



# **NUORISOPSYKIATRIAN PALVE- LUIDEN NIVELVAIHEET**

Hoitotyöntekijöiden kokemuksia hoidon  
jatkuvuudesta ja hoitoon sitoutumisesta

Petronella Seppälä

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2014  
Kliinisen asiantuntijan kou-  
lutusohjelma  
Ylempi ammattikorkeakou-  
lutuskinto

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma (YAMK)

PETRONELLA SEPPÄLÄ:

Nuorisopsykiatrian nivelvaiheet

Hoitotyöntekijöiden kokemuksia hoidon jatkuvuudesta ja hoitoon sitoutumisesta

Opinnäytetyö 100 sivua, joista liitteitä 18 sivua

Marraskuu 2014

---

Tämän laadullisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyöntekijöiden kokemuksia nuorisoikäisen potilaan hoidon jatkuvuuteen ja sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä neljän eri avohoidon palvelun nivelvaiheissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata nuorisopsykiatrian palveluiden nivelvaiheisiin liittyviä haasteita sekä lisätä tietoutta hoidon jatkuvuuteen ja hoitoon sitoutumiseen liittyvistä tekijöistä. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kuhunkin avohoidon palveluun tehdyn ryhmähaastattelun avulla. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Hoitotyöntekijöiden kokemusten mukaan nuorisoikäisen potilaan hoidon jatkuvuuteen vaikuttaa oleellisesti hoidon suunnitelmallisuus, asiakaskeskeisyys, yhteistoiminnallisuus ja erilaiset ulkoiset tekijät. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä hoitotyöntekijöiden kokemusten mukaan olivat suunnitelmallinen hoito, työskentelyyn liittyvät tekijät sekä nuoren ja perheen osallisuus hoidossa.

Tulosten perusteella nuorisoikäisen potilaan hoidon jatkuvuuden ja hoitoon sitoutumiseen edistämiseksi nivelvaiheissa tulee olla selkeä ja yhdenmukainen kaikkien toimijoiden tiedossa oleva toimintaohje tai -malli, joka edistää potilaan siirtymistä jatkohoitoon tarkoituksenmukaisella tavalla. Lisäksi hoitotyöntekijöitä tulee tukea enemmän organisaation taholta osallistavaan perhetyöhön sekä kentälle jalkautumiseen. Yhteistoiminnallisuuden lisäämiseksi ja vahvistamiseksi eri toimijoiden välillä tulisi olla nykyistä enemmän vuorovaikutuksellista koulutusta, mikä mahdollistaisi toimijoiden väliset säännölliset tapaamiset ja helpottaisi toimijoiden välistä yhteistyötä myös potilasasioissa. Nuorisopsykiatrian avohoidon palveluiden sijaitseminen fyysisesti samassa paikassa, josta on mahdollisuus jalkautua, on olennainen pirstaleisuuden kokemusta vähentävä ja potilaiden hoidon laatua vahvistava tekijä.

Kehittämisehdotuksia ovat yhdenmukaisemman hoitosuunnitelman tekeminen, perhetyön lisääminen, yhtenäisempien toimintatapojen kehittäminen, sujuvampi tiedon siirtäminen yksiköiden välillä, palveluiden siirtäminen yhteen paikkaan, neuvottelujen yhdistäminen sekä organisaatioiden välisten yhteisten ammatillisten tilaisuuksien järjestäminen.

Jatkotutkimusta tarvitaan tulevaisuudessa siitä, millä tavalla rakenteisen kirjaamisen käyttöön ottaminen vaikuttaa potilaan hoidon jatkuvuuteen ja hoitoon sitoutumiseen esimerkiksi hoitosuunnitelman näkökulmasta sekä siitä miten sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian palveluiden yhdessä paikassa sijaitseminen tulevaisuudessa vaikuttaa etenkin potilaan hoidon jatkuvuuteen liittyviin tekijöihin.

---

Asiasanat: nuorisopsykiatria, hoito, jatkuvuus, sitoutuminen, siirtymävaihe

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master`s Degree Programme in Clinical Nursing Expertise

SEPPÄLÄ, PETRONELLA:  
Transitional Phases of Adolescent Psychiatry  
Nurses`Experiences of Continuity and Commitment of Care

Master's thesis 100 pages, appendices 18 pages  
November 2014

---

The purpose of this study was to survey nurses` experiences of adolescent outpatient commitment and continuity of care in transitional phases. The aim was to describe challenges of the adolescent psychiatric outpatient services transitional phases and increase knowledge of continuity and commitment of care. A qualitative method was applied in this study. The data were collected by four focused group interviews. Interviewees were psychiatric care workers, who were working at adolescent out-patient services. Inductive content analysis was applied for the data analysis.

The results of this study demonstrated that orderliness of care, patient-oriented care, collaboration and various outside factors had an effect on adolescent psychiatric patients` continuity of care. Well-planned care, various factors of working methods and involvement of patient and family affected the adolescent patients` commitment of care.

In the future it is necessary to develop a similar patient care plan to all caring units and simplify data-transfer between various units. It is also important to increase family-oriented work and transfer services to one place. Combined co-operative team meetings and arranged common events to psychiatric care workers between various organizations need to be part of the development plan as well.

Implications for future research are to find out how using structured nursing documentation affects especially continuity of care and how transferring adolescent psychiatric out-patients services in the same building affects factors of continuity of care. These subjects should be studied from patients and families` perspective.

---

Key words: adolescent psychiatry, continuity of care, commitment of care, transitional phase

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	8
2.1	Tampereen kaupungin nuorisopsykiatrian poliklinikka.....	9
2.2	Yläkouluille jalkautuneet psykiatriset sairaanhoitajat .....	9
2.3	Pirkanmaan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian poliklinikka .....	10
2.4	Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Intensiivisen avohoidon yksikkö (NPSi) .....	10
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	11
4	NUORUUS JA MIELENTERVEYSONGELMIEN HOITO .....	12
4.1	Nuoruusikä.....	12
4.2	Psyykinen kehitys ja nuorten mielenterveys.....	12
4.3	Mielenterveydenhäiriöt nuoruusiässä .....	14
4.4	Hoidon jatkuvuus .....	16
4.5	Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä .....	17
5	MENETELMÄLLISET RATKAISUT .....	20
5.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	20
5.2	Aineiston keruu.....	20
5.3	Sisällönanalyysi .....	22
6	TULOKSET .....	25
6.1	Potilaan hoidon jatkuvuuteen vaikuttavat tekijät hoidon nivelvaiheissa .....	25
6.1.1	Suunnitelmallisuus .....	26
6.1.2	Asiakaskeskeisyys.....	28
6.1.3	Yhteistoiminnallisuus.....	31
6.1.4	Ulkoiset tekijät .....	35
6.2	Potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät hoidon nivelvaiheissa .....	38
6.2.1	Suunnitelmallinen hoito .....	38
6.2.2	Työskentely .....	42
6.2.3	Nuoren ja perheen osallisuus .....	46
7	POHDINTA.....	52
7.1	Työn eettisyys .....	52
7.2	Luotettavuus.....	54
7.3	Tulosten tarkastelu .....	58
7.3.1	Potilaan hoidon jatkuvuuteen vaikuttavat tekijät .....	59
7.3.2	Potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät .....	65
7.4	Kehittämisehdotukset.....	73
7.5	Jatkotutkimusaiheet .....	75
	LÄHTEET.....	77
	LIITTEET .....	82

Liite 1. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian vastuualueen ja kunnallisten nuorisopsykiatristen palvelujen vastuujako. ....	82
Liite 2. Teemahaastattelun runko. ....	84
Liite 3. Tietoinen suostumus. ....	85
Liite 4. Sisällönanalyysin vaiheita: alaluokasta yläluokkaan. Potilaan hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät. ....	87
Liite 5. Sisällönanalyysin vaiheita: yläluokasta pääluokkaan. Potilaan hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät. ....	90
Liite 6. Sisällönanalyysin vaiheita: alaluokasta yläluokkaan. Potilaan hoitoon sitoutumiseen liittyvät tekijät. ....	91
Liite 7. Sisällönanalyysin vaiheita: yläluokasta pääluokkaan. Potilaan hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät. ....	93
Liite 8. Aiheesta aiemmin tehdyt tutkimukset. ....	94

## 1 JOHDANTO

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuonna 2011 teettämän kouluterveyskyselyn mukaan 12,5% kyselyyn vastanneista 8. ja 9. luokkalaisista pirkanmaalaisista nuorista ilmoitti kärsineensä keskivaikeista tai vaikeista masennusoireista. Kaksi vuotta aiemmin, vuonna 2009, luku oli hieman korkeampi (12,9%). Koko maan nuorten osalta masennusoireiden esiintyvyys vuonna 2011 oli 12,8%. Myös maanlaajuisesti luku oli pienempi kuin vuonna 2009. (THL 2013.) THL:n tilastoraportin mukaan vuosien 2001-2011 välillä nuorisopsykiatrian hoitajaksot ovat lisääntyneet, toisin kuin lastenpsykiatriassa vuoden 2008 jälkeen. Vuonna 2011 13-17-vuotiaiden sairaalahoitajaksoja erikoissairaanhoidossa oli noin 3300 kappaletta ja keskimääräinen hoitoaika oli 33 päivää. Alueellinen vaihtelu oli suurta sairaanhoitopiireittäin sekä sairaalahoito- että avohoitajaksojen suhteen, riippuen alueen hoitokäytännöistä ja palvelurakenteesta. Kainuun sairaanhoitopiirissä oli selvästi eniten sairaalahoitajaksoja, Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä sairaalajaksoja oli puolet tätä vähemmän. 13-17-vuotiaiden ryhmässä masennus oli yleisin diagnoosi. Vuonna 2011 nuorisoikäisten avohoidossa tapahtuneita käyntejä koko maassa oli noin 200 000 ja avohoidon palvelunkäyttäjää oli noin 18 800. (Rautiainen & Pelanteri 2013, 8-9, 31.)

Tutkimustulokset osoittavat, että etenkin osastohoidossa hyvä hoitosuhde ja perhesuhteiden tukeminen vaikuttavat hoitoon ja nuoren toipumiseen myönteisesti (Kauppi 2013, 17; Hintikka 2007, 80, 83, 89, 90; Kuusisto 2009, 47-48). Nuoren kuntoutuminen ei tapahdu järjestelmällisesti palvelusta toiseen siirtymällä vaan yhteistyössä moniammatillisen hoitoverkoston kanssa (Piha 2004, 378-380). Mielenterveyslaissa (1990) määritellään, että potilaan hoito tulee järjestää avopalveluina siten, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Nuorisopsykiatriassa hoito pyritään ensisijaisesti järjestämään eri avohoidon palveluista rakennettuna kokonaisuutena.

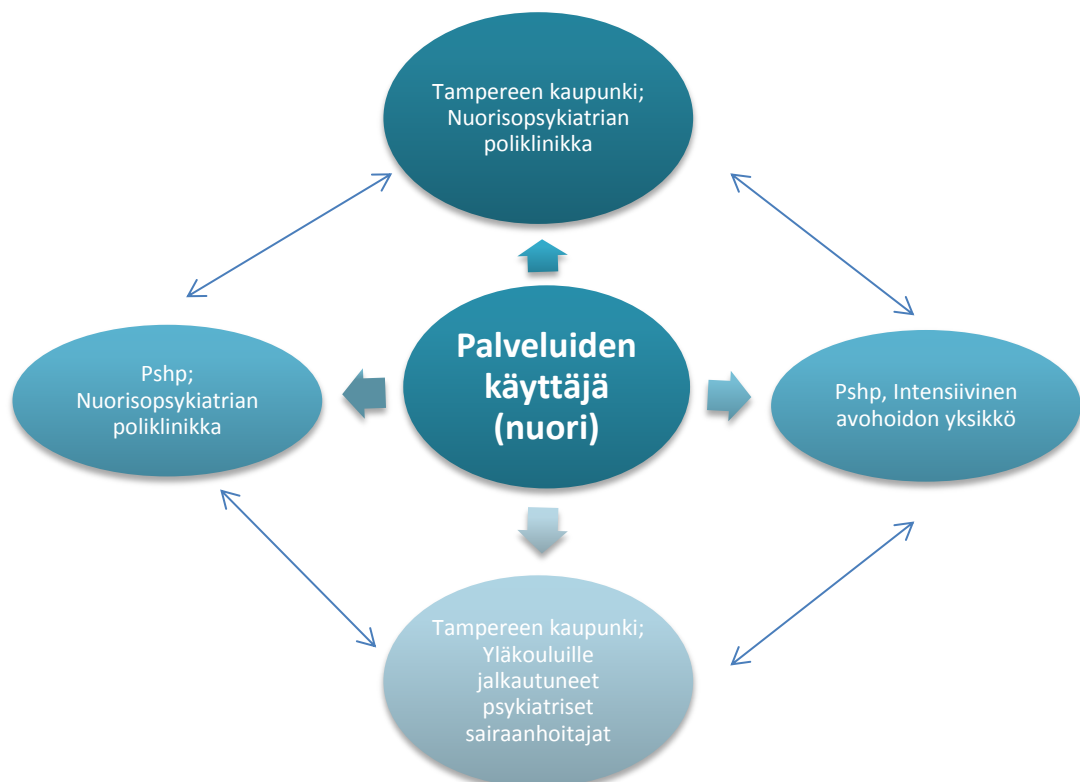
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyöntekijöiden kokemuksia nuorisoikäisen potilaan hoidon jatkuvuuteen ja hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä nuorisopsykiatrian avohoidon palveluiden nivelvaiheissa Tampereella. Opinnäytetyön aineistona käytettiin ryhmähaastatteluista saatua tietoa. Haastattelut tehtiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Tampereen kaupungin neljän eri avohoidon palvelun hoitotyöntekijöille. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön tavoit-

teena oli kuvata hoidon nivelvaiheisiin liittyviä haasteita hoitotyöntekijöiden näkökulmasta sekä lisätä tietoutta hoidon jatkuvuuteen ja sitoutumiseen liittyvistä tekijöistä. Tämän tiedon avulla on mahdollista kehittää toimintaa nuorisopsykiatrian palveluiden nivelvaiheissa.

Oma ammatillinen kiinnostukseni työn aiheeseen on lähtenyt oman työni kautta. Työskentelen erikoissairaanhoidon asiantuntijana koulujen arjessa sekä teen paljon työtä eri verkostojen kanssa. Mielen terveystyöskentelyn kokonaisuus rakentuu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen ja 3.sektorin palveluista. Nuorille sekä heidän perheilleen tarjottavia tukimuotoja suunniteltaessa tulee huomioida usein kaikki kyseiset tahot. Myös koululla on merkittävä rooli nuoren kasvun ja kehityksen tukemisessa. Usein tulee pysähtyä miettimään, mikä tukimuoto on tarkoituksenmukaisin, tehdäänkö päällekkäistä työtä, kohtaavatko tarpeet tarjotun palvelun kanssa ja kulkeeko tarvittava tieto yli organisaatorajojen. Suunnitelmallinen verkostotyö ja perheen kiinteä hoitoon osallistuminen ovat merkittävässä roolissa nuorten palveluiden koordinoimisessa sekä hoidossa. Koska verkostojen toimijoita ja tukimuotoja on paljon, haluan aloittaa tarkastelun yhdestä näkökulmasta, nuorisopsykiatrian avohoidon palvelujen osalta.

## 2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Nuorisopsykiatrian poliklinikat Tampereella ovat Tampereen kaupungin Nuorisopsykiatrian poliklinikka (Tampereen kaupunki 2013a) ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (Tays) nuorisopsykiatrian poliklinikka (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013c). Molemmilla poliklinikoilla toteutetaan nuorisoikäisen potilaan psykiatrasta avohoitoa. Molemmat poliklinikat ovat osa erikoissairaanhoitoa. Tampereen kaupungin poliklinikka on matalamman kynnyksen hoitopaikka, mihin voi ohjautua ilman lääkärin lähetettä, viranomaisen tekemällä läheteellä (Tampereen kaupunki 2013a; Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013b). Taysin nuorisopsykiatrian poliklinikalle ohjaututaan lääkärin läheteellä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013c.) Potilaat ohjautuvat poliklinikoille erikseen sovitun työnjaon mukaisesti, mikä on työn liitteenä (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a; taulukko 1). Alla olevassa kuviossa 1 on kuvattuna avohoidon palvelut.



KUVIO 1. Nuorisopsykiatrian avohoidon palvelut.

## 2.1 Tampereen kaupungin nuorisopsykiatrian poliklinikka

Poliklinikka on yksi osa laajempaa lasten ja nuorten palveluketjua eli lasten, nuorten ja perheiden yksikköä. Lasten, nuorten ja perheiden yksikköön kuuluu lasten, nuorten ja perheiden kanssa toimijoita, kuten lasten ja nuorten poliklinikka, Nuorisoneuvola, fysioterapia, lasten toimintaterapia, lasten ja opiskelijoiden ravitsemusterapia, neuvola-psykologit, Nuorisopsykiatrian poliklinikka, Perheneuvola ja lasten puheterapia. Kaikki nämä palvelut sijaitsevat samassa rakennuksessa. (Tampereen kaupunki 2013c.)

Tampereen kaupungin nuorisopsykiatrian poliklinikalla hoidetaan 13–18-vuotiaita nuoria, joilla on esimerkiksi masennusta, ahdistuneisuutta, unettomuutta, keskittymisvaikeuksia, jännittämistä ja käytöshäiriöitä. Palveluun voi hakeutua viranomaisläheteellä, jonka voi laatia esimerkiksi lääkäri, psykologi, sosiaalityöntekijä, kuraattori tai terveydenhoitaja. Nuorisopsykiatrian poliklinikan toiminta koostuu tutkimusjaksoista, yksilöhoidoista ja perhetapaamisista. Hoitajaksot sisältävät pääsääntöisesti 10-20 käyntiä, maksimissaan 40 käyntiä. Työryhmän työntekijät antavat myös konsultaatiotukea ja työnohjausta. Poliklinikalla työskentelee 2 lääkäriä, 2 sosiaalityöntekijää, 3 psykologia ja kaksi sairaanhoitajaa. Työntekijät toimivat kahdessa moniammatillisessa tiimissä. (Tampereen kaupunki 2013b.)

## 2.2 Yläkouluille jalkautuneet psykiatriset sairaanhoitajat

Tampereen kaupungin nuorisopsykiatrian poliklinikalla on toiminut syksystä 2012 alkaen kolme Tampereen yläkouluille jalkautunutta psykiatrista sairaanhoitajaa. Tampere on jaettu kolmeen eri koulualueeseen, kullakin alueella on yksi psykiatrisen sairaanhoitajan. Oppilaat ohjautuvat koulun psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolle oppilashuolto-ryhmän laatimalla läheteellä tapauksissa, joissa on syytä epäillä mielenterveyden ongelmaa. Käynneillä arvioidaan nuoren psykiatrisen hoidon tarvetta sekä tarjotaan nuorille ja heidän perheilleen tavoitteellisia sekä määrämittäisiä (1-10 käyntiä) tukikäyntejä. Koululle jalkautuneen psykiatrisen sairaanhoitajan on myös mahdollista toteuttaa nuorisopsykiatrisen tutkimusjakso, mihin sisältyy yksilö- ja perhetapaamisia sekä lääkärikäynti Nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Nuoren tarvitessa pidempiaikaista hoitoa, ohjataan hänet jatkohoitoon. Koululla työskentelevän psykiatrisen sairaanhoitajan on myös

mahdollista tukea nuoria, jotka odottavat psykiatrisen avohoidon alkamista. Psykiatrisen sairaanhoitaja toimii myös koulujen työntekijöiden työparina ja konsulttina, silloin kun nuoren mielenterveyden tukemiseen vaaditaan moniammatillista näkemystä. (Tampereen kaupunki 2013d.)

### **2.3 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian poliklinikka**

Sairaanhoitopiirissä on erilaisia nuorille suunnattuja avohoidon palveluja. Tutkimus- ja akuuttityöryhmän toimesta hoidetaan avohoidon tutkimusjaksot, lyhyt kriisityö, kotiin suunnattu avohoito, yleissairaalatyö ja lähetteen ohjaus. Nuorisopsykiatrian poliklinikka (PNPS) jakautuu eri tiimeissä tehtävään työhön tehtävänjaon mukaisesti. Sairaanhoitopiirissä on myös nuorisopsykiatrian kokovuorokausiosasto sekä valtakunnallinen erityisen vaikeahoitoisten nuorten yksikkö EVA. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013b.)

Poliklinikalla hoidetaan 13–17 –vuotiaiden nuorten mielenterveydenhäiriöitä. Poliklinikka on jakautunut kahteen yleispsykiatriseen työryhmään neuropsykiatriseen työryhmään ja psykoterapiatyöryhmään. Tutkimusvaiheessa arvioidaan nuoren vointia ja toimintakykyä eri ympäristöissä. Tutkimusten jälkeen nuori ohjautuu tarvitsemaansa jatkohoitopaikkaan. Vaikeista häiriöistä kärsivät nuoret jäävät hoitoon nuorisopsykiatrian klinikkaan. Hoitoon jäävät myös ne nuoret, joille ei ole peruskunnassa osoitettua tarpeenmukaista hoitoa. Yleisimmät hoitomuodot ovat yksilö-, perhe- ja ryhmäterapia. Poliklinikan työntekijät antavat myös konsultatiivista tukea. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013c.)

### **2.4 Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Intensiivisen avohoidon yksikkö (NPSi)**

Intensiivisen avohoidon yksikössä tarjotaan 13–17-vuotiaille nuorille kahden viikon ajan tiivistä avohoitoa päiväaikaan. Hoitoa tarjotaan kriisiytyneisiin tilanteisiin, lähinnä nuorille, jotka kärsivät depressiosta, ahdistuneisuushäiriöistä tai syömishäiriöissä. Yksikössä on 6 paikkaa. Yksikössä hyödynnetään yksilö-, perhe- ja verkostokeskeistä toimintatapaa. Vanhemmille on myös oma keskusteluryhmä. Yksikön vahvuudessa on neljä sairaanhoitajaa, apulaisylilääkäri ja osastonhoitaja. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013d; 2013e.)

### 3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitotyöntekijöiden kokemuksia nuorisoiäkäisen potilaan hoidon jatkuvuuteen ja sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä nuorisopsykiatrisen avohoidon palveluiden nivelvaiheissa Tampereella.

Opinnäytetyön tehtävinä on kuvata:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat potilaan hoidon jatkuvuuteen hoidon nivelvaiheissa?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen hoidon nivelvaiheissa?

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata nuorisopsykiatrian palveluiden nivelvaiheisiin liittyviä haasteita sekä lisätä tietoutta hoidon jatkuvuuteen ja sitoutumiseen liittyvistä tekijöistä. Tämän tiedon avulla on mahdollista kehittää edelleen toimintaa nuorisopsykiatrian palveluiden nivelvaiheissa.

## 4 NUORUUS JA MIELENTERVEYSONGELMIEN HOITO

### 4.1 Nuoruusikä

Rantanen (2004, 46–47) kuvaa nuoruutta kehitysvaiheena, jolloin yksilö irrottautuu lapsuudestaan ja löytää vähitellen oman persoonallisen aikuisuuden. Nuoruus on sekä yksilöitymistä että eriytymistä. Kasvuprosessiin kuuluu biologisia, psykologisia ja sosiaalisia muutoksia. Nuoruus jaetaan karkeasti kolmeen vaiheeseen. Varhaisnuoruudessa 11–14-vuotiaana suhde omaan kehoon muuttuu, keskinuoruudessa 15–18-vuotiaana suhde vanhempiin muuttuu ja jälkivaiheessa 19–22-vuotiaana aikuisuuden persoonallisuus eheytyy lopullisesti. (Rantanen 2004, 46–47.) Jokaisen nuoren kehittyminen on silti yksilöllistä, joten kehitysvaiheiden ikähaarukkaa tulee muistaa tarkastella myös kriittisesti.

### 4.2 Psykkinen kehitys ja nuorten mielenterveys

Yksilön psyykkistä kehitystä voidaan tarkastella eri teorioiden näkökulmista, kuten vuorovaikutusteoriat, kognitiiviset kehitysteoriat ja oppimis- ja käyttäytymisteoriat (Tamminen & Nieminen 2004, 50–56). Piha (2004, 61–62) täydentää, että myös perheellä ja ympäristöllä on tärkeä merkitys nuoruuden kehitystehtävien läpiviemiseksi. Kyky itsensä toteuttamiseen ja merkittävien ihmissuhteiden luomiseen liittyy aina perheen sisäiseen vuorovaikutukseen. Vanhempien aiemmin oppimat mallit perheen vuorovaikutuksesta siirtyvät helposti sukupolvelta toiselle. Esimerkiksi perhesalaisuuksien siirtyminen sukupolvien ketjussa eteenpäin saattaa merkittävästi heikentää nuoren psyykkistä kasvua ja kehitystä. (Piha 2004, 61–62.) Mielenterveyden kehittymisen kannalta nuoruus on tärkeää aikaa. Masentuneisuuden tunne on nuoruudessa kohtalaisen yleistä. Nuorella voi esiintyä ajoittain normaaliin kasvuun ja kehitykseen kuuluvia lyhytkestoisia psyykkisiä oireita. (Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2013, 1089.) Koulussa menestymistä, osallisuutta koulukiusaamiseen ja poissaoloja koulusta voidaan tarkastella yhtenä mielenterveyteen liittyvänä indikaattorina. Kiusaamisella on suurempi yhteys mielenterveysongelmiin kuin uhrina olemisella. (Kaltiala-Heino, Ranta & Fröjd 2010, 2033–2034).

Masennukselta suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi vanhempien ja muiden aikuisten tuki sekä muut läheiset ihmissuhteet. Perheeltä saatu huomio ja ymmärrys sekä yhdessä vietettävä aika ovat myös tärkeitä suojaavia tekijöitä. Vanhempien hyvät välit, tuki yhteiskunnalta ja uskonnollisuus edistävät myös tervettä elämää. Yksilötasolla sosiaalisen pärjäävyyden on todettu estävän masennukseen sairastumista nuoruudessa. Kognitiiviset taidot, kuten psyykkinen joustavuus ja sietokyky, aktiivinen ongelmaratkaisukyky, hyvä itsetunto sekä ulkoiset tekijät, kuten riittävä uni suojaavat myös sairastumiselta. (Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2013, 1091.)

Masennuksen varhainen ilmenemiskä, kroonisuus ja laajat haitat ovat ehkäisemisen tärkeyden perusteena, siksi nuoruusiässä suojaavien ja riskitekijöiden tunnistaminen on tärkeää. Nuoren stressinsäätelyjärjestelmän toimimiseen liittyy perimä, ympäristötekijät ja temperamentti sekä kyky reagoida stressaaviin tilanteisiin ja tapahtumiin. Stressinsäätelyntaito vaikuttaa joko suojaavasti tai sairastuttavasti nuoreen. Myös erilaiset kuormittavat elämäntapahtumat, kuten laiminlyönti, väkivalta, hyväksikäyttö, kiusaaminen, erokokemukset, menetykset, muut sairaudet sekä vanhemman psykiatrinen sairaus voivat altistaa masennukselle. Masennusta ennustavia tekijöitä ovat naissukupuoli, matala sosioekonominen status ja tulotaso sekä vanhempien vähäinen koulutus. Perimän osuus masennuksen ilmenemiseen on 30–40% ja usein periytynyt masennusriski ennustaa myös suurempia masennukseen altistavia ympäristöriskejä. (Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2013, 1089–1091.)

Kouluympäristössä mielenterveyttä edistää yhteistyö oppilaiden ja heidän vanhempiensa kanssa sekä yhteinen päätöksenteko (Puolakka ym. 2013, 26). Nuorten mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveysongelmien ehkäisemiseen koulumaailmassa on kehitetty erilaisia vaikuttavia malleja, kuten sosiaalisten taitojen harjoitusohjelma ja stressinhallintakurssi (Kaltiala-Heino, Ranta & Fröjd 2010, 2037; Puolakka ym. 2013, 26). Kouluympäristössä nuorten mielenterveysongelmia ehkäisevät myös vuosiluokittaiset tarkastukset, missä seulotaan varhaisia oireita (Kaltiala-Heino, Ranta & Fröjd 2010, 2037).

### 4.3 Mielenterveydenhäiriöt nuoruusiässä

WHO:n Euroopan komitea (2013) tuo esiin, että puolet mielenterveyden ongelmista alkaa alle 14-vuotiaana. Nuotio, Karukivi & Säarijärvi (2013, 1089) arvioivat, että neljäsosa nuorista ja nuorista aikuisista kärsivät jostain mielenterveydenhäiriöstä. Lapsuudesta nuoruuteen siirryttäessä mielenterveydenhäiriöiden esiintyvyys lisääntyy ja usein nuoruuden keskivaiheilla puhkeaa ensimmäinen masennusjakso. (Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2013, 1089.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tekemän kouluterveyskyselyn (2014) mukaan peruskoulun opiskelijoista 12,8% kärsi R-BDI –seulan mukaan keskivaikeista tai vaikeista masennusoireista vuosina 2010-2011. Tytöistä 18%:lla ilmeni masennusoireita, kun taas pojista vain 8%:lla oli oireita. 2008-2011 välisenä aikana luku on laskenut 0,3 prosenttiyksikköä. Vuoden 2010/2011 kyselyn mukaan lukiossa keskivaikeista ja vaikeista masennusoireista kärsi 10,5% nuorista ja ammatillisissa opinnoissa 11,1%. Kohtalaisesta tai vaikeasta ahdistuneisuudesta kärsi peruskoululaisista 11%, tytöistä 16% ja pojista 6%. Lukio-opinnoissa olevista nuorista 9% kärsi ahdistusoireista, ammatillisissa opinnoissa luku oli hiukan korkeampi 12%. (THL 2014.)

Masennukseen sairastuneista yli puolet sairastaa myös jotain muuta mielenterveydenhäiriötä. Masentuneilla on suurentunut riski käyttää päihteitä ja masennus ennustaa usein myös myöhempää päihteiden käyttöä. (Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2013, 1089.) Nuoruuden vakava mielenterveydenhäiriö ennustaa usein häiriön jatkumista aikuisiässä. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 568; Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2013, 1089.) Häiriöiden jatkuminen aikuisena on todennäköisempää etenkin lapsuudessa esiintyvissä käytöshäiriöissä ja väkivaltaisessa käyttäytymisessä (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 568). Vanhemman hoitamaton masennus ennustaa myös masennukselle alttiin nuoren sairastumista (Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2013, 1090).

Marttunen & Kaltiala-Heino (2011, 564-565) toteavat että nuorella voidaan todeta olevan mielenterveydenhäiriö silloin, kun häiriön diagnosoimiseen vaadittavat kriteerit täyttyvät, kehitys on pysähtynyt ja tasapainottomuus alentaa toimintakykyä. Vetäytyminen ikätoverisuhteista, kiinnostuksen menettäminen tai voimakas kuohunta ovat usein merkkejä kehityksen haasteista. Nuoruusikäisen kehitystä arvioidessa tulee tarkastella kehityksen suuntaa ja energian määrää. Vähäinen energia, katkenneet ikätoverisuhteet tai koulumenestyksen laskeminen ovat häiriön merkkejä. Myös oireiden laatu ja määrä tulee huomioida. Usein nuoren oma kokemus avun tarpeesta on hälyttävä merkki.

(Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 564-565.) Nuotio, Karukivi & Saarijärvi (2019, 1089, 1091) muistuttavat, että nuoren masennusta arvioidaan aina kokonaisvaltaisesti nuorelta itseltään, hänen perheeltään, ystäviltään, koulusta ja lähipiiristä saatuja tietoja käyttäen. On haasteellista arvioida masennusta ennen ensimmäistä masennusjaksoa, joten riskiryhmään kuuluvia nuoria tulisi seuloa aktiivisesti varhaisen tunnistamisen vuoksi. (Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2013, 1089, 1091.)

Marttunen & Kaltiala-Heinon (2011, 566) mukaan nuoruusikäisen mielenterveydenhäiriöiden arvioimisen haasteena ovat nuoren vauhdikas kehitys ja kehityksessä ilmenevät huomattavat erot sekä sukupuolen että yksilöiden välillä. Häiriöiden oirekuva on nuoruudessa epäselvempi kuin aikuisuudessa. Varhaisnuoruudessa häiriöiden esiintyvyys muistuttaa lapsuudessa todettavia häiriöitä kun taas myöhäisnuoruudessa se näyttäytyy enemmän aikuisuudessa ilmenevinä häiriöinä. Lapsuuden ja varhaisnuoruuden häiriöitä arvioitaessa on ollut aiemmin tapana kerätä tietoa lapsen lähiverkostosta, kuten vanhemmilta ja opettajilta. Tällä hetkellä painotetaan enemmän lapselta ja nuorelta itseltään saatavaa tietoa. Keski- ja myöhäisnuoruudessa tiedonkeruu painottuu pääosin nuorelta itseltään saatavaan informaatioon. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 566.)

Nuorten masennuksen hoidossa käytetään erilaisia interventio-ohjelmia, kuten kognitiivis-behavioraalista ja interpersoonallista lähestymistapaa. Erilaisten preventioiden tuloksellisuuden vaikuttaa vanhempien oheissairastavuus. Masennusta akuutisti sairastavan aikuisen lapsi ei hyödy tietyistä preventiomenetelmistä, kuten terveen vanhemman lapsi. (Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2013, 1092, 1093.) Lievien sekä keskivaikeiden mielenterveydenhäiriöiden hoitoon on olemassa tuloksellisia hoitomalleja, joita voi myös koulu yhteisössä toteuttaa, koska kaikkia sairauksia ei ole tarkoituksenmukaista hoitaa erikoissairaanhoidossa (Kaltiala-Heino, Ranta & Fröjd 2010, 2036-2037).

Ellilä (2007, 50-53, 58, 60) kuvaa, että lasten- ja nuorisopsykiatrisilla osastoilla on maanlaajuisesti vaihtelevia hoitoideologioita, eivätkä ne perustu välttämättä hoitotieteellisiin lähtökohtiin. Yleisin hoitoideologia on perhekeskeinen hoitotyö, mitä toteutetaan lähes kaikilla lastenpsykiatrisilla osastoilla ja noin puolessa nuorisopsykiatrian osastoista. Toinen yleisimmistä hoitotyön keinoista oli yksilökeskeinen hoitotyö. Vuoteen 2007 mennessä lähes kaikkien lasten- ja nuorisopsykiatrian potilaiden hoitoon kuului osana SSRI-lääkitys. Noin 40% depressiivisistä ja 1/3 itsetuhoisista potilaista hoidettiin anti-depressanteilla. Toisaalta vain 55% nuorista, joilla oli depressio ja itsetuhoisia oireita,

hoidettiin antidepressanteilla. Lastenpsykiatrisessa osastohoidossa sairaanhoitajilla on monia rooleja, kuten aikuisena oleminen, hyvinvoinnista ja mielenterveydestä huolehtiminen. Sairaanhoitaja muodostuu usein tärkeimmäksi aikuiseksi osastohoitojakson aikana. Tämän vuoksi erityisen ammattitaidon ylläpitäminen on tärkeää. Lasten- ja nuorisopsykiatrisia osastohoitopaikkoja on kansainvälisesti katsottuna runsaasti, mutta päivä- ja perheosastojen lukumäärä on varsin alhainen. Perhe- ja kotihoidon malleja yhdistettynä lyhyisiin intervallistyyppisiin osastohoitojaksoihin tulisi Ellilän mukaan lisätä. Päiväosastot ja toisentyypiset osallistavat hoitomuodot tarjoavat vähemmän instituutionaalaisia ja enemmän perhekeskeisiä mahdollisuuksia osastohoidon sijaan. (Ellilä 2007, 50-53, 58, 60.)

#### **4.4 Hoidon jatkuvuus**

Hoitosuosituksella tarkoitetaan asiantuntijoiden laatimaa, tieteellisen näyttöön perustuvaa kannanottoa tietyn sairauden ja oireiden hoidosta sekä toimenpiteistä, joita kannattaa tehdä sairauden ehkäisemiseksi ja toteamiseksi. Hoidon porrastukseen, työnjakoon tai muihin hoidon järjestämisestä koskeviin asioihin otetaan suosituksessa kantaa vain, jos siitä on tutkimusnäyttöä. Valtakunnallinen hoito-ohjelma ottaa kantaa laajemmin hoidon porrastamiseen ja se voi perustua näyttöön ja hoitosuositukseen tai pääasiallisesti asiantuntijoiden lausuntoihin. Alueellisella hoitoketjulla tarkoitetaan tiettyä sairautta potevien ihmisten hoitoa ja hoidon työnjakoa usein esimerkiksi sairaanhoitopiirin alueella. Alueellinen hoitoketju perustuu usein alueen olojen ja vaatimusten tuntemukseen. Hoitoketjussa kuvataan hoitosuosituksen mukaisesti, kenen vastuulla on tietyn sairauden ehkäisyyn, diagnosointiin ja hoitoon liittyvät asiat ja missä. Hoitoketjun rinnalla saateetaan käyttää myös laajempaa palveluketjuterminä, joka tarkoittaa useampaa palvelua käyttävää potilasta ja sitä, miten hänen kohdallaan palvelut järjestetään. Paikalliset toimintaohjeet tai hoitopolut määrittelevät, miten hoitosuosituksia toteutetaan kussakin toimintayksikössä. Hoitosuositusten toimeenpanolla tarkoitetaan suositusten käyttöön saattamista, toimintatapojen yhtenäistämistä ja tarvittaessa muuttamista. Suositusten käyttöön ottaminen edellyttää käytännössä muutosta edellyttäviä toimia, kuten käyttöön ottamisen esteiden tiedostamista ja työntekijöiden halukkuutta ottaa suositus käyttöön. (Mäntyranta ym. 2003, 7-9, 14)

Nuoren hyvinvointia ja mielenterveyttä tukevia palveluita on eri sektoreilla, kuten kouluissa, sosiaalitoimessa, 3. sektorilla, perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Palveluiden tarkoituksenmukaisuutta pohdittaessa, tulee yhteistyön toimia eri palveluiden tarjoajien välillä jokaisen erikoisala ja tarkemmin sovitut vastuualueet huomioiden. Nuoren kuntoutuminen ei yleensä tapahdu järjestelmällisesti palvelusta toiseen siirtyen, vaan hoito tapahtuu usein moniammatillisen hoitoverkon yhteistyönä. (Piha 2004, 378-380.) Hyvin organisoitu yhteistyö eri toimijoiden välillä, moniammatillisten tiimien toiminta ja yhteinen päätöksenteko vahvistavat vuorovaikutussuhteita sekä ammatillisuutta ja resursseja (Richards & Vostanis 2004, 124).

Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010) määritteli, että potilaan hoidolle ja kuntoutukselle on laadittava hoitosuunnitelma. Hoidon jatkuvuus, etenkin potilaan uloskirjoitusvaiheessa on tärkeää. Jatkuvuuden lisäämiseksi sairaalahoidon jälkeinen hoitosuunnitelma ja järjestelyt tulee olla potilaan tiedossa ennen kotiutumista (Kauppi 2013, 17). Potilaiden kokemuksen mukaan laadukas osasto- ja avohoito sisältää suunnitelmalliset siirtymiset hoitotahojen välillä, vastuuhoidajan ja uudelleen pääsemisen samaan hoitoyksikköön, missä on sama hoitohenkilökunta. Hoidon jatkuvuus toteutuu potilaiden mielestä myös luottamuksellisen pitkäaikaisen hoitosuhteen sekä asiantuntevan ja kokonaisvaltaisen hoidon avulla. Potilaiden mukaan yhteistyö ja jatkuvuus heikentyvät, mikäli hoitohenkilökunta on saavuttamattomissa, hoidossa annetaan katteettomia lupauksia, ristiriitaisiin ei puututa, potilaita lääkitään liikaa tai kotiutetaan suunnittelemattomasti. (Wallace ym. 1999, 1148, 1151.) Jatkuvuuteen psykiatrisessa hoidossa vaikuttaa hyvän hoitosuhteen lisäksi hyvä hoitoympäristö, joustavuus hoidossa, aktiivinen hoitokontaktin ylläpitäminen, mahdollisuus olla yhteydessä hoitoyksikköön, potilastietojen päivittäminen sekä aktiivinen yhteistyö avohoidon ja muiden toimijoiden välillä. (Hautala, Nikkonen & Jylhä 2005, 44–46.)

#### **4.5 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä**

Tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että etenkin osastohoidossa, hyvä hoitosuhde ja perhesuhteiden tukeminen vaikuttavat hoitoon ja nuoren toipumiseen myönteisesti (Hintikka 2007, 80, 83, 89, 90; Kuusisto 2009, 47–48; Kauppi 2013, 17). Kauppi (2013, 17) lisää, että suunnitelmallinen hoito ja keskustelu potilaan kanssa hoidosta edistävät hoitoon sitoutumista. Helppo hoitoon pääseminen, tarpeita vastaava hoito ja

hoitomenetelmät sekä tuttu hoitoympäristö ja työntekijät lisäävät myös sitoutumista. Erityisesti uloskirjaamisvaiheessa keskustelut sitoutumisesta nähdään merkityksellisinä. (Kauppi 2013, 17.) Arkielämän säännöllisyys lisää pärjäämistä ja edistää sitoutumista, myös positiivinen asenne elämää ja hoitoa kohtaan edesauttavat sitoutumista (Kuusisto 2009, 39, 41–47; Kauppi 2013, 17.) Sosiaaliset suhteet ja läheisten tuki nähdään oleellisenä sitoutumisen kannalta (Hintikka 2007, 80, 83, 89, 90; Kiviniemi 2008, 80; Kauppi 2013, 17.) Potilaiden kokemuksen mukaan myös läheisten saama tuki on merkittävää hoitoon sitoutumisen kannalta (Kauppi 2013, 17).

Säännölliset yksilöterapiat, lääkehoito sekä perheinterventioiden ja kouluohjelmien yhdistäminen ovat oleellinen osa nuorisopsykiatrista hoitoa. Hyvä hoitosuhde ja hyvät perhesuhteet vähentävät esimerkiksi lääkehoidon aloittamisen tarvetta. Hintikan tutkimuksen mukaan käytöshäiriöön sairastuneiden nuorten perheet eivät välttämättä saa riittävästi tukea perheen sisäisen vuorovaikutuksen kohentamiseksi, minkä vuoksi perheorientoituneiden hoito-ohjelmien kehittäminen etenkin tälle ryhmälle on tarpeellista. (Hintikka 2007, 80, 83, 89, 90.)

Lasten- ja nuorisopsykiatrian osastojen yleisin hoitoideologia Suomessa on perhekeskeinen hoitotyö (Ellilä 2007, 50–53). Perhekeskeisessä hoidossa tärkeitä asioita työntekijän näkökulmasta ovat yhteistyö perheen kanssa, joustavuus hoidossa, perheen ja nuoren kuuleminen sekä kunnioittaminen. Nuoren ja vanhempien mukaan perhekeskeisen hoidon tärkeitä asioita ovat yhteinen ja avoin keskusteleminen, johon sisältyy kuulluksi tuleminen, hoitotyöntekijöiden pysyvyys sekä tukeminen. Vanhempien mukaan perhekeskeisyys tarkoittaa myös keskustelua yhdessä ja erikseen. Yhteinen ja avoin keskustelu koetaan tärkeimpänä asiana perhekeskeisyydessä. Yhteisesti perhekeskeinen hoito nähdään tärkeänä asiana nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä. (Koskimäki & Niemi 2007, 35–49.)

Psykiatrisen potilaan hoitoon sitoutumista ja elämänhallintaa rajoittavia tekijöitä ovat muun muassa haluttomuus lääkehoitoon, hoidon ja potilaan tarpeiden kohtaamattomuus, yhteiskunnan paineet (leimaantuminen psykiatriseksi potilaaksi) ja päihteiden käyttö (Kauppi 2013, 17). Rajoittavia tekijöitä ovat myös ongelmat sosiaalisessa elämässä, yksinäisyys, alentunut toimintakyky, vuorokausirytmien puute ja mielenterveyshäiriö itsessään (Kuusisto 2009, 50-60; Kauppi 2013, 17). Kuusisto (2007, 50-60) lisää rajoit-

taviksi tekijöiksi myös epäonnistumiset elämässä sekä tulevaisuuteen liittyvät uhkaku-  
vat.

## 5 MENETELMÄLLISET RATKAISUT

### 5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullinen tutkimus pyrkii kuvaamaan ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekkään tulkinnan ilmiölle. Laadullinen tutkimus ei pyri tilastollisiin yleistyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Menetelmän fokus on siinä, miten osallistujat liittävät ilmiöt heidän omaan sosiaaliseen maailmaansa (Bowling 2002, 352). Menetelmä soveltuu suhteellisen hyvin pienen otoksen tutkimuksiin, joissa yksityiskohdat löydetään ihmisten ymmärryksen ja vuorovaikutuksen kautta (Silverman 2005, 9). Opinnäytetyön menetelmälliseksi lähtökohdaksi valittiin laadullisen tutkimuksen menetelmä, koska se sopii parhaiten kokemusten kartoittamiseen.

### 5.2 Aineiston keruu

Haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto ovat laadullisen tutkimuksen yleisimpiä aineiston keruumenetelmiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Haastattelijan tehtävänä on välittää tietoa haastateltavan ajatuksista, käsityksistä, kokemuksista ja tunteista (Hirsjärvi & Hurme, 2004, 41). Haastattelu on joustavaa ja sen avulla on mahdollista tehdä tarkennuksia sekä oikaista väärinymmärryksiä. Haastatteleamalla voi saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta aiheesta ja sen aikana pysyy tekemään havaintoja siitä, mitä ja miten asioista kerrotaan. Ennen haastattelua on suositeltavaa kertoa haastateltaville aiheesta. Haastatteluista henkilökohtaisesti sopiminen edistää haastattelujen toteutumista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74; Hirsjärvi ym. 2008, 200-201.) Haastatteluista tiedotettiin etukäteen yksiköihin ja osallistujille annettiin mahdollisuus vaikuttaa haastattelujen ajankohtaan. Työstä tiedottaminen ja koolle kutsuminen tapahtui opinnäytetyön tekijän toimesta. Haastattelu edellyttää hyvän kontaktin luomista haastateltavaan, joten haastattelutilan tulee olla rauhallinen (Hirsjärvi & Hurme 2004, 74). Haastattelut toteutettiin jokaisen avohoidon yksikön omissa neuvottelutiloissa, joissa oli mahdollista keskustella rauhassa ilman häiriötekijöitä. Haastattelujen kestossa on vaihtelevuutta, keskimääräinen kesto aikuisten haastatteluissa voi olla 1,5-2h ja täsmäryhmissä hiukan lyhyempi (Hirsjärvi & Hurme 2004, 74). Kunkin haastattelun kesto oli tässä työssä 1-1,5h.

Tutkimushaastattelumenetelmät eroavat toisistaan strukturointiasteen perusteella, eli siten, kuinka kiinteästi haastattelukysymykset ovat muotoiltu ja millä tavalla haastateltava tilannetta jäsentää (Hirsjärvi & Hurme 2004, 43). Teemahaastattelulla tarkoitetaan puolistrukturoitua kyselyä, jossa korostuvat haastateltavan tulkinnat, asioille annetut merkitykset ja niiden ilmeneminen vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelu etenee aiheesta jo aiemmin tutkitun tiedon perusteella rakennettujen teemojen eli työn tutkimustehtävien mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74-77.) Opinnäytetyön teemahaastattelu eteni opinnäytetyön tehtävien mukaisesti (Liite 2).

Teemahaastattelussa oletetaan haastateltavien ymmärtävän teemoihin liittyvät sisällöt. Koska laadullisessa tutkimuksessa ei ole tarkoituksena yleistää asioita, tulee haastateltaviksi valita henkilöt, jotka tietävät halutusta aiheesta mahdollisimman paljon. Tämä lisää haastattelun informatiivisuutta. Tutkijan tehtävänä on määritellä haastatteluun sopivien henkilöiden sopivuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74-77, 86.) Haastateltavat valittiin erikoisalalta, joten oletuksena oli, että teemojen sisällöt ymmärrettiin hyvin. Edellytyksenä haastatteluun osallistumiselle oli hoitotyöntekijänä toimiminen nuorisopsykiatrian avohoidon palvelussa Tampereella. Hoitotyöntekijät olivat ammatiltaan sairaanhoitajia ja psykologeja.

Hyvät tutkimuskäytännöt edellyttävät, että tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä kysytään tietoista suostumusta tutkimukseen osallistumiselle. Tietoista suostumusta kuvataan prosessina, jossa toteutuu osallistujan vapaaehtoisuus sekä tietoisuus ja ymmärrys tutkimuksen luonteesta, kuten tarkoituksesta, riskeistä ja eduista. (Marshall 2007, 24.) Haastateltavien osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus (Liite 3.) opinnäytetyöhön osallistumiseen. Haastateltaville annettiin mahdollisuus keskustella työn luonteesta ennen haastattelua. Osallistujia tiedotettiin myös mahdollisuudesta keskeyttää haastattelu koska tahansa syytä ilmoittamatta.

Haastattelut toteutettiin neljänä ryhmähaastatteluina kussakin aiemmin esitellyssä avohoidon palvelussa. Ryhmähaastattelulla tarkoitetaan tilannetta, missä haastateltavilta kerätään tietoa yhtä aikaa. Ryhmähaastattelua voidaan kuvata keskusteluna, missä tutkivasta ilmiöstä keskustellaan melko spontaanisti. Haastatteliija puhuu haastateltaville yhtä aikaa, mutta suuntaa kysymyksiä myös yksittäisille henkilöille. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 61.) Keskustelu kaikissa ryhmissä oli vilkasta. Kysymyksiä esitettiin sekä ryhmäl-

le että yksittäisille osallistujille tasapuolisesti. Ryhmädynamiikka stimuloi keskustelua, auttaa päämäärän oivaltamisessa ja luo ideoita aiheesta syvempään ymmärrykseen pääsemiseksi (Bowling 2002, 394). Ryhmähaastattelu on käyttökelpoinen etenkin silloin, kun voidaan epäillä haastateltavien arastelevan tiedonantoa. Ryhmä voi auttaa väärinymmärrysten korjaamisessa ja muistamisessa, toisaalta ryhmä voi estää kielteisten asioiden esiin tuomisen. Ryhmässä voi myös olla hallitseva persoona, joka pyrkii sanelemaan keskustelun etenemisen. (Hirsjärvi ym. 2008, 205–206; Hirsjärvi & Hurme 2004, 63.) Kahdessa ryhmässä oli havaittavissa ryhmän dynamiikkaan vaikuttava hallitseva persoona. Hallitsevat persoonat antoivat tilaa myös muiden osallistujien mielipiteille.

Ryhmähaastatteluun valittujen osallistujien määrästä ei ole tarkkaa suositusta. Ryhmän koko voi olla esimerkiksi 6-20 välillä, riippuen käsiteltävästä aiheesta. (Bowling 2002, 395.) Ryhmien koko vaihteli tässä työssä 2-4 henkilöön, kahdessa ryhmässä osallistujia oli 2 ja kahdessa muussa ryhmässä 4. Ryhmällä on puheenjohtaja, joka selvittää haastattelun tarkoituksen ja helpottaa keskustelua. Puheenjohtajan ei tulisi kuulua samaan organisaatioon ryhmän jäsenten kanssa, eikä selittää sisältöjä tai sekaantua keskusteluun. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 62-63.) Haastattelijana toimi opinnäytetyön tekijä itse. Haastattelu toteutettiin vapaamuotoisesti keskustellen, mutta opinnäytetyön tehtäviä noudattaen. Haastattelijan rooli oli pitää keskustelu työn tarkoituksen ympärillä ja pysyä objektiivisena. Ryhmähaastattelu tulee tallentaa nauhurille myöhemmän analysoinnin avuksi. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 62-63.) Jokainen ryhmähaastattelu tallennettiin digitaaliseen sanelimelle myöhempiä analysointia varten.

### **5.3 Sisällönanalyysi**

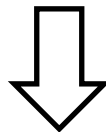
Tuomi & Sarajärven (2009, 95) mukaan aineistolähtöinen analyysi pyrkii siihen, että aineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valikoituvat tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisesti, aiemmin kerätty tieto ei saisi vaikuttaa yksiköiden muodostumiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87). Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä kesä- ja elokuun 2014 aikana. Aineiston yksiköt muodostuivat sisältölähtöisesti. Aineiston alkaessa toistamaan itseään, toisin sanoen silloin kuin haastateltavat eivät enää tuota uutta tietoa tutkimusongelmasta, voidaan sanoa aineiston olevan saturoitunut. Tällöin voidaan päätellä aineistoa olevan riit-

tävästi. (Eskola & Suoranta 2005, 62; Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.) Tässä työssä toteutui aineiston saturoituminen. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto ensin aukikirjoitetaan sanasta sanaan. Aineiston aukikirjoittamisen jälkeen tulisi sitä lukea kokonaisuutena useaan kertaan, jotta aineistoa on helpompi pitää analysointivaiheessa koossa ja se tulisi paremmin tutuksi (Hirsjärvi & Hurme 2004, 143). Aineiston aukikirjoittamisen jälkeen tämän työn koko aineistoa luettiin aineistoon perehtymiseksi. Aukikirjoittamisen jälkeen aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja muodostetaan teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–111.)

Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan tutkimuskysymysten mukaisesti aineistosta esiin nostettuja alkuperäisilmauksia, jotka pelkistetään. Ryhmitellessä aineistoa, kerätään aineistosta samankaltaiset ilmaukset, joille keksitään yhteinen nimike, eli luokka. Ryhmittelyn myötä aineisto tiivistyy, koska luokan sisältämät yksittäiset tekijät kootaan yleisempien käsitteiden alle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-112.) Alkuperäisilmaukset pelkistettiin molempien opinnäytetyön tehtävien osalta ennen alaluokkien muodostamista. Alla olevassa kuviossa on esimerkki alkuperäisilmauksen pelkistämisestä (kuvio 2).

Alkuperäinen ilmaus:

*”Sen mää näkisin kans hyvänä että nuorella on kokemus siitä hoidon jatkuvuudesta että se ei oo aina että yks hoitopaikka ja sit toinen vaan ne niinkun limittyis yhteen.”*



Pelkistetty ilmaus:

Nuori saa kokemuksen  
hoitopaikkojen limittymisestä

KUVIO 2. Esimerkki alkuperäisen ilmauksen pelkistämisestä.

Pelkistyksistä kootaan alaluokat, alaluokista yläluokat ja yläluokista pääluokat. Käsitteiden yhdistelemisen jälkeen, saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–112.) Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokat, alaluokista yläluokat ja yläluokista pääluokat.

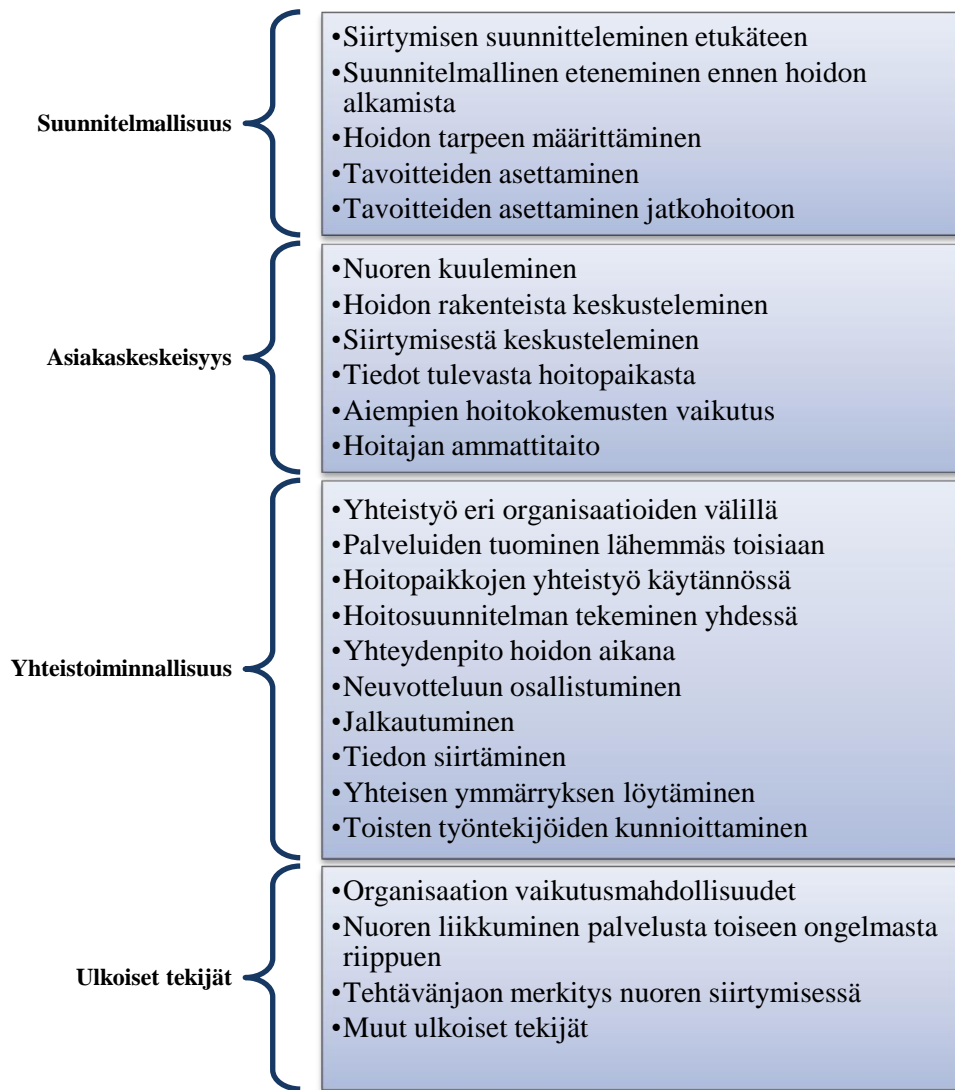
Ensimmäisen opinnäytetyön tehtävän alle muodostui alaluokkia 86, yläluokkia 25 kappaletta ja pääluokkia 4. Ensimmäisen opinnäytetyön tehtävän osalta sisällönanalyysin vaiheet ovat kuvattuna liitteissä 4-5. Toisen opinnäytetyön tehtävän alle muodostui alaluokkia 94, yläluokkia 15 kappaletta ja pääluokkia 3. Toisen tehtävän osalta sisällönanalyysin vaiheiden kuvaus on liitteissä 5-6.

## 6 TULOKSET

Tutkimustuloksia käsitellään tässä kappaleessa opinnäytetyön tehtävien mukaisesti edeten. Tulokset läpikäydään tutkimuskysymys kerrallaan pääluokista yläluokkiin ja niiden sisältöön. Yläluokkien otsakkeet on kuvattu tulososion tekstissä kursivoiden. Aineistolähtöiset esimerkit autenttisin alkuperäisilmauksin kulkevat läpi tulososion helpottaen aineistoon syventymistä ja selventäen luokittelun lähtökohtia. Työn lopussa on esitelty yksityiskohtaisemmin esimerkit luokittelun muodostumisesta alkuperäisilmauksista pelkistyksiin ja ala- ja yläluokkien kautta pääluokkiin (Liite 3). Potilastyössä käytetään erilaisia nimikkeitä hoidossa olevasta nuoresta. Tässä kappaleessa kuvataan hoidossa olevaa potilasta käsitteellä nuori tai potilas ja perheellä tarkoitetaan nuoren perheenjäsentä, jotka ovat mukana hoidossa.

### 6.1 Potilaan hoidon jatkuvuuteen vaikuttavat tekijät hoidon nivelvaiheissa

Potilaan hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät muodostuivat seuraavista kokonaisuuksista: suunnitelmallisuus, asiakaskeskeisyys, yhteistoiminnallisuus ja ulkoiset tekijät (kuvio 3).



KUVIO 3. Potilaan hoidon jatkuvuuteen vaikuttavat tekijät hoidon nivelvaiheissa.

### 6.1.1 Suunnitelmallisuus

*Siirtymisen suunnitteleminen etukäteen* kuvattiin tarpeellisena tehtävänä jatkuvuutta ajatellen. Eri yksiköiden lääkäreiden tulisi pohtia etukäteen potilaan siirtymiseen liittyviä asioita, mikäli siirtymiseen liittyy epävarmoja tekijöitä. Päätös hoitavasta tahosta tehtäisiin puhelinkeskustelun perusteella ennen lähetteen eteenpäin siirtämistä, jotta välttyttäisiin lähetteen takaisin siirtämiseltä. Lähetteitä tulisi tehdä tarpeen mukaan eikä varmuuden vuoksi. Kokemuksena tuli esiin, että lähetteitä eri yksiköiden välillä on tehty tarpeen mukaan.

*”...tai jotenki problematiikka on niin laaja niin silloha on tietysti hyvä et me aikuiset vähä puolestaki mietitää ja päätetään...”*

*Suunnitelmallinen eteneminen ennen hoidon alkamista* tuki jatkuvuutta hoidossa. Asioiden hoitamista ja potilaan hoidon etenemistä jatkohoitoa odottaessa pidettiin tärkeänä. Ilmeni, että jatkohoidon alkamista odottaessa saattaa sen hetkisen hoitotahon tavoitteellinen työskentely päättyä, koska jatkohoitopaikan tiedetään jatkavan työskentelyä. Potilaan kannattelukäyntien toteuttaminen tutun työntekijän toimesta nähtiin merkittävänä. Kannattelukäyntejä on toteutettu esimerkiksi tutkimustyöntekijän, omahoitajan tai lääkärin toimesta, mikäli jatkohoidon alkaminen on ollut tiedossa. Kannatteluajana saman lääkärin mukana olemisen koettiin lisäävän jatkuvuutta. Siirtymävaiheiden välisen työskentelyn koettiin tuovan lisää ihmisiä potilaan hoitoon ja sen kerrottiin lisäävän asioiden uudelleen selittämistä.

*”..vaik siihen yritetään sit jotain rakentaa siihen välille, mut se taas tuo niitä jotain ihmisiä siihen lisää lisää ja tätä et saa selittää niitä samoja asioita uudestaan..”*

*Hoidon tarpeen määrittäminen* liittyi kiinteästi hoidon jatkuvuuteen. Hoidon tarpeen selkeyttämällä tarkoitettiin sitä, että pysähdytään potilaan kanssa yhdessä pohtimaan, millainen hoidon tarve hänellä itsellään on ja kokeeko hän jatkohoidon tarpeellisenä. Tärkeänä nähtiin myös se, että kaikkien hoitoon liittyvien tahojen kanssa saavutetaan yhteinen ymmärrys hoidon tarpeellisuudesta. Jatkuvuutta edistävänä nähtiin se, että kuullaan potilaan kokemus tarvitsemastaan tuesta, keskustellaan pärjäämisestä hoidon päättyessä ja annetaan tarvittavat tiedot jatkohoitoon hakeutumisesta. Nuoren oman arvion merkitys hoidon tarpeesta koettiin jatkuvuuteen vaikuttavana tekijänä. Potilaan oma mielipide saattaa avata myös työntekijän silmiä jatkohoidon tarpeesta tai herättää huomion siitä, onko työntekijä ripustautunut liikaa potilaaseen. Vaikka hoitotyöntekijä näkee monesti myös muita työstettäviä asioita, tulee potilaan omaa jaksamista työstämisen suhteen muistaa kuunnella myös.

*”...kyl mulla aika paljo vielä asioita on mut tää riittää nyt mulle vähäks aikaa. Että ku sit että ku täs mä oon saanu tosi paljon eväitä et kyl mä sit myöhemmin meen jonnekki...”*

*Tavoitteiden asettaminen* nuoren kanssa yhdessä vaikutti jatkuvuuteen myönteisesti. Tavoitteita hoidolle tuli selventää, mikäli ne olivat epäselviä. Tavoitteet tuli laatia realistisiksi. Ilmeni, että potilas oli saattanut käydä hoidossa pitkäänkin ilman selkeitä tavoitteita. Yleisenä hoidon tavoitteena tuli esiin se, että hoitotyöntekijä tekisi itsensä tarpeettomaksi. Saavutetut tavoitteet työntekijät kokivat myönteisinä.

*”...ongelma ja ne tavoitteet määritellään yhdessä sen nuoren kanssa ja realistisesti ettei tavoitella sitä kuuta taivaalta, kun aikaisemmin...”*

*Tavoitteiden asettaminen jatkohoitoon* oli yksi jatkuvuuteen vaikuttava tekijä. Siirtymävaiheessa koettiin tärkeäksi keskustella siitä, mitä on jo tehty. Työstettyjen asioiden kertomista seuraavalle hoitotaholle pidettiin myönteisenä. Hoitotahojen välistä keskustelua jatkohoidon aiheista pidettiin myös tärkeänä. Jatko-työskentelyn aiheiden sekä mahdollisten uusien huolenaiheiden esiin nostaminen esimerkiksi neuvottelutilanteessa kuvattiin olevan tärkeää, jotta jatkuvuus avohoitoon säilyy. Siirtoneuvottelutilanteessa nähtiin mahdollisuutena sekä nuoren siirtämisen työstäminen että muiden toimijoiden tapaaminen.

*”...nostaa esiin et hei tämmösien asioiden äärellä me ollaan oltu ja ja jos on tarvetta, niin niistä voi jatkaa siä siälä avohoidossa sitte...”*

### **6.1.2 Asiakaskeskeisyys**

*Nuoren kuulemisen* kuvattiin lisäävän luottamusta hoitoon ja hoitotyöntekijään. Nuoren toiveiden läpikäyminen ennen verkostoneuvottelua kuvattiin tärkeänä, jotta nuoren on helpompi kertoa mielipiteensä. Nuoren tukemisen oman mielipiteensä esiin tuomisessa tai tarvittaessa nuoren toiveiden kertomisen työntekijän toimesta tarvittaessa nähtiin lisäävän jatkuvuutta. Hoitomotiivaation kerrottiin vaikuttavan jatkuvuuteen hoidossa. Nuoren ja vanhempien kanssa käytävä moti-

vaatiotyöskentely lisäsi jatkuvuutta, heikko motivaatio heikensi sitä. Jatkuvuutta heikensi myös nuoren sairautentunnottomuus, millä tarkoitettiin sitä, ettei nuorella itsellään ollut huolta voinnistaan kun taas ympäristössä huoli nähtiin vahvasti.

*”...ja ne on nuoria, joilla on hankalaa sanottaa niitä omia fiiliksiä tämmösissä palaverieissa, missä istuu yhtäkkiä kaks sosiaalityöntekijää ja kaks perhetukikeskuksen (nimi muutettu) työntekijää ja vanhemmat ja ketä tahansa niin semmosessa tilanteessa on hankala saada sitä suuta auki ja kertoo oikeesti, mitä mieltä sitä itte on niin...”*

*Hoidon rakenteista keskusteleminen* nuoren ja perheen kanssa tuli esiin tärkeänä seikkana, koska toimijoita on paljon ja palvelujärjestelmä mutkikas. Tutkimuksia saatetaan tehdä päällekkäin eri yksiköissä, mikä saattaa lisätä perheen epävarmuutta esimerkiksi hoitovastuusta. Hoidon rakenteista ja organisaatiosta ymmärrettävällä tavalla perheelle kertomisen arveltiin lisäävän jatkuvuutta hoidossa ja selkeyttävän siirtymävaiheita. Jokaiselle perheelle tietoa tulisi muistaa antaa perusteellisesti, vaikka organisaatio olisi läpikotaisin tuttu työntekijälle itselleen. Keskustelemisen hoitoon liittyvistä ilmiöistä, kuten split-ilmiöistä ja hoidon aikana tapahtuvista kielteisistä muutoksista kuvattiin edesauttavan vanhempien ymmärrystä hoidosta ja sitä kautta lisäävän jatkuvuutta hoidossa.

*”Jo sen ääneen, niinku etukäteen puhutaan. Et usein tää on raskasta et nää on intensiivisiä päiviä, ne sitä jatkuvuutta silleen, tavallaan niinku semmosta et että sitte niitä vastareaktioita lieventää.”*

*Siirtymisestä keskusteleminen* nuoren kanssa edisti jatkuvuutta. Hoidon siirtymisen perusteleva nuorelle ja siirtymiseen liittyvistä kielteisistä tunteista puhuminen koettiin hedelmällisenä. Siirtymiseen liittyvistä kielteisistä tunteista puhuminen tuotiin esiin hyvänä ja turvallisena oppimiskokemuksena nuorelle myös tulevaa hoitopaikkaa ajatellen. Luopumistyön tekeminen ja hylätyksi tulemisen pelosta puhuminen turvallisen aikuisen kanssa nähtiin kuntouttavana. Hoitotyöntekijän asiantuntijuus siirtymisen tarpeen arvioimisessa kuvattiin jatkuvuuteen vaikuttavana tekijänä. Nuoren ja perheen koettiin arvostavan hoitajan

asiantuntijuutta ja luottavan siihen. Nuoren voinnin ollessa huono ja problematiikka laaja, siirtymisestä on tehty päätöksiä nuoren puolesta.

*”...kyllähän meihin asiantuntijoina luotetaan et jos me kauheesti että sun kannattas ja näin niin nuoret on et ehkä mun kannattaa, mut välttämättä on semmonen olo et mä en oikein tiedä, et mikä se ju...”*

*Tiedot tulevasta hoitopaikasta* kuvattiin jatkuvuuteen vaikuttavana tekijänä. Työntekijällä oli olennaista olla tietoa siitä, mitä muissa yksiköissä tehdään, mitä toisen yksikön hoito sisältää, mikä on hoitosuunnitelma ja kuka on aloittava hoitotyöntekijä, jotta nuoren informoiminen hoidosta olisi riittävää. Tiedon puute muissa yksiköissä toteutettavasta hoidosta tuotiin esiin heikentävänä tekijänä. Kokemuksena oli, että oman yksikön hoidosta oli helpompi kertoa, kuin muiden yksiköiden. Helppo lähestyttävyyys hoitopaikkoihin koettiin tärkeänä edistävänä tekijänä. Liian jäykkyyden koettiin vähentyneen ja kynnyksen madaltuneen.

*”Et vähä semmost et jotenkin niinku hankala antaa nuorellekaan tietoa, jos ei oikein itekään tiedä että miten se systeemi niinkun menee..”*

*Aiempien hoitokokemusten vaikutus* koettiin merkittävänä tekijänä ensitapaamisesta lähtien. Käsitys psykiatrisesta hoidosta muodostuu ensimmäisen hoitokokemuksen perusteella, minkä vuoksi ensimmäisen hoitokontaktin sujuminen nähtiin tärkeänä. Hyvän hoitokokemuksen koettiin edistävän jatkuvuutta seuraavaan hoitoyksikköön. Positiiviset hoitokokemukset nähtiin merkityksellisinä ja luottamusta hoitoon lisäävinä. Huonon kokemuksen hoidosta tai huonon tilanteen koettiin varjostavan jatkohoitoa ja aiheuttavan epäluottamusta hoitoon.

*”...aattelen et jos saa joskus semmosta kokemusta, niin sit se lisää tavaltaan sitä luottoo siihen et se voi onnistuu muuallaki...”*

*Hoitajan ammattitaito* vaikutti hoidon jatkuvuuteen. Aineistosta nousi esiin, että hoitotahon tuli tietää, mitä tekee ja mistä asioista kertoo. Hoitotyöntekijän kokemuksesta ja varmuudesta kertoa asioista perheelle arvostettiin. Jatkuvan oman osaamisen arvioinnin ja hoitajan kyvyn itsereflektioon kerrottiin vaikuttavan jatkuvuuteen myönteisesti. Hoitotyöntekijän ammattitaitoa ja asenteen vaikutusta pidet-

tiin tärkeänä osana hoidon jatkuvuudessa. Asenteen joustaminen ja uusien hoitotapojen hyväksyminen nähtiin myös yhtenä vaikuttavana tekijänä.

*”...niin siinä pitää vähän muuttaa sitä omaa asennetta siitä, mitä tää polikliininen hoitaminen on ollu vuosikymmenet...”*

### 6.1.3 Yhteistoiminnallisuus

*Yhteistyö eri organisaatioiden välillä* nähtiin tärkeänä asiana. Yhteistyön toivuudesta tuli esiin erilaisia kokemuksia. Osittain koettiin että yhteistyö oman organisaation välillä toimii paremmin, kuin ulkopuolisten tahojen kanssa. Etenkin yksiköstä toiseen siirryttäessä koettiin, että siirrot etenevät ajoittain epämääräisesti eikä niissä ole tiettyä yhdenmukaisuutta. Toisaalta taas koettiin että yhteistyö toimii myös muiden tahojen kanssa. Yhteistyön vahvistaminen oman organisaation ulkopuolella nähtiin tärkeänä. Yhteistyön tekemistä toivottiin lisää ja sen tekeminen koettiin helpommaksi oman organisaation sisällä. Yhtenä yhteistyön vahvistamiseen liittyvänä asiana tuli esiin yhteisten tapaamisten järjestäminen eri toimijoiden välillä. Yhteistyötä koettiin helpottavan, mikäli toimijat ovat keskenään tekemisissä. Yhteydenpito oli helpompaa, kun oli aiemmin tavattu ja yhteyttä pidetty puolin ja toisin.

*”...mun mielestä toiminu aika hyvin se yhteistyö sinnepäin taas kun taas toiselle poliklinikalle ei oo sitten toiminu...”*

*Palveluiden tuominen lähemmäs toisiaan* tuli esiin tärkeänä tavoitteena tulevaisuudessa. Eri tahojen irrallaan ja omissa yksiköissään toimiminen tuotiin esiin kielteisenä asiana. Useiden toimijoiden määrä nähtiin hoidon jatkuvuutta sekä tiedon kulkua haittaavina tekijöinä. Jatkuvuutta jokaisen eri toimijan välillä joka suuntaan pidettiin tärkeänä. Myös työntekijöiden mukana olemista hoidon alusta lähtien pidettiin tärkeänä, koska tämän nähtiin edistävän nuoren kiintymistä hoitosuhteeseen.

*”...Kyllähän se helposti on sitä, että eri tahot istuu siellä omissa poteroissaan...”*

*Hoitopaikkojen yhteistyöllä käytännössä* tarkoitettiin sitä, että hoitopaikkojen tulisi limittyä toisiinsa. Nuoren tulisi saada kokemus siitä, että siirtyminen paikasta toiseen on sujuvaa, jatkuvaa ja siirtyminen uuteen paikkaan olisi helppoa. Aiemman hoitokontaktin tehtävänä nähtiin hoidon onnistumisen tukeminen myös jatkossa. Intervallijaksot koettiin avohoitoa edesauttavaksi tekijäksi. Asioiden alusta aloittamisen kerrottiin olevan kuormittavaa ja hidastavan hoidon aloittamista seuraavassa paikassa. Neuvottelujen yhdistäminen ja neuvotteluihin mukaan meneminen koettiin jatkuvuutta edistävänä asiana. Esimerkiksi sairaalajakson päättyessä työntekijän mukaan menemisen päätösneuvotteluun koettiin vähentävän päällekkäisyyttä, toisin kuin nuoren kutsuminen uudelle ensikäynnille jatkohoitopaikkaan.

*”..meijän tehtävä on niinku yrittää sillain tukee että niinku että se hoito siellä onnistuis..”*

*Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä* nuoren koko verkoston kanssa yhden pöydän ääressä koettiin edistävän jatkuvuutta hoidossa. Suunnitelmalliseen hoitoon sisältyi pidemmän tähtäimen suunnitelmat ja ennakkosuunnitelmat sekä hoitokäyntien lisäksi sovittavat mahdolliset intervallijaksot. Kiire koettiin suunnitelmallisuutta rajoittavana. Perheen kanssa keskusteleminen yhteistyön tekemisestä muiden tahojen kanssa koettiin hyvänä. Selkeys nuoren avohoidosta vastaavasta tahosta ja työntekijästä on koettu olevan vaihtelevaa. Hoitovastuu nuorista, joilla ei ollut avohoitoa tai kontakti oli vasta hyvin alussa, saattoi olla epäselvää. Hoitosuhteen ollessa aktiivinen koettiin tilanteen olevan paremmin hallinnassa. Kokonaistilanteen hallinta ja yhden työntekijän kokonaisvastuu liitettiin kiinteästi jatkuvuuteen.

*”...Siis kaikki nuor, mikä muodostaa sen nuoren verkoston... Siis se on ihan olleellista nuorella siis ihan koulu, koti ja sit esimerkiks kaikki kolmannen sektorin toimijat...”*

*Yhteydenpito hoidon aikana* liittyi nuoren hoidon suunnittelemiseen, yhteydenpitoon hoitotyöntekijän kanssa sekä tietojen vaihtamiseen. Alkavan hoidon

suunnittelu edellisen työntekijän kanssa koettiin merkittävänä ja nuoren asioista keskustelemisen ennakkoon koettiin edesauttavan jatkuvuutta hoidossa. Nuoren tietoihin ennakolta tutustumista pidettiin myös tärkeänä. Ennakkotietojen olemassa olon koettiin edesauttavan etenkin intensiivijakson hoidon tiivistymistä. Hoidon keskeytyessä koettiin hyvänä järjestää neuvottelu, jossa keskustellaan verkoston kanssa jatkohoidosta. Yhteydenpitoa nuoren omaan hoitotyöntekijään pidettiin tarpeellisena. Yhteydenottoa tulevasta hoitopaikasta odotettiin ja se koettiin hyvänä. Tietojen vaihtamista hoitajakson aikana pidettiin myönteisenä asiana ja hoitotyöntekijän loppukeskusteluun kutsuminen nähtiin jatkuvuutta edistävänä. Mikäli työntekijä oli estynyt pääsemään neuvotteluun, koettiin yhteydenotto puhelimitse tärkeänä.

*”..on ainaki ollut hyvä se, et tuolta toisesta yksiköstä (yksikön nimeä muokattu) on otettu yhteyttä monesti sillon ku ennen ku nuori on alottanu sielä jakson..”*

*Neuvotteluun osallistuminen* oli merkittävänä tekijä jatkuvuuteen liittyen ja siirtoneuvotteluihin mukaan meneminen koettiin tärkeänä, mikäli siihen oli mahdollisuus. Asenne neuvotteluihin osallistumisesta tai järjestämisestä saattoi vaihdella työntekijästä riippuen. Neuvotteluihin mukaan menemisestä oli kokemusta, etenkin nuoren siirtyessä aikuispuolelle. Käytännön asiat, kuten kiire, mahdollisuus vaikuttaa aikatauluihin, välimatka ja ajan kohta, ovat rajoittaneet neuvotteluihin osallistumista. Potilailta on tullut hyvää palautetta työntekijän osallistumisesta siirtoneuvotteluihin.

*”...et mulle on tullu vähän ehkä semmonen kokemus että tietysti ehkä vähän henkilöstä riippuen, mut et me pidetään sitä siirtoneuvottelua tärkeempänä kun mitä se toinen puoli pitää...”*

*Jalkautuminen* ja nuoren sekä perheen kanssa uuteen paikkaan rinnalla kulkeminen koettiin jatkuvuuden kannalta edistävänä tekijänä. Tärkeäksi koettiin sekä uuden työntekijän kutsuminen mukaan viimeiselle käynnille että vanhan työntekijän sitoutuminen mukaan menemiseen uuteen paikkaan ensimmäiselle käynnille. Ilmeni, ettei viimeiseltä käynniltä ei järjestäen saateta jatkohoitopaikkaan. Jalkautumista ja työskentelyä nuoren ympäristössä korostettiin tärkeinä asioina.

Mahdollisuus jalkautumiseen koettiin tehokkaana työskentelytapana, vaikkakin resurssia vievänä. Yhden työntekijän mahdollisuus liikkua nuoren ja perheen mukana sekä hoitopaikoissa että sosiaalitoimessa nähtiin edistävän nuoren hoidon jatkuvuutta.

*”..Ja se yks työntekijä menis sitten aina niihin paikkoihin, missä tää poi.. nuori ylipäätänsä liikkuu..”*

*”..Ja kuljetaan siinä sillain mukana, et siinä huomioidaan myös se perhe kokoajan..”*

Tiedon siirtäminen oli merkittävä tekijä hoidon jatkuvuuteen liittyen. Tietojen siirtyminen eteenpäin riippui siitä, kuinka tärkeänä tiedonsiirto nähtiin ja käytännössä siitä, kuinka kattava hoidon loppupalaute oli. Sosiaalinen saattaminen nähtiin parempana kuin tiedon siirtäminen puhelimitse. Tiedon siirtämistä neuvotteluissa ja kasvotusten keskustellen pidettiin parempana vaihtoehtona kuin kirjallista tietojen siirtämistä, koska kirjauksissa ja läheteessä on vain murto-osa nuoren hoitoon liittyvistä asioista. Oleellisen tiedon eteenpäin välittäminen ja ymmärrys nuorelle tärkeiden asioiden eteenpäin viemisestä liittyivät olennaisina asioina tietojen siirtymiseen seuraavalle taholle. Myös vanhempien luottamus tietojen siirtymiseen vaikutti tiedon eteenpäin viemiseen. Jatkuvuuden koettiin lisääntyvän, mikäli nuorella ja työntekijällä oli tieto hoidon alkamisajankohdasta. Kyseisten tietojen koettiin välittyvän vaihtelevasti, ajoittain jatkohoitoon tieto loppuneuvottelusta on mennyt ajoissa, toisinaan tiedot eivät ole välittyneet. Neuvotteluaikojen valmiiksi sopiminen on edesauttanut osallistumista. Nuoren ja perheen kanssa suunnitelman tekemistä hätätilanteita varten pidettiin tärkeänä. Nuoren ohjaaminen tarvittavissa yhteydenotoissa ja hoitovastuussa olevasta lääkäristä tiedottaminen liittyivät hätäsuunnitelman laatimiseen.

*”...valmiiks ja sit saa sinne niinku kouluille ja jatkohoitopaikkaan ja muualle sen niinku tosi hyvissä ajoin joskus niinku tiedoks et sillon on sovitettu se loppupalaveri...”*

Yhteisen ymmärryksen löytämisellä eri tahojen välillä tarkoitettiin yhteisen ymmärryksen luomista ja kaikkien näkökulmien huomioimista eri lähestymistavois-

ta riippumatta. Tärkeäksi koettiin sekä yksilö- että perhetyöntekijöiden näkökulmat ja muiden mukana olevien aikuisten, esimerkiksi opettajien huomioid, mitkä huomioiden koostetaan yhteinen ymmärrys nuoren tilanteesta. Yhteinen ymmärrys nähtiin samankaltaisena käsityksenä nuoren hyvinvoinnista ja hoidon tarpeesta. Yhteisen ymmärryksen koettiin muodostuvan parhaiten siten, että kaikilla on sama tieto nuoren tilanteesta ja siitä, että kaikki mukana olevat henkilöt työstävät asioita samaa tavoitetta kohti.

*”Eiks nii, et onko kaikilla se sama tieto ja ajatus siitä, että nuoren hyvinvoinnista ja miten pitkään tarvii saada esimerkiks tämmöstä terapiaa”*

Toisten työntekijöiden kunnioittaminen piti sisällään kunnioittavan ja toisia arvostavan puheen toisista toimijoista. Kunnioittavan puheen muista toimijoista nähtiin lisäävän nuoren ja perheen luottamusta hoitoon sekä hoitoa toteuttaviin ihmisiin. Myös uusista työntekijöistä kertomisen kerrottiin lisäävän nuoren turvallisuuden tunnetta. Jatkuvuutta edistävänä koettiin, että työntekijän vaihtuminen pyrittäisiin näkemään myönteisenä asiana, koska uusi työntekijä voi antaa jotain uutta hoitosuhteeseen ja uuden työntekijän kanssa voi saada uuden näkökulman asioihin.

*”...kyl meillä hoitohenkilökunnalla jokapaikassa tai siis meidän ammattilaisilla, kuinka me puhutaan toisista tekijöistä... onks se kunnioittavaa ihan semmosta niinkun toista arvostavaa...”*

#### **6.1.4 Ulkoiset tekijät**

*Organisaation vaikutusmahdollisuuksilla* oli merkitystä potilaan hoidon jatkuvuuteen. Suuret potilasmäärät vaikuttivat työskentelyyn siten, ettei suuren työmäärän vuoksi ole kaikkien potilaiden kanssa kyetty toteuttamaan samankaltaista työtä, esimerkiksi jalkautumista nuoren omaan ympäristöön. Organisaation tukea työskentelylle pidettiin myös merkittävänä vaikuttavana tekijänä. Mikäli resurssi jalkautumiseen oli olemassa, ei ollut varmuutta siitä, että hyväksyykö organisaatio jalkautumisen tai taksilla neuvotteluun kulkemisen. Organisaatiolta

toivottiin kannustusta jalkautuvaan työskentelyyn sekä toivottiin lisää keskustelua siitä, miten organisaatio tukee jalkautumista ja neuvotteluihin liikkumista.

*”..mut sitten, jos on semmosia nuoria, et periaatteessa se resurssi siihen on, niin onks siihen organisaation lupa..”*

*Nuoren liikkuminen palvelusta toiseen ongelmasta riippuen* koettiin olevan nuoren pompottelua hoitopaikasta toiseen. Tehtävänjaon mukaiseen siirtymiseen liittyvää jatkuvuutta heikensi se, että nuoren lähete saatettiin palauttaa takaisin lähettävään yksikköön. Yhtenä syynä läheteiden palauttamiselle oli se, että asioiden yhteenvetotilanteita koettiin olevan liian vähän. Hoidon tarpeen arvioimisen nähtiin olevan lääkäreiden vastuulla eikä nuorten pompotteluun koettu voida vaikuttaa. Perheen osallisuus hoitopaikasta toiseen liikuttaessa oli merkityksellistä. Kokemus oli, että tehtävänjaon mukainen hoitopaikan arvioiminen tulisi käydä hoitotyöntekijöiden kesken eikä perheen kustannuksella, mikäli päätös lähettämisestä erikoissairaanhoidon on jo tehty ja perheelle kerrottu erikoissairaanhoidon vaatimista kriteereistä. Nuorten ongelmien koettiin olevan eritasoisia ja ajoittain koettiin nuoren asioiden jäävän sivuun diagnooseja katsoessa. Ongelmien välisen rajan vetämisen koettiin olevan haastavaa. Päihteiden käyttäjien hoidon koettiin olevan heikkoa, koska usein päihteiden käyttö nähdään vasta aiheena hoidolle. Halu hoitaa päihteitä käyttäviä nuoria koettiin myös olevan heikkoa.

*”..helpostihan se menee niitä diagnooseja tuijottaessa. Et siinä niinku se itse keissi jää enemmän jalkoihin..”*

*”..toinen on tää ryhmä, nää nuoret, ketkä käyttää päihteitä, niin niitä ei halua niinku kukaan..”*

*Tehtävänjaon merkitys nuoren siirtymisessä* kuvattiin vaikuttavana tekijänä nuoren hoitomotivaatiolle ja luottamukselle hoitoa kohtaan. Potilaan liikkumisen perus- ja erikoissairaanhoidon palveluiden välillä koettiin heikentävän hoitomotivaatiota. Erikoissairaanhoidon läheteiden hitaan liikkumisen ja käsittelyn tiimeissä kerrottiin vaikuttavan kielteisesti luottamukseen hoidosta. Tehtävänjaon mukaiseen siirtymiseen liittyi läheteiden liikkuminen edestakaisin eri palvelui-

den välillä, riippuen siitä, minkälaisia oireita nuorella on ja missä palvelussa kyseisiä oireita hoidetaan.

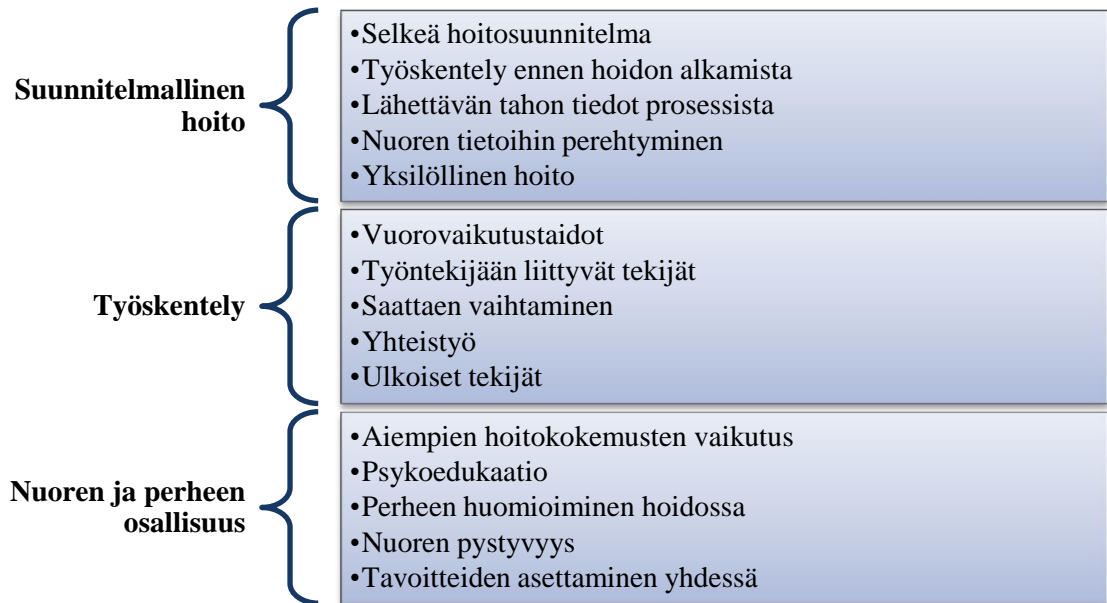
*”Ja se kestää viikkoja se prosessi, kun läheteet kulkee sinne, tänne ja tiimeissä mietitään otetaanko vai eikö oteta. Kylä toi sitä luottamusta syö..”*

*Muut ulkoiset tekijät* vaikuttivat myös hoidon jatkuvuuteen. Pitkä välimatka heikensi verkoston jäsenten osallistumista neuvotteluihin ja nuoren vastaanottoaikojen toteutumista. Pitkät hoitojonot ja jo poliklinikalle odottamaan joutuminen nähtiin jatkuvuutta heikentävänä tekijänä. Vanhempien suhtautumisella hoitoon kerrottiin olevan merkitystä. Jatkuvuutta edesauttoi se, että vanhemmilla oli myös huoli nuoren tilanteesta. Mikäli vanhemmat eivät olleet yhtä sitoutuneita kuin nuori, jatkuvuus heikentyi. Myös työntekijän persoonalla nähtiin olevan vaikutusta jatkuvuuteen. Nuoren tutustuessa uuteen työntekijään, hänen asenteensa voi muuttua, mutta mikäli kemia ei ole työntekijän kanssa kohtaa, saattaa hoito päättyä tai jäädä alkamatta.

*”...poliklinikallekin hoitoon pääsyä joutuu odottaa, totta kai se heikentää sitä jatkuvuutta...”*

## 6.2 Potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät hoidon nivelvaiheissa

Potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä muodostui 3 kategoriaa: suunnitelmallinen hoito, työskentely sekä nuoren ja perheen osallisuus (kuvio 4).



KUVIO 4. Potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät hoidon nivelvaiheissa.

### 6.2.1 Suunnitelmallinen hoito

*Selkeä hoitosuunnitelma* kuvailtiin tärkeänä jatkohoitoon sitoutumista edistävänä tekijänä. Ihanteellisena kuvattiin se, että on olemassa arvioitu ja etukäteen hoitotahoilla tiedossa oleva aikataulu siirtymisen ajankohdasta ja selkeät linjat hoidon suhteen siirtymiseen asti. Tiedottomuuden koettiin vaikuttavan suunnitelmalliseen työskentelyyn sekä nuoreen negatiivisesti ennen siirtymistä. Ennakoimattomuuden kerrottiin estävän sitoutumista. Kokemuksia oli myös siitä, ettei nuorella ollut tiedossa mitä lyhytaikaisen hoidon aikana tulee tapahtumaan tai mihin nuoren avohoito siirtyy. Sitoutumista edisti yhdessä perheen kanssa tehty hoitosuunnitelma, joka piti sisällään hoidosta etukäteen puhumisen ja tavoitteiden asettamisen alustavasti sekä käytännön asioiden, kuten kulkemisen järjestämisen. Hoitojen määräaikaisuus ja perheen tiedottaminen määräaikaisuudesta

nähtiin myönteisenä tekijänä. Kielteisenä nähtiin ei-määräaikaiset pitkät hoitosuhteet, jolloin ei luoteta nuoren pärjäävän ilman jatkuvaa hoitoa.

Selkeän hoitosuunnitelman osana suunnitelma hätätilanteita varten, kuten yhteydenotot ja toimintaohjeet hätätilanteissa, koettiin lisäävän sitoutumista hoitoon. Koulupäivän aikana tapahtuvissa hätätilanteissa pidettiin tärkeänä, että nuori pääsee nopeasti asiantuntevan työntekijän vastaanotolle. Sitoutumista lisäsi se, että nuoren on mahdollista aloittaa hoito myös myöhemmin. Keskustelu ja ymmärryksen lisääminen siirtymisen syistä ja hoitopaikan vaihtumisesta niin nuoren kuin myös tulevan hoitotahon kanssa koettiin sitoutumista edistävänä. Perustelemisen siirtymisen syistä järjestelmän pirstaloitumisen vuoksi, koettiin ajoittain olevan haasteellista sekä hoitajalle itselleen että nuorelle. Välimatkan ja kulkemisen helpottuminen kerrottiin olevan perustelua helpottava tekijä. Siirrot aikuispuolelle koettiin ymmärrettävämpinä siirtoina kuin siirrot diagnoosin mukaisesti. Yhden työntekijän vastuulla oleva hoito ja kokonaistilanteen hallinta liitettiin kiinteästi hoitoon sitoutumiseen. Työntekijän koettiin olevan vastuussa siitä, ettei nuorelle ja perheelle synny vaikutelmaa eri yksiköstä toiseen pompotelusta.

*”...Sama myös psykiatriassa on tämmösiä ikuisuushoitosuhteita missä ajatellaan, ei luoteta siihen, että sen potilaan selviää ilman sitä niinku jatkuvaa hoitoa...”*

*Työskentely ennen hoidon alkamista* vaikutti sitoutumiseen. Kielteisenä sitoutumiseen liittyvänä tekijänä koettiin se, että nuori turhautuu hoitoon jo ennen hoidon alkamista. Nuori saattoi turhautua hoitajakson alkamisen odottamiseen, koska odottamisaikana ei suuria työstettäviä asioita nähty tarkoituksenmukaiseksi aloittaa. Varsinainen terapeuttinen hoito saattoi alkaa vasta puolen vuoden päästä ensikäynnille saapumisesta ja sen todettiin olevan pitkä aika nuoren elämässä. Asioiden venyminen ja pitkät hoitojonot koettiin negatiivisesti vaikuttavina tekijöinä hoitoon sitoutumiseen. Ennen jatkohoitosuunnitelman tekemistä lääkärin kanssa, saattoi nuorella olla useita tapaamisia omahoitajalla, josta aiheutui jatkohoitosuunnitelman tekemisen venyminen. Pitkän odotusajan lääkärin tapaamiseen koettiin heikentävän luottamusta ja sitoutumista hoitoon. Nuoren tilanteessa tapahtuvat muutokset hoitoa odottaessa kuvattiin vaihtelevina. Krii-

si nuoren tilanteessa saattoi helpottaa odotusaikana tai tilanne heiketä, jolloin jouduttiin pohtimaan uudelleen jatkohoidon riittävyttä. Avohoidon jatkumista odotusaikana painotettiin. Tärkeänä koettiin se, että avohoito jatkuu tavoitteellisena jatkohoitoa odottaessa, eikä jatkohoitopaikan odottaminen saa vaikuttaa avohoidon laatuun.

*”...Et ku joskus huomaa et se et okei, nyt odotetaan tätä...avohoidon jaksoo, niin sit ei välttämättä tapahdu kauheesti siälä avohoidossa...”*

*Lähtävän tahon tiedot prosessista* kuvattiin osana hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Sitoutumisen edistämiseksi lähtävällä taholla tuli olla riittävästi tietoa hoidon sisällöistä ja käytäntöön liittyvistä asioista. Lähtävän tahon ymmärrystä hoito- ja toipumisprosessista korostettiin, jotta tieto hoitoon liittyvistä asioista välittyy nuorelle jo ennen lähettämistä jatkohoitoon. Ymmärrys kuvattiin tärkeänä, koska pitkän hoitoprosessin todettiin saattavan kantaa hedelmää vasta vuosien päästä. Nuoren tietoisuuden hoidosta koettiin vähentävän hoitoon liittyvää jännitystä. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että lähtävällä taholla on taitoja tukea nuorta ja perhettä toiveikkuuden ylläpitämisessä. Lähtävän tahon oli olennaista tietää edellytykset hoitoon lähettämislle. Lähtävältä taholta toivottiin myös rauhaa terapeutiselle työskentelylle.

*”...se lähtävä taho et että tota et jos on semmosta ymmärrystä siitä, et minkä ne vois niille nuorillekin tuoda et se on prosessi et se ei niinku tapahdu ihan heti se semmonen toipuminen ja parantuminen, vaan se vie niinku aikaa...”*

*Nuoren tietoihin perehtymistä* ennen siirtymistä kuvattiin olennaisena, koska sen nähtiin lisäävän perheen kokemusta siitä, että heistä ollaan kiinnostuneita. Negatiivisena koettiin se, jos arviointikäynnillä ilmenee, ettei nuoren tietoihin ole tutustuttu. Nuorilla ja perheillä on monesti kokemuksia asioiden toistamisesta, mikä on saattanut aiheuttaa sen, ettei kertominen enää kiinnosta. Sitoutumista kerrottiin lisäävän perheen mukana kuljettaminen siirron aikana, ettei eri tahoilla tarvitse samoja asioita enää selvittää. Tärkeänä pidettiin sitä, että perheelle kerrotaan, ettei joka kerta tarvitse aloittaa asioita alusta. Tämän kerrottiin lisäävän myös perheen ja nuoren kokemusta siitä, onko kerrotuilla asioilla ollut merkitys-

tä. Perheen kuulematta jäämisen kuvattiin lisäävän tunnetta siitä, onko kerrotuista asioista hyötyä. Asioiden moneen kertaan kartoittamisen kerrottiin vaikuttavan perheisiin kielteisesti. Nuoren kanssa pidettiin olennaisena käydä keskustelua kuitenkin siitä, haluaako hän aloittaa uudessa yksikössä puhtaalta pöydältä vai välitetäänkö tietoja etukäteen. Sitoutumista edistävänä nähtiin myös se, että nuoren kanssa keskustellaan etukäteen asioista mitä nuori kokee olennaiseksi siirtää, mitä nuori toivoo voivansa kertoa itse ja mitä työntekijä voi siirtää. Tärkeää oli myös pohtia sitä, mitkä asiat auttavat hoidon hyvin käynnistymistä.

*”...semmosen asian miettiminen ja nuoren kanssa keskusteleminen. Että mitä on asioita, mitä mä työntekijänä voin siirtää sun puolesta ja mitä on asioita, mitä ite haluat siirtää ja mitkä on ylipäätänsä niitä asioita, mitkä tulee siirtää tän hoidon kannalta...”*

*Yksilöllinen hoito* tuotiin esiin hyvänä sitoutumista edistävänä tekijänä. Nuoren yksilöllinen tukeminen ja rajojen puitteissa tehdyt yksilölliset ratkaisut hoidossa, kuten päivän yksilöllistäminen, osastolle tulemisen helpottaminen, päivän lyhentäminen ja nuoren mukaan eteneminen tukivat sitoutumista. Pysyvien arkirutiinien, arkirutiineissa pysymisen ja toipumisen tukeminen koulua käymällä kuvattiin tukevan sitoutumista. Oikeanlainen tukeminen koulutyössä, kuten erilaiset keventämiset koulupäivässä sekä erityisopettajan tuki nähtiin myönteisenä. Terapiatyöskentelyn kerrottiin vaikuttavan myös myönteisesti. Nuoren rajaamisen ja sääntöjen miettimisen yhdessä nuoren kanssa kuvattiin olevan tärkeää. Nuoren kohtelemisen terveenä lisäsi myös sitoutumista.

Yksilöllinen hoito piti sisällään myös nuoren vastuuttamisen, jotta nuori saa kokemuksen omasta pärjäämisestään ja kyvystään kantaa vastuuta. Nuorta tuli vastuuttaa sopivasti, eikä esimerkiksi diagnoosin vuoksi asioiden tekemättä jättämistä pidetty järkevänä. Esimerkiksi hoitokäynneiltä poissaoloista odotettiin nuoren ilmoittavan itse. Sopimuksien noudattamisesta ja yleisistä asioista tuli pitää kiinni, koska sen kuvattiin lisäävän sitoutumista. Nuoren kokemusta oman elämän hallinnasta kuvattiin myönteisenä, vaikka hallinta ei olisi samankaltaista kuin aiemmin. Muutoksen työstäminen nähtiin olennaisena, koska muutosten läpikäymisen avulla oli mahdollista osoittaa myös hoidon vastetta jatkohoitopaikassa. Keskustelu hylätyksi tulemisesta, tutustumisesta, luopumisesta ja ymmär-

tämisestä koettiin myönteisenä. Nuoren saama kokemus aiemman hoidon hyödyllisyydestä lisäsi sitoutumista. Siirtotilanteissa oli tärkeää antaa nuorelle myönteistä palautetta hoidon sujumisesta, vahvistaa positiivisia asioita, kuten kehittymistä sekä tuoda esiin, mitä asioita on työstetty.

*”...on tavallaan kiva et on voinu siinä sit niinku ääneen siin semmosessa neuvottelussa kertoo et, ollaan sovittu nuoren kanssa, et mitä teemoja me ollaan käsitelty ja sit tietyl tapaa vähä kehuu sitä nuorta...”*

## 6.2.2 Työskentely

*Vuorovaikutustaidot* tuotiin esiin olennaisena työntekijän mahdollisuutena tukea nuoren hoitoon sitoutumista. Luottamuksellisuutta ja kykyä rakentaa luottamusta pidettiin hoitosuhteeseen sitoutumisen perustana, mikäli nuori saa luottamuksen rakentumiseen aikaa. Lyhyillä jaksoilla luottamuksen rakentumisen kerrottiin onnistuvan epäiltyä paremmin. Nuoren yksin jättämisen ja siirtoneuvotteluihin osallistumatta jäämisen kuvattiin vähentävän nuoren luottamusta. Luottamuksesta puhumisen, uskon ja toivon ylläpitämisen sekä nuoren ja perheen kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen kuvattiin edistävän sitoutumista. Kuulluksi tulemisella tarkoitettiin esimerkiksi sitä, että kuunnellaan, mihin nuori ja perhe kokevat olevansa valmiita. Nuoren kokemuksen kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta asioiden esiin noustessa kerrottiin olevan merkittävää. Keskustelujen omahoitajan ja muiden työntekijöiden kanssa kuvattiin lisäävän kuulluksi tulemisen kokemuksia. Nuoren kuulematta jäämisen koettiin vaikuttavan kielteisesti jatkohoittoon osallistumiseen.

Työntekijän vuorovaikutustaitoihin liittyivät myös nuoren kunnioittaminen ja tasavertaisena kohtelevinen, jotka kuvattiin hoitosuhteen rakentumisen perustana. Nuorta tulee kunnioittaa hoitoon tulemisesta vapaaehtoisesti ja siitä huolimatta, että työntekijä olisi asioista eri mieltä. Nuoren syyllistämisen ei kuvattu lisäävän sitoutumista. Toiveiden kysymisen ja kuuntelemisen kuvattiin vaikuttavan sitoutumiseen. Työntekijän pyrkimystä nuoren kanssa samalle viivalle, aikuisen roolissa, arvostettiin. Tasavertaisuudella tarkoitettiin myös nuoren kielellä puhumista, tasavertaista keskustelukumppanuutta ammattitaidolla höystettynä. Sopivasti

kantaa ottaminen nähtiin myönteisenä. Työntekijän joustamaton ja kankea vuorovaikutus kuvattiin negatiivisena nuoreen vaikuttavana asiana. Rehellisyyden, kuten asioiden puheeksi ottamisen, työntekijän aitouden sekä aidon läsnäolon ja vuorovaikutuksen kuvattiin lisäävän sitoutumista. Rajoittavana tekijänä nähtiin hoitotyöntekijän ja nuoren liian kiinteä yhteistyösuhde, millä tarkoitettiin esimerkiksi työntekijän muodostumista korvaamattomaksi ja nuoren jäämistä liikaa yhteen henkilöön kiinni. Hoitosuhteen laadun kuvattiin vaativan työntekijältä säännöllistä arviointia, koska työssä kerrottiin muodostuvan sekä läheisiä että kaukaisempia hoitosuhteita. Ensimmäisen hoitosuhteen arveltiin muodostuvan nuorelle läheisemmäksi kuin seuraavien, mikäli nuori on saanut kokemuksen kuulluksi tulemisesta.

*”...kokee vaikka että on niin hyvä hoitosuhde sen nuoren kaa, ettei malta päästää siitä irti ja eteenpäin.. ja aattelee että oon niinku itse ainoa, joka nuorta voisi auttaa...”*

*Työntekijään liittyvät tekijät* vaikuttivat sitoutumiseen sekä myönteisesti että kielteisesti. Työntekijän kyvyt rajata omat työnsä liitettiin sitoutumisen edistymiseen. Työntekijän rajatessa töitään, jää aikaa enemmän nuoren asioiden hoitamiseen ja aidosti läsnä olemiseen. Resurssien kerrottiin vaikuttavan kykyyn olla aidosti läsnä hoitosuhteessa. Liian suuri määrä tapaamisia päivän aikana kuvattiin työntekijän työtehoa vähentävänä tekijänä ja sitä kautta sitoutumista heikentävänä asiana. Kuutta tapaamista päivän aikana pidettiin työtehoa vähentävänä asiana. Myös liian lyhyet tauot tapaamisten välillä vaikuttivat kielteisesti nuoren kohtaamiseen aidosti. Nuoren ja perheen kuvattiin aistivan helposti sen, mikäli työntekijä ei ole aidosti läsnä hoitotilanteessa. Nuoren etuna kuvattiin sitä, että työntekijä osaa ja ymmärtää rajata tekemänsä työn määrän. Työntekijän töiden rajaamista edesauttavana nähtiin se, ettei työntekijä lupaa olevansa aina käytettävissä.

*”...lupaa niinku että mä oon tässä aina ja kokoajan käytettävissä ja niinku semmosta aika peruskamaa..”*

*Saattaen vaihtaminen* nähtiin siirtymisessä tärkeänä. Saattaen vaihtamisella tarkoitettiin työntekijän osallistumista siirtymiseen liittyviin tapaamisiin nuoren ja

perheen kanssa. Saattaen vaihtamisessa oli olennaista suunnitelmallisuus, kuten kannattelukäyntien järjestäminen ennen siirtymistä, suunnitelmallisesti tapahtuva tutustuminen jatkohoitopaikkaan yhdessä työntekijän kanssa ja siirtymisen työstäminen. Siirtymävaiheessa tapahtuvasta hetkellisestä päällekkäisestä hoidosta koettiin olevan hyötyä. Siirtoneuvotteluihin osallistumisesta oli vaihtelevaa kokemusta. Neuvottelut nähtiin tärkeänä, koska nuoren uuden tahon kohtaamista yksin ei pidetty hyvänä. Hoidon päättymistä ja uuden hoidon alkamista ei koettu hyvänä pitää itsestään selvyutenä. Neuvotteluista sopiminen koettiin hyvänä silloin, mikäli ajat suunniteltiin yhdessä ja ne olivat etukäteen tiedossa. Aikoja kyettiin järjestelmään henkilöstä riippuen. Yhteydenpito jatkohoitopaikkaan ennen siirtymistä koettiin hyvänä ja siitä oli kokemusta, mutta se ei ollut automaatio. Keskustelut nuoren kanssa tietojen siirtämisestä jatkohoitopaikkaan koettiin helpottavan jännitystä uutta työntekijää kohtaan. Puhelinkeskusteluissa välitetyt tiedot, kuten nuoren olemus, positiiviset asiat ja kehitys oli tärkeää välittää myös nuoren tietoon.

Saattaen vaihtamisessa nähtiin merkityksellisenä rajapintatyöskentely ja tiedon liikkuminen yksiköiden välillä joustavasti. Systeemin pirstaloituminen ja tietojen hidas liikkuminen yksiköiden välillä aiheutti samojen perhehaastatteluiden tekemistä yksiköstä toiseen siirryttäessä. Tietoa nuoresta kuvattiin olevan olemassa, mutta tietojen eteenpäin liikkumisen ja muiden tahojen informoimisen kerrottiin olevan heikkoa. Ensimmäisen hoitokokemuksen nähtiin ohjaavan nuoren hoitoon suhtautumista jatkossa ja sen sujumisen koettiin vaikuttavan siihen, kuinka nuori siirtyy seuraavaan paikkaan. Koettiin, että usein hoitotyöntekijät ovat ensimmäisiä kodin ulkopuolisia, joihin nuoret alkavat luottamaan. Nuoren irrottautuminen hoitotyöntekijästä kuvattiin haasteena siirtymisessä. Siirtoneuvottelusta huolimatta jatkohoitoon sitoutuminen oli ollut nuorelle haasteellista mutta myös edistänyt sitoutumista. Päällekkäisen työn tekeminen takertuvien nuorten kanssa nähtiin hyödyllisenä.

*”...sitä tietoo kerätään hyvin hanakasti joka paikassa mut kuinka monessa paikassa sitä tietoo käytetään siihen hoitamiseen.. Että tehään samat perhehaastattelut käydään jokaisessa instanssissa läpi...”*

*Yhteistyön* merkitys kuvattiin tärkeänä osana hoitoon sitoutumista. Epäselvyys yhteistyöhön liittyvissä toimintatavoissa heikensi nuoren hoitoon sitoutumista ja lisäsi nuoren epävarmuutta hoitoa kohtaan. Yhteistyöstä tuli esiin vaihtelevia kokemuksia. Oman yksikön välillä yhteistyön kuvattiin toimivan paremmin kuin muiden kanssa. Toisten yksiköiden toimintatavat kuvattiin epäselvinä ja yksiköiden yhteisiin toimintatapoihin kaivattiin selkeyttä. Yhteistyöhön arveltiin vaikuttavan työn suuri määrä ja työntekijöiden väsyminen. Eri tahojen välinen päällekkäinen työskentely kuvattiin haasteena yhteistyölle ja sitoutumiselle. Monen eri tahon päällekkäisen työskentelyn kuvattiin vaikuttavan tiedon kulkeamiseen sekä myönteisesti että kielteisesti. Yhteistyön haasteena koettiin, että lähettämisvaiheessa on monta eri tahoja hoitamassa nuoren asioita ja se, että lääkäri laatii vasta lähetteen jatkohoitoon. Tiedon kulkemisen eri yksiköiden välillä kuvattiin huonontuneen sekä tiedon liikkumisen kerrottiin olevan äkkinäistä ja ennustamatonta. Hyvien käytäntöjen ja omassa työssä joustamisen kuvattiin helpottavan yhteistyötä. Työntekijän kyky muuttaa omia toimintatapoja ja selkeä esimiehen tuki kuvattiin sitoutumista edistävinä tekijöinä. Hyvien ja kaikkien työntekijöiden tiedossa olevien käytäntöjen kuvattiin tukevan selkeitä toimintatapoja ja kaikkien tietoisuutta siitä, mitä tehdään. Epäselvässä tilanteessa kerrottiin yhteistyön usein rakoilevan, koska silloin on vaikea tietää, kuka tilanteen hoitamisesta vastaa.

*”Toki siinä on niinkun sillä tavalla hankala kombinaatio, että kun sen lähetteen tekee kuitenkin polin lääkäri.”*

*”Eli siinä on ikäänkun kolme tahoja ja sit siinä ollaan samalla meidän terapiajonossa.”*

*Ulkoisilla tekijöillä* oli merkitystä hoitoon sitoutumisessa. Kynnyksen madaltaminen hoidossa, kuten vanhempien kanssa arkipäivän asioista ja hoidon tuomisesta haasteista keskustelemisen kuvattiin lisäävän sitoutumista. Miellyttävän tapaamisympäristön kerrottiin myös lisäävän sitoutumista. Miellyttävää ympäristöä kuvattiin mukavan pienenä, kodikkaana, hiljaisena ja hallittavissa olevana. Edistäviä asioita ympäristössä on distanssinsäätelyn mahdollisuus ja miellyttävä valo. Ryhmällä kuvattiin olevan vaikutusta sitoutumiseen edistävästi tai heikentävästi. Joidenkin nuorten mukaan ryhmältä saatava vertaistuki oli saattanut olla

ainoa auttava tekijä hoidossa. Sitoutumista kuvattiin edistävän ryhmäilmiöiden vaikutusten pohtiminen etukäteen ja tietyn tyyppisen ryhmän yhdessä toimimisen etukäteen arvioiminen. Vahvasti sosiaalisesti ahdistuneen ryhmän vaikutus kuvattiin negatiivisena ja ahdistavan ilmapiirin vuoksi sitoutuminen saattoi vaikeutua. Ryhmällä oli positiivista vaikutusta nuoren pystyvyyden kokemusten lisäämisessä.

Ulkoiset vaikuttavat tekijät sisälsivät myös psykiatriseksi potilaaksi leimaantumisen, minkä kuvattiin vaikuttavan sitoutumiseen kielteisesti. Perheillä kerrottiin olevan edelleen leimaantumisen pelkoa sekä pelkoa mielenterveyden ongelmista. Leimaantumisen pelkojen kerrottiin vaihtelevan eri kulttuurien välillä. Ajoittain perhe on saattanut nähdä mielenterveyden ongelmien olevan hoidon syytä. Olennaiseksi nähtiin, että pelkoa leimaantumisesta hälvennetään työntekijän toimesta. Käytännön asioiden vaikutus ja hoidon oikea-aikaisuus kuvattiin sitoutumiseen vaikuttavina asioina. Nuoren elämäntilanteen vakauttaminen ennen työskentelyn alkamista oli tärkeää. Kuormittavan elämäntilanteen tai asioiden liian lähellä olemisen todettiin heikentävän sitoutumista. Työntekijän joustaminen tapaamisaikojen järjestämisessä kuvattiin olennaisena. Koulunkäyntiin vahvasti sitoutuneen nuoren kerrottiin olevan haasteellisempaa sitoutua hoitoon. Taloudellisten tukien eväämisen kuvattiin lannistavan nuoren intoa yrittää hoidossa.

*”Tää on edelleenkin vielä leimaa antavaa, et joutuu tulemaan psykiatrisen sairaanhoitajan tai jonkun muun vastaanotolle.”*

### **6.2.3 Nuoren ja perheen osallisuus**

*Aiempien hoitokokemusten vaikutus* tuotiin esiin hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Vanhemmilla kuvattiin olevan erilaisia suhtautumistapoja ja asenteita hoitoa kohtaan. Keskustelun hoitoon suhtautumisesta ja vääränlaisten käsitysten oikaisemisen nähtiin tukevan myönteistä hoitoon suhtautumista. Väärät käsitykset hoidosta kuvattiin yleisempinä vanhemmilla kuin nuorilla. Vanhemmilla kuvattiin ilmenevän myös pelkoa kielteisten asioiden ilmitulemisista nuorten vastaanottokäynneillä. Vanhempien tiedon puutteen ja väärin kuvitelmien

kuvattiin vaikuttavan kielteisesti nuoren sitoutumiseen, vaikka nuori itse haluaisi hoitoa. Vanhempien omat kokemukset psykiatrisesta hoidosta ja lääkehoidosta liitettiin kiinteästi sitoutumiseen. Nuorella saattaa olla pelkoja kertoa vaikeista asioista, minkä vuoksi vanhempien lupa antaa nuoren käydä ja kertoa asioista vastaanotolla kuvattiin tärkeänä, vaikka vanhemmat eivät kertomuksissa näyttäytyisi hyvässä valossa. Vanhempien kanssa kuvattiin hyvänä keskustella perhetapaamisessa siitä, onko nuorella lupa käydä ja kertoa vaikeista asioista vastaanotolla.

Myös nuoren hoitoon liittyvien ennakkoojastusten ja kokemusten kuvattiin vaikuttavan sitoutumiseen. Nuoren ennakkokäsitysten hoidosta kerrottiin ohjaavan hoitoon asettumista. Kielteisinä ennakkoojastuksiin vaikuttavina tekijöinä kuvattiin aiempi siirtymisten määrä eri yksiköiden välillä ja hoitohenkilökunnan lukumäärä. Myös taustalla olevat kiintymyssuhteet kuvattiin sitoutumiseen vaikuttavina tekijöinä. Hyvät hoitokokemukset edistivät sitoutumista, huonot heikensivät. Myös kokemukset lastensuojelun asiakkaana olemisesta nähtiin psykiatriseen hoitoon vaikuttavina. Luottamus avun saamiseen ja hoitoon kuvattiin merkityksellisenä, vaikka aiemmin avun hakemisesta olisi seurannut esimerkiksi sijoitus tai aiemmat kokemukset olisivat olleet huonoja. Hoitosuhteen myönteisen päättymisen kuvattiin helpottavan nuorta näkemään hoidon tuloksellisuutta paremmin ja lisäävän jatkohoitoon sitoutumista. Myönteisten kokemusten turvallista aikuisista oletettiin lisäävän nuoren luottamusta myös tuleviin hoitotyöntekijöihin. Nuoren kuvattiin vievän saavutetun luottamuksen mukanaan seuraavan hoitopaikkaan ja tämän kerrottiin vaikuttavan hoidon onnistumiseen.

*”..Sosiaalitoimisto.. Onko hyviä vai huonoja kokemuksia lastensuojelusta...?”*

*”... nuori on oppinu niinku luottamaan johonki niinku kodin ulkopuoliseen aikuiseen ja se vie sen mukanaan sinne uuteen paikkaan et se on monesti onnistuu vielä helpommin ku se on alkanu meihin luottaan...”*

Psykoedukaatiolla tarkoitettiin vanhempien ja nuoren ohjaamista lääkehoitoon ja muuhun hoitoon liittyvissä asioissa. Tietoa tuli antaa vanhemmille riittävästi, jotta se vaikuttaisi sitoutumiseen myönteisesti. Faktan lisääminen sairauden ja

oireiden osalta sekä hoidon etenemisestä ja vaikutuksista nähtiin vanhempien ymmärrystä lisäävänä tekijänä. Vanhempien ohjaaminen oman toimintansa vaikutuksista nuoreen, nuoruusiän kehityksestä, nuoren käyttäytymisestä ja oireista arjessa nähtiin tärkeänä. Vanhemmille kuvattiin hyvänä kertoa, ettei nuoren kuntoutumista tule kiirehtiä. Olennaisena pidettiin, että kotona tiedetään, mitä hoidon aikana tapahtuu, mitkä ovat hoidon tavoitteet ja tarkoitus. Tilanteen selvittämisen ja käytännön työstä tiedottamisen vanhemmalle ja nuorelle todettiin lisäävän heidän ymmärrystään hoidosta ja sitouttavan hoitoon.

Ennen hoitoon saapumista nuoren tulisi tietää, mitä hoito pitää sisällään ja mitkä ovat nuoren omat oikeudet ja velvollisuudet hoidossa. Perheen omaksuman tiedon hoidosta, hoitopaikasta ja hoitoprosessista kerrottiin auttavan sitoutumisessa. Tiedon antamista sopivassa määrin, perheen vastaanottokykyä kuunnellen, kuvattiin tärkeänä. Liian suurten odotusten asettamisen kerrottiin tuottavan pettymyksiä. Terapiatyön käytännönläheisyydestä kertominen koettiin tärkeänä. Työntekijät kokivat että oman yksikön työskentelystä oli helpompi antaa tietoa, kuin toisen yksikön, koska tarkkaa tietoa ei ollut siitä, mitä esimerkiksi päiväohjelma sisältää. Ensikäynti nähtiin tärkeänä sitoutumista ja hoitomotivaatiota edistävänä tekijänä, koska silloin tietoa hoidon sisällöistä ja käytännön asioista oli mahdollista antaa lisää, nuori ja vanhemmat tapaavat omahoitajan sekä saavat tutustua hoitopaikkaan fyysisesti. Ensikäynnillä koettiin olennaisena myös kertoa, miksi perheen mukana oleminen on tärkeää sekä samalla sitouttaa ja motivoida hoitoon.

*”...heti alkuun vanhemmatki on sitte kartalla siitä et mitä täs niinku tapahtuu... Mitä voi odottaa tältä hoidolta...”*

*”...tavallaan sitä samaa intoo, mitä nuorellekin siinä samalla tulee annettu siinä kun hoitajakso alkaa, et mitä kaikkee tää nyt sit, et miten tää nyt sit edetään. Ja just tää tämmönen et asiat ottaa aikaa ja niin pois päin. Niin jotenkin mielellään sitä samaa infoo annan vanhemmille siinä alussa...”*

*Perheen huomioiminen hoidossa* tuotiin esiin oleellisena sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Kuvailtiin, ettei perhettä voi huomioida liikaa hoidon aikana, saati

nivelvaiheissa. Vanhempien kuvattiin olleen positiivisesti hämmästyneitä siitä, että ovat saaneet olla mukana hoidossa. Tuen antamisen perheelle ja nuorelle kuvattiin olevan tarkkuutta vaativaa. Hyvän kontaktin luomisen perheeseen kerrottiin alkavan jo ensimmäisestä yhteydenotosta. Hyvä perhetyö kuvattiin yhteydenpitona kotiin, useina tapaamisina, haluna tavata vanhempia ja tietää arjen sujumisesta. Ajan antaminen myös käytännön asioista ja vanhempia ihmetyttävistä asioista keskustelemiseen kuvattiin olevan oleellista. Vanhempien kannustaminen esimerkiksi nuoren kuljettamiseen tarvittaessa nähtiin myönteisenä. Vanhempien kuuleminen ja työntekijän omien mielipiteiden kertominen tuotiin esiin tärkeinä perhetyötä edistävinä tekijöinä. Perheen kanssa työskentelyn kuvattiin haastavan perheen mukaan hoitoon tukemaan nuorta sekä sitouttavan perhettä hoitoon.

Perheen motivointi hoitoon nähtiin ajoittain nuoren hoitoon sitoutumista tärkeämpänä. Perhetapaamiset koettiin tärkeinä tilanteina motivoida perhettä hoitoon, kertoa hoidon sisällöistä, puhua tavoitteista sekä hoidon etenemisestä. Perhetapaamisten lisäksi saattotilanteet kuvattiin hyvinä tilanteina hoitoon sitouttamiselle. Jo yksi perhetapaaminen nähtiin merkityksellisenä. Vanhempien hoidossa mukana oleminen, hoidon takana oleminen, nuoren tukeminen, myötämielisyys, kokemus hoidon tärkeydestä, luottamus hoidon onnistumiseen ja huolen aiheiden tiedostaminen koettiin tärkeänä. Suurimman osan vanhemmista koettiin tukevan nuorta hoidossa ja arvostavan hoitoa, vaikka toiset vanhemmat suhtautuvat nuoria kielteisemmin hoitoon. Hoitajaksojen kuvattiin onnistuvan huonommin, mikäli vanhemmat eivät ole mukana hoidossa, perhe vastustaa hoitoa tai he eivät tiedosta huolenaiheita. Nuori saattoi myös kieltää vanhempien osallistumisen tai ei halunnut vanhempien tietävän käynneistä. Nuoren verkoston aktivoinnista pidettiin näissä tapauksissa hyvin tärkeinä.

*”...kuinka tärkeenä pitävät tätä hoitoa ja uskovat tähän hoitoon...”*

*Nuoren pystyvyys* omassa hoidossaan kuvattiin merkittävänä sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Yleisellä tasolla nuoren kokemus omaan elämäänsä vaikuttamisesta ja elämänsä päähenkilönä olemisesta nähtiin tärkeänä. Nuoren kokemusta asioihinsa vaikuttamisesta kerrottiin lisäävän se, että hän saa puhua itselleen tärkeistä asioista. Käytännön työssä kokemusta tärkeydestä kerrottiin voita-

van lisätä pienin asioin, esimerkiksi siten, että perhetapaamisaika ilmoitetaan suoraan nuorelle, ettei tieto liiku vain vanhempien kautta. Näin koettiin, että nuori voi kokea olevansa tärkeä. Sitoutumista edistävänä pidettiin sitä, että nuorelle jää kokemus omiin asioihinsa vaikuttamisesta, vaikka vointi olisi huono. Vanhempien kuulemisen lisäksi kuvattiin tärkeänä kuulla myös nuorta. Mikäli nuori sivuutetaan hoidossa tai asioista päätetään puolesta, se vaikuttaa kielteisesti kokemukseen vaikuttamisesta ja nuorelle jää kokemus asioiden sopimisesta selän takana.

Nuoren omalla hoitomotivaatiolla kuvattiin olevan suuri merkitys hoitoon sitoutumiseen. Nuoren kuvattiin sitoutuvan paremmin, mikäli halu hoitoon lähti itseltä, ei muista ulkopuolisista tahoista. Tuli myös esiin kokemuksia nuorista, jotka odottavan hoidon onnistuvan passiivisella hoitoon osallistumisella. Nuoren ymmärrystä omasta aktiivisuudestaan hoidossa, omasta tilanteestaan ja vähitellen edistymisestä kuvattiin sitoutumista edistävänä. Nuori, joka kokee, ettei hoidosta ole hyötyä tai ettei kukaan voi auttaa, sitoutuu hoitoon huonommin. Nuoren kyvyt terapeuttiseen työskentelyyn nähtiin olennaisena sitoutumisen kannalta. Mikäli riittävää kapasiteettia nuorella ei ollut, sen kuvattiin heikentävän sitoutumista. Myös oireiden torjumisen, esimerkiksi hoidon alussa liian voimakkaan ahdistuneisuuden pelon ja sen sietämisestä kieltäytymisen, todettiin heikentävän sitoutumista.

*”...jos nuori näin kokee, niin todennäköisesti hän on suuremmalla prosentilla sitoutunu, sitoutuu siihen hoitoon kun sitte semmonen nuori, mikä nyhjä ja nysvä ja kokee, et mistään ei oo mitään apua ja kukaan ei voi auttaa ja hän itte ei osaa...”*

*Tavoitteiden asettaminen yhdessä* nuoren ja perheen kanssa tuotiin esiin merkittävänä sitoutumiseen vaikuttajana. Realistiset ja pienin askelein etenevät tavoitteet kuvattiin tärkeänä puhua ääneen yhdessä läpi. Nuoren omista ajatuksista hoidon suhteen todettiin tärkeänä keskustella myös yhteisesti. Käytännössä tavoitteiden yhdessä pohtiminen kuvattiin siten, että mietitään, mitä mahdollisia esteitä hoidon alkamiselle on tai onko nuori ylipäättään valmis hoitoa aloittamaan. Pohdintaa oli myös hyvä käydä siitä, mihin nuori itse pystyy ja kykenee sekä mihin nuori voi sitoutua ja millä tavalla. Olennaisena kuvailtiin sitä, että

hoidon tulisi lähteä nuoren omista lähtökohdista, eikä nuorelta tulisi vaatia asioita, mihin hän ei ole valmis. Työskentelyn tulisi tapahtua nuoren eteen oikeiden asioiden äärellä ja nuoren näkökulmaa ymmärtäen. Sitoutumisen kerrottiin edistyvän, mikäli nuori itse myös allekirjoittaa ongelman, jonka parissa työskentelään ja kokee hyödylliseksi työstää kyseistä ongelmaa. Nuoren ulkopuolelta, esimerkiksi kotoa tai koulusta lähteneistä ongelmista oli kokemuksia. Tällöin pidettiin tärkeänä pyrkiä löytämään näkökulma, joka vaikuttaa myönteisesti sekä nuoren että ulkopuolisten tahojen kokemaan ongelmaan.

*”...niinku se et löydetäänkö semmonen tulokulma siihen asiaan tai jotenki et joku muu asia, et mikä heijastuu sit siihen muittenkin ongelmaks kokemaan asiaan positiivisesti...”*

## 7 POHDINTA

### 7.1 Työn eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen luotettavuuden ja eettisen hyväksyttävyyden lisäämiseksi tulee noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Lisäksi tulee soveltaa tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisiä tiedonhankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Mäkinen 2006, 72.) Myös tutkimuksen sisäistä johdonmukaisuutta sekä eettistä kestävyyttä pidetään hyvän tutkimuksen kriteerinä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126). Tämä opinnäytetyö on tehty kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän oppien mukaisesti huolellisuutta noudattaen työn alusta loppuun asti.

Vastuu tutkimuksen suunnittelemisesta kuuluu pääosin tutkimuksen johtajalle. Tutkimuksen edetessä, tulee koko tutkimusryhmän saada osallistua suunnittelemiseen ja arvioimiseen esimerkiksi siitä, että ovatko tutkimuskysymykset tutkimuksen edetessä edelleen tarkoituksenmukaisia vai pitääkö tutkimusmetodia tai tutkimuskysymyksiä muuttaa. (Mäkinen 2006, 80.) Tämän opinnäytetyön tehtävien tarkoituksenmukaisuutta on ollut arvioimassa useampi kuin yksi henkilö, joten arvio opinnäytetyön tarkoituksen vertaamisesta alkutilanteeseen on ollut monipuolinen. Työtä on ollut kommentoimassa työn edetessä ohjaavan opettajan lisäksi opponenti. Tässä opinnäytetyössä työn tarkoitus on pysynyt samana opinnäytetyön teon alusta loppuun asti. Tehtäviä päädyttiin muuttamaan kuvaavammiksi haastattelujen jälkeen ennen sisällönanalyysin aloittamista.

Tutkimussuunnitelman laajuus vaihtelee sen käyttötarkoituksesta riippuen. Suunnitelma toimii työhön liittyvien keskusteluiden pohjana ja ohjaa suunnitelmallisessa työskentelyssä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara & 2008, 169.) Joulukuussa 2013 laadittiin opinnäytetyön suunnitelma, jonka perusteella haettiin opinnäytetyöhön vaadittavat luvat. Luvat haettiin ja saatiin sekä Tampereen kaupungilta että Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä tammikuun 2014 aikana. Opinnäytetyön tekeminen on edennyt laaditun aikataulun mukaisesti.

Marshallin (2007, 24) mukaan hyviin tutkimuskäytäntöihin kuuluu tietoisien suostumusten pyytäminen tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä. Suostumuksen avulla huolehditaan siitä, että osallistuva henkilö ymmärtää muun muassa tutkimuksen luonteen, siihen

liittyvät riskit ja edut sekä vapaaehtoisuuden periaatteen. (Marshall 2007, 24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Haastateltaville annettiin sähköinen tiedote tämän työn aiheesta sekä heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumiseen (Liite 3.). Haastateltaville annettiin myös mahdollisuus kysyä etukäteen opinnäytetyön aiheesta ja käytännöistä. Haastateltavia tiedotettiin sekä kirjallisesti että suullisesti haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuudesta.

Tutkimukseen osallistujalla on oikeus kieltäytyä osallistumasta, keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tahansa tai kieltää vastaustensa käyttämisen jälkikäteen. Tutkimuksessa esiin tulleet asiat tulee pitää luottamuksellisina. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Haastateltavia tiedotettiin keskeyttämismahdollisuudesta ja mahdollisuudesta kieltää vastausten käyttäminen myöhemmin. Yksi osallistujista perui osallistumisensa haastatteluun muista tekijöistä johtuen. Tutkimukseen osallistujien nimettömyys tulee turvata. (Kuula 2011, 204; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Haastateltavien anonymiteetistä pyrittiin huolehtimaan koko työn tekemisen ajan. Työssä julkaistuissa esimerkeissä aineistosta on muutettu mahdollisesti anonymiteettiä vaarantavat tiedot, kuten kohdeorganisaation yksikön täydellinen nimi.

Haastattelijan taidoilla on merkitystä haastattelun onnistumisessa. Haastattelijan tulee olla sisällä työn teemoissa sekä osata rohkaista osallistujia puhumaan vapaasti ja spontaanisti tunteistaan, kokemuksistaan, asenteistaan ja käyttäytymisestään. (Bowling 2002, 382.) Haastattelijalla on kokemusta oman työnsä puolesta objektiivisesta ja ei – ohjailevasta työotteesta, mitä pyrittiin käyttämään läpi kaikkien haastattelutilanteiden, jotta haastateltavat saisivat tuoda esiin omat mielipiteensä rehellisesti. Haastattelijan rooli rohkaisevana ja neutraalina keskustelijana toteutui melko hyvin.

Tutkimuksen eettisyyttä pohtiessa tulee huomioida tutkijan lojaalius toimeksiantajaa kohtaan, esimerkiksi liikesalaisuuksia ei saa luovuttaa eteenpäin. Toisaalta tulee muistaa myös se, että toimeksiantaja ei saa vaikuttaa tutkimustuloksiin, vaikka tutkimus olisi epäedullinen toimeksiantajan kannalta. (Mäkinen 2006, 78.) Tässä opinnäytetyössä kohdeorganisaatioiden yksityisyyttä on kunnioitettu eikä potilasturvallisuutta ole työn edetessä loukattu. Koko opinnäytetyön prosessin aikana on pyritty noudattamaan objektiivista otetta. Opinnäytteen tekijän työskenteleminen yhdessä kohdeorganisaatioista tulee huomioida osana tutkimuksen eettisyyden toteutumista, koska käsiteltävät teemat olivat hyvin lähellä opinnäytetyöntekijän omaa työtä. Tulosten aukikirjoittamisen ai-

kaan opinnäytetyöntekijän päivätyöstä poisjääminen on lisännyt objektiivisuutta tulosten analysoinnissa.

Tutkijan tulee raportoida tutkimukseen liittyvät asiat rehellisesti, tietoja ei saa muuttaa eikä väärentää. Tutkimukseen liittyviä tietoja ei tule myöskään peitellä eikä kätkeä olennaista tietoa. (Mäkinen 2006, 101.) Tässä opinnäytetyössä tieto on tuotettu rehellisesti lähteiden sekä aineiston pohjalta, myös tulokset on raportoitu asioita muuttamatta tai niitä peittelemättä. Tuloksia on pyritty tarkastelemaan ajankohtaiseen tutkimus- ja teorian tietoon peilaten. Tutkimusta tulisi tarkastella kriittisesti myös poikkitieteellisesti, mikäli tulokset ovat käytettävissä vain kapealla ammattialalla, tulee se tuoda esiin julkisesti (Mäkinen 2006, 102.). Tämän työn tuloksia on mahdollista käyttää laajasti koko sosiaali- ja terveysalalla, koska työssä käsiteltävät ilmiöt hoidon jatkuvuuteen liittyvistä tekijöistä ja hoitoon sitoutumisesta koskettavat koko alaa. Mäkisen (2006, 121) mukaan tulokset tulisi julkistaa siten, että kollegat ja muu yleisö pääsee niitä hyödyntämään ja antamaan palautetta. Tutkimustulokset julkaistaan usein tieteellisessä julkaisussa artikkelina, mikä mahdollistaa tulosten hyödyntämisen, muiden tutkijoiden kritiikin sekä jatkokehitystyön. (Mäkinen 2006, 121.) Opinnäytetyöstä on tehty artikkeli, mitä tullaan tarjoamaan julkaistavaksi alan lehteen. Artikkelin mahdollisen julkaisun myötä tutkimustuloksia voi arvioida ja hyödyntää nuorisopsykiatrian kentällä työskentelevä sosiaali- tai terveysalan edustaja.

## 7.2 Luotettavuus

Lähdekritiikki auttaa tutkijaa pohtimaan työnsä luotettavuutta, kritisointia lähteiden luotettavuudesta tulee tehdä seuraavista näkökulmista: aitous, riippumattomuus, alkupe räisyys ja puolueettomuus. Lähteen sisältöä ja merkitystä tulee pohtia tarkasti. Asianmukaiset lähdemerkinnät kertovat tutkijan perehtyneisyydestä omaan tutkimuskenttäänsä sekä kunnioituksesta muita tutkijoita kohtaan. Ajankohtaiset tieteelliset tutkimukset lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. (Mäkinen, 128, 130.) Tässä opinnäytetyössä lähdemateriaalia on pyritty käyttämään kriittisesti. Ensisijaisesti on pyritty käyttämään laadukasta tutkimusnäyttöä ja ajankohtaisia tieteellisiä artikkeleita. Lähteet on pyritty valitsemaan niiden ajankohtaisuuden perusteella ja lähdemerkinnöissä on noudatettu Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen työn ohjetta. Lähdemateriaalina on pyritty käyttämään vuodesta 2000 alkaen ilmestyneitä julkaisuja, muutamia poikkeuksia lukuun

ottamatta. Tilastoihin liittyvät lähteet on pyritty valitsemaan mahdollisimman tuoreista lähteistä.

Tutkijan on punnittava omia motiivejaan ja suhtautumistaan tutkimusta kohtaan koko prosessin ajan (Mäkinen 2006, 130). Myös omaa sitoumusta työhön ja sitoumuksen muuttumista tulee myös tarkastella (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140). Opinnäytetyön tekijä on pohtinut säännöllisesti työn tarkoitusta ja suhtautumistaan työhön, mikä on osaltaan lisännyt työn luotettavuutta. Kokemus työn tärkeydestä ei ole muuttunut prosessin aikana. Mäkisen (2006, 158) mukaan plagioinnilla tarkoitetaan jonkun toisen materiaalin käyttämistä ilman ilmoittamista siitä, kenen tuotettu materiaali on. Plagiointi on epäeettistä. (Mäkinen 2006, 158.) Tässä opinnäytetyössä ei ole plagioitua tekstiä.

Tämän opinnäytetyön aineisto kerättiin teemahaastattelumenetelmällä. Haastattelumenetelmä oli osuva, koska sen avulla saatiin opinnäytetyön tehtävien mukaista tietoa haastateltavien kokemuksista. Ennen haastattelua on suositeltavaa informoida haastateltavia aiheesta ja sopia haastatteluista henkilökohtaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74; Hirsjärvi ym. 2008, 200-201.) Opinnäytetyön aiheesta kerrottiin yksiköihin yleisesti sähköpostitiedotteella ja vastaajille annettiin mahdollisuus keskustella ja kysyä aiheesta sekä käytännön asioista. Haastattelun luotettavuutta arvioidessa on hyvä myös raportoida, miten haastateltaviin otettiin yhteyttä (Hirsjärvi & Hurme 2004, 140). Haastattelut sovittiin sähköpostin välityksellä opinnäytetyön tekijän toimesta ja osallistujille annettiin mahdollisuus vaikuttaa haastattelujen ajankohtaan.

Teemahaastattelussa haastateltavan tulkinnat, asioiden merkitykset ja niiden ilmeneminen korostuvat vuorovaikutuksessa. Haastattelu etenee aiheesta aiemmin tutkitun tiedon perusteella rakennettujen työn tutkimustehtävien mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74-77, 86.) Haastattelut etenivät opinnäytetyön tehtävien (Liite 2.) mukaisesti. Tässä työssä menetelmä oli perusteltu, koska sen avulla saatiin aiheeseen rajattua tietoa tutkitavasta ilmiöstä. Teemahaastattelussa oletetaan haastateltavien ymmärtävän tutkimustehtävien sisällöt, joten tutkijan tehtävänä on valita haastateltaviksi henkilöt, jotka tietävät aiheesta mahdollisimman paljon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141.) Haastateltavat valittiin erikoisalalta, joten oletuksena oli, että teemojen sisällöt ymmärrettiin hyvin. Edellytyksenä haastatteluun osallistumiselle oli hoitotyöntekijänä toimiminen nuorisopsykiatrian avohoidon yksikössä Tampereella, jotta haastattelun sisältö vastaisi mahdollisimman hyvin opinnäytetyön tutkimustehtäviä.

Ryhmähaastattelulla tarkoitetaan tilannetta, missä haastateltavilta kerätään tietoa yhtäaikaaisesti ja tutkivasta ilmiöstä keskustellaan melko spontaanisti (Hirsjärvi ym. 2008, 205-206). Ryhmädynamiikan avulla keskustelu tiivistyy, päämäärän oivaltaminen helpottuu ja syvempään ymmärrykseen pääseminen mahdollistuu (Bowling 2002, 394). Tämän opinnäytetyön haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina neljässä nuorisopsykiatrian avohoidon yksikössä. Kussakin ryhmässä oli haastateltavia 2-4 henkilöä työryhmässä työskentelevien henkilöiden määrän mukaan. Haastattelut järjestettiin arkipäivänä työyksiköissä erikseen sovittun aikataulun mukaisesti. Ryhmähaastattelu kannustaa puhumaan aroista asioista yksilöhaastattelua paremmin. Ryhmä voi tukea väärinymmärrysten korjaamisessa ja muistamisessa tai estää kielteisten asioiden esiin tuomisen. Ryhmässä saattaa olla hallitseva persoona, joka pyrkii ohjailemaan liikaa keskustelun etenemistä. (Hirsjärvi ym. 2008, 205-206; Hirsjärvi & Hurme 2004, 63.) Ryhmähaastattelut toteutuivat melko tasapuolisina kaikkien osallistujien kannalta. Kahdessa ryhmässä oli havaittavissa hallitseva persoona, joka antoi silti tilaa myös muiden mielipiteille viimeistään haastattelijan kannustaessa muita puhumaan.

Haastattelijan tehtävänä on puhua haastateltaville yhtä aikaa, mutta myös yksilöllisesti (Hirsjärvi & Hurme 2004, 61.) Ryhmällä on puheenjohtaja, jonka tehtävänä on selvittää haastattelun tarkoitus ja helpottaa keskustelua. Puheenjohtajan ei tulisi kuulua samaan organisaatioon haastateltavien kanssa, eikä selittää sisältöjä tai sekaantua keskusteluun. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 62-63.) Opinnäytetyön tekijä toimi haastattelijana kaikissa ryhmähaastatteluissa, minkä osaltaan voidaan nähdä vaikuttavan aineistoon sisälle pääsemiseen paremmin. Yksi työntekijä saattaa myös kaventaa näkökulmaa työssä. Kahdessa ryhmähaastattelussa haastattelijat kuuluivat samaan organisaatioon ja yksikköön haastateltavien kanssa. Haastattelijan ja haastateltavien välinen tuttuus saattoi tuoda haastattelussa ilmiöitä rehellisemmin esiin, koska ilmiöt olivat tuttuja kaikille ja niistä oli siten helppo puhua. Toisaalta sen voidaan nähdä myös mahdollisesti heikentäneen objektiivisuutta. Haastattelutilanteissa tuotiin esiin haastattelijan rooli opinnäytetyön tekijänä eikä työryhmän jäsenenä, jotta objektiivisuus säilyisi. Haastattelijat pyrkivät pysymään objektiivisessa roolissa koko haastattelun ajan.

Ulkoiset tekijät vaikuttavat haastattelun kulkuun, siksi haastattelutilanne edellyttää rauhallista paikkaa (Hirsjärvi & Hurme 2004, 127). Tässä työssä haastattelupaikka valikoitui jokaisen yksikön tilanteen mukaan. Kaikissa yksiköissä oli erillinen neuvottelutila, jossa oli mahdollista keskustella ilman häiriötekijöitä. Yksi ryhmähaastattelu keskeytyi

kaksi kertaa ulkoisten tekijöiden vuoksi, mikä vaikutti tilasta toiseen siirtymiseen ja haastateltavien keskittymiseen.

Haastattelun laatua parantaa tutkimuspäiväkirjan pitäminen, koska se helpottaa aineiston myöhempää tulkintaa (Tuomi & Sarajärvi 2004, 184). Aineiston keräämisen aikana haastattelija piti päiväkirjaa, mihin merkittiin muun muassa haastattelujen erityispiirteet, kuten ryhmähaastattelujen koko ja häiriötekijät. Päiväkirjan pitäminen auttoi palauttamaan mieleen asiat analysointi- ja arviointivaiheessa. Haastattelun tallentaminen on edellytys aineiston analysoimiselle (Hirsjärvi & Hurme 2004, 127). Jokainen ryhmähaastattelu tallennettiin digitaaliselle sanelimelle sisällönanalyysin tekemistä varten. Anonymiteetin säilyttämiseksi sanelinta ja saneluita säilytettiin vain opinnäytetyön tekijän hallussa, lukollisessa kaapissa sekä salasanalla suojatuissa tiedostoissa.

Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä kesä- ja elokuun 2014 aikana. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi pyrkii siihen, että aineistosta luodaan teorettinen kokonaisuus, missä analysoitavat yksiköt valikoituvat tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien mukaisesti. Aiemmin kerätty tieto ei saisi vaikuttaa yksiköiden muodostumiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87, 95). Tässä työssä aineiston analysointi toteutui aineistolähtöisesti ja aineistosta pyrittiin muodostamaan kokonaisuus, joka vastaa opinnäytetyön tehtäviä ja tarkoitusta. Aineiston saturoitumisella tarkoitetaan sitä, ettei se tuota enää uutta tietoa, jolloin aineistoa päätellään olevan riittävästi. (Eskola & Suoranta 2005, 62; Tuomi & Sarajärvi 2009, 87.) Aineiston saturoituminen toteutui, koska viimeisen haastattelun aikana ei uutta tietoa työn aiheesta enää ilmennyt.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto ensin aukikirjoitetaan sanasta sanaan (Bowling 2002, 388; Hirsjärvi & Hurme 2004, 140). Aineisto aukikirjoitettiin opinnäytetyön tekijän toimesta sanelimelta tietokoneelle. Kirjoittamisen jälkeen tulisi aineistoa lukea kokonaisuutena useasti, jotta se pysyy analysointivaiheessa koossa ja se tulisi paremmin tutuksi (Hirsjärvi & Hurme 2004, 140, 143). Opinnäytetyön koko aineistoa luettiin aineistoon perehtymiseksi aukikirjoittamisen jälkeen.

Aineiston aukikirjoittamisen jälkeen aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja muodostetaan teoreettiset käsitteet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–111). Aineistosta nostetut alkupe-  
räisilmaukset pelkistettiin molempien opinnäytetyön tehtävien osalta sisällönanalyysi-

menetelmän mukaisesti. Tämän jälkeen muodostettiin alaluokat, yläluokat ja pääluokat. Analyysin edetessä alkuperäiseen aineistoon palattiin useita kertoja, jotta aineistosta esiin tulleet asiat säilyisivät alkuperäisessä kontekstissaan. Analyysiyksiköiden kokoamisen jälkeen tulokset aukikirjoitettiin esiin nousseiden luokkien mukaisesti. Tuloksia aukikirjoitettaessa, alkuperäiseen aineistoon palattiin useita kertoja, jotta näkökulmat tuotaisiin esiin mahdollisimman tarkasti. Aineiston kokoaminen ja analysointi tulee kuvata yksityiskohtaiseksi, jotta vaiheet muodostuvat lukijalle ymmärrettävämmiksi ja lukijan on mahdollista arvioida tutkimuksen tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Tässä työssä luotettavuutta lisää työn liitteenä oleva yksityiskohtainen kuvaus sisällönanalyysin vaiheista.

Kuluista, kuten matkakulut yksiköihin ja tulostukseen liittyvät kustannukset, huolehti opinnäytetyön tekijä itse, joten budjetti ei ole vaikuttanut työn lopputulokseen ja objektiivisuuteen.

### **7.3 Tulosten tarkastelu**

Opinnäytetyön kaksi tutkimuskysymystä potilaan hoidon jatkuvuudesta ja hoitoon sitoutumisesta kulkivat käsi kädessä työn tuloksia analysoitaessa. Osa esiin nousseista asioista vaikutti molemmissa teemoissa, hiukan eri näkökulmista katsottuna. Yhteisiä laajoja teemoja molemmissa tutkimuskysymyksissä olivat etenkin suunnitelmallinen hoito sekä nuoren ja perheen kuuleminen ja hoidossa mukana oleminen. Hoidon jatkuvuuden osalta nousi esiin erityisesti tiedon liikkumiseen ja siirtymiseen liittyvät asiat, palvelujärjestelmään liittyvät tekijät, yhteistyö oman yksikön ja muiden toimijoiden välillä, käytännön toimien vaikutus yhteistyöhön, yhteiset toimintatavat ja verkoston rooli. Hoitoon sitoutumiseen liittyen korostuivat erityisesti työntekijän hoitosuhdetaidot, ympäristötekijöiden vaikutus, perhetyön olemus ja vaikutus, psykoedukaatio ja nuoren pystyvyys.

### 7.3.1 Potilaan hoidon jatkuvuuteen vaikuttavat tekijät

#### *Suunnitelmallisuus*

Terveydenhuoltolaki (7§) määrittää, että potilaalle on laadittava tarvittaessa hoitosuunnitelma. Asetuksessa potilasasiakirjoista (7§) määritetään, että potilaan asiakirjoihin tulee kirjata kaikki oleelliset asiat potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan kannalta. Terveys- ja hoitosuunnitelmassa potilaskeskeisyyttä määritellään siten, että samassa suunnitelmassa kuvataan kaikki potilaan terveysongelmat ja niihin liittyvät terveydenhuollon suunnitelmat tutkimus-, hoito-, kuntoutus- ja seurantatoimet. Hoidon jatkuvuutta tuetaan parhaiten siten, kun kaikki terveydenhuollon henkilöt käyttävät ja päivittävät samaa suunnitelmaa. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 12.) Tämän opinnäytetyön tulokset osoittivat, että on tärkeää suunnitella potilaan jatkohoitoa etukäteen, jotta lähettäminen jatkohoitoon etenisi tarkoituksenmukaisimmin ja se olisi tarpeen mukaista. Suunnitelmalliset kannattelukäynnit aiemmassa hoitoyksikössä nähtiin potilaan jatkohoitoa edistävinä asioina.

Laitila (2010, 136) ja Komulainen ym. (2011, 17) kuvailevat, että asiakkaalle tulee antaa mahdollisuus tulla kuulluksi ja vaikuttaa omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin, eikä päätöksiä tule tehdä asiakkaan selän takana. Tämänkin työn tulokset osoittivat, että hoidon tarpeen selkeyttäminen yhdessä potilaan kanssa on tärkeää. Tuloksissa tuli myös esiin, että yhdessä on myös hyvä pohtia nuoren kokemusta jatkohoidon tarkoituksenmukaisuudesta. Nuoren omaa ymmärrystä hoidon tarpeesta pidettiin merkittävänä. Komulainen ym. (2011, 17) lisää, että asioita, joita potilas ei koe ongelmiksi, ei yleensä kirjata hoitosuunnitelmaan. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa tulee päivittää yhdessä kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien hoitotyöntekijöiden kanssa (Komulainen 2011, 16). Myös yhteisen ymmärryksen saavuttamista hoidon tarpeesta muiden hoitoon osallistuvien toimijoiden kanssa pidettiin tärkeänä.

Tässä työssä ilmeni, että hoidon siirtyessä eteenpäin, jo työstettyjen asioiden kertominen jatkohoitoon ja jatkohoidon tavoitteiden määrittäminen yhdessä siirtoneuvotteluissa oli tärkeää. Komulainen ym. (2011, 20) kuvailevat hoidon tavoitteen tarkoittavan tilaa, johon pyritään yhdessä sovitulla hoidolla. Hoidon tavoitteet tulee laatia potilaan kanssa yhdessä ja niiden tulee olla realistisia. (Komulainen ym. 2011, 20.) Realististen tavoit-

teiden asettaminen nähtiin tässä työssä jatkuvuutta edistävänä ja saavutetut tavoitteet koettiin työntekijöiden keskuudessa myönteisinä. Laitila (2010, 133, 135) on samaa mieltä siitä, että työntekijän hyvinvointi ja motivaatio lisääntyy potilaan tavoitteiden täytyessä (Laitila 2010, 133, 135).

### *Asiakaskeskeisyys*

Potilaan kanssa työskennellään yksilöllisesti ja tilanne kokonaisvaltaisesti huomioiden. Aito kohtaaminen ja vakavasti ottaminen lisäävät potilaan kuulluksi tulemisen kokemusta. (Laitila 2010, 125.) Tämä työn tulokset osoittivat, että potilasta tulee rohkaista oman mielipiteen kertomissa, koska sen nähdään lisäävän hoidon jatkuvuutta ja hoitomotivaatiota. Hyvä hoitosuhde ja puhumaan rohkaiseminen edesauttavat asiakkaan oman mielipiteen esiin tuomista (Kuorilehto 2014, 85). Potilasta ja hänen perhettään tulee kannustaa tuomaan esiin omaa asiantuntijuuttaan esimerkiksi päätöksentekotilanteissa (Piippo & Aaltonen 2004, 882). Tässä työssä ilmeni, että nuorten ja vanhempien kanssa käytävän motivaatiokeskustelun koettiin lisäävän jatkuvuutta, heikon motivaation ja sairautentunnottomuuden heikentävän. Laitilan (2010, 130) mukaan yhteistyösuhteissa tulee myös pystyä realisoimaan sekä ajoittain myös rajoittamaan toimintaa ja oikeuksia, mikäli asiakkaalla itsellään ei ole voimavaroja oman hoidon tarpeensa arviointiin. Tämänkin työn tulokset osoittavat, että nuoren tilanteesta riippuen, voidaan päätöksiä joutua tekemään myös nuoren puolesta.

Opinnäytetyön tulokset osoittavat, että nuoren kanssa on hyvä käydä siirtymiseen liittyvää keskustelua, koska luopumiseen liittyvä keskustelu koettiin kuntouttavana ja seuraavaa hoitosuhdetta edistävänä. Olennaisena tuli esiin, että työntekijällä on ennalta tietoa jatkohoitopaikasta, jotta nuorelle ja perheelle voidaan antaa tietoa, koska tiedon antaminen lisää jatkuvuutta. Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa tuli esiin, että perheitä olisi hyvä valmistella paremmin aikuisten palveluihin siirryttäessä, koska perheorientoitunut hoito vaikuttaa myönteisesti erityisesti päihdeongelmista ja käytöshäiriöistä kärsivien nuorten vointiin. (Smith ym. 2006, 112.) Myös Beech & Norman (1995) ja Richmond & Robertson (1995) ovat todenneet, että potilaille on oleellista kertoa hoidon sisällöistä ja lääkehoidosta (Wallace ym. 1999, 1151). Tämän työn tulosten mukaan nuoren ja perheen kanssa on oleellista keskustella hoidon rakenteista ymmärrettävällä tavalla, koska keskustelun koettiin selkeyttävän siirtymävaiheita sekä lisäävään jatkuvuutta.

Hätönen ym. (2008, 756) tuovat esiin myös, että potilasohjauksen tärkeimpiä osa-alueita ovat tieto hoidon rakenteista ja vaihtoehdoista.

Wallace ym. (1999, 1147-1152) kertoo potilailla ja heidän perheillään olevan psykiatrisesta hoidosta sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia. Tässä työssä aiempien hoitokokemusten vaikutus jatkohoitoon tuotiin esiin tärkeänä jatkuvuuteen vaikuttavana tekijänä. Kilcku (2008, 95) painottaa tutkimuksessaan ensimmäisen hoitokontaktin tärkeyttä. Nuoren ja perheen ensimmäisen hoitokokemuksen myönteinen sujuminen tuli esiin tämänkin työn tuloksissa, koska sen nähtiin vaikuttavan myönteisesti luottamukseen hoidosta sekä jatkohoidon onnistumiseen.

Tämän työn tuloksissa hoitotyöntekijän ammattitaidolla tarkoitettiin kokemusta ja varmuutta tuoda esiin asioita. Laitila (2010, 107) kuvailee, että potilaat odottavat hoitotyöntekijällään olevan ammattinsa ja kokemuksensa vaatimaa ammattitaitoa ja osaamista. Hoitotyöntekijän tulee arvioida säännöllisesti yhteistyötään potilaiden ja perheiden kanssa varmistaakseen, että hoito vastaa perheen tarpeita (Piippo & Aaltonen 2004, 884). Jatkuvan osaamisen arvioinnin ja kyvyn itsereflektioon nähtiin vaikuttavan jatkuvuuteen myönteisesti myös tämän työn tulosten osalta.

### *Yhteistoiminnallisuus*

Ødegård (2009, 291) kuvaa tutkimuksessaan, että moniammatillisen yhteistyön kulmakivet ovat motivaatio, johtaminen, sosiaalinen tuki ja organisaation kulttuuri. Tässä työssä yhteistyön toimivuus koettiin vaihtelevana, yhteistyötä toivottiin lisää ja sen toivottiin parantuvan etenkin organisaation ulkopuolella eri yksiköiden välillä. Muiden hoitoverkoston työntekijöiden säännöllisiä tapaamisia pidettiin yhteistyötä parantavana toimintatapana. Myös Kuorilehto (2014, 81) toteaa, että suuressa organisaatiossa yhteistyötä vahvistaa toisten työntekijöiden tapaaminen, joka edistää ja helpottaa yhdessä toimimista.

Hoitoketjut edistävät vastuun ottamista potilaan hoidon järjestämisestä ja tiedon kulmisesta hoitopaikkojen välillä (Ketola ym. 2006, 7). Tämän työn tuloksista ilmeni, että useiden toimijoiden määrä hidastaa tiedon kulkua. Myös palveluiden pirstaleisuus ja työntekijöiden toisistaan irrallaan toimimisen kuvattiin vaikuttavan kielteisesti hoitoon sitoutumiseen. Kuorilehto (2014, 100) toteaa työntekijän vaihtumisen uhkaavan hoidon

jatkuvuutta ja asiakkaiden kokevan sen turhauttavana, koska asiat pitää aloittaa usein alusta ja eteneminen on tällöin hidasta. Tämän työn tulokset osoittivat, että neuvottelujen yhdistäminen vähentää potilaiden kuormitusta asioiden uudelleen aloittamisen suhteen. Työntekijöiden jatkuva vaihtuminen koetaan usein palvelujärjestelmän ongelmana, joka vaikuttaa kielteisesti potilaan ja läheisten yhteistyöhön hoitavien henkilöiden kanssa (Kilkku 2008, 87). Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan nuoret tarvitsevat hoidon siirtymävaiheessa monipuolista tukea, mikä edellyttää eri yksiköiden välistä joustavaa ja holistista yhteistyötä (Richards & Vostanis 2004, 120). Tämän työn tuloksista ilmeni, että hoitopaikkojen toisiinsa limittyminen koettiin tärkeänä ja siirtymisen paikasta toiseen toivottiin olevan sujuvaa, jatkuvaa sekä helppoa. Työntekijän mukana oleminen siirtoneuvotteluissa koettiin sujuvuutta edistävänä ja päällekkäisyyttä vähentävänä tekijänä.

Laitila (2010, 124) tuo esiin, että potilaan tilanne tulee huomioida kokonaisuutena siten, että kokonaistilanne on selvitetty ja perhe sekä muut läheiset otetaan hoitoon mukaan. Työn tulokset osoittivat, että hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä perheen ja koko verkoston kanssa koettiin olevan oleellinen hoidon jatkuvuutta tukeva tekijä. Kiireellä kerrottiin olevan negatiivinen vaikutus suunnitelmalliseen työskentelyyn. Kiireen ja vähäisten henkilöstöresurssien on todettu heikentävän asiakaslähtöistä työskentelytapaa, mikä johtaa vastaanottoaikojen lyhentymiseen ja liian vähäiseen perehtymiseen (Laitila 2010, 127). Potilaiden kokemuksen mukaan hoidosta keskusteleminen avoimessa ilmapöydässä yhdessä kaikkien ammattilaisten, potilaan ja potilaan läheisten kanssa antaa laajemman kuvan potilaan kokonaistilanteesta (Piippo & Aaltonen 2004, 881). Tämän työn tulokset osoittivat suunnitelmalliseen hoitoon sisältyvän ennakkosuunnitelmien lisäksi pidemmän jakson tavoitteet sekä mahdollisten intensiivisten hoitajaksojen suunnittelu.

Työn tulosten mukaan potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta on oleellista, että potilaan hoidosta on vastuussa yksi henkilö, koska sen koettiin edesauttavaksi potilaan kokemusta hoidon jatkuvuudesta ja selkeyttäväksi hoitovastuuta. Hoitoketjuilla pyritään varmistamaan potilaan hoidon järjestämistä ja selventämään hoitoon osallistuvien henkilöiden tehtäviä (Ketola ym. 2006, 7). Potilaan terveys- ja hoitosuunnitelmassa on suositeltavaa määritellä terveydenhuollon palvelun tuottaja, esimerkiksi terveydenhuollon henkilö, joka koordinoi ja huolehtii hoitosuunnitelman toteutumisesta (Ketola ym. 2006, 7; Komulainen ym. 2011, 18). Tämän työn tuloksissa hoitovastuu vasta palveluiden piiriin tulleella potilaalla koettiin usein epäselvänä ja vastuukysymykset vaihtelivat. Richardsin

& Vostanisin (2004, 125) mukaan jatkuvuutta siirtymävaiheissa edistää vastuuntyöntekijän tai -tiimin työskentely. Tulokset osoittivat, että hoidon ollessa jo olemassa, koettiin hoitovastuu selkeämpänä. Alkavan hoidon suunnitteleminen ja yhteydenpito eri yksiköiden toimijoiden välillä sekä siirtoneuvotteluihin osallistuminen nähtiin myönteisenä ja jatkuvuutta edistävänä.

Alueellinen yhteinen tietojärjestelmä lisää yhteistyötä ja tiedon saatavilla olemista potilaan asioissa eri organisaatioiden välillä mutta heikentää vastuukysymyksiä monisairaalan hoidossa (Mäenpää 2012, 55–56). Yhteydenpitoa ja tietojen vaihtamista eri yksiköiden työntekijöiden välillä hoidon aikana pidettiin tärkeänä suunnitelmallisuutta edistävänä tekijänä tämän työn tulosten osalta. Tiedon siirtämistä kasvotusten pidettiin parempana kuin tietojärjestelmien kautta, koska tulokset osoittivat, ettei kirjallinen palaute sisällä kaikkea oleellista tietoa. Tässä työssä tiedon eteenpäin siirtymisen kuvattiin vaikuttavan siihen, kuinka tärkeänä tiedonsiirtoa pidettiin ja kuinka kattava hoidon loppupalaute oli. Wallace ym. (1999, 1148) tuovat esiin, että potilaat kokevat suunnitellut siirtymiset osana laadukasta psykiatrista hoitoa. Myös tämän työn tuloksissa tuli esiin, että hoidon suunnitteleminen aiemman työntekijän kanssa ja nuoren tietoihin perehtyminen etukäteen koettiin myös merkittävänä jatkuvuutta edistävänä tekijänä. Etukäteistietoa siirtymisen ajankohdasta pidettiin oleellisena, mutta etukäteen saatavan siirtymisaikataulun saamisesta oli vaihtelevia kokemuksia.

Psykiatrisilla potilailla on kokemuksia kuulematta jäämisestä moniammatillisissa neuvotteluissa. Yhteisen keskustelun tulisi perustua dialogisuuteen, jolloin kaikilla osallistujilla on mahdollisuus osallistua keskusteluun ja päätöksentekoon. Dialogisuus on keino auttaa avaamaan sitä, miten varuillaan potilaat ja heidän läheisensä saattavat olla vaihtoehtoisten mielipiteiden lausumisen suhteen. (Vuokila-Oikkonen, Janhonen & Nikkonen 2002, 30–31.) Työn tulokset osoittivat, että työntekijän mukana olemista siirtoneuvotteluissa pidettiin tärkeänä. Neuvotteluihin osallistumisen koettiin vaihtelevan työntekijästä riippuen ja osallistumisesta oli kokemusta etenkin aikuispuolelle siirryttäessä. Tulosten mukaan aikataulut, resurssit ja välimatka vaikuttivat neuvotteluihin osallistumiseen. Yhden ja saman työntekijän jalkautumista nuoren ja perheen kanssa eri neuvotteluihin pidettiin tärkeänä ja sitoutumista edistävänä työmuotona siirtymävaiheissa.

Keskustelu potilaan asioissa neuvottelutilanteessa tulee perustua dialogisuuteen, mikä tarkoittaa sitä, että kaikki läsnäolijat voivat ottaa kantaa hoitoon ja osallistua päätöksentekoon yhteistyössä muiden kanssa (Vuokila-Oikkonen ym. 2002, 30). Tässä työssä yhteisen ymmärryksen löytämisellä tarkoitettiin kaikkien hoitavien tahojen näkökulmien huomioimista ja yhteisen ymmärryksen löytymistä eri näkökulmien välillä potilaan parhaaksi. Yhteinen ymmärrys nähtiin samankaltaisena käsityksenä potilaan hoidon tarpeesta ja hyvinvoinnista, mikä edellytti, että kaikilla tahoilla on riittävä tieto potilaan tilanteesta ja pyrkimys samaa tavoitetta kohti. Tässä työssä toisten toimijoiden kunnioittamisen koettiin vaikuttavan myönteisesti nuoren turvallisuuden tunteeseen hoitosuhteessa. Kunnioittamisella tarkoitettiin kunnioittavaa puhetta ja arvostusta toisia toimijoita kohtaan. Kuorilehto (2014, 89) toteaa virheellisten käsitysten toisista yhteistyökumppaneista heikentävän yhteistyön toimivuutta.

### *Ulkoiset tekijät*

Organisaation tuki toteutettavalle työskentelylle tuli esiin merkityksellisenä tekijänä jatkuvuuden kannalta tämän työn tuloksissa. Johdon roolia pidetään tärkeänä uutta toimintaa kehitettäessä ja johdon tehtävänä on luoda edellytykset yhteistyön ja asiakaslähteisen työn tekemiselle. Johdon hyväksyntä ja kiinnostus sitouttaa työntekijöitä työskentelyyn sekä ohjaa työntekijöiden asenteita. (Kuorilehto 2014, 82, 86, 95; Laitila 2010, 128.) Tämän työn tulokset osoittivat organisaation hyväksymisen esimerkiksi kentälle jalkautumisen suhteen olevan tärkeää. Kannustusta sekä keskustelua jalkautumisen suhteen toivottiin lisää.

Alueellisissa hoitosuosituksiin perustuvissa hoitoketjuissa kuvataan kenen vastuulla on tietyn sairauden ehkäisyyn, diagnosointiin ja hoitoon liittyvät asiat ja missä paikassa. Paikallisissa toimintaohjeissa tai hoitopoluissa määritellään, miten hoitosuosituksia toteutetaan kussakin toimintayksikössä. (Mäntyranta ym. 2003, 7-9, 14.) Tampereen kaupungin ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Nuorisopsykiatrian avopalveluiden hoitoketjussa eritellään kahden eri yksikön hoitolinjaukset (Liite 1). Tässä työssä ilmeni, että nuoren liikkuminen hoitoketjussa diagnoosin mukaan koettiin asiakkaan pompotteluna eikä siihen koettu voitavan vaikuttaa. Suunnittelua potilaan siirtymisestä toiseen yksiköön pidettiin tärkeänä, eikä sitä koettu hyväksi tehdä perheen kustannuksella, jos läheite päädytään kääntämään takaisin. Tehtävänjaon mukaisen potilaan liikkumisen ja hi-

taan läheteiden käsittelemisen nähtiin vaikuttavan heikentävästi potilaan hoitomotivaatioon ja luottamukseen.

### 7.3.2 Potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

#### *Suunnitelmallinen hoito*

Tulokset osoittivat, että etenkin jatkohoitoon sitoutumisen kannalta tulee potilaalla olla olemassa selkeä hoitosuunnitelma, jossa on määriteltynä siirtymisen ajankohta, koska se edistää suunnitelmallista työskentelyä jatkohoitoa odottaessa. Potilasasiakirjoista laaditun asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä tarpeelliset ja riittävän laajat tiedot potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi (Asetus potilasasiakirjoista 7§). Kansallisesti määritellyn terveys- ja hoitosuunnitelman tarkoituksena on määritellä samassa hoitosuunnitelmassa kaikki potilaan terveysongelmia koskevat suunnitelmat, mikä mahdollistaa potilaan hoidon arvioimisen ja järjestämisen kokonaisuutena. Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitteena on potilaskeskeisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus ja tietojärjestelmien hyödyntäminen. Hoitosuunnitelma rakentuu kuudesta potilaan kanssa yhdessä suunnitellusta komponentista, jotka ovat terveys- ja hoitosuunnitelma, hoidon tarve ja tavoite, hoidon toteutus ja keinot sekä tuki, seuranta ja arviointi, terveydenhuollon ammattihenkilö ja suunnitelman lisätiedot. Jatkohoidon järjestämistä koskevassa hoitosuunnitelmassa ydintietoina ovat: jatkohoidon syy, jatkohoitopaikka ja palvelu. (Komulainen ym. 2011, 9, 12, 16.) Tämän työn tulosten mukaan hoitosuunnitelmassa pidettiin tärkeänä kuvata myös sitä, miten mahdollisissa hätätilanteissa toimitaan ennen jatkohoitoon siirtymistä.

Tuloksista ilmeni, että hoitosuunnitelman yhdessä tekeminen edistää hoitoon sitoutumista ja ennakoimattomuus esimerkiksi siirtymisen aikataulussa estää hoitoon sitoutumista. Palveluita suunnitellessa perheen osallisuus on tärkeää. Työntekijän tulee tarjota erilaisia vaihtoehtoja, mistä perheen kanssa yhdessä valitaan sopivimmat tukimuodot. (Kuorilehto 2014, 84.) Tässä työssä hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä perheen kanssa kuvattiin tärkeänä. Keskustelua jatkohoitoon siirtymisestä pidettiin myös suunnitelmallisuutta tukevana asiana. Ymmärryksen lisääntymisen siirtymisen syistä nähtiin edesauttavan hoitoon sitoutumista. Ajoittain perusteleminen siirtymisen syistä koettiin

työntekijälle haasteellisena, aikuispuolelle siirtyminen nähtiin diagnoosin mukaan siirtymistä ymmärrettävämpänä siirtymisenä.

Tulosten mukaan nuoren tilannetta edistää esimerkiksi se, että nuori pääsee koulupäivän aikana tarvittaessa nopeasti asiantuntijan vastaanotolle. USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että oppilaat, jotka kokivat tarvitsevansa apua lievissä mielenterveydenongelmissa, saivat apua ongelmiinsa koulussa olevalta mielenterveystyön ammattilaiselta. Palvelun sijaitseminen koulun yhteydessä nähtiin tärkeänä osana kouluperustaista terveydenhuoltoa. (Gampetro, Wojciechowski & Amer 2012, 29.)

Laitila (2010, 123,130,134) kertoo, että hoitosuunnitelma tulee tehdä yhdessä asiakkaan mielipide huomioiden, koska asiakaslähtöinen työtapo sitouttaa asiakasta hoitoon. Hoitosuhteen selkeä päätös edesauttaa potilaan selviytymistä myös jatkossa. (Laitila 2010, 123,130,134.) Tämän työn tulokset osoittivat, että hoitojen määräaikaaisuudesta keskusteleminen perheen kanssa koettiin potilaan hoitoon sitoutumista lisäävänä tekijänä. Nuorten psykososiaalisesta hoidosta ja lääkehoidosta tehdyt tutkimukset nuorten masennuksen uusiutumiseen liittyen puoltavat määräaikaaisia hoitoja, koska esimerkiksi vakavan masennuksen jälkeisen fluoksetiinihoidon on osoitettu suojaavan masennuksen uusiutumiselta 6kk ajan, lääkehoidon ja psykososiaalisen hoidon yhdistelmän on todettu suojaavan 6kk ajan pelkkää lääkehoitoa paremmin ja kognitiivisen terapian on osoitettu olevan tehokas masennuksen ehkäisykeino akuuttivaiheen jälkeen 6-12kk ajan. (Marttunen 2009a; Marttunen 2009b; Marttunen 2009c.) Tulosten mukaan kielteisenä sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä nähtiin ei-määräaikaaiset pitkät hoitosuhteet, missä nuoren pärjäävyyteen ilman hoitoa ei luotettu.

Terveystieteiden lain (53§) määrittelee, että lasten ja nuorten erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava viimeistään 3 viikon kuluttua lähetteen saapumisesta, kuuden viikon kuluessa tulee päästä erikoislääkärin vastaanotolle ja varsinainen hoito tulee aloittaa 3 kuukauden kuluessa lähetteen vastaanottamisesta. Tässä työssä nousi esiin nuoren tilanteen vaihdelleen ennen hoitajakson alkamista hoidon tarpeen loppumisesta hoidon tarpeen lisääntymiseen. Nuoren kerrottiin muun muassa turhautuneen hoidon odottamiseen, koska suurempia työstettäviä asioita ei nähty tarkoituksenmukaisena aloittaa ennen hoitajaksoa. Tuloksista tuli myös ilmi, että nuori oli saattanut odottaa hoitajakson alkamista puolikin vuotta. Pitkän odotusajan koettiin heikentävän hoitoon sitoutumista sekä luottamusta hoitoa kohtaan.

Käsityseroja eri hoitomenetelmistä ja liian suurista odotuksista hoitotulosten suhteen voidaan madaltaa siten, että verkostoissa keskustellaan eri työmenetelmien perusteista (Kuorilehto 2014, 84). Tulokset osoittivat, että lähettävällä taholla on oleellista olla hyvät tiedot hoitoprosessin etenemisestä ja hoidon sisällöistä, koska tämän koettiin edistävän potilaan hoitoon sitoutumista. Lähettävän tahon ymmärrys eri hoitomenetelmien vaikutuksista koettiin vaikuttavana tekijänä jo ennen hoidon aloittamista.

Työn tulokset osoittivat perheillä olevan kokemuksia asioiden useaan kertaan kertomisesta, minkä vuoksi asioiden kokonaisvaltainen hallinta koettiin tärkeänä. Samojen asioiden toistaminen saattaa aiheuttaa perheelle kokemuksen kuulematta jäämisestä tai asioiden merkityksettömyydestä. Potilaan kanssa tulee työskennellä tilanne kokonaisvaltaisesti huomioiden. Potilaan kohtaaminen aidosti ja asioiden ottaminen vakavasti lisää potilaan kuulluksi tulemisen kokemusta. (Laitila 2010, 125.) Asiakkaan kanssa tulee puhua yhteistyötahojen kanssa puhuttavista asioista yhdessä, eikä salassapitovelvollisuus saisi olla yhteistyön esteenä (Kuorilehto 2014, 99). Tulosten mukaan asioiden useaan kertaan kartoittamisen kerrottiin vaikuttavan perheisiin kielteisesti, minkä vuoksi nähtiin tärkeänä keskustella potilaan kanssa siitä, mitä tietoja hän haluaa välitettävän jo etukäteen jatkohoitopaikkaan. Aiemmassa tutkimuksessa todetaan myös, että oman tilanteen kertaaminen on potilaalle kuormittavaa sekä aiheuttaa uudelle hoitajalle haastetta arviointiin, koska tilanteen vertaaminen aiempaan ei ole mahdollista (Kilkku 2008, 87-88).

Tutkimusten mukaan esimerkiksi nuorten syömishäiriöitä hoidettaessa joustava ja yksilöllisesti tehty hoitosuunnitelma auttaa kontrolloitua hoito-ohjelmaa paremmin hoitotyöntekijöitä tukemaan nuoren kehitystä huolehtia itsestään paremmin (Tapanainen 2009). Wallace ym. (1999, 1149) kertovat tutkimuksessaan potilaiden arvostavan yksilöllistä ja yksilön omista tarpeista lähtevää hoitoa. Tämänkin työn tulosten mukaan yksilöllinen ja joustavasti rakennettu hoito, kuten pysyvät arkirutiinit ja toipumisen tukeminen koulua käymällä nähtiin merkityksellisenä hoitoon sitoutumisessa. Oikeanlaista tukea, kuten erityisopettajan tuki ja lukujärjestyksen kevennykset, nähtiin oleellisena järjestää. Kaltiala-Heinon ym. (2010, 2035-2036) mukaan mielenterveydenhäiriöt eivät parane koulusta pois jäämisellä, siksi koulussa oleminen yksilöllisin järjestelyin, esimerkiksi opetuksen lisääminen asteittain, on erityisen tärkeää. Vastuun antaminen potilaalle edistää selviytymistä jatkossa (Laitila 2010, 130). Myös tämän työn tuloksista

ilmeni, että nuoren rajaamisen ja vastuuttamisen omasta arjestaan, kuten poissaoloista ilmoittamisen, koettiin tukevan sitoutumista. Potilaan myönteinen tukeminen siirtoneuvotteluissa koettiin sitoutumista edistävänä asiana.

### *Työskentely*

Työn tulosten mukaan luottamuksellinen hoitosuhde on hoitoon sitoutumisen lähtökoh- ta. Hoitavalla henkilöllä on vaikutusta psykososiaalisen hoidon lopputulokseen (Mäkelä & Aalto 2010). Potilaan ja hoitotyöntekijän väliseen luottamukseen vaikuttaa myös hoi- totyöntekijän avoin asenne ja potilaan kuuleminen hänelle tärkeissä asioissa (Piippo & Aaltonen 2004, 881; Kilkku 2008, 96). Luottamus koetaan nuorten keskuudessa edelly- tyksenä avun saamiselle, mutta on huomioitava, että esimerkiksi perheväkivallan uhrit ovat saattaneet menettää uskonsa auttajiin tai luottamus on saattanut muodostua erittäin tiiviiksi auttaa kohtaan (Lepistö 2010, 74). Tulosten mukaan myönteisenä asiana koet- tiin luottamuksesta puhuminen ja se, että nuorelle annetaan aikaa luottamuksen karttu- miselle. Luottamusta heikentävänä tekijänä pidettiin nuoren yksin jättämistä, esimerkik- si siirtoneuvotteluissa. Hyvän yhteistyösuhteen luominen, luottamuksellinen ilmapiiri, asiakasperheen arvostaminen ja puhumaan rohkaiseminen antavat pohjan myös potilaan oman mielipiteen julkituomiselle (Kuorilehto 2014, 85).

Laitila (2010, 129, 132) kuvailee työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutussuhteen olevan tasa-arvoinen, mutta ammatillinen sekä rohkaiseva suhde, missä työntekijän tu- lee välttää asiakkaan liikaa ohjailua sekä vallankäyttöä (Laitila 2010, 129, 132). Tulok- sissa ammatillinen tasavertaisuus hoitosuhteessa kuvattiin siten, että työntekijä asettuu nuoren kanssa samalle viivalle, puhuu nuoren kanssa samalla kielellä ja ottaa sopivasti kantaa nuoren asioihin. Kuorilehto (2014, 8) toteaa, että jumiutuminen omaan työrooliin ja ammattinimikkeeseen heikentää myös perhetyön laatua. Työmenetelmiä tulisi siis soveltaa luovasti asiakkaan tarpeiden mukaisesti (Kuorilehto 2014, 91; Laitila 2010, 129). Tuloksista nousi esiin että työntekijän joustamattomuus vaikuttaa kielteisesti hoi- tosuhteeseen. Rehellisyyttä, kuten puheeksi ottamisen taitoa, työntekijän aitoutta ja ai- toa läsnäoloa kuvailtiin hyvää hoitosuhdetta ylläpitävinä asioina.

Työntekijän kyvyt rajata omaa työtänsä nähtiin sitoutumista edistävänä tekijänä tämän työn tulosten mukaan. Resursseilla kerrottiin olevan vaikutusta myös työntekijään ky- kyyn olla aidosti läsnä hoitosuhteessa. Työtehoa koettiin vähentävän, mikäli päivän ai-

kana on liikaa tapaamisia tai liian vähän taukoja. Myös nuoren etuna nähtiin se, että työntekijä ymmärtää rajata töitensä. Työnohjaus on yksi tärkeä keino, minkä avulla on mahdollista tarkastella omaa työskentelyä ja sen vaikutusta nuoren sekä perheen hoitoon (Laitila 2010, 133).

Työn tuloksista ilmeni, että nuoren ja perheen aktiivisen mukana olemisen tiedon siirtämisessä, kuten läsnä oleminen siirtoneuvotteluissa ja tiedottaminen puhelinkeskusteluista, koettiin edistävän hoitoon sitoutumista sekä vähentävän nuoren jännitystä seuraavasta hoitopaikasta. Osallisuus lisää perheen kokemusta saada tuotua esiin tarpeitaan yhteistyöneuvotteluissa. (Kuorilehto 2014, 84.) Potilaiden mukaan laadukkaaseen hoitoon sekä osasto- että avohoidossa kuuluu suunnitellut siirtymiset hoitotahojen välillä, pääsy samaan yksikköön kuin aiemmin, sama hoitohenkilökunta ja vastuuhoitaja (Wallace ym. 1999, 1148). Tulokset osoittivat, että tietojen hidaskulkuminen yksiköiden välillä heikentää hoitoon sitoutumista. Tiedon kulun kerrottiin olevan hidasta pirstaloituneen systeemin vuoksi, minkä koettiin aiheuttavan yksiköissä samojen kartoitushaastattelujen toistamista. Kuorilehdon (2014, 90-91, 98) mukaan palvelukokonaisuuksien koordinointi ja yhteistyön hyvät toimintatavat lisäävät palveluiden näyttäytymistä asiakkaalle kokonaisuutena. Hallinnon tehtävänä on linjata palvelut kokonaisuudeksi palveluiden pirstaloitumisen ehkäisemiseksi. Yhteiset linjassa olevat päätökset näkyvät kentällä hyvinä toimintatapoina. (Kuorilehto 2014, 90-91, 98.) Tulosten mukaan yksiköiden välinen sujuva rajapintatoiminta kuvattiin olennaisena asiana sitoutumisesta puhuttaessa.

Hyvien käytänteiden leviäminen kenttätöihin lisää uusien toimintatapojen leviämistä ja sitouttaa myös muita työntekijöitä uusiin toimintatapoihin. Yhteistyön esteenä saattaa olla tiedon puute toisten ammattilaisten työstä. (Kuorilehto 2014, 87). Ammattihenkilöiden välinen työnjako ja työajanjärjestely selkeyttävät yhteistyötä ja sille löydetään aikaa, jos työntekijät itse niin haluavat (Kuorilehto 2014, 104). Tuloksista ilmeni, että yhteistyöstä oli vaihtelevia kokemuksia sekä hyviä että huonoja. Yksiköiden välisissä toimintatavoissa oli epäselvyyksiä, jonka kuvattiin heikentävän nuoren hoitoon sitoutumista ja luottamusta hoitoon. Yhteisiin toimintatapoihin kaivattiin lisää selkeyttä. Hyvien ja kaikkien tiedossa olevien käytänteiden sekä joustavan työotteen nähtiin vaikuttavan myönteisesti yhteistyöhön. Richards & Vostanis (2004, 124) tuovat esiin myös tutkimuksessaan, että koordinoitu yhteistyö eri yksiköiden välillä, moniammatilliset tiimit ja yhteinen päätöksenteko vahvistavat vuorovaikutussuhteita sekä ammatillisia taitoja ja

resursseja. Tulosten mukaan päällekkäinen työskentely eri tahojen välillä vaikuttaa tiedon kulkemiseen sekä myönteisesti että kielteisesti. Moniasiantuntijuudesta on aiemmassa tutkimuksessa myönteisiä kokemuksia. Työntekijöitä pidetään ammattilaisina, joilla on arvot ja asenne kohdallaan, yhteistyö on tasa-arvoista, suvaitsemattomuutta ei esiinny eikä tukimuotojen tai terapioiden vaikutuksista ole käsityseroja. (Kuurilehto 2014, 83.)

Ulkoisilla tekijöillä on vaikutusta potilaan sitoutumiseen. Wallace ym. (1999, 1148) toteavat tutkimuksessaan myös potilaan fyysisen hoitoympäristön vaikuttavan kuntoutumiseen. Laitila (2010, 118) kuvaa työntekijöiden kokevan, että myös ryhmällä ja vertaistuellalla on merkittävä osuus potilaan kuntoutumisessa. Myös tämän työn tuloksissa tuli esiin ryhmän vaikutus hoitoon sitoutumiseen liittyen. Työntekijät kuvailivat nuorten tuoneen esiin ryhmän saattaneen olla ainoa kuntoutumiseen liittyvä auttava tekijä. Tämän työn tuloksissa ilmeni myös, että psykiatriseksi potilaaksi leimaantuminen koettiin sitoutumiseen kielteisesti vaikuttavana tekijänä. Skitsofrenian, depression ja post-traumaattisen stressireaktion stigmatisoitumisen määrää vertailevassa tutkimuksessa todettiin skitsofrenian olevan nuorten keskuudessa näistä eniten stigmaa herättämä sairaus. Negatiiviset asenteet sairauksia kohtaan vähenevät, mitä enemmän tietoa tai kokemusta nuorilla niistä oli. (Arbanas 2008, 48, 50.) Työn tulosten mukaan perheillä kuvattiin esiintyvän edelleen pelkoja mielenterveysongelmista sekä leimaantumisesta. Olennaisena pidettiin sitä, että työntekijä pyrkii vähentämään leimaantumisen pelkoa. Aiemmassa tutkimuksessa tulee esiin, että asiallinen tiedon antaminen potilaalle ja läheisille mielenterveysongelmista vähentää potilaan pelkoja ja oikaisee vääränlaisia uskomuksia hoidosta (Kilkku 2008, 102). Kaltiala-Heino ym. (2010, 2036) arvelevat, että kouluissa annettava tieto mielenterveystyöstä vähentänee myös mielenterveyshäiriöihin liittyvää leimaantumista.

### *Nuoren ja perheen osallisuus*

Potilaiden ja heidän perheidensä myönteiset ja kielteiset kokemukset vaikuttavat heidän kokemuksiinsa hoidosta (Wallace ym. 1999, 1144-1153). Potilaat ovat kuvanneet osastohoidon olleen muun muassa taistelua itsekunnioituksesta hylkäämisen ja syrjinnän ilmapiirissä (Lilja & Hellzen 2008, 284). Tämän työn tulokset osoittivat hyvien kokemusten lisäävän hoitomyönteisyyttä, huonojen heikentävän. Ennakkokäsitysten hoidosta tai hoitoon liittyvistä asioista kerrottiin ohjaavan usein nuoren hoitoon asettumista. Lai-

tilan (2010, 128) mukaan asiakkaan tyytyväisyys palveluun välittyy usein puskaradion kautta ja luo ennakkokäsityksiä uusille hoitoon hakeutuville asiakkaille. Tulosten mukaan aiemmalla siirtymisten ja hoitavien henkilöiden määrällä sekä aiemmillä kiintymyssuhteilla koettiin olevan vaikutusta sitoutumiseen. Myönteisten hoitokokemusten kuvattiin edistävän sitoutumista jatkohoidossa. Toisin kuin hoitosuhteessa ilmenevän kohtaamattomuuden, jonka on todettu vaikuttavan kielteisten kokemusten syntymiseen hoidosta (Kilkku 2008, 86).

Tämän työn tuloksista ilmeni vanhempien ja nuorten ohjaamisen lääkehoidon ja muun hoidon suhteen riittävässä määrin koettiin vaikuttavan sitoutumiseen myönteisesti. Vanhempien edukatiivinen tukeminen vanhemmuuteen liittyvissä asioissa sekä kannustaminen positiiviseen vanhemmuuteen on tärkeää etenkin nuorten vanhempien hyvinvoinnin ja mielenterveyden edistämisen kannalta (Le Platte ym. 2012, 43). USA:ssa tehdyn tutkimuksen mukaan etenkin päihde- ja käytöshäiriöistä kärsivien nuorten hoidossa psykoedukatiivinen perhetyö vanhempien kanssa vahvistaa vanhempien vanhemmuutta ja vähentää nuorten oireilua (Smith ym. 2006, 113). Potilaiden tärkeimmäksi kokema potilasohjauksen alue on tieto hoidon rakenteista ja vaihtoehdoista. Tietoa mielenterveyden organisaatioista ja vaihtoehdoista eivät potilaat koe niin merkittävänä osana. Potilailla on myös kokemuksia tiedon puutteesta ja siitä, että hoitoon liittyvät asiat ovat niin ilmeisiä hoitohenkilökunnalle, etteivät he näe tarvetta kertoa niistä enempää. (Hätönen ym. 2008, 756-758.) Kilkun (2008, 87) tutkimuksessa todetaan potilaiden läheisillä olevan kokemuksia erilaisten hoitopaikkojen käytännöistä, jotka saattavat aiheuttaa hämmennystä, mikäli niistä ei keskustella tai tietoa niistä ei ole. Keskustelu hoitoprosessista koettiin tämänkin työn tulosten mukaan oleellisena, kuten myös tiedon antaminen normaalista nuoruusiän kehityksestä sekä nuoren oireilusta hoidon aikana. Vanhemmille todettiin hyvänä kertoa myös oman toimintansa vaikutuksista nuoreen. Oleellisena kuvattiin myös se, että kotona tiedetään, mitä hoidon aikana tapahtuu.

Työn tulosten mukaan perheen huomioiminen hoidossa kuvattiin merkittävänä sitoutumista edistävänä tekijänä. Potilaan ja hoitohenkilöiden lisäksi perheen hoitoon mukaan ottaminen koetaan potilaista myönteisenä sekä edistävän laajempaa ymmärrystä potilaan hoidosta (Piippo 2004, 880). Perheen kuulluksi tulemisen kokemus lisää myös sitoutumista hoitoon. Perhe kykenee hyväksymään vaikeatkin ratkaisut paremmin, mikäli he ovat kokeneet, että heidän mielipiteensä on kuultu ja heidän kanssaan on asioista keskusteltu. (Kuorilehto 2014, 102.) Mikäli hoitolinjausten tai käytäntöjen perusteista ei

läheisten kanssa puhuta, vaikuttaa se kielteisesti läheisten kokemukseen kuulluksi tulemisesta (Kilkku 2008, 87). Tuloksista ilmeni myös, että vanhempien kuuleminen sekä työntekijän mielipiteiden esiin tuominen nähtiin tärkeänä perhetyötä edistävinä tekijöinä. Perheet haluavat tulla kohdelluksi potilaan voimavaroina ja kokevat, että heillä on paljon tietoa jaettavana sekä he ovat monesti sitoutuneita sekä velvollisuudentuntoisia perhettään kohtaan. (Wallace ym. 1999, 1150.) Tämän työn tuloksista ilmeni, että vanhempien hoitoon suhtautuminen vaihtelee. Suurin osa vanhemmista suhtautuu hoitoon myönteisesti, kokee hoidon tärkeänä, luottaa hoidon onnistumiseen ja tiedostaa huolenaiheet, mikä edesauttaa sitoutumista. Potilaiden myönteisiä hoitokokemuksia lisäävät potilaan mahdollisuus vaikuttaa terapiatyöntekijään, kohtelias ja kunnioittava suhtautuminen sekä hoitotyöntekijöiden yhteistyö perheen kanssa (Oltedal, Garratt & Johannesen 2007, 273-277). Tulosten mukaan perheen hoitoon mukaan haastamisen kuvattiin sitouttavan myös nuorta paremmin hoitoon.

Potilaan kokiessa palvelun vastanneen omia odotuksiaan ja tarpeitaan, sitä paremmin tavoitteet täyttyvät (Sukula 2013, 45; Laitila 2010, 122). Tämän työn tulokset osoittivat, että mikäli nuoren halu hoitoon lähtee itsestä ja nuori kokee voivansa itse vaikuttaa hoitoonsa, sitoutuminen hoitoon paranee. Vaikuttamisen kokemukset lisääntyvät, kun nuori voi puhua itselleen tärkeistä asioista. Nuoren sivuuttamisen tai puolesta asioista päättämisen kerrottiin heikentävän sitoutumista. Laitilan (2010, 120) mukaan potilaan omalla motivaatiolla ja kyvyillä osallistua omaan hoitoonsa on vaikutusta osallisuuden toteutumiseen hoidossa. Potilaan taitojen ja motivaation lisäksi, potilaan vointi vaikuttaa osallisuuteen. (Laitila 2010, 120.) Tulosten mukaan sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä olivat nuoren oma ymmärrys aktiivisuudestaan hoidossa, omasta tilanteestaan ja edistymisestä. Kyvyt terapeuttiseen työskentelyyn koettiin myös oleellisena tekijänä sitoutumisen suhteen. Mikäli nuorella ei ollut kykyä terapiatyöskentelyyn, ei työskentelyn aloittamista nähty silloin tarkoituksenmukaiseksi.

Hyvään hoidon lopputulokseen voidaan päästä monella eri menetelmällä, edellyttäen, että perhe kokee menetelmän itselleen hyödylliseksi ja että tavoitteet on laadittu realistisesti yhdessä (Kuorilehto 2014, 94; Laitila 2010, 133). Tavoitteiden saavuttaminen näkyy prosessin mukaisessa etenemisessä jatkuvana arviointina ja tavoitetason muutoksina. Eteneminen tavoitetta kohti on todennäköisempää, mikäli tavoitteen sisältö ei työskentelyn aikana muutu. (Sukula 2013, 44-45.) Tämän työn tulosten mukaan yhteisen hoidon tavoitteiden asettelun nuoren ja perheen kanssa kuvattiin vaikuttavan myönteisesti.

sesti sitoutumiseen. Olennaisena pidettiin sitä, että tavoitteista keskustellaan yhdessä, ne asetetaan nuoren lähtökodista lähteviksi ja että ne on mahdollista saavuttaa.

#### 7.4 Kehittämisehdotukset

*Yhdenmukainen hoitosuunnitelma.* Kaikkien toimijoiden käytössä tulee olla selkeä ja yhdenmukainen hoitosuunnitelma, joka on laadittu yhdessä perheen ja koko hoitoverkoston kesken. Kaikilla tiedossa oleva yhtenevä hoitosuunnitelma edistää nivelvaiheissa suunnitelmallisuuden toteutumista, nuoren ja perheen kuulluksi tulemista, kokonaistilanteen hallintaa ja vähentää potilaan turhautumista hoidon alkamista odottaessa.

*Perhetyön lisääminen.* Perheen osallisuus hoidossa on merkityksellistä ja sitä tulee pyrkiä lisäämään. Kokonaisvaltaiseen hoitoon liittyy muun muassa siirtymisen suunnitteleminen yhdessä ja jalkautuminen esimerkiksi siirtoneuvotteluihin. Organisaatiolta saatavaa kannustamista kokonaisvaltaisen ja osallistavan perhetyön toteuttamisesta tarvitaan enemmän, jotta perhetyötä olisi mahdollista toteuttaa kentällä laajemmin ja esimerkiksi jalkautuminen koettaisiin vielä selkeämmin osana työskentelyä. Myös säännöllinen perhetyön koulutus lisäisi näyttöön perustuvien perhetyön menetelmien käyttöä nuorten hoidossa.

*Yhtenäiset toimintatavat ja tiedon siirtyminen yksiköiden välillä.* Potilastiedot tulee saada liikkumaan eri organisaatioiden välillä sujuvasti ja nopeasti. Tietojen sujuvaan liikkumiseen ja potilaiden siirtymiseen uuteen yksikköön tulee olla kaikkien toimijoiden tiedossa olevat yhtenäiset toimintatavat, mitä noudatetaan. Organisaatioiden välistä tietojen siirtoa tulee tiivistää, jotta eri yksiköiden väliset päällekkäiset kartoitusjaksot ja tutkimukset saadaan minimoitua sekä hoitajaksoille odottaminen lyhentyisi. Tulosten mukaan potilas oli odottanut hoitajaksoa 6kk ajan, joka on hoitotakuun puitteissa merkittävä asia, johon on syytä kiinnittää huomiota erityisesti silloin kun nuori liikkuu eri organisaatioiden välillä.

*Palvelut yhdessä paikassa ja neuvottelujen yhdistäminen.* Palveluiden yhdessä paikassa sijaitseminen ja neuvottelujen yhdistäminen edesauttaa yhteistä toimintaa potilaiden asioissa ja vähentää luontevasti erillisesti toimivia toimijoita nuoren elämässä sekä potilaiden kuormitusta eri neuvotteluihin osallistumisen suhteen. Neuvottelujen yhdistämi-

nen vähentää oletettavasti myös työn määrää itsenäisessä työssä, lisää yhdessä toimimista ja potilaan hoidon yhdessä suunnittelemista, vaikka resurssi vaatisi jalkautumista. Palveluiden yhdestä paikasta saaminen edellyttäisi molempien erikoissairaanhoidon kuuluvan nuorisopsykiatrian poliklinikan palveluiden uudelleen järjestämistä, yhdistämistä sekä mahdollisesti palveluiden jakamista myös perusterveydenhuoltoon.

*Organisaatioiden yhteiset ammatilliset tilaisuudet.* Yhteistoiminnallisuuden lisäämiseksi tarvitaan säännöllisiä yhteisiä tapaamisia eri organisaatioiden toimijoiden kesken. Säännölliset tapaamiset voitaisiin nivota nuorisopsykiatrian yhteisen koulutuksen ympärille. Koulutusten rakenne voisi olla osallistava, jotta hoitotyöntekijöiden vuorovaikutus toistensa kanssa lisääntyisi. Mahdollisimman monen hoitotyöntekijän osallistumista tulisi tukea organisaation tasolta. Koulutukset voisivat rakentua paketeista, joista olisi mahdollisuus koota omaa tarvetta tukeva versio ja työpajoista, joissa olisi mahdollisuus vahvistaa yhteistyöhön liittyviä asioita. Useamman koulutuksen paketti toisi jatkuvuutta koulutuksille, mikä saattaisi lisätä hoitotyöntekijöiden osallistumisprosenttia. Osallisuus voisi toteutua osittain myös siten, että kaikkien nuorisopsykiatrian hoitotyöntekijöiden olisi mahdollista tuoda esiin omaa osaamistaan koulutuksissa, mikä lisäisi samalla muiden toimijoiden tietoisuutta esimerkiksi oman yksikön toiminnasta. Tämän tyyppinen yhteinen toiminta olisi luultavimmin myös kustannustehokas sekä työntekijöiden omia voimavaroja ylläpitävä tekijä. Seuraavan sivun kuvio sisältää kehittämissuositukset tiivistettynä (kuvio 5).



KUVIO 5. Kehittämissuhteet ja niihin liittyvät edut.

## 7.5 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusta tarvitaan tulevaisuudessa siitä, että millä tavalla rakenteisen kirjaamisen käyttöön ottaminen vaikuttaa potilaan hoidon jatkuvuuteen ja hoitoon sitoutumiseen esimerkiksi hoitosuunnitelman näkökulmasta.

Tulevaisuudessa jatkotutkimusta tarvitaan myös siitä, miten sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian palveluiden yhdessä paikassa sijaitseminen vaikuttaa etenkin potilaan hoidon jatkuvuuteen liittyviin tekijöihin. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin suunnittelema integraatio nuorisopsykiatrian palveluiden saamisesta samaan rakennukseen tulevina vuosina, on merkittävä uudistus palveluiden toisiaan lähemmäksi tuomisen suhteen. Muutoksen yhteydessä tulisi huomioida myös Tampereen kaupungin nuorisopsykiatrian palvelut.

Edellä mainittuja jatkotutkimusaiheita olisi hyvä tarkastella sekä potilaan että hänen perheensä näkökulmasta. Tämän opinnäytetyön aiheen osalta tutkittua tietoa oli olemassa kohtalaisesti. Tutkimusta nuoren psykiatrisen potilaan hoidon jatkuvuuteen ja hoi-

toon sitoutumiseen liittyvistä tekijöistä olisi hyvä tarkastella jatkossa vielä laajemmin koko verkoston näkökulmasta.

## LÄHTEET

Asetus potilasasiakirjoista 298/2009.

Arbanas, G. 2008. Adolescents` Attitudes Toward Schizophrenia, Depression, and PTSD. *Journal of Psychosocial Nursing* 3 (46), 45-51.

Bowling, A. 2002. *Research Methods in Health. Investigating health and health services.* 2.painos. Buckingham: Open University Press.

Ellilä, H. 2007. Child and adolescent psychiatric inpatient care in Finland. Turun yliopisto. Lastenpsykiatrian laitos ja hoitotieteen laitos. Turun yliopiston julkaisu D 758. Väitöskirja.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen.* 7.painos. Jyväskylä: Gummerus.

Gampetro, P., Wojciechowski, E. & Amer, K. 2012. Life Concerns and Perceptions Of Care in Adolescents with Mental Health Care Needs: A Qualitative Study in a School-Based Health Clinic. *Pediatric Nursing* 1 (38), 23-30.

Hautala, P-L., Nikkonen, M. & Jylhä, J. 2005. Continuity of care in psychiatric post-ward outpatient services – conceptions of patients and personnel concerning factors contributing to the continuity of care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 38-50.

Hintikka, U. 2007. Changes in Adolescents` Cognitive and Psychosocial Functioning and Self-Image During Psychiatric Inpatient Treatment. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö.* Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. *Tutki ja kirjoita.* 13.-14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hätönen, H., Kuosmanen, L., Malkavaara, H. & Välimäki, M. 2008. Mental health: patients` experiences of patient education during inpatient care. *Journal of Clinical Nursing* 17, 752-762.

Kaltiala-Heino, R-K., Ranta, K. & Fröjd, S. 2010. Nuorten mielenterveys koulumaailmassa. *Duodecim* 126 (9), 2033-2039.

Kauppi, K. 2013. Mielenterveyspotilaan hoitoon sitoutumista edistävät ja rajoittavat tekijät. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, L-M., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, P, Brander, P. & Komulainen J. 2006. *Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon.* Suomen lääkäriseura Duodecim. Helsinki.

- Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämäänsä ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Kuorilehto, R. 2014. Moniasiantuntijuus sosiaali- ja terveydenhuollon perhetyössä. Monitahoarviointi Q-metodologialla. Oulun yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell.
- Kuusisto, M. 2009. Psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan elämänhallintaa vahvistavat ja heikentävät tekijät. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print.
- Koskimäki, R. & Niemi, P. 2007. Kokemuksia perhekeskeisestä hoitotyöstä Länsi-Pohjan Nuorisopsykiatrian poliklinikalla. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro Gradu –tutkielma.
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Le Platte, D., Rosenblum, K., Stanton, E., Miller, N. & Muzik, M. 2012. Mental health in primary care for adolescent parents. *Mental Health in Family Medicine* 9, 39-46.
- Lepistö, S. 2010. Nuorten kokema perheväkivalta. Malli hyvinvoinnista ja selviytymisestä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Lilja, L. & Hellzen, O. 2008. Former patients`experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing* 17, 279-286.
- Marshall, P. 2007. Ethical Challenges in Study Design and Informed Consent for Health Research in Resource-poor Settings. World Health Organisation.
- Marttunen, M. 2009a. Nuorten depression jatkohoito fluoksetiinilla. Julkaistu: 22.6.2009. Luettu: 15.9.2014. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak06968>
- Marttunen, M. 2009b. Nuorten depression jatkohoito fluoksetiin ja kognitiivisen terapian yhdistelmähoidolla. Julkaistu 22.6.2009. Luettu: 15.9.2014. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak06970>
- Marttunen, M. 2009c. Nuorten depression jatko- ja estohoito kognitiivisella terapialla. Julkaistu 22.6.2009. Luettu: 15.9.2014. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak06969>

- Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2011. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Henrikson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 9.uudistettu painos. Keuruu: Otava, 562-594.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.
- Mäenpää, T. 2012. The Outcomes of Regional Health Information Exchange in Health Care Delivery. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Mäkelä, R. & Aalto, M. 2010. Psykososiaalisen hoidon tulokset vaihtelevat hoitavan henkilön mukaan. Duodecim. Julkaistu: 24.3.2010. Luettu: 15.9.2014. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak04640>
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus.
- Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Mäkelä, M., Roine, R. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuositusten toimeenpano. Käypä hoito –suosituksesta käytäntöön. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Nieminen, P. 2004. Psykologiset tekijät. Kognitiiviset kehitysteoriat. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E, Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus, 53-56.
- Nuotio, T-M., Karukivi, M. & Saarijärvi, S. 2013. Nuorten masennusta voidaan ehkäistä. Suomen lääkärilehti 68 (15), 1089-1095.
- Olstedal, S., Garratt, A. & Johannessen, J. 2007. Psychiatric outpatients`experiences with specialized health care delivery. A Norwegian national survey. Journal of Mental Health 16 (2), 271-279.
- Ødegård, A. & Strype, J. 2009. Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. Journal of Interprofessional Care 23 (3), 286-296.
- Piha, J. 2004. Palvelujärjestelmä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E, Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus, 378-398.
- Piha, J. 2004. Perhe ja ympäristö. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E, Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus, 61-73.
- Piippo, J. & Aaltonen, J. 2004. Mental Health: Integrated network and family-oriented model for co-operation between mental health patients, adult mental services and social services. Journal of Clinical Nursing 13, 876-885.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2013a. Kuntien kanssa sovittu työnjako. Julkaistu 24.5.2007. Päivitetty 15.11.2013. Tulostettu 20.9.2012. <http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10692&contentlan=1>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2013b. Nuorisopsykiatrian palvelukuvaus. Julkaistu 24.5.2013. Päivitetty 15.11.2013. Tulostettu 22.11.2013.  
<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10557&contentlan=1>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2013c. Nuorisopsykiatrian poliklinikka. Julkaistu 24.5.2007. Päivitetty 15.11.2013. Tulostettu 22.11.2013.  
<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10557&contentlan=1>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2013d. Nuorisopsykiatrian tehostetun avohoidon yksikkö. Julkaistu 3.1.2012. Päivitetty 22.1.2013. Tulostettu 22.11.2013.  
<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=15245&contentlan=1>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2013e. Nuorisopsykiatrian tehostetun avohoidon yksikkö. Esite. Tulostettu 22.11.2013.  
<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=15245&contentlan=1>

Puolakka, K., Haapasalo-Pesu, K-M., Kiikkala, I., Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. 2013. Using grounded theory to create a substantive theory of promoting schoolchildren's mental health. *Nursing Reseacher* 20 (3), 22-27.

Rantanen, P. 2004. Psykkinen kehitys eri ikäkausina. Nuoruusikä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E, Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus, 46-49.

Rautiainen, H. & Pelanteri, S. 2013. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2011. THL. Tilastoraportti. Viitattu 20.11.2013. <http://www.julkari.fi/handle/10024/104346>

Richards, M. & Vostanis, P. 2004. Interprofessional perspectives on transitional mental health services for young people aged 16-19 years. *Journal of Interprofessional care* 18 (2), 115-127.

Smith, T., Sells, S., Rodman, J. & Reynolds, L. 2006. Reducing Adolescent Substance Abuse and Delinquency: Pilot Research of a Family-Oriented Psychoeducation Curriculum. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 15 (4), 105-117.

Silverman, D. 2005. *Doing Qualitative Research*. 2. painos. Lontoo: Sage Publications.

Sukula, S. 2013. Hyvin laaditut tavoitteet ovat kuntoutuksen selkäranka. *Kuntoutus* 2, 42-47.

Tamminen, T. 2004. Psykologiset tekijät. Vuorovaikutusteoriat. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E, Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. Duodecim. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus, 50-52.

Tapanainen, P. 2009. Tiukka vai joustava hoitosuunnitelma laihuushäiriössä. Julkaistu 20.8.2009. Luettu 15.9.2014. Saatavilla:  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak03124>

Tampereen kaupunki. 2013a. Nuorisopsykiatrian poliklinikka. Päivitetty 17.12.2013. Tulostettu 24.10.2013.  
<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/nuoret/poliklinikka.html>

Tampereen kaupunki. 2013b. Nuorisopsykiatrian poliklinikka. Esite.

Tampereen kaupunki. 2013c. Palvelut yksiköittäin. Julkaistu 14.5.2013. Päivitetty 20.9.2013. Tulostettu 24.10.2013.

[http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/tipotie/palvelut.html#Lasten\\_nuorten\\_ja\\_perheid\\_en\\_yksikko](http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/tipotie/palvelut.html#Lasten_nuorten_ja_perheid_en_yksikko)

Tampereen kaupunki. 2013d. Psykiatrinen sairaanhoitaja yläkoulussa. Tulostettu:

24.10.2013. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/nuoret/ylakoulut.html>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

THL. 2013. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005-2013. Viitattu 18.11.2013.

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu>

THL. 2014. Kouluterveyskysely. Nuorten mielenterveys. Viitattu 2.1.2014.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/aiheittain/mielenterveys](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/aiheittain/mielenterveys)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2002. Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 23-32.

Wallace, T., Robertson, E., Millar, C. & Frisch, S. 1999. Perceptions of care and services by the clients and families: a personal experience. *Journal of Advanced Nursing* 29 (5), 1144-1153.

WHO. 2013. Regional Committee for Europe. 63<sup>rd</sup> session. 2013. Fact sheet – Mental health. Tulostettu 6.10.2013. <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance/regional-committee-for-europe/sixty-third-session>

## LIITTEET

1(2)

Liite 1. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian vastualueen ja kunnallisten nuorisopsykiatristen palvelujen vastuujako.

TAULUKKO 1. Kuntien kanssa sovittu työnjako.

<b>Kunnallisten nuorisopsykiatristen palvelujen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian vastualueen työnjako Hoidon tarve</b>	<b>Kunnalliset nuorisopsykiatrian palvelut</b>	<b>Nuorisopsykiatrian vastualue erikoissairaanhoidossa</b>
nuorisopsykiatristen häiriöiden seulonta ja konsultaatiot mielen-terveyden edistämiseksi toteutettavalle työlle	ensisijainen palveluntarjoaja	konsultaatiot perustelluissa erityistapauksissa kuten projekteissa tms., sovitaan erikseen
normatiiviset kriisit, joista nuori ei selviä oman ja verkostonsa voimin	ensisijainen palveluntarjoaja	ei
yksilöllisiin elämäntapahtumiin liittyvät kriisit, joista nuori ei selviä oman ja verkostonsa voimin	ensisijainen palveluntarjoaja	poikkeustapauksissa lähettävän tahon kanssa harkiten
suuronnettomuuksien psykiatrinen hoito, katastrofipsykiatria	suuronnettomuuksiin ja katastrofeihin osalliset nuoret, jotka eivät tule somaattisen hoidon kontaktiin Taysiin; nuorisopsykiatrian vastualueen ohjaamat nuoret	nuoret, jotka ovat vahingoittuneet suuronnettomuuksissa tai katastrofeissa ja saavat somaattista hoitoa Taysissa; rikosvyyhtien yhteydessä uhriksi joutuneiden nuorten kriisihoito ja asianmukaiset tutkimukset (esim. pedofiiliarengat, laajalaiset väkivaltarikokset) (ks. alempana seri-asiat)
sopeutumishäiriöt	ensisijainen palveluntarjoaja	poikkeustapauksissa lähettävän tahon kanssa harkiten
unipolaariset depressiot	ensisijainen palveluntarjoaja	persoonallisuusproblematiikan komplisoimat depressiot, psykoottiset depressiot, vaikeasti suisidaaliset depressiopotilaat, psykoterapiatarpeen arvio ja eräät psykoterapiat (alle 16-vuotiaiden nuorten intensiiviset yksilöterapiat ja epävakaiden tai ilman vanhempien tukea psykoterapiaan tulevien psykoterapiat)
kaksisuuntaiset mieliala-häiriöt	nuorisopsykiatrian vastualueen ohjaamat jatkohoidettavat	ensisijainen palveluntarjoaja
psykoosit	nuorisopsykiatrian vastualueen ohjaamat jatkohoidettavat	ensisijainen palveluntarjoaja

Jatkuu..

Kunnallisten nuorisopsykiatristen palvelujen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrian vastualueen työnjako Hoidon tarve	Kunnalliset nuorisopsykiatrian palvelut	Nuorisopsykiatrian vastualue erikoissairaanhoidossa
ahdistuneisuushäiriöt	ensisijainen palveluntarjoaja	psykoterapiatarpeen arvio, hoito erityistilanteissa: alle 16-vuotiaiden ahdistuneisuushäiriöpotilaiden intensiiviset yksilöpsykoterapiat, persoonallisuusproblematiikan komplisoimat ahdistuneisuushäiriöt, psykoottiset läpilyönnit, erityisen vaikeat ja pitkäkestoiset ahdistuneisuushäiriöt kuten pakko-oireinen häiriö
syömishäiriöt	nuorisopsykiatrian vastualueen ohjaamat nuoret	syömishäiriöoireisten nuorten diagnostiikka, monikliinistä yhteistyötä vaativien ja komplisoituneiden syömishäiriöpotilaiden hoito
neuropsykiatriset häiriöt	lääkehoidot ja niihin liittyvät tukitoimet kuten supportiivinen hoitosuhde tai nuorten käyttäytymisterapeuttiset ryhmät	ensisijainen psykiatrisen hoidon tarjoaja: diagnostiikka, hoidon suunnittelu ja erikoissairaanhoidon yksilö- ja perhehoito, yksilöterapiat ja neuropsykologinen kuntoutus; verkostokonsultaatiot eri sektoreille, joiden palveluja nuori tarvitsee (koulu, sosiaali-toimi, työvoimatoimi yms.) <i>* neuropsykiatriset nuoruusikäiset potilaat tarvitsevat useimmiten runsaasti muita kunnan tarjoamia erityispalveluja kuin terveysterveystoimia psykiatrisen hoidon aikana ja sen jälkeen</i>

## Liite 2. Teemahaastattelun runko.

1. Mitkä asiat vaikuttavat nuorisoikäisen potilaan hoitoon sitoutumiseen hoidon nivelvaiheissa nuorisopsykiatrian palveluissa?
  - Mitkä tekijät edistävät hoitoon sitoutumista?
  - Mitkä tekijät heikentävät sitoutumista?
  
2. Mitkä asiat vaikuttavat hoidon jatkuvuuteen nuorisopsykiatrian palveluiden nivelvaiheissa?
  - Mitkä tekijät edesauttavat hoidon jatