valtaosa mielenterveyden häiriötä sairastavista on nykyään avohoidon piirissä. Avohoidon käyntien määrä tulee jatkossa nousemaan samalla, kun psykiatriset sairaalapaikat vähenevät entisestään. (THL 2017.) Mielenterveyden häiriötä sairastaville voidaan tarjota kunnan järjestämän kotihoidon palveluja (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan kotihoidon asiakkaana Suomessa oli vuonna 2019 lähes 200 000 henkilöä. Heistä 71 % oli vähintään 75-vuotiaita ja 39 % oli 85 vuotta täyttäneitä. Säännöllisen kotihoidon palveluja sai 115 000 asiakasta. (Saukkonen, Mölläri, Mäkelä & Kehusmaa 2020.)

Sain opinnäytetyöni aiheeseen kipinän ollessani kesätoissa kotihoidossa. Kotihoidon osastonhoitaja mainitsi, että mielenterveysasiakkaiden määrä avohoidon ja sitä kautta myös kotihoidon asiakkaina nousee kaiken aikaa. Osastonhoitajan kanssa keskusteltuaamme totesimme, että aihe on hyvä opinnäytetyölle. Aiempaa tämän kaltaista tutkimusta ei ole heidän kotihoidon alueellaan tehty.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata eräässä Oulun eteläisen alueen kotihoidossa työskentelevien hoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaiden kohtaamisesta. Tavoitteena on tuottaa kotihoidon osastonhoitajalle tietoa, jota voidaan hyödyntää koulutuksia ja työnohjausta suunniteltaessa. Opinnäytetyöllä etsitään vastauksia kahteen tutkimuskysymykseen: Millaisia kokemuksia hoitajilla on mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta kotihoidossa? ja Millaisia valmiuksia hoitajilla on mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen kotihoidossa? Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat asiakaslähtöisyys, hoitaja, kohtaaminen, kotihoito ja mielenterveysasiakas. Näitä käsitteitä tarkastellaan lähemmin tietoperustassa. Käytän käsitettä mielenterveysasiakas mielenterveyshäiriöön sairastuneesta henkilöstä. Se on yksi Mielenterveyden keskusliiton suosittelemista käsitteistä. Opinnäytetyössäni keskityn kaikkiin kotihoidon piirissä oleviin mielenterveysasiakkaisiin heidän iästään riippumatta. Hoitaja-käsitettä käytän kotihoidon lähi- ja sairaanhoitajista sekä puhuessani tutkimuksen tiedonantajista.

Käsittelen opinnäytetyöni tietoperustassa mielenterveyttä sekä positiivisen mielenterveyden että mielenterveyshäiriöiden kautta. Tarkastelen lisäksi kotihoitoa, mielenterveysasiakasta, hoitajien koulustaustaa ja asiakaslähtöistä kohtaamista. Käyn läpi opinnäytetyöni tarkoituksen, tavoitteen ja tutkimuskysymykset ennen opinnäytetyön toteutuksen kuvaamista. Työn loppuosa sisältää aineiston analysointia, pohdintaa sekä johtopäätösten esittelyä.

2 MIELENTERVEYSASIAKKAAN KOHTAAMINEN KOTIHOIDOSSA

Tässä luvussa käsittelen mielenterveyttä positiivisen mielenterveyden ja mielenterveyden häiriöiden näkökulmasta. Lisäksi kerron kotihoidosta ja mielenterveysasiakkaasta, hoitajien koulutustaustasta sekä asiakaslähtöisestä kohtaamisesta.

2.1 Mielenterveydestä yleisesti

Maailman terveysjärjestö määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvista haasteista sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (WHO 2016). Mielenterveys on ihmisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perusta. Se kuuluu tärkeänä osana kokonaisterveyteen. Mielenterveys-käsite sisältää sekä positiivisen mielenterveyden että erilaiset mielenterveyden häiriöt ja sairaudet. Mielenterveys koostuu fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja henkisestä ulottuvuudesta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 10.)

Positiivinen mielenterveys on keskeinen voimavara kokonaisterveyden kannalta. Sitä voidaan vahvistaa toimimaan turvana sairauksia vastaan, pärjäämään sairauksien kanssa sekä edistämään toipumista. (Appelqvist-Schmidlechner, Tuisku, Tamminen, Nordling & Solin 2016.) Positiivinen mielenterveys sisältää ihmisen yksilölliset ominaisuudet ja toimintakyvyn osa-alueet, kuten itsearvostus, kyky vaikuttaa omaan elämäänsä, kokemus omasta hyvinvoinnista ja selviytymistaidot. Lisäksi siihen kuuluvat työ- ja toimintakyky, ihmissuhteiden ylläpitäminen sekä vaikeuksien kohdatessa tarvittava henkinen kestävyys. Positiivinen mielenterveys vaikuttaa keskeisesti kykyymme ymmärtää ja kokea ympäristöämme, sopeutua siihen tai muuttaa sitä. Se auttaa myös ihmistä kokemaan elämän mielekkyyttä ja toimimaan yhteisössä osallistuvana jäsenenä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 10–11.)

Mielenterveys voi kuormittua erilaisissa elämän vaiheissa. Väliaikainen henkinen pahoinvointi on haastavassa elämäntilanteessa, esimerkiksi surun kohdatessa, normaalia. Mielenterveyden järkkyyessä on tärkeää tunnistaa häiriö ja hankkia tarkoituksenmukaista hoitoa. Mielenterveyden häiriön taustalla on usein monia tekijöitä ja yleisesti jokin stressitekijä laukaisee lopulta häiriön puhkeamisen. (THL 2015.) Ongelmat mielenterveydessä voivat tulla esiin monin eri tavoin ja kaikille yhteistä oiretta ei

välttämättä esiinny. Psykkisten vaikeuksien kasaantuessa voivat ne peittyä psykosomaattisiin tunte-
muksiin ja tulla näkyviin fyysisinä kipuina, kuten päänsärkynä ja pahoinvointina. (Hietaharju & Nuut-
tila 2010, 31.)

Mielenterveyden häiriö on yleisnimike psykiatrisille häiriöille. Ne ovat oireyhtymiä, joihin kuuluu klii-
nisesti merkittäviä kärsimystä tai haittaa aiheuttavia psyykkisiä oireita. Oireet voivat rajoittaa toiminta-
ja työkykyä sekä osallistumis- ja selviytymismahdollisuuksia päivittäisessä elämässä. Mielenterveyden
häiriöt jaotellaan niille tyypillisten oireiden ja vaikeusasteiden mukaan. (Hietaharju & Nuuttila 2010,
31; THL 2015.) Vakavaa mielenterveyden häiriötäkin sairastava voi elää tyydyttävää elämää hyvän
hoidon avulla (THL 2015).

Keskeisimpiä yksilötasolla ja kansanterveydellisesti merkittäviä mielenterveyden häiriöitä ovat mie-
lialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt ja psykoosit. Mielialahäiriöt jaetaan masennushäiriöön ja kaksisuun-
taiseen mielialahäiriöön. Ahdistuneisuushäiriöitä ovat muuan muassa pelko-oireiset ahdistuneisuus-
häiriöt, eriasteiset stressireaktiot, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö ja elimellisoireiset
häiriöt. Psykoosissa ihminen tulkitsee ulkopuolista todellisuutta ja muita ihmisiä epätyypillisellä ta-
valla, koska hänen havainto- ja ajatuskykynsä on jollakin tavalla vääristynyt. (Hämäläinen, Kanerva,
Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 227, 247, 253, 269.)

2.2 Kotihoito ja mielenterveysasiakas

Kotihoidon tarkoituksena on auttaa eri-ikäisiä kotona asuvia, jotka tarvitsevat apua sairauden, vammai-
suuden tai toimintakyvyn tilapäisen tai pysyvän laskun vuoksi. Kotihoidolla pyritään tukemaan asiak-
kaan elämänhallintaa ja toimintakykyä siten, että turvallinen kotona asuminen taattaisiin mahdollisim-
man pitkään. Lisäksi kotihoidon avulla voidaan mahdollistaa viiveetön kotiutuminen sairaalasta sekä
turvata sairaalajakson jälkeinen jatkohoito. Suurin asiakasryhmä kotihoidossa ovat iäkkäät henkilöt,
jotka tarvitsevat apua erilaisten terveysongelmien ja pitkäaikaissairauksien takia. Muita kotihoidon
asiakasryhmiä ovat mielenterveyskuntoutujat, päihdeasiakkaat ja vammaisasiakkaat. (Ikonen 2013, 15,
18–19.)

Laadukkaan kotihoidon perustana ovat asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja sen perusteella laadittava
hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelma tehdään yhteistyössä kunnan ja asiakkaan kanssa. Sitä tar-
kistetaan, jos seurannan aikana palveluntarve muuttuu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a.)

Kotihoito koostuu kotipalvelujen, sairaanhoitopalvelujen ja tukipalvelujen kokonaisuudesta (Ikonen 2013, 18). Kotipalvelun tehtävänä on auttaa ja tukea asiakkaita arkiaskareissa ja henkilökohtaisissa toiminnoissa, kuten hygienian hoidossa, kun sairauden tai toimintakyvyn alenemisen vuoksi kotiin tarvitaan apua. Lisäksi kotipalvelun työntekijät seuraavat asiakkaiden vointia ja neuvovat niin asiakkaita kuin omaisia eri palveluihin liittyvissä asioissa. Kotipalvelun työntekijät koostuvat pääosin lähihoitajista, kodinhoitajista ja kotiavustajista. Useissa kunnissa kotipalvelua tarjotaan arkipäivien lisäksi iltaisin ja viikonloppuisin. Myös yöpartiot ovat yleistymässä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a.)

Kotihoidon sairaanhoitopalveluista huolehtivat pääsääntöisesti sairaanhoitajat. Suurin kotisairaanhoidon asiakasryhmä ovat ikääntyneet henkilöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Kotisairaanhoidon tarkoituksena on tukea sairaan henkilön kotona selviytymistä ja häntä hoitavia omaisia. Lisäksi kotisairaanhoido on helpottamassa kotiutumista sairaalasta. Kotisairaanhoidon tehtäväkuvaan kuuluvat erilaiset lääkärin määräämät sairaanhoidolliset toimenpiteet, joihin kuuluvat esimerkiksi mittaukset, näytteiden ottaminen, lääkityksestä huolehtiminen, voinnin seuranta sekä mahdollisen kivun helpottaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Kotisairaanhoidon avulla voidaan myös järjestää saattohoito kotona tilanteen niin salliessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Laadukkaan kotihoidon lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet. Se ylläpitää ja/tai parantaa asiakkaan toimintakykyä sekä lisää hyvinvointia ja terveyshyötyä. Osaavan henkilöstön riittävä määrä on olennainen edellytys laadukkaalle ja turvalliselle kotihoidolle. Henkilöstön määrän ja osaamisen oikeanlaisessa kohdentamisessa ovat tärkeässä roolissa muuan muassa asiakkaiden kognitiivinen, psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b, 19, 35–36.)

Hoitajan työturvallisuudesta huolehtiminen kotona tapahtuvien kohtaamisten aikana on myös lähtökohta laadukkaalle työlle. Kotikäyntien työturvallisuuden varmistaminen alkaa jo ennen asiakkaan fyysistä kohtaamista tutustumalla asiakkaan tietoihin ennalta ja sopimalla mahdollisesta työparista. Asiakkaan kotiin mentäessä hoitajan on hyvä luoda yleissilmäys ja tehdä tilanearvio. Asiakkaan psyykinen tila ja sen muutokset on tarpeen huomioida. Lisäksi hoitajan tulee miettiä muun muassa omaa sijaintiaan asunnossa, jotta ulos pääsy on mahdollista, sekä sitä, onko asunnossa esillä esimerkiksi teräviä esineitä. (Koivula, Brotkin & Saarsalmi 2018, 4, 9; Lindh & Karttunen 2017, 45–46, 48). Hoitajan työturvallisuudesta säädetään työturvallisuuslaissa, jonka tarkoituksena on ennalta ehkäistä ja torjua työtapaturmia, ammattitauteja sekä muita mahdollisia terveyshaittoja. Lisäksi sen tavoitteena on parantaa työympäristöä ja työolosuhteita, jotta työntekijän työkyky pystytään turvaamaan. (Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738.)

Kotihoidon ohjaavat useat lait, säädökset ja suositukset, joista tärkeimpiä ovat terveydenhuoltolaki, kansanterveyslaki ja sosiaalihuoltolaki (Ikonen 2013, 23). Laki potilaan oikeuksista ja asemasta määrittää muun muassa hoidon laadusta, potilaan kohtelusta, itsemääräämisoikeudesta ja tietojen antamisesta potilaalle (Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 17.8.1992/785). Myös Mielenterveyslaki liittyy kotihoidon toimintaan. Siinä on säädetty muun muassa mielenterveystyöstä sekä mielenterveyspalvelujen periaatteista ja järjestämisestä (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116).

Sosiaalihuoltolaissa (30.12.2014/1301) käytetään asiakas termiä henkilöstä, joka hakee tai käyttää sosiaalihuoltoa tai on tahdostaan riippumatta sen kohde. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittelee puolestaan potilaan terveys- ja sairaanhoitopalveluja käyttäväksi tai muuten niiden kohteena olevaksi henkilöksi.

Kotihoidon palvelujen piirissä olevien mielenterveysasiakkaiden määrä kasvaa jatkuvasti (Ikonen 2013, 46; Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 15). He ovat sairastaneet yleensä pitkään. Useimmiten asiakkailta on joko masennus, skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai mielenterveys- ja päihdeongelma yhdessä. Lisäksi he voivat kärsiä yksinäisyydestä, matalasta itsetunnosta, sosiaalisten taitojen ja tunne-elämän köyhtymisestä sekä toimintakyvyn alenemasta. Kotihoidon asiakkaaksi he ohjautuvat tavallisimmin, kun tarvitaan apua lääkehoidossa sekä tukea ja ohjausta arjessa selviytymisessä. Psykkisesti sairaiden asiakkaiden hoitotahoina ovat usein erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, sosiaalityö ja toisinaan lisäksi vapaaehtoisjärjestöt sekä yksityiset palveluntuottajat. (Hägg ym. 2007, 135.)

Kotihoidon tehtävänä on auttaa mielenterveysasiakasta hyväksymään tunteitaan ja muuttuvia tilanteita. Tarpeen mukaan asiakasta tuetaan hankkimaan ja ottamaan vastaan asiantuntija-apua psyykkisiin ongelmiinsa. Mielenterveysasiakas tarvitsee monenlaisia palveluja, tukitoimia ja ohjausta selvitäkseen arjessa. Onkin tärkeää tukea mielenterveysasiakkaita huomaamaan yhteiskunnan tarjoamat mahdollisuudet oman elämänlaadun ja hyvinvoinnin parantamiseksi. (Ikonen 2013, 46).

Kotihoidossa asiakkaan alavireisyyttä voidaan arvioida ikään kuuluvaksi ilmiöksi, mikä vaikeuttaa masennuksen tunnistamista. Myös mielenterveysongelmiin liitetty häpeä ja työntekijöiden riittämätön osaaminen tuovat haasteita. Mielenterveysongelmien tunnistaminen ajoissa olisi kuitenkin tärkeää, sillä esimerkiksi masennus kroonistuu hoitamattomana ja siten vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn negatiivisesti sekä vaikeuttaa kuntoutumista. (Peräkoski, Kuosmanen & Vuorilehto 2010, 34.)

Jokilaaksojen alueella vuonna 2016 toteutetun Jokimieli-hankkeen loppuraportissa esitellään kokonaisuunnitelma alueen mielenterveys- ja psykiatrisen hoidon järjestämiseksi vastaisuudessa. Yhteenvedon toiminnan kehittämiseksi todetaan, että alueella on tarvetta kehittää mielenterveys- ja päihdepalvelujen avohoitokeskeisyyttä ja ennaltaehkäisevää työtä, kuten myös integroitumista, laadun yhtenäisyyttä ja monimuotoisuutta. (Jokimieli 2016, 26.) Kotihoidossa tulisi lisäksi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota asiakkaan psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin, sillä kotihoidon tarjoama apu ja tuki painottuu tällä hetkellä fyysisistä avuntarpeista huolehtimiseen (Hautsalo, Rantanen, Kaunonen, Åstedt-Kurki 2016, 11).

Vantaan kaupungin Sateenvarjo-projektissa vuosina 2005–2009 pyrittiin tehostamaan kotihoidon asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamista ja hoitoa. Projektin tuloksissa tuodaan esille strukturoitujen mittareiden hyödyllisyys asiakkaan mielialan ja päivittäiseen selviytymiseen vaikuttavien asioiden arviointivälineenä. Mittareiden käytön rinnalle tulisi liittää myös asioiden esille ottaminen, asiaan puuttuminen ja keskustelu asiakkaan kanssa. Projektin johtopäätöksenä todetaan, että kotihoidossa on keskeistä erilaisten toimintatapojen, hoitopolkujen ja yhteistyökumppaneiden listaaminen toiminnan ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Lisäksi henkilökunnan koulutus ja asiakkaille järjestetyt erilaiset ryhmät ovat olleet keskeinen osa projektin toimintamallia. (Peräkoski ym. 2010, 36.)

Kotihoito, hoitaja ja mielenterveysasiakas ovat opinnäytetyöni keskeisiä käsitteitä. Opinnäytetyöni toteutan erääseen Oulun eteläisen alueen kotihoitoon. Yhteistyöstä tämän kotihoidon kanssa kerron tarkemmin luvussa neljä. Hoitajilla on tärkeä rooli mielenterveysasiakkaiden kohtaamisessa kotihoidossa. Käytän työssäni sanaa hoitaja puhuttaessa niin lähihoitajista kuin sairaanhoitajistakin. Mielenterveysasiakas-käsitettä käytän mielenterveyshäiriöön sairastuneesta henkilöstä. Opinnäytetyössäni keskityn kaikkiin kotihoidon piirissä oleviin mielenterveysasiakkaisiin iästä riippumatta.

2.3 Hoitajien koulutustausta

Sairaanhoitajan koulutus pohjautuu Euroopan parlamentin ja neuvoston uudistuneeseen ammattipätevyysdirektiiviin, joka koskee sairaanhoitajien ammattipätevyyden tunnustamista sekä ammatillisen osaamisen vähimmäisvaatimuksia. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 13.) Sairaanhoitajan opintojen laajuus on 210 opintopistettä, ja siihen sisältyy mielenterveyshoitotyön opintoja (Centria-ammattikorkeakoulu 2020). Valmistuneen sairaanhoitajan tulisi osata kohdata ja ylläpitää hoidollista vuorovaikutusta mielenterveysasiakkaan sekä hänen läheistensä kanssa erilaisissa hoitoympäristöissä

mielenterveyttä edistävästi, mielenterveyden häiriöitä ehkäisevästi ja voimavaralähtöisesti. Sairaanhoidajan tulisi ymmärtää mielenterveyden vaikutus yksilön ja koko perheen hyvinvointiin sekä osata tukea akuutissa kriisissä olevaa asiakasta. Koulutuksessa käsitellään lisäksi asiakaslähtöisyyttä, johon kuuluu esimerkiksi vuorovaikutus ja dialogi asiakkaan hoidossa. (Eriksson ym. 2015, 36, 40.)

Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinnon laajuus on 180 osaamispistettä ja sen suorittaneesta tulee lähihoitaja. Tutkinto antaa perusvalmiuden terveyttä edistävään, ehkäisevään ja kuntouttavaan hoito-, huolenpito- ja kasvatustyöhön. Lähihoitajat opiskelevat vähintään yhden osaamisalan, kuten mielenterveys- ja päihdetyön osaamisalan, ammatillisen perusvalmiuden lisäksi. (Opintopolku 2018.)

Terveysalalla säännöllinen kouluttautuminen on tärkeää myös ammattiin valmistumisen jälkeen. Työntekijän laissa määritelty velvollisuus on järjestää täydennyskoulutusta. Lisäksi laki velvoittaa myös hoitajaa huolehtimaan oman ammattitaitonsa ajanmukaisuudesta. Täydennyskoulutuksen tarkoituksena on ylläpitää, kehittää ja syventää hoitajan ammattitaitoa. Se lisää myös työmotivaatiota ja työhön sitoutumista. (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super 2020; Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2020.) Kotihoidon yksiköiden kokojen kasvaminen tuo mukanaan lisäkoulutuksen tarvetta erityisesti mielenterveysosaamisen alueella (Alastalo, Kehusmaa, Hammar & Marjeta 2018).

2.4 Asiakaslähtöinen kohtaaminen

Kohtaaminen on kanssakäymisen ydin. Se on pysähtymistä, viipymistä ja kulkemista yhdessä vuorovaikutuksessa, myös silloin kun lopputulos ei ole ennalta arvattavissa. Kohtaamisessa ihminen asettautuu kasvokkain toisen ihmisen kanssa ja tahtoo jakaa ihmisyyden sen iloineen ja suruineen. (Mattila 2007, 33.) Kohtaaminen on yksi opinnäytetyöni keskeisistä käsitteistä.

Hoitotyössä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että toiminnan perustana ovat asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset. Asiakkaan ajatellaan olevan oman elämänsä asiantuntija ja aktiivinen toimija. Asiakaslähtöisyyttä voidaan kuvata yhteistyökumppanuudeksi ja yhdenvertaisuudeksi asiakkaan ja hoitotyöntekijän välillä. (Sarajärvi, Mattila, Rekola 2011, 70 [Sarajärvi & Isola 2006; Sarajärvi 2008].) Asiakaslähtöisyydessä oleellista on asiakkaan mahdollisuus vaikuttaa niin oman hoitonsa suunnitteluun, toteutukseen kuin arviointiinkin (Hämäläinen ym. 2017, 140). Asiakaslähtöisyys on opinnäytetyöni keskeinen käsite.

Ennen asiakkaan kohtaamista hoitajan on hyvä tutustua aiempiin potilasasiakirjoihin. Ne ovat asiakkaan hoidon järjestämisessä ja toteutuksessa käytettäviä asiakirjoja ja teknisiä tallenteita, jotka on tehty asiakasta hoitavan tahon toimesta tai lähetetty sinne. Asiakkaan hoitoon kuuluvat asiat kirjataan potilaskertomukseen. Potilaskertomus sisältää hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan kannalta olennaiset ja riittävät tiedot. Sen tarkoituksena on edistää asiakkaan hyvää hoitoa. (Iivanainen & Syväoja 2016, 15, 21.)

Asiakaslähtöisessä kohtaamisessa täytyy huomioida asiakkaan ihmisarvon ja yhdenvertaisuuden turvaaminen, huomiointi persoonana ja kokonaisuutena, rehellisyyden turvaaminen, hoidon jatkuvuuden varmistaminen sekä resurssien mahdollistaminen. Tällaisessa kohtaamisessa tulee näkyä myös hoitajan välittäminen ja vilpitön halua auttaa ja tukea, hoitajan oma motivaatio ja arvoja tukeva tapa toimia, toimiminen oman persoonan kautta sekä avoimuuden ilmapiirin virittäminen. Myös luottamuksellisuus ja työskentely-ympäristö vaikuttavat kohtaamiseen, vuorovaikutussuhteen muodostumiseen sekä sen onnistumiseen. Vaitiolovelvollisuudesta huolehtiminen on ehdottoman tärkeää mielenterveysasiakkaiden kohtaamisessa. (Hietaharju & Nuutila 2010, 80–81.)

Luottamuksellisuus on tärkeässä osassa hoitotyössä liittyen hyvinvointiin, terveyteen ja sen edistämiseen sekä sairaudenhoitoon. Yhteistyösuhteen onnistuminen edellyttää luottamusta asiakkaan ja hoitajan välillä. Luottamusta rakennetaan, vahvistetaan ja ylläpidetään prosessinomaisesti. (Raatikainen 2015, 56, 72.) Sekä asiakkaan että hoitajan henkilökohtaiset tekijät, kuten persoonallisuus ja aiemmat kokemukset, vaikuttavat luottamuksellisuuden kehittymiseen. Hoitajan on tärkeää toimia ensikontaktista lähtien niin, että luottamuksellisuuden on mahdollista alkaa rakentua. Hoitajan on mahdollista herättää luottamusta muun muassa omalla käytöksellään, aidolla läsnäololla, tasavertaisella lähestymisellä ja kuuntelemalla asiakasta. (Hämäläinen ym. 2017, 149–150).

Hoitotyössä ihmisten kohtaamisen olemus on erityislaatuinen. Se saattaa aiheuttaa luonnolliseen kohtaamiseen ristiriitoja, kuten vallankäyttöä, kiusaamista, kaltoinkohtelua ja epätasa-arvoisuutta. (Haho 2014.) Yleiset asenteet mielenterveysasiakkaita kohtaan voivat myös vaikuttaa negatiivisesti kohtaamisiin. Taustalla voi tällöin olla esimerkiksi tietämättömyyttä sekä ihmisen omaa pelkoa erilaisuutta ja eri lailla käyttäytyviä ihmisiä kohtaan. (Hietaharju & Nuutila 2010, 80.)

Kotikäynneillä asiakas tulisi pyrkiä kohtaamaan kiireettömästi, jolloin asiakkaalla on mahdollisuus kertoa toiveistaan ja tarpeistaan hoitajalle. Hoitajavaihdoksiin tulee kiinnittää huomiota ja tehdä niitä mahdollisimman vähän, koska omahoitajan rooli on tärkeä kaikkien kotihoidon asiakkaiden kohdalla.

Omahoitaja vastaa asiakkaan kokonaisvaltaisesta hoidosta, hoidon suunnittelusta ja toimii pääasiallisena yhteyshenkilönä asiakkaan läheisiin. (Hautsalo ym. 2016, 11.)

Mielenterveystyö koostuu mielen terveyden edistämisestä eli promootiosta, häiriöiden ehkäisystä eli preventiosta sekä korjaavasta mielen terveystyöstä, joka sisältää hoidon ja kuntoutuksen (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 76). Mielenterveyshoitotyössä hoitajan keskeisintä osaamista on asiantuntijuuteen perustuva yhteistyösuhde asiakkaan ja hänen määrittelemiensä läheisten kanssa. Yhteistyösuhteen onnistuminen edellyttää hoitajalta vuorovaikutukseen liittyvien toimintatapojen osaamista ja kykyä käyttää omaa persoonaa työvälineenä. (Ellilä, Friis, Kilkku, Komppa-Valkama, Kuosmanen & Vuokila-Oikkonen 2009, 24.)

Yhteistyösuhteen perustana on asiakaslähtöisyys. Siinä asiakkaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus on kuuntelevaa vuoropuhelua eli dialogia, jossa korostuvat molemminpuolisuus ja vastavuoroisuus. Tällöin asiakas on oman elämäntilanteensa ja sairautensa asiantuntija. (Hämäläinen ym. 2017, 140, 147). Laitilan (2010, 158–159) väitöstudkimuksessa asiakkaiden käsitykset asiakaslähtöisestä yhteistyösuhteesta koostuivat asiakkaiden välisestä tasa-arvoisesta kohtelusta, yksilöllisyydestä ja joustavuudesta. Lisäksi turvallisuus ja luotettavuus antoivat asiakkaille mahdollisuuden puhua vaikeista ja ristiriitaisista asioista.

Yhteistyösuhteen menetelminä ovat huolenpito, läsnäolo, keskustelu, kuunteleminen sekä havainnointi, ohjaaminen ja yhdessä tekeminen (Hämäläinen ym. 2017, 151–160). Vastavuoroinen, kahden yhdenvertaisen ihmisen välinen yhteistyösuhde tekee mahdolliseksi dialogin syntymisen. Tällöin hoitaja asettuu apua tarvitsevan ihmisen vierelle, kuulee aidosti hänen kertomansa asian ja tarjoaa niin ihmisyytensä kuin asiantuntijuutensa vilpittömästi hänen avukseen. Näin yhteistyösuhde muodostuu symmetriseksi minä-sinä-suhteeksi. (Kiikkala 2008, 22–26.)

Vuorovaikutuksen avulla tulisi lujittaa mielen terveysasiakkaan uskoa itseensä ja elämään. Se voidaan kokea kuitenkin usein haastavaksi ja ongelmalliseksi. (Ikonen 2013, 46.) Hoitajat tuntevat yleisesti myös riittämättömyyden tunteita, koska heidän täytyy kohdata ja ratkaista esiin nousevia ongelmia yksin. Tarpeen vaatiessa heillä on kuitenkin mahdollisuus konsultoida oman tiiminsä jäseniä, lääkäriä ja erityisöntekijöitä. (Hägg ym. 2007, 135.)

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa asiakkaan oikeutta osallistua hoitoonsa oman elämäkatsomuksensa sekä ajatus- ja arvomaailmansa mukaisesti. Asiakkaan omaa tahtoa ja toiveita on kunnioitettava ja antaa hänen tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä aina sen ollessa mahdollista. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2020, 28.) Mielensterveysasiakkaan itsemääräämisoikeudesta on tärkeää huolehtia heidän haavoittuvan asemansa vuoksi. Itsemääräämisoikeutta voi rajoittaa ainoastaan lain perusteella siinä tapauksessa, että muut keinot eivät ole toimineet. Asiakkaan sairauden vaikuttaessa esimerkiksi hänen kykyynsä huolehtia läheisistään tai ymmärtää omia voimavarojaan joudutaan itsemääräämisoikeutta pohtimaan. Sen arviointiin ei kuitenkaan ole yhtä tiettyä menettelytapaa, vaan jokainen tapaus käsitellään yksilöllisesti (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 141–142; Isometsä 2014, 246). Itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa esimerkiksi määräämällä edunvalvoja, jos mielensterveysasiakas ei pysty sairautensa vuoksi valvomaan etuaan tai huolehtimaan itseään ja omaisuuttaan koskevista asioista (Digi- ja väestötietovirasto 2020).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata eräässä Oulun eteläisen alueen kotihoidossa työskentelevien hoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaiden kohtaamisesta. Tavoitteena on tuottaa kotihoidon osastonhoitajalle tietoa, jota voidaan hyödyntää koulutuksia ja työnohjausta suunniteltaessa. Opinnäytetyöllä pyrin selvittämään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta kotihoidossa?
2. Millaisia valmiuksia hoitajilla on mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen kotihoidossa?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tässä luvussa käsittelen opinnäytetyön toimintaympäristöä ja kohderyhmää. Lisäksi kerron opinnäytetyön tutkimusmenetelmästä, aineiston keruusta ja analyysistä. Opinnäytetyöni tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen eli laadullinen.

4.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Opinnäytetyön toimintaympäristönä toimii eräs Oulun eteläisen alueen kotihoito. Toimintaympäristöstä on päätetty yhdessä kotihoidon esimiehen kanssa puhua yleisellä tasolla. Tällä päätöksellä suojataan sekä kohderyhmän että asiakkaiden yksityisyyttä. Opinnäytetyöprosessini aikana tapahtui henkilövaihdoksia työn ohjaajien osalta. Kuitenkin opinnäytetyötäni on ohjannut aina kulloinenkin kotihoidon esimies.

Opinnäytetyöni kohderyhmä koostuu kotihoidon työntekijöistä, joita on noin kymmenen sairaanhoitajaa ja noin 40 lähihoitajaa/kodinhoitajaa. Haastateltavalla täytyi olla vähintään vuoden työkokemus kotihoidosta sekä sairaanhoitajan tai lähihoitajan tutkinto. Erityistä kokemusta mielenterveyshoitotyöstä ei haastateltavilta vaadittu.

4.2 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon keräämistä. Sen aineisto kootaan luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Tiedonkeruun välineenä suositaan ihmistä, jolloin tutkija voi tehdä havaintoja ja keskustella tutkittavien kanssa. Täydentävän tiedon hankinnassa voidaan käyttää apuna lomakkeita ja testejä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.)

Muita tyypillisiä piirteitä kvalitatiiviselle tutkimukselle ovat induktiivisen eli aineistolähtöisen analyysin käyttö, laadullisten metodien hyödyntäminen aineiston hankinnassa ja kohdejoukon tarkoituksenmukainen valinta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edistyessä eli suunnitelmia on mahdollista muuttaa olosuhteiden mukaisesti. Tutkimuksen tapausten ajatel-

laan olevan ainutlaatuisia ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.) Valitsin kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska sain sen avulla selvitettyä kotihoidon työntekijöiden kokemuksia ja käsityksiä mielestäni parhaiten. Lisäksi koin hyväksi sen, että sain haastatella työntekijöitä henkilökohtaisesti ja tehdä haastattelun aikana esimerkiksi tarkentavia kysymyksiä. Opinnäytetyölle haastatteluineen hain tutkimusluvan kotihoidon osastonhoitajalta (LIITE 2).

4.3 Aineiston keruu

Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa tutkija laatii etukäteen valmiit teemat tai keskustelun aiheet. Haastattelun aikana kysymysten muotoilua on mahdollista täsmentää ja kysymysten järjestystä vaihdella. (Hirsjärvi ym. 2007, 203.) Teemahaastattelussa tarkoituksena on etsiä vastauksia tutkimuksen ongelmanasettelun ja tutkimustehtävän mukaan. Tässä haastattelun muodossa ihmisten asioille antamat tulkinnat ja merkitykset korostuvat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125–126.) Toteutin opinnäytetyöni aineiston keruun teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelurungon kysymykset perustuvat opinnäytetyön tietoperustaan ja tutkimuskysymyksiin (LIITE 1).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastateltaviksi valitaan ne henkilöt, joita ilmiö koskettaa (Kananen 2015, 145). Tutkija valitsee siis tietoisesti tietyt osallistujat tutkimuksensa aineistoksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 112). Kotihoidon osastonhoitaja valitsi antamieni kriteerien mukaan työntekijöistä kahdeksan tiedonantajaa, joista haastattelin kolmea.

Lähestyin osaa osastonhoitajan valitsemista tiedonantajista sähköpostitse sekä tekstiviestitse ja tiedustelin heidän halukkuuttaan osallistua haastatteluun. Tiedonantajien löytyminen oli aluksi haastavaa. Haastatteluun suostuneille hoitajille lähetin sähköpostilla saatekirjeen (LIITE 3) ja teemahaastattelurungon (LIITE 1), jotta he pystyivät valmistautumaan haastatteluun halutessaan etukäteen. Saatekirjeessä kerrottiin haastatteluun osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista. Haastattelut suoritin tiedonantajien kanssa ennalta sovituissa paikoissa kotihoidon toimistoilla työhuoneissa. Ne soveltuivat hyvin haastattelupaikoiksi rauhallisuutensa vuoksi. Haastattelut toteutin yksilöhaastatteluina. Haastattelujen aluksi juttelimme hoitajien kanssa hetken ja siirryimme sitten haastattelukysymyksiin. Haastattelut kestivät 15 minuutista reiluun 20 minuuttiin. Välillä ei pidetty taukoja. Ensimmäinen tekemäni haastattelu oli esihaastattelu, jonka tarkoitus oli testata teemahaastattelurungon kysymysten toimivuutta.

Haastatteluja suoritetaan siihen saakka, kunnes saturaatio täyttyy eli kunnes uudet haastateltavat eivät tuo tutkimukseen enää olennaisesti uutta tietoa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 60). Kolmen haastattelun jälkeen koin, että olen saanut riittävästi tietoa tutkimuskysymyksiin. Saturaation täyttymisen huomasi, kun tiedonantajien vastauksissa alkoi toistua samoja asioita. Myös aikataulun vuoksi halusin siirtyä prosessissa seuraavaan vaiheeseen.

Tutkimusaineistoa kerätessä käytetään usein teknisiä apuvälineitä aineiston tallentamisen tukena. Haastattelututkimuksessa haastattelut tavallisesti nauhoitetaan, jolloin tutkijalla on mahdollisuus palata alkuperäiseen aineistoon analyysia tehdessään. Tiedonantajaa on muistettava informoida mahdollisesta tallentamisesta ennen haastattelun aloittamista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 127.) Haastattelut tallennettiin kännykän Helppo äänentallentaja -sovelluksella, josta siirsin ne OneDriveen haastattelun jälkeen. Haastattelujen tallentamisesta kerroin tiedonantajille saatekirjeessä sekä jokaisen haastattelun aluksi. Tallenteet poistin litteroinnin jälkeen.

4.4 Aineiston analyysi

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston perusanalyysimenetelmänä on sisällönanalyysi. Sen tavoitteena on ilmiön laaja esittäminen tiiviissä muodossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.) Sisällönanalyysin avulla pyritään tekemään hajanaisesta aineistosta selkeää ja yhdenmukaista informaatiota, joka mahdollistaa tulkinnan ja johtopäätösten teon (Tampereen teknillinen yliopisto). Tuloksena syntyy käsiteluokituksia, -järjestelmiä ja -karttoja sekä erilaisia malleja. Siihen liitettyjä vahvuuksia ovat muuan muassa sisällöllinen sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166.) Toteutin opinnäytetyössäni analyysin induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Aineiston luokittelin tutkimuskysymyksittäin.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastatteluista saatu aineisto on useimmiten tarkoituksenmukaista aluksi litteroida eli kirjoittaa haastattelutallenteiden materiaali tekstiksi ennen aineiston analyysia. Tavallisesti tallenteet kirjoitetaan auki sanasta sanaan, mutta tutkija voi myös päättää aineiston jatkokäsittelyä ajatellen, mitkä haastattelun osat tai piirteet kuvataan auki litteroinnissa. (Hirsjärvi ym. 2007, 217; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–164.) Litteroin tekemäni kolme haastattelua sanasta sanaan Word-tekstinkäsittelyohjelmalla käyttäen Times New Roman fonttia 12 ja riviväliä 1,5.

Puhtaaksikirjoitettua tekstiä syntyi kolmetoista A4-arkkia. Tässä vaiheessa annoin jokaiselle haastattelutavalle oman tunnisteiden, jotta pystyin tarvittaessa tarkistamaan helposti ilmaisuja prosessin edetessä. Tämän jälkeen perehdyin vielä aineistoon syvemmin.

Sisällönanalyysi edellyttää analyysiyksiköiden määrittelyä ennen varsinaisen analyysin aloittamista. Analyysiyksikkönä voi toimia yksittäinen sana, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus, joka koostuu useammista lauseista. (Tuomi & Sarajärvi 2017, 151.) Nämä merkitykselliset ilmaukset ovat perustana pelkistämiseksi. Niitä voidaan hyödyntää lisäksi tutkimusraportissa esimerkkeinä haastatteluaineistosta. (Juvakka & Kylmä 2007, 117.) Opinnäytetyössäni käytin analyysiyksikkönä lauseita. Sen avulla koin saavani parhaiten esille sen, mitä haastateltavat halusivat vastauksillaan kertoa.

Sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa aineistosta seulotaan tutkimuksen kannalta epäolennainen tieto pois eli alkuperäistä dataa pelkistetään. Pelkistäminen eli redusointi voidaan suorittaa siten, että litteroidusta aineistosta etsitään tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmaisuja. (Tuomi & Sarajärvi 2017, 152.) Litterointien paperille tulostamisen jälkeen yliviiivasin eri väreillä tutkimuskysymyksiin liittyvät kohdat tiedonantajien vastauksista.

Pelkistämisen jälkeen suoritetaan aineiston ryhmittely eli klusterointi. Sen avulla aineistosta valitut alkuperäisilmaisut tutkitaan tarkoin ja aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ryhmittelyn pohjalta haastatteluaineistoa voidaan tulkita, yksinkertaistaa ja tiivistää. Samasta ilmiöstä kertovat käsitteet ryhmitellään ja kerätään eri luokiksi, joista muodostuvat alaluokat. Luokkien muodostamisen kriteereinä ovat niiden yhteys tutkimuskysymyksiin, aineiston laatuun ja tutkijan omaan teoreettiseen näkemykseen ja kykyyn hyödyntää tätä tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2017, 152; Hirsjärvi & Hurme 2000, 147–149.) Luokittelun edetessä aineisto tiivistyy, sillä yksittäiset vastaukset sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Luokittelua jatketaan muodostamalla esimerkiksi alaluokkia yhdistämällä yläluokkia ja yläluokkia yhdistämällä pääloukkia. (Tuomi & Sarajärvi 2017, 155.)

Ryhmittelin yliviiivaamani tiedonantajien vastaukset Wordissa tutkimuskysymysten alle. Jokaisen vastauksen loppuun merkitsin haastateltavan tunnisteiden. Opinnäytetyössä käytettävät vastaukset muokkasin kirjakielelle, jotta haastateltavia ei pysty tunnistamaan. Joitakin vastauksia en voinut kokonaisuudessaan käyttää, koska niistä olisi esimerkiksi pystynyt päättämään hoitajan ammattinimikkeen tai ne kuvasivat tarkasti jotakin asiakkaan ominaisuutta. Lisäksi poistin joitakin usein toistuvia täytesanoja,

joiden puuttuminen ei vaikuttanut vastauksien sisältöön. Koen, että pois jätetyt osat eivät olleet merkittäviä tutkimuksen kannalta. Paikallisten mielenterveyspalvelujen nimen korvasin sanalla mielenterveyspalvelut.

Tämän jälkeen tein kaksi taulukkoa, joihin nimesin neljä saraketta vasemmalta oikealle seuraavasti: Alkuperäisilmaisu, Pelkistetty ilmaisu, Alaluokka, Pääluokka. Siirsin ryhmittelemäni vastaukset tutkimuskysymysten mukaan taulukoihin Alkuperäisilmaisu-sarakkeeseen. Seuraavaksi pelkistin alkuperäisilmaisuja ja ryhmittelin ne alaluokkiin. Apuna käytin alkuperäisilmaisuja maalaamista eri väreillä, jolloin minun oli helpompi hahmottaa samaan alaluokkaan kuuluvia ilmaisuja. Joitakin alkuperäisilmaisuja siirsin eri tutkimuskysymyksen alle, koska huomasin niiden vastaavan paremmin toiseen kysymykseen. Jätin joitakin hyvin samanlaisia vastauksia lisäämättä taulukkoon. Koin, että niitä on tarpeellista toistaa ja taulukot ovat selkeämpiä.

Sisällönanalyysin kolmas vaihe, abstrahointi, on osittain mukana jo aiemmissa vaiheissa (Juvakka & Kylmä 2007, 119). Abstrahoinnin eli käsitteellistämisen avulla edetään alkuperäisdatassa olleista kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Sitä voidaan luonnehtia prosessiksi, jossa tutkija muodostaa kuvauksen tutkimuskohteesta aiemmin määrittelemiensä käsitteiden avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 158, 162.) Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eri vaiheiden avulla rakentuu synteesi, joka antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin (Juvakka & Kylmä 2007, 119.)

Jatkoin sisällönanalyysia muodostamalla alaluokista pääluokat. Kumpaankin tutkimuskysymykseen muodostui yksi pääluokka ja näin ollen vastaukset tutkimuskysymyksiin. Taulukoista kertyi yhteensä kuusi sivua materiaalia. Sisällönanalyysitaulukot löytyvät opinnäytetyön liitteistä (LIITE 4). Sisällönanalyysitaulukon valmistumisen jälkeen kirjoitin auki teemahaastattelun tulokset taulukkoa hyödyntäen. Tämän jälkeen tein pohdintaa tuloksista ja muodostin johtopäätökset.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä luvussa esittelen opinnäytetyöni tulokset tutkimuskysymyksittäin. Tutkimuskysymykset käsittelevät hoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta kotihoidossa ja hoitajien valmiuksia näihin kohtaamisiin. Esitän lisäksi hoitajien mielipiteitä siitä, miten mielenterveysasiakkaan kohtamista voitaisiin heidän yksikössään kehittää. Opinnäytetyöni teemahaastatteluun osallistui kolme kotihoidon hoitajaa, joilla oli vähintään yksi vuosi työkokemusta kotihoidosta. Haastattelun tuloksia jäsentelin induktiivisen sisällönanalyysin avulla. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen muodostui seitsemän alaluokkaa ja yksi yläluokka. Toiseen tutkimuskysymykseen puolestaan kolme alaluokkaa ja yksi pääluokka. Analyysitaulukot löytyvät opinnäytetyön liitteistä (LIITE 4).

Haastattelujen alussa hoitajat kertoivat kohtaavansa mielenterveysasiakkaita joko päivittäin, viikoittain tai kahden viikon välein. Vastauksista kävi ilmi, että yleisimpiä mielenterveydenhäiriöitä asiakkaiden keskuudessa ovat olleet skitsofrenia, depressio, päihdepsykoosi, harhaluuloisuushäiriö ja käytöshäiriöt.

5.1 Hoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta kotihoidossa

Opinnäytetyön ensimmäisen tutkimuskysymyksen pääluokaksi tuli asiakaslähtöinen kohtaaminen haasteet huomioiden. Alaluokkia olivat hoitohistoriaan tutustuminen, ajankäyttö, hoitajan tunteet, yhteistyön toimivuus, asiakkaan kunnioittava kohtaaminen, hoitosuhteeseen liittyvät haasteet ja hoitajan turvallisuus.

Teemahaastatteluun osallistuneet hoitajat kokivat tärkeäksi mielenterveysasiakkaan hoitohistoriaan ja taustatietoihin tutustumisen ennen kohtaamista. Sen avulla he saivat arvokasta tietoa muun muassa perussairauksista, lääkityksestä, hoitosuunnitelmasta ja käyttäytymisestä. Taustatiedoista voi löytyä myös muita vinkkejä, jotka auttavat kohtaamistilanteessa. Aina hoitajilla ei ole kuitenkaan ollut saatavilla ajankohtaista tietoa asiakkaan aiemmasta hoitohistoriasta, jos asiakas on ollut hoidettavana esimerkiksi toisen sairaanhoitopiirin alueella. Myöskään mielenterveyspalvelujen kirjauksia ei ole nähtävissä. Tämä tietojen puuttuminen koettiin haastavana. Yksi hoitajista toivoi hoito- ja palvelusuunnitelmien päivitykseen enemmän aikaa, jotta ne saataisiin vastaamaan tarkemmin asiakkaan sen hetkistä tilannetta.

Onhan se tosi tärkeää selvittää, että mitä on ollut aikaisemmin ja minkälaista hoitohistoriaa ja missä on hoidettu näitä mielenterveyspuolen asioita ja muita.

Mutta se taas on minun mielestäni huonoa, että mehän emme näe noita mielenterveyspalvelujen kirjailuja, että ne kirjaavat johonkin eri paikkaan, että ne ei kirjaa tuonne Hosulle.

Sieltä löytyy semmoista arvokastakin tietoa, jota pystyy sitten hyödyntämään ja tavallaan sitä käyttämään sitten eri lailla huumoria tai jotain tietynlaista taitoa siinä kohtaamisessa.

Ajankäytön ongelmat tulivat esiin hoitajien vastauksissa. He kertoivat, että aina ei voi tietää, päästääkö asiakas hoitajan sisään kotiinsa ja kuinka kauan aikaa käynnillä kuluu. Hoitajat kertoivat viipyvänsä asiakkaan luona vähintään välttämättömän hoidon ajan, mutta toisinaan myös keskustelujalle olisi tarvetta. Käynnin pituutta määrittelee asiakkaan sen hetkinen vointi.

Että jos nyt on se huono hetki siellä asiakkaalla, niin kyllähän sitä aikaa saisi olla enemmänkin, että kerkeäisi sitten jutellakin. Että kyllähän se monestikin on aika kiireistä, että aikaa saisi olla enemmänkin.

Että joskus ei tosiaan päästä sisälle asti edes ja joskus menee sitten tupla-aika ja eikä sekään tahdo riittää.

Me olemme justiin niin paljon kuin siellä tarvitsee olla. Tai sitten niin vähän kuin tarvitsee olla.

Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen herätti hoitajissa monia tunteita. Useissa vastauksissa korostuivat kielteiset tunteet, kuten riittämättömyyden tunne ja epävarmuus. Hoitajat kokivat näiden tunteiden syntyvän omien mielenterveyshoitotyön valmiuksien puutteellisuuden vuoksi. Toisaalta pitempi työkokemus oli erään hoitajan mukaan tuonut ennemminkin uteliaisuuden tunteen tutustuttaessa uusiin asiakkaisiin.

Varmaan siitä omasta epävarmuudesta, että osaanko auttaa sitä asiakasta oikein ja kyllähän se monesti on hyvin haastavaakin kohdata näitä mielenterveysasiakkaita.

Että en ole erikoistunut tähän mielenterveyspuolelle, että kyllä se monesti semmoista riittämättömyyden tunnetta ja haluaisi auttaa enempi, mutta ei ole itsellä niitä työkaluja.

– – minua ei herätä pelkoa mitenkään mielenterveyspotilas tai enempikin uteliaisuutta, että minkälainen henkilö se on – – mutta ei ole mitään negatiivisia tunteita ainakaan.

Haastatteluissa tuli ilmi, että hoitajat kokivat tärkeäksi mielenterveysasiakkaan kohtaamisen asiakaslähtöisesti. Mielenterveysasiakas haluttiin kohdata kunnioittavasti ja saman vertaisesti muiden asiakkaiden kanssa. Itsemääräämisoikeuden sekä asiakkaan kodin ja mielipiteen kunnioittaminen oli tärkeässä roolissa. Luottamus hoitajan ja asiakkaan välillä nähtiin olennaisena osana asiakaslähtöistä kohtaamista ja toimivaa hoitosuhdetta. Hoitajan rauhallisuus ja ammatillisuus koettiin tarpeelliseksi. Yksi hoitaja mainitsi tärkeäksi sen, että hoitajien vaihtuvuuteen kotikäynneillä kiinnitettäisiin huomiota.

– – kun ollaan kuitenkin asiakkaan kotona, niin kuitenkin pitää kunnioittaa sitä asiakkaan tilaa ja kotia.

– –kohdataan se asiakas siinä aina kunnioittavasti ja tasavertaisesti muiden asiakkaiden kanssa.

– – mehän menemme asiakkaan kotiin ja emmehän me voi mennä sinne kotiin, jos asiakas sanoo, ettei ota vastaan.

Asiakkaillahan on oikeus itse päättää siitä hoidostaan ja siitä minkälaista hoitoa he toivovat sitten itselleen.

Haastatellut hoitajat kertoivat mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen ja hoitosuhteeseen liittyvän haasteita. Esimerkiksi hyvän hoitosuhteen rakentaminen voi olla haastavaa hoitokielteisyyden vuoksi. Lisäksi mielenterveyshäiriöistä johtuvat asiat, kuten aggressiivisuus, käytöshäiriöt ja harhaisuus tuovat omat vaikeutensa kohtaamiseen. Kaksi hoitajaa kertoi, että mielenterveysasiakkaan kohtaamista hankaloittaa se, että asiakkaat eivät aina päästä hoitajia sisälle kotiinsa.

Että se on tosi haastavaa löytää semmoinen hyvä hoitosuhde, kun toinen saattaa olla hoitovastainen. Välillä on hyvin hoitomyönteinen.

Aika paljon on semmoista harhaisuutta – –. Että tietää, että ei saisi lähteä mukaan, mutta kun asiakas puhuu niin kuin faktana, niin se on tosi haastavaa sitten. Se on heille todellista ja sitten aika paljon aggressiivista käytöstä ja nimittelyä.

Haastatteluissa tuli ilmi, että hoitajat miettivät omaa työturvallisuuttaan ennen mielenterveysasiakkaan kohtaamista ja myös kotikäyntien aikana. Hoitajat miettivät ennakkoon muun muassa poistumisreittejä, omaa sijaintia asunnossa ja auton pysäköintiä niin, että asiakkaalta pääsee helposti lähtemään pois. Myös puhelimen mukana olo koettiin tärkeäksi, jotta apua voi soittaa nopeasti. Yhden hoitajan vastauksessa tuli esiin myös se, että hoitajan turvallisuuteen vaikuttavat myös asiakkaan luona mahdollisesti olevat ylimääräiset henkilöt.

Kyllä sitä miettii, että jää sillä lailla, että jos tarve vaatii, että pääsee poistumaan siitä tilanteesta mahdollisimman nopeasti.

– – ajaa auton niin päin, että pääsee lähteen ja pääset äkkiä ovesta ja avaimet ja puhelimet huolehtii, että pystyy soittamaan apua.

Hoitajat kokivat, että yhteistyö etenkin mielenterveyspalvelujen kanssa olisi mielenterveysasiakkaan kohtaamista ajatellen tärkeää. Hoitajat kertoivat, että tällä hetkellä yhteistyötä on hyvin vähän, mutta esimerkiksi yhteisille palaverille olisi tarvetta. Yksi hoitajista mainitsi, että mielenterveyspalveluista kotihoidon hoitajat voisivat saada esimerkiksi uusia työkaluja kohtaamisiin ja toimintatapoihin. Yhden hoitajan mukaan haasteita tuo se, että mielenterveyspalveluiden piirissä olevan asiakkaan sairastuessa somaattiseen sairauteen hän siirtyy heti kotihoidon asiakkaaksi.

Varmaan, että sitä tietoa olisi näistä asioista enemmän ja ehkä enempi olisi yhteistyötä tuonne mielenterveyspuolelle, jossa nämä meidän asiakkaat sitten käy, että voitaisiin tehdä yhteistyötä.

Mielenterveyspalvelujen kanssa ei ole ollenkaan semmoista yhteistyötä. Niin kuin voisi olla vaikka jonkinlaista palaverin paikkaa välillä meillä.

5.2 Hoitajien valmiudet mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen kotihoidossa

Toiseen tutkimuskysymyksen pääluokaksi nousi koulutuksen ja työkokemuksen kautta saatu valmius kohtaamiseen. Alaluokkia olivat valmiudet ja niiden hankkiminen, koulutuksen ja vertaistuen tarve sekä kehittämiskohteet.

Haastatellut hoitajat kokivat, että he ovat saaneet eniten valmiuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen työkokemuksen karttumisen kautta. Lisäksi oma koulutustausta, koulutukset, kirjallisuuden lukeminen ja keskustelu kollegoiden kanssa ovat vaikuttaneet hoitajien valmiuksiin.

Aivan, jotakin on ollut koulutuksia ja tietenkin sitten työkokemus. – – niin yhdessä jutellaan ja voidaan käydä läpi sitten näitä asioita.

Ja sitten lukemalla ihan alan kirjallisuutta ja tämmöistä, niin kyllä sieltä niitä vinkkejä saa. Ja sitten vaan yksinkertaisesti se kokemus ja sitä tulee sitten ajan kanssa.

Haastatteluissa tuli ilmi, että hoitajat kokivat puutteita omissa valmiuksissaan kohdata mielenterveysasiakkaita. Hoitajat eivät olleet saaneet työssäoloaikanaan koulutusta mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta ollenkaan tai hyvin vähän, vaikka mielenterveysasiakkaat ovat yksi kasvava asiakasryhmä. Kaksi hoitajista koki, että kollegojen vertaistuki on auttanut heitä kohtaamistilanteiden käsittelyssä. Yksi hoitaja mainitsi, että mielenterveyshoitotyöhön suuntautumisesta olisi ollut hyötyä nykyisessä työssä.

Kyllä sitä uusinta tietoa haluaa ja semmoista kuitenkin sitä koulutusta ja sitten yksinkertaisesti sitä, että vertaistukea, että pystyy käymään niitä läpi muidenkin kanssa.

Meillä ei itseasiassa hirveän paljon olekaan mielenterveyteen liittyviä koulutuksia, että semmoinen olisi kyllä tarpeen ja tietojen päivitys. Ja varmaan tarvitsisi päivitystä myös näistä lääkeasioista mielenterveyspuolella.

..meillä ei ole ollut mitään psykiatrisen asiakkaan tai mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta mitään koulutusta. Sehän olisi hirveän hyvä olla semmoisia.

Suurimmaksi kehittämiskohteeksi nousi haastattelujen perusteella mielenterveyshoitotyön koulutus, jolle koettiin olevan suurta tarvetta. Lisäksi aikaa yhteisille keskusteluhetkille kollegoiden kanssa kättiin vertaistuen ja yhteisten hoitolinjojen sopimisen vuoksi. Edellisessä luvussa käsitelty yhteistyö mielenterveyspalvelujen kanssa kaipaisi hoitajien kokemuksen mukaan myös kehittämistä, jotta asiakkaita voitaisiin kohdata ja hoitaa kokonaisvaltaisemmin.

Sitten tosiaan saataisiin sitä vertaistukea, että kaikilla ei ole koulutusta, ei ole kokemusta, niin se voi olla pelottavaakin kohdata ja mennä sinne.

Kyllä, että vähän tuntuu, että ne omat tiedot eivät ole tällä hetkellä ajan tasalla. Ja enempi haluaisi auttaa näitä mielenterveyspotilaita, että tarvitsisi sitten niitä tietojen päivitystä.

Kyllä se koulutus meillä olisi se a ja o justiin näihin.

6 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Laadullisella tutkimuksella pyritään saamaan mahdollisimman luotettavaa ja todenmukaista tietoa (Kananen 2011, 118). Seuraavaksi käsittelen opinnäytetyöprosessin luotettavuutta ja etiikkaa.

6.1 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereinä voidaan pitää uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä (Kylmä & Juvakka 2007, 127). Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijän tehtävänä on varmistaa, että tutkimustulokset vastaavat informanttien käsityksiä tutkimuskohteesta. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toisen tutkijan on mahdollista seurata prosessin etenemistä pääpiirteisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129). Luotettavuutta voidaan pyrkiä lisäämään myös keräämällä tietoa eri lähteistä ja vertaamalla sitä esimerkiksi omaan tulkintaan tai katsomalla, tuottavatko eri tietolähteet toisiaan vahvistavia tuloksia (Kananen 2017, 177).

Tutkimuksen reflektiivisyys edellyttää, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Hänen on arvioitava, millä tavalla voi vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiin sekä esiteltävä lähtökohdat tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Laadullista tutkimusta tehdään usein yksin, ja se saattaa altistaa tutkijan olemaan sokea omalle tutkimukselleen. Tutkija siis vakuuttuu tutkimuksen edetessä yhä enemmän siitä, että hänen johtopäätöksensä ovat oikeita ja hänen kehittämänsä malli kuvastaa todellisuutta, vaikka näin ei olisikaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.) Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin samanlaisiin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän tulee antaa riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä ja ympäristöstä, jotta lukija voi itse arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Opinnäytetyöprosessin aikana tutustuin laajasti aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin saadakseni monipuolisen kuvan tutkittavasta aiheesta. Käytin opinnäytetyössä tuoreita ja luotettavia lähteitä. Merkitsin lähteet huolellisesti sekä tekstiin että lähdeluetteloon, joka löytyy kokonaisuudessaan työn lopusta. Lähetin tutkimuksen tiedonantajille etukäteen teemahaastattelurungon, jotta

he pystyivät tutustua siihen ennalta ja pohtia vastauksia rauhassa. Haastattelut tallennettiin, jolloin aineisto oli käytössä sanatarkasti haastattelujen jälkeen. Ensimmäinen tekemäni haastattelu oli esihaastattelu, jossa testasin teemahaastattelurungon kysymysten toimivuutta. Totesin kysymykset toimiviksi, joten otin ensimmäisen haastattelun osaksi opinnäytetyöni aineistoa. Muussa tapauksessa olisin muokannut teemahaastattelurunkoa ja aloittanut varsinaiset haastattelut sen jälkeen. Raportoin opinnäytetyön etenemisen huolellisesti, jotta jokainen lukija voi itse arvioida sen luotettavuutta. Opinnäytetyön pohdinnassa vertaan saamiani tuloksia muihin lähteisiin.

Olen työskennellyt aiemmin samassa kotihoidon yksikössä, jonka kohderyhmää haastateltavat olivat. Opinnäytetyötä tehdessäni pyrin kiinnittämään huomiota siihen, ettei tuttu toimintaympäristö vaikuttaisi analyysin tekemiseen johdattamalla aineiston analyysia oman kokemukseni pohjalta. Opinnäytetyöni tekeminen kesti odotettua kauemmin, ja haastattelujen tekemisestä opinnäytetyön valmiiksi saamiseen meni aikaa. Tämän vuoksi opinnäytetyö ei välttämättä kuvaa täysin haastateltujen hoitajien kokemuksia opinnäytetyön valmistumishetkellä.

6.2 Etiikka

Opinnäytetyön eettisyyttä tarkastellaan tutkimusetiikan avulla. Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa tulee miettiä eettisiä kysymyksiä tutkimuksen joka vaiheessa. Tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 19–20.) Haastateltavan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava antamalla mahdollisuus päättää halustaan osallistua tutkimukseen. Suostumuksen tulee olla annettu asianmukaisen tiedon pohjalta. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.)

Opinnäytetyötäni varten oli asianmukaisesti laadittuna tutkimuslupa ja opinnäytetyösopimus. Opinnäytetyöprosessissa informoin jokaista haastateltavaa opinnäytetyöni etiikasta ja pyysin heiltä suullisen luvan haastatteluun ennen sen suorittamista. Haastateltavilla oli lupa keskeyttää osallistuminen aineiston keruuseen missä tahansa opinnäytetyön vaiheessa. Kysyin luvan myös keskustelujen tallentamiseen. Suostumuksia en pyytänyt kirjallisena, jotta haastateltavien anonyymiteetti säilyy.

Haastatteluista saamaani tietoa käsittelin luottamuksellisesti ja niin, ettei yksittäistä haastateltavaa ole mahdollista tunnistaa valmiista opinnäytetyöstä. Tiedonantajien anonyymiteetin parantamiseksi osaston-

hoitajan valitsemissa tiedonantajissa oli enemmän kuin todellisuudessa haastattelin. Lisäksi haastattelupaikka ja -aika sovittiin haastateltavan pyynnön mukaan. Opinnäytetyössä ei käsitellä haastateltavien työkokemuksen pituutta, sillä se voisi vaikuttaa haastateltavien anonymiteettiin. Lisäksi opinnäytetyössä käytettävät haastateltavien vastaukset on kirjoitettu kirjakielillä, jottei yksittäistä vastaajaa voi sitä kautta tunnistaa.

7 POHDINTA

Tässä luvussa pohdin opinnäytetyön tuloksia ja antia hoitotyölle. Lisäksi esitän jatkotutkimusaiheita, joiden avulla mielenterveysasiakkaan kohtaamista kotihoidossa voisi kehittää. Lopuksi pohdin opinnäytetyöprosessin kulkua ja vaikutusta omaan oppimiseen sekä ammatilliseen kasvuun.

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata eräässä Oulun eteläisen alueen kotihoidossa työskentelevien hoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaiden kohtaamisesta. Tavoitteena oli tuottaa kotihoidon osastonhoitajalle tietoa, jota voidaan hyödyntää koulutuksia ja työnohjausta suunniteltaessa. Opinnäytetyö toteutettiin teemahaastattelulla ja haastattelujen tulokset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajilla ei ole aina saatavilla ajantasaisinta tietoa asiakkaan aiemmasta hoitohistoriasta. Hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät myöskään päivitty aina tarpeeksi nopeasti. Mielenterveyspalvelujen kirjauksia ei ole nähtävillä. Helenius (2011, 46) toteaa tutkielmassaan, että potilasturvallisuuden kannalta on hyvin tärkeää, että hoitohenkilökunnalla olisi käytettävissään ajantasainen tieto niin sairaskertomuksesta, lääkityksestä kuin allergioistakin.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että hoitajat kokivat saaneensa valmiudet kohdata mielenterveysasiakkaita koulutuksen ja työkokemuksen kautta. Myös Kurjen tutkimuksesta käy ilmi, että somaattisen hoitotyön sairaanhoitajat kokivat mielenterveyshoitotyön valmiuksiensa syntyneen pääasiassa sairaanhoitajien peruskoulutuksesta ja harjoittelujen kautta kertyneestä käytännön kokemuksesta (Kurki 2017, 40).

Tarkasteltaessa hoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta esiin nousi useita haasteita. Näitä olivat muun muassa hyvän hoitosuhteen rakentamisen haastavuus, ajankäytön ongelmat, asiakkaan aggressiivisuus ja käytöshäiriöt. Laineen (2019, 52) tutkimuksessa tulee myös esille, että lähes kaikki haastatteluun osallistuneet kotihoidon työntekijät kokivat mielenterveys- ja/tai päihdeasiakkaan kohtaamisen melko tai erittäin haastavaksi.

Kurjen (2017, 35) tutkimuksesta selviää, että moni hänen haastattelemansa somaattisessa hoitotyössä työskentelevä hoitaja koki mielenterveydenhäiriötä sairastavaa potilasta hoitaessaan epävarmuuden tunteita: avuttomuutta, riittämättömyyttä ja epätietoisuutta. Tutkimuksessa hoitajat toivat esiin epäilyn oman ammattitaidon riittämättömyydestä. Toisaalta tutkimuksen mukaan osa hoitajista tunsi myös empatiaa ja mielenkiintoa mielenterveydenhäiriötä sairastavia potilaita kohtaan. Opinnäytetyössäni sain samankaltaisia tuloksia. Useissa hoitajien vastauksissa nousi esiin riittämättömyyden ja epävarmuuden tunteet mielenterveysasiakkaita kohdatessa. Hoitajat kokivat näiden tunteiden kumpuavan riittämättömästä mielenterveyshoitotyön osaamisesta. Yksi opinnäytetyöni haastatteluun vastannut hoitaja kertoi suhtautuvansa lähinnä mielenkiinnolla mielenterveysasiakkaiden kohtaamiseen.

Opinnäytetyössäni tuli ilmi, että hoitajat pohtivat työturvallisuuteen liittyviä seikkoja ennen mielenterveysasiakkaan kohtaamista sekä kotikäyntien aikana. Hoitajat miettivät ennakkoon muun muassa poistumisreittejä ja omaa sijoittumista asunnossa. Hoitotyön tutkimussäätiön Näyttövinkin esittämien tutkimustulosten mukaan kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaiden väliseen kanssakäymiseen liittyikin erilaisia turvallisuusriskejä. Näitä riskejä ovat esimerkiksi aggressiivinen asiakas tai omainen, yksin työskentely ja kotihoidon työympäristön fyysiset tekijät, kuten ahtaat tilat. (Oikarainen, Siltanen & Naukarinen 2018).

Haastatteluissa tuli ilmi, että hoitajat kokevat tärkeäksi mielenterveysasiakkaan kohtaamisen asiakaslähtöisesti. Mielenterveysasiakas halutaan kohdata kunnioittavasti ja saman vertaisesti muiden asiakkaiden kanssa. Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Myös hoitajan ja asiakkaan välinen luottamus nähtiin tärkeänä osana asiakaslähtöistä kohtaamista ja toimivaa hoitosuhdetta. Vastauksissa tuli ilmi myös se, että olisi hyvä pyrkiä hoitajien vähäiseen vaihtuvuuteen kotikäynneillä. Tekesin (2011, 20–21) selvityksestä ilmenee, että asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveyspalveluja voidaan kuvata muun muassa seuraavilla käsitteillä: itsemääräämisoikeus, ihmisarvoisuus, yhdenvertaisuus, inhimillisyys, luottamus ja jatkuvuus. Luokkasen (2015, 20) opinnäytetyöstä selviää, että hoitajien mukaan mielenterveyspalveluissa asiakaslähtöisyyttä tuki asiakkaiden tarpeista lähtevä hoidon suunnittelu ja toteutus. Kotikäynnit koettiin myös asiakaslähtöisen toiminnan muodoksi.

Opinnäytetyöni tulosten pohjalta voidaan todeta, että hoitajat kokevat omat valmiutensa riittämättömiksi kohdatessaan mielenterveysasiakkaita kotihoidossa. He kokevat tarvitsevansa täydennyskoulutusta. Myös Tiaisen ja Vainion (2013, 34) opinnäytetyön tuloksissa selviää, että 76 prosenttia vastaajista (n=99) koki tarvitsevansa mielenterveyshoitotyön lisä- ja/tai täydennyskoulutusta. Sosiaali- ja ter-

veysalan eettisissä suosituksissa sanotaan, että ammattihenkilöstö vastaa työnsä laadusta. Ammattihenkilöiden osaamisen tulisi olla ajan tasalla. Heillä tulisi olla mahdollisuus kehittyä työssään ja kehittää työtään. Työntekijöille tulisi tarjota tukea, perehdytystä, turvallisuutta ja koulutusmahdollisuuksia. (ETENE & STM 2011, 6.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimusraportin mukaan mielenterveysosaamista kaivataan kotihoidossa, sillä osaamisvajetta on jopa 40 prosentilla yksiköistä (Alastalo ym. 2018).

Opinnäytetyöni tuloksista selviää, että hoitajat kaipaavat yhteistyötä mielenterveyspalvelujen kanssa, jotta saisivat työkaluja mielenterveysasiakkaiden kohtaamiseen. Osa kotihoidon asiakkaista on myös samaan aikaan mielenterveyspalvelujen piirissä. Luokkanen (2015, 22) toteaa opinnäytetyönsä tuloksissa, että haastateltujen hoitajien vastauksista selvisi, että kotihoidon työntekijät ja mielenterveystyöntekijät eivät tee tiivistä yhteistyötä. Hoitajat toivoivat tässä tutkimuksessa, että yhteistyö olisi tiiviimpää.

Haastattelemani hoitajat kokivat vertaistuen tärkeäksi ja sitä haluttiin lisätä. Hillukkalan ja Hiltusen (2014, 31) opinnäytetyön tuloksista selviää, että heidän haastattelemansa päivystävät sairaanhoitajat pyytävät mahdollisuuksien mukaan neuvoa toisiltaan, keskustelevat potilastapauksista ja kysyvät muiden mielipiteitä. Keskusteluiden tarkoituksena on hakea vahvistusta omille päätöksille.

7.2 Jatkotutkimusaiheet ja anti hoitotyölle

Jatkotutkimusaiheeksi esitän tutkimusta kohtaamisista kotihoidossa mielenterveysasiakkaan näkökulmasta. Tällaisella tutkimuksella saataisiin myös mielenterveysasiakkaiden ääni kuuluviin ja mahdollisesti lisää hyviä kehittämisideoita. Toisena jatkotutkimusaiheena esitän tutkimusta kotihoidon ja mielenterveyspalveluiden yhteistyön kehittämisestä. Se antaisi kotihoidon hoitajille tukea mielenterveysasiakkaiden kohtaamistilanteisiin. Voisi myös tarkastella, olisiko mielenterveystyön asiantuntijahoitajasta kotihoidossa apua. Lisäksi esimerkiksi ammattikorkeakouluopiskelijoiden järjestämä koulutusprojekti tai video mielenterveysasiakkaiden kohtaamisesta kotihoidossa lisäisi hoitajien ammatillista osaamista aiheesta.

Opinnäytetyöni antaa toimeksiantajalle tärkeää informaatiota hoitajien kokemuksista ja tarpeista mielenterveysasiakkaan kohtaamistilanteisiin liittyen. Sen avulla on mahdollista kehittää työyhteisön val-

miuksia, jotta hoitajat voisivat kokea valmiutensa riittäviksi myös mielenterveyshoitotyön osalta. Yleisesti opinnäytetyötä voidaan hyödyntää kehitettäessä kotihoidon piirissä olevan mielenterveysasiakkaan kohtaamista ja hoitotyötä sekä hoitajien koulutusta ja osaamista. Tuloksia ei voi yleistää koskemaan laajemmin kotihoidon toimintaympäristöä, koska tutkimuksen kohderyhmä oli pieni.

7.3 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi aiheen valinnalla elokuussa 2017, jonka jälkeen aloin työstää teoriaosaa. Opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin syyskuussa 2018. Helmikuussa 2019 hain tutkimuslupaa kotihoidon osastonhoitajalta. Samalla allekirjoitettiin opinnäytetyösopimus. Haastattelut suoritin toukuussa 2019. Haastattelujen jälkeen jatkoin opinnäytetyötä litterointeihin ja analyysivaiheeseen. Opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen keskustelin opinnäytetyön etenemisestä ohjaavan opettajan kanssa niin kasvotusten kuin puhelin ja sähköpostin välityksellä. Opinnäytetyön valmistuttua tulen lähettämään sen toimeksiantajalle ja pyydän palautetta työstä.

Päätin heti alussa tehdä opinnäytetyön yksin, koska tiedostin, että perheellisenä aikataulut eivät aina pidä. En halunnut viivästyttää kenenkään muun opinnäytetyön valmistumista. Monessa opinnäytetyön vaiheessa, etenkin analyysivaiheessa, työparista olisi kuitenkin ollut hyötyä. Aluksi suunnittelin opinnäytetyön valmistumiselle tiukempaa aikataulua. Työnteko, perheellisäys ja koronapandemian aiheuttama lasten etäkoulu ja kotihoito viivästyttivät aikataulua kuitenkin paljon alkuperäisestä suunnitelmasta.

Opinnäytetyöprosessi vaati kaikinensa paljon aikaa ja kärsivällisyyttä. Opinnäytetyötä oli kuitenkin mielenkiintoista tehdä, koska aihe on itseäni kiinnostava ja tiesin sen olevan hyödyllinen toimeksiantajalle. Tein ensimmäistä kertaa kvalitatiivista tutkimusta sekä induktiivista sisällönanalyysia, joten opittavaa oli ja on edelleen paljon. Luotettavien lähteiden etsiminen oli työlästä, koska mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta kotihoidossa ei ole paljoa tutkimustietoa. Pitempien taukojen jälkeen työn aloittaminen oli haastavaa, mutta prosessi eteni aina seuraavaan etappiin asti.

Opinnäytetyöprosessi opetti paljon laadullisen tutkimuksen tekemisestä ja haastattelujen suorittamisesta. Tiedonhankintataitoni kehittyivät kerätessäni tietoperustaa useista eri tietolähteistä. Koen, että opinnäytetyön tekeminen toi minulle lisää valmiuksia toimia tulevaisuudessa mielenterveyshoito-

työssä. Tiedän nyt paremmin, mihin asioihin on hyvä kiinnittää huomiota kohdatessa mielenterveysasiakkaita. Tiedän myös sen, miten tärkeää on huolehtia omasta koulutuksesta etenkin niillä osa-alueilla, joissa kokee puutteita. Opinnäytetyön tulosten perusteella voin tulevissa työpaikoissa esittää koulutuksen tarpeellisuutta esimiehille ja kiinnittää huomiota yhteistyötahoihin.

Jälkikäteen ajattelen, että teemahaastattelurungon kysymyksiä olisi voinut miettiä tarkemmin, koska tiedonantajat vastasivat joihinkin kysymyksiin saman tyyppisiä vastauksia. Tutkimuskysymykset olivat myös lähekkäiset ja niiden alla vastaukset menivät osin päällekkäin. Ensimmäisessä haastattelussa, jonka avulla testasin haastattelurungon toimivuutta, en tätä huomannut. Analyysivaiheessa kuitenkin päällekkäisyydet tulivat esiin. Lisäksi haastattelutilanteessa olisi ollut mahdollista kysyä enemmän tarkentavia kysymyksiä, jotta aineistosta olisi tullut vielä rikkaampaa. Jälkikäteen ajateltuna olisi ollut mielenkiintoista tietää tarkemmin hoitajien ajatuksia siitä, mistä heidän valmiutensa koostuivat. Tiedonantajilta olisi ollut hyvä kysyä myös, mitä kohtaamistilanteissa yleensä tapahtuu ja mitä hoitotyön toimintoja kuuluu mielenterveysasiakkaan kotikäynnille.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tuloksien perusteella totean seuraavat johtopäätökset:

- Koulutuksen, yhteistyön ja vertaistuen tarpeesta mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen liittyen tulisi käydä keskustelua työyhteisön sisällä. On tarpeen selvittää niiden tarve niin yksittäisten hoitajien kuin koko työyhteisön osalta.
- Hoitajat kokivat valmiutensa riittämättömiksi mielenterveysasiakkaita kohdatessa. Koulutusta järjestämällä hoitajien kohtaamisen taito vahvistuisi ja he voisivat kokea olevansa varmempia osaamisestaan näissä tilanteissa. Koulutuksen avulla hoitajien haastaviksi kokemat tilanteet voisivat vähentyä.
- Yhteistyön lisääminen mielenterveyspalvelujen kanssa auttaisi kotihoidon hoitajia kohtaamaan mielenterveysasiakkaita kokonaisvaltaisemmin. Yhteistyön keinona voisivat olla esimerkiksi yhteiset palaverit ja koulutuspäivät. Lisäksi työnohjaus voisi auttaa hoitajia käsittelemään kohtaamistilanteita sekä niissä syntyneitä tunteita.
- Haastavien kohtaamisten herättämiä ajatuksia ja tunteita olisi tärkeää päästä jakamaan kiireetömästi kollegoiden kanssa. Yhdessä voisi miettiä erilaisia käytäntöjä ja toimintatapoja haastaviin kohtaamisiin.

LÄHTEET

- Alastalo, H., Kehusmaa, S., Hammar, T. & Marjeta, N. 2018. Kotihoidossa lisäkoulutustarvetta päihde- ja mielenterveysosaamisessa – osaamista muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukemisessa myös vahvistettava. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 38/2018. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137218/URN_ISBN_978-952-343-231-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 29.10.2020.
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. & Solin, P. 2016. Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Suomen lääkirilehti 71(24), 1759-1764. Saatavissa: www.terveysportti.fi. Viitattu 25.10.2017.
- Centria-ammattikorkeakoulu. 2020. Sairaanhoidaja (AMK). Saatavissa: <https://web.centria.fi/hakijalle/paivatoteutukset/sairaanhoidaja-amk>. Viitattu 24.10.2020.
- Digi- ja väestötietovirasto. 2020. Edunvalvojan määrääminen. Saatavissa: <https://dvv.fi/edunvalvojan-maaraaminen>. Viitattu 28.10.2020.
- Ellilä, H., Friis, L., Kilku, N., Komppa-Valkama, M., Kuosmanen, L. & Vuokila-Oikkonen, P. 2009. Puntarissa mielenterveyshoitotyön käytäntö, koulutus ja tutkimus Suomessa. Sairaanhoidaja 6–7, 24–27.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio E. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Saatavilla: <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>. Viitattu 10.9.2018.
- ETENE & STM. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Etene-julkaisuja 32. Saatavissa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>. Viitattu 29.10.2020.
- Haho, A. 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Saatavissa: <https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/>. Viitattu 13.9.2018.
- Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemuksia kotihoidosta. Tutkiva Hoitotyö 14(1), 4–12.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. 4., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Helenius, J. 2011. Terveydenhuollon tietojärjestelmien aiheuttamat uhat potilaille ja henkilökunnalle. Tampereen yliopisto. Informaatitieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/83013/gradu05445.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu: 1.11.2020.
- Hietaharju, P & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveys. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Hillukkala, H. & Hiltunen, H. 2014. Päivystävän sairaanhoitajan kokemuksia – tiimityöskentely, kollegiaalisuus ja tiedonsiirto vastaanottotyössä. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäyte. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81860/heikki_hillukkala_ja_heli_hiltunen.pdf?sequence=1. Viitattu 29.10.2020.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Huttunen, M. 2015. Mielen terveyden häiriöt. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002. Viitattu 16.11.2017.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A., & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielen terveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa. 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ikonen, E. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Jokimieli. Jokilaaksojen alueen mielen terveystyön ja psykiatrisen hoidon suunnitelma. 2016. Saatavissa: <http://dynasty.ras.fi/djulkaisu/kokous/2016213-8-1.PDF>. Viitattu 25.10.2017.
- Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kiikkala, I. 2008. Ihmisen kohtaaminen auttamistyössä. Mielen terveys, 2008, 2, 22–26.
- Koivula, R., Brotkin, H. & Saarsalmi, O. 2018. Turvallisia kotiin annettavia sote-palveluja: opas kotihoitoon. Ohjaus 3/2018. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136359/URN_ISBN_978-952-343-090-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 21.9.2020.
- Kurki, T. 2017. Hoitajien suhtautuminen mielen terveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin somaattisessa hoitotyössä. Savonia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen

(YAMK) koulutusohjelma. Opinnäyte. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124857/Kurki_Tanja.pdf?sequence=1. Viitattu 29.10.2020.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laine, H. 2019. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen kehittäminen kotihoidossa. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Vanhustyön (YAMK) koulutusohjelma. Opinnäyte. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/166225/Laine_Hanna.%20pdf.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Viitattu 25.10.2020.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Kuopio: Kopijyvä Oy. Itä-Suomen yliopisto. Väitöstutkimus. Saatavilla: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf. Viitattu 12.9.2018.

Laki potilaan oikeuksista ja asemasta. 17.8.1992/785. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 10.9.2018.

Lindh, P. & Karttunen, A. 2017. Sosiaali- ja terveysalan turvallisuusopas. Helsinki: Suomen palopääliittö.

Luokkanen, S. 2015. ”Saattaen, vaihtaen” Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen. Lohja: Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/95249/S.M.Luokkanen%20opin nayte.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 25.10.2020.

Mattila, K-P. 2007. Arvostava kohtaaminen arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Viitattu 11.9.2018.

Oikarainen, A., Siltanen, H. & Naukkarinen, H. 2018. Asiakkaan ja hoitajan väliseen fyysiseen kanssakäymiseen liittyviä turvallisuusriskejä kotihoidon ympäristössä. Hoitotyön tutkimussäätiö. Näyttövinkki 1/2018. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/nayttovinkki-2018-1.pdf>. Viitattu 29.10.2020.

Opintopolku. 2018. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Saatavissa: <https://eperusteet.opintopolku.fi/#/fi/esitys/1724172/naytto/tiedot>. Viitattu 5.11.2018.

Peräkoski, H., Kuosmanen, L. & Vuorilehto, M. 2010. Lisää mielenterveys- ja päihdeosaamista kotihoitoon. Teoksessa J. Kuosmanen, M. Vuorilehto, L. Voipio-Pulkki, M. Laitila, J. Posio & A. Partanen (toim.) Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä – kokemuksia Pohjanmaahankkeesta, Sateenvarjo-projektista ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön hankkeesta 2005–2010. Helsinki: Yliopistopaino, 34–36.

Raatikainen, E. 2015. Lujita luottamusta. Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylän: PS-kustannus.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2020. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Sarajärvi, A. & Isola, A. 2006. Sairaanhoidajaopiskelijoiden hoitotyön toiminta ja siihen yhteydessä olevat tekijät käytännön harjoittelujaksolla. *Hoitotiede* 5(18), 210–221.
- Sarajärvi, A. 2008. Näyttöön perustuva hoitotyön toimintamalli -toimintamallin käsitelmäärittelyä, sisältöjä ja toimintatapoja. Käsikirja. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu.
- Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYPro Oy.
- Saukkonen, S-M., Mölläri, K., Mäkelä, M. & Kehusmaa, S. 2020. Kotihoito 2019. Yli puolella säännöllisen kotihoidon asiakkaista palvelujen käyttö on päivittäistä. Tilastoraportti 34/2020. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140545/TR_34_2020.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Viitattu 1.11.2020.
- Sosiaalihuoltolaki. 30.12.2014/1301. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L1P3>. Viitattu 31.10.2020.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Kotihoito. Saatavissa: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kotihoito. Viitattu 16.10.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Kotisairaanhoito ja kotisairaahoito. Saatavissa: <http://stm.fi/haku/-/q/kotisairaanhoito>. Viitattu 16.10.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Kotihoito ja kotipalvelut. Saatavissa: <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>. Viitattu 16.10.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017b. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Julkaisuja 2017:6. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf. Viitattu 28.9.2020.
- Suomen lähi- ja perushoitajaliitto Super. 2020. Täydennyskoulutus ja osaamisen varmistaminen. Saatavissa: <https://www.superliitto.fi/tyoelamassa/lahihoitajan-tyo/taydennyskoulutus-ja-osaamisen-varmistaminen/>. Viitattu 28.9.2020.
- Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sairaanhoidajan täydennyskoulutus. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/taydennyskoulutus/>. Viitattu 28.9.2020.
- Tampereen teknillinen yliopisto. Liikenteen tutkimuskeskus Verne. Tiedon analysointi. Saatavissa: <http://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>. Viitattu 25.1.2018.
- Tekes. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Saatavissa: <https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>. Viitattu 29.10.2020.
- THL. 2015. Mielenterveyshäiriöt. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>. Viitattu 13.11.2017.
- THL. 2017. Mielenterveyspalvelut. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>. Viitattu 1.11.2020.

- Tiainen, S. & Vainio, E. 2013. Kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisesta. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65115/tiainen_sanna_vainio_enni.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 6.10.2020.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>. Viitattu 27.10.2020.
- Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca Oy.
- Walhbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S., Tourunen, J. & Koppelomäki, H. 2017. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ongelmia voidaan ratkaista. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Policy brief 6/2017. Saatavissa: <https://tietokayttoon.fi/documents/1927382/2116852/6-2018-Mielenterveys-+ja+p%C3%A4ihdepalveluiden+ongelmia+voidaan+ratkaista/2b598a5a-2b2f-4aef-a2b5-34af0e990cf1?version=1.0>. Viitattu 20.9.2018.
- WHO. 2016. Mental Health: strengthening our response. Saatavissa: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs220/en/>. Viitattu 27.10.2017.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Esitiedot

- Kuinka pitkä työkokemus sinulla on kotihoidosta?

Mielenterveysasiakkaiden kohtaaminen

- Asiakkaan tausta
 - Millaisia mielenterveyden häiriöitä asiakkaillasi on ollut kotihoidossa?
 - Kuinka usein tapaat mielenterveysasiakkaita työssäsi?
 - Millä tavalla hyödynnät palvelu- ja hoitosuunnitelmaa mielenterveysasiakkaan taustan selvittämiseen kohtaamistilannetta ajatellen? Millä muilla tavoilla perehdyt asiakkaan taustaan ennen kohtaamistilannetta?
 - Millaisena koet mielenterveysasiakkaan taustan selvittämisen merkityksen kohtaamista ajatellen?
 - Riittääkö kotikäynnille suunniteltu aika mielenterveysasiakkaan laadukkaaseen kohtamiseen? Perustelee.
- Tunteet
 - Kuvaile joitain kokemuksiasi mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta.
 - Millaisia tunteita ja ajatuksia kohtaamiset herättävät? / Miten koet kohtaamiset?
 - Mistä ajattelet kohtaamistilanteita koskevien tunteidesi tulevan?
- Hoitosuhde
 - Millainen on mielestäsi hyvä hoitosuhde mielenterveysasiakkaan kanssa?
 - Mikä on mielestäsi tärkeää kohdatessa mielenterveysasiakas?
 - Millaisia erityispiirteitä liittyy mielestäsi mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen?
 - Mitkä mielenterveyden häiriöt koet haastavimpina kohtaamisen näkökulmasta?
 - Miten mielenterveysasiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen näkyy työssäsi?
 - Millaisia turvallisuustekijöitä pohdit kohdatessasi mielenterveysasiakkaita?
 - Millaisia haasteita koet itselläsi olevan mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa ja miten ne ilmenevät?

Hoitajan valmiudet mielenterveysasiakkaan kohtaamistilanteessa

- Omat valmiudet
 - Mitä valmiuksia tulee mielestäsi olla hoitajalla, jotta hän kykenee kohtaamaan mielenterveysasiakkaan? Mistä nämä valmiudet tulevat hoitajalle?
 - Millaiset valmiudet koet itselläsi olevan mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen? Mistä ne koostuvat?
 - Mitkä asiat ovat lisänneet valmiuksiasi kohdata mielenterveysasiakas?
 - Millä tavalla lait, säädökset ja suositukset ohjaavat työskentelyäsi?
 - Miten valmiuksiasi mielenterveysasiakkaiden kohtaamista ajatellen voisi kehittää?
 - Miten koko työyhteisön valmiuksia voisi kehittää?

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

 Organisaatio, jolle anomus osoitetaan [REDACTED] / kotihoito

Vastuhenkilö organisaatiossa _____

 Tutkimusluvan antaja(t) Mirka Lindell

 Osoite [REDACTED]

Puhelin _____

 Sähköpostiosoite mirka.lindell@centria.fi

 Tutkimuksen nimi Hoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta kotihoitossa

 Tutkimuksen tarkoitus Tarkoituksena on kuvata [REDACTED] kotihoitossa työskentelevien hoitajien kokemuksia mielenterveysasiak- kaiden kohtaamisesta.

 Tutkimuksen kohderyhmä kotihoitajan sairaanhoitajat ja lähihoitajat, joilla vähintään yhden vuoden työkokemus kotihoitosta.

 Aineiston keruun arvioitu ajankohta 2-3/2019

 Tutkimusmenetelmä qualitatiivinen tutkimus, aineiston keruu teemahaastattelulla.

 Tutkimussuunnitelma hyväksytty 21 / 9 2018

 Tutkimuksen ohjaaja lehtori Anne Prest

Lupa myönnetään

 paikka [REDACTED] aika 21 / 2 2020
 anomuksen mukaisesti
 muutosehdotuksin
 hylätty

 Luvanmyöntäjän allekirjoitus [REDACTED]

LIITTEET

 Tutkimussuunnitelma

 Kysely/haastattelulomake

 Muut liitteet, mitkä _____

Hyvä xxxxx kotihoidon lähi- tai sairaanhoitaja,

Olen sairaanhoitajaopiskelija Centria-ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä aiheesta Hoitajien kokemuksia mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta kotihoidossa. Tavoitteenani on selvittää, millaisia kokemuksia kotihoidon työntekijöillä on mielenterveysasiakkaiden kohtaamisesta ja millaiset työntekijöiden valmiudet ovat kohtaamisia ajatellen.

Toteutan aineiston keruun teemahaastattelun avulla. Tulen haastattelemaan vähintään neljää kotihoidossa työskentelevää lähihoitajaa tai sairaanhoitajaa, joiden yhteystiedot olen saanut kotihoidon osastonhoitajalta. Sovin haastatteluajan henkilökohtaisesti ja haastattelut suoritan ennalta sovitussa paikassa. Haastattelua varten on hyvä varata aikaa noin yksi tunti.

Haastatteluaineistoa käsittelen luottamuksellisesti niin, ettei tutkittavien henkilöllisyys tule esille opinnäytetyöraportissa. Haastattelut nauhoitetaan. Kaikki haastatteluaineisto hävitetään opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää ilman syytä missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Minua opinnäytetyötekijänä sitoo vaitiolovelvollisuus.

Vastaan mielelläni, jos teillä on kysyttävää haastatteluun tai opinnäytetyöprosessiin liittyen. Opinnäytetyöni valmistuu vuoden 2019 aikana. Se on luettavissa ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa osoitteessa www.theseus.fi. Opinnäytetyöni ohjaavana opettajana toimii lehtori Anne Prest, anne.prest@centria.fi, p. xxx xxx xxxx.

Yhteistyöterveisin

Mirka Lindell
mirka.lindell@centria.fi
p. xxx xxx xxxx

Millaisia kokemuksia hoitajilla on mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta kotihoidossa?

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääluku
<p>Jos ajatellaan, että on uusi asiakas, että selvitetään mitä perussairauksia ja sitten tätä hoitohistoriaa ja lääkitystä. Ja kyllähän sitä palvelu- ja hoitosuunnitelmaakin, senkin pitäisi olla ajan tasalla ja sitäkin pitäisi ehtiä sinne päivitellä.</p>	<p>Asiakkaan taustatietoihin tutustuminen tärkeää ennen kohtaamista</p>	<p>Hoitohistoriaan tutustuminen</p>	<p>Asiakaslähtöinen kohtaaminen haasteet huomioiden</p>
<p>Yleensä sitä lukee lähihistoriasta kertomuksen ja tietyksi, jos on jos-sain ollut vaikka osastolla täällä meillä. Sitten luen hoitosuunnitelmaa ja sitä mitä siellä on tapahtunut.</p>	<p>Asiakkaan taustatietoihin tutustuminen</p>		
<p>...sieltä löytyy semmoista arvokastakin tietoa, jota pystyy sitten hyödyntämään ja tavallaan käyttämään sitten erilailla huumoria tai jotain tietynlaisia taitoa sinä kohtaamisessa.</p>	<p>Yksilöllisen tiedon hyödyntäminen kohtaamisessa</p>		
<p>No kyllä ne on siellä kertomuksessa kerrottu, jos on vaikka semmoista, että ei ole hyvä mennä yksin tai jotain muuta vastaavaa.</p>	<p>Kertomuksessa merkintä, ettei ole hyvä mennä yksin käynnille</p>		
<p>Mutta se on taas minun mielestäni huonoa, että mehän emme näe noita mielenterveyspalvelujen kirjailuja...</p>	<p>Mielenterveyspalvelujen kirjauksia ei mahdollista nähdä</p>		
<p>Onhan se tosi tärkeää selvittää, että mitä on ollut aikaisemmin ja min-kalaista hoitohistoriaa ja missä on hoidettu näitä mielenterveyspuolen asioita ja muita.</p>	<p>Tärkeää selvittää aiempi hoitohistoria</p>		
<p>Että jos nyt on se huono hetki siellä asiakkaalla, niin kyllähän sitä aika saisi olla enemmänkin, että kerkeäisi sitten jutellakin. Että kyllähän se monestikin on aika kiireistä, että aikaa saisi olla enemmänkin.</p>	<p>Asiakkaan luona vietetty aika liian lyhyt</p>	<p>Ajankäyttö</p>	
<p>Että joskus ei tosiaan päästä sisälle asti edes ja joskus menee sitten tupla-aika ja eikä sekään tahdo riittää.</p>	<p>Ajankäytön suunnittelu hankalaa</p>		
<p>Me olemme justin niin paljon kuin siellä tarvitsee olla. Tai sitten niin vähän kuin tarvitsee olla.</p>	<p>Asiakkaan luona ollaan tarvittava aika</p>		
<p>Että en ole erikoistunut tähän mielenterveyspuolelle, että kyllä se monesti semmoista riittämättömyyden tunnetta ja haluausi auttaa enempi, mutta ei ole itsellä niitä työkaluja.</p>	<p>Riittämättömyyden tunne, kun ei ole työkaluja</p>	<p>Hoitajan tunteet</p>	

<p>Varmaan siitä omasta epävarmuudesta, että osaanko auttaa sitä asiakasta oikein ja kylilähän se monesti on hyvin haastavaakin kohdata näitä mielenterveysasiakkaita.</p>	<p>Epävarmuus osaako auttaa asiakasta oikein</p>	
<p>Välillä tuntuu, että suututtaa...sen kuitenkin ottaa jollainlailla henkilökohtaisesti ne nimittelyt ja arvostelut.</p>	<p>Välillä suututtaa</p>	
<p>...minua ei herätä pelkoa mitenkään mielenterveyspotilas tai enempikin uteliaisuutta, että minkälainen henkilö se on -- mutta ei ole mitään negatiivisia tunteita ainakaan.</p>	<p>Nimittelyjen ja arvostelun kokeneminen henkilökohtaisesti Positiivinen uteliaisuus asiakasta kohtaan</p>	
<p>Välillä niin kuin tuntuu tosi pahalta, kun sieltä haistatellaan ja nimittellään ja keskitytään semmoiseen epäoleellaiseen...</p>	<p>Asiakkaan käytös tuntuu pahalta</p>	
<p>Pitää muistaa se, että se on heidän sairaus, joka sen aiheuttaa, mutta on ne henkisesti aika raskaita.</p>	<p>Muistettava, että asiakkaan sairaus aiheuttaa haastavaa käyttäytymistä</p>	
<p>Kyllä siinä varmaan pitää semmoinen kultainen keskite löytää ja siten tehdä yhteistyötä muiden tahojen kanssa.</p>	<p>Yhteistyön tekeminen ja kultaisen keskiteen löytäminen</p>	<p>Yhteistyön toimivuus</p>
<p>Varmaan, että sitä tietoa olisi näistä asioista enemmän ja ehkä enempi olisi yhteistyötä tuonne mielenterveyspuolelle, jossa nämä meidän asiakkaat sitten käy, että voitaisiin tehdä yhteistyötä.</p>	<p>Yhteistyön lisääminen mielenterveyspalvelujen kanssa</p>	
<p>Ja aika paljon sillä laillakin, että kun heille tulee jokin sairaus, saattavat olla mielenterveyspalvelujen asiakkaita, ja tulee joku verenpainetauti tai muu, niin ne tulee heti kotisairaanhoidon asiakkaiksi saman tien.</p>	<p>Mielenterveyspalveluista siirtyminen kotihoitoon asiakkaaksi</p>	
<p>Mielenterveyspalvelujen kanssa ei ole ollenkaan semmoista yhteistyötä. Niin kuin voisi olla vaikka jonkinlaista palaverin paikkaa välillä meillä.</p>	<p>Palaverin tarve mielenterveyspalvelujen kanssa</p>	
<p>...kohdataan se asiakas siinä aina kunnioittavasti ja tasavertaisesti muiden asiakkaiden kanssa.</p>	<p>Kunnioittava ja tasavertainen kohtaaminen</p>	<p>Asiakkaan kunnioittava kohtaaminen</p>
<p>Anmatillisesti pitää se asiakas kohdata ja kunnioittaa sitä asiakasta. Kyllä semmoinen rauhallisuuskin olisi ihan hyvästä, kun kohtaa mielenterveysasiakkaita.</p>	<p>Anmatillinen ja kunnioittava kohtaaminen</p>	

<p>Ainakin se oma rauhallisuus ja ettei lähde tavallaan niihin harhoihin mukaan. -- Yrittää ammatillisesti se tilanne.</p>	<p>Haastavan tilanteen hoitaminen ammatillisesti</p>	
<p>..kun ollaan kuitenkin asiakkaan kotona, niin kuitenkin pitää kunnioittaa sitä asiakkaan tilaa ja kotia.</p>	<p>Asiakkaan tilan ja kodin kunnioittaminen</p>	
<p>Kyllä me aika paljon sitä asiakastakin kuunnellaan, että toki yritetään sitten luovia ja vähän yrittää puhumalla saada, mutta kyllä me aika paljon sitä kuitenkin kunnioitetaan mitä asiakas haluaa.</p>	<p>Asiakkaan mielipiteen kunnioittaminen</p>	
<p>.. meidän menemme asiakkaan kotiin ja emmehän me voi mennä sinne kotiin, jos asiakas sanoo, ettei ota vastaan.</p>	<p>Asiakkaan oikeus päättää kenet päästää kotiinsa</p>	
<p>Asiakkaillahan on oikeus itse päättää siitä hoidostaan, ja siitä minkälaista hoitoa he toivovat sitten itselleen.</p>	<p>Asiakkaan oikeus päättää hoidostaan</p>	
<p>..jos hän kieltäytyy ottamasta jotain lääkettä, niin emmehän me voi niitä pakottaa.</p>	<p>Asiakkaan oikeus päättää lääkkeitä ottamisesta</p>	
<p>Sehän on semmoinen asiakasta kunnioittava ja tottakai se pitää olla se luottamus siihen molemmiin puolinen, että se pystyisi toimia ja tottakai sitä pitää käydä asiakkaalla.</p>	<p>Asiakasta kunnioittava ja molemmiin puolinen luottamus</p>	
<p>..että pystyisi olemaan mahdollisimman semmoinen luottamusta herättävä.</p>	<p>Luottamusta herättävä hoitaja</p>	
<p>Kun käy sama ihminen ja ne tietävät, että mitä varten minä tulen.</p>	<p>Sama ihminen kotikäynneillä</p>	
<p>Että se on tosi haastavaa löytää semmoinen hyvä hoitosuhde, kun toinen saattaa olla hoitovastainen. Välillä on hyvin hoitomyönteinen.</p>	<p>Haastavaa löytää hyvä hoitosuhde</p>	<p>Hoitosuhteeseen liittyvät haasteet</p>
<p>..jos asiakkaallakin asiat hyppelee asiasta toiseen tai se puhuu vaan, eikä kerkeä itse paljon välissä sanoa mitään.</p>	<p>Keskustelu haastavaa asiakkaan kanssa</p>	
<p>Yleensä he ovat hyvin eristäytyneitä ja voi sanoa, että melkein kaikki</p>	<p>Asiakkaat eristäytyneitä</p>	
<p>Aika paljon on semmoista harhaisuutta. -- Ertä tietää, että ei saisi läheteä mukaan, mutta kun asiakas puhuu niin kuin faktana, niin se on tosi haastavaa sitten. Se on heille todellista ja sitten aika paljon aggressiivista käytöstä ja nimitelyä..</p>	<p>Asiakaskohtaamisten haasteina harhaisuus, aggressiivinen käytös ja nimitely</p>	
<p>Sekin, että jos on harhoja, niin pystyy melkein puhumalla tai ohjata sitä puhetta muualle, mutta sitten kun on se tilanne, että asiakas on ihan raivona ja on niitä käytöshäiriöitä, huutoa, niin sinä et, hänhän ei</p>	<p>Käytöshäiriöt ja huutaminen haastavimpia kohtaamistilanteissa</p>	

kuuntele edes mitään, niin sinun on ihan turha niin kuin ruveta huutamaan kilpaa. Että ne on ehkä ne haastavimmat.			
Kyllä sitä mietti, että jää sillä lailla, että jos tarve vaatii, että pääsee poistumaan siitä tilanteesta mahdollisimman nopeasti.	Poistumisreitit miettiminen etukäteen	Hoitajan turvallisuus	
Sekin tulee aina mieleen, että kun yksin menet kotihoitossa jonkun asiakkaan kotiin ja et tiedä onko siellä aggressiivinen asiakas vai minikälainen.	Aggressiivisen asiakkaan kohtaamisen mahdollisuus, kun hoitaja yksin kotikäynnillä		
Avainnauhat kaikki mietti niin, että onko niissä turvalukot ja sitten se, että monessa asunnossa ei ole kuin se yksi ovi ulos. Että vähän semmoista taustaa katsoo. Ja sitten siellä voi myös muita vieraita.	Turvallisuusasioiden miettiminen etukäteen		
..ajaa auton niin päin, että pääsee lähteen ja pääset äkkiä ovesta ja avaimet ja puhelimet huolehti, että pystyy soittamaan apua.	Turvallisuusasioiden miettiminen etukäteen		

Millaaisia valmiuksia hoitajilla on mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen kotihoitossa?

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pääloukka
..aika paljon se tulee koulutuksen ja kokemuksen mukana ja sitten riippuu paljon ihmisen luonteesta..	Valmiuksiin vaikuttavat koulutus, kokemus ja luonne	Valmiudet ja niiden hankkiminen	Koulutuksen ja työkokemuksen kautta saatu valmius kohtautumiseen
Ja sitten lukemalla ihan alan kirjallisuutta ja tammöistä, niin kyllä sieltä niitä vinkkejä saa. Ja sitten vaan yksinkertaisesti se kokemus ja sitä tulee sitten ajan kanssa.	Alan kirjallisuus ja kokemus antavat valmiuksia kohtautumisiin		
Varmaan kokemuksen kautta sitten saa tähän mielenterveysasiakkaan kohtautumiseen.	Valmiuksia saa kokemuksen kautta		
Kyllä se on varmaan se työkokemus.	Työkokemus		

<p>Aivan, jotakin on ollut koulutuksia ja tieteenkin sitten työkokemus. -- niin yhdessä jutellaan ja voidaan käydä läpi sitten näitä asioita.</p>	<p>Valmiuksia koulutusten, työkokemuksen ja asioista puhumisen kautta</p>	
<p>Kyllä sitä haluaisi aina sitä koulutusta kuitenkin, että en todellakaan koe niin, että jos tulisi tällainen mielen-vevyttä koskeva koulutus, että sanoisin, että en tarvitse sitä.</p>	<p>Koulutukselle tarvetta</p>	<p>Koulutuksen ja vertaistuen tarve</p>
<p>Meillä ei itseasiassa hirveän paljon olekaan mielen-vevyyteen liittyviä koulutuksia, että semmoinen olisi kyllä tarpeen ja tietojen päivitys. Ja varmaan tarvitsisi päivitystä myös näistä lääkeasioista mielen-vevyyden puolella.</p>	<p>Koulutus ja tietojen päivitys olisi tarpeellista, myös lääkehoidosta</p>	
<p>.meillä ei ole ollut mitään psykiatrisen asiakkaan tai mielen-vevyyssasiakkaiden kohtaamisesta mitään koulutusta. Se- hän olisi hirveän hyvä olla semmoisia.</p>	<p>Ei ole ollut koulutusta mielen-vevyyssasiak- kaan kohtaamisesta</p>	
<p>Kyllä ne on nämä alan koulutukset, vaikka sinä olet alan ammattilainen niin sanotusti, niin kyllä sieltä koulutuk- sesta aina tulee niitä uusia vinkejä ja käytännön juttuja. Sitten kun kuulee muiden kokemuksista, niin kyllä sinä pys- tyt sitä aina jollakin lailla hyödyntämään..</p>	<p>Koulutuksista saa uusia toimintatapoja työ- hön sekä kuulee muiden kokemuksia</p>	
<p>Kyllä sitä uusinta tietoa haluaa ja semmoista kuitenkin sitä koulutusta ja sitten yksinkertaisesti sitä, että vertaistukea, että pystyy käymään niitä läpi muidenkin kanssa.</p>	<p>Koulutukselle ja vertaistuelle tarvetta</p>	
<p>Ehkä se on kaikista suurin ongelma meillä, että meillä ei ole koulutusta ja meillä tulee aika paljon noita mielen- vevyyssasiakkaita.</p>	<p>Suurin ongelma koulutuksen puute</p>	
<p>.esimerkiksi tuo, ettei osaa vastata esimerkiksi tähän har- hajuttuun..</p>	<p>Osaamisen puute</p>	
<p>Kyllä se koulutus meillä olisi se a ja o justiin nähän.</p>	<p>Koulutus olisi a ja o</p>	<p>Kehittämäs- kohteet</p>
<p>Kyllä minä edelleen sitä koulutusta pidän tärkeimpänä siinä.</p>	<p>Koulutus tärkein</p>	

<p>Kyllä, että vähän tuntuu, että ne omat tiedot eivät ole tällä hetkellä ajan tasalla. Ja enempi haluaisi auttaa näitä mielenterveyspotilaita, että tarvitsisi sitten niitä tietojen päivitystä.</p>	<p>Omat tiedot eivät ole ajan tasalla ja tarvitsisi tietojen päivitystä</p>	
<p>Minun mielestäni meillä pitäisi olla enemmän aikaa siihen, että käydään läpi näitä asioita, keskustellaan niistä. Saataisi joltain yhteistä hoitolinjausta sillä lailla, että jokainen tekee samalla lailla..</p>	<p>Keskustellen yhteiset hoitolinjat</p>	
<p>Sitten tosiaan saataisiin sitä vertaistukea, että kaikilla ei ole koulutusta, ei ole kokemusta, niin se voi olla pelottavaakin kohdata ja mennä sinne.</p>	<p>Vertaistuen saaminen</p>	
<p>Tässäkin työssä olisi paljon hyötyä, jos olisi suuntautunut myös sinne mielenterveys- ja päihdetyön suuntaan.</p>	<p>Mielenterveys- ja päihdetyöhön suuntautumisesta olisi hyötyä</p>	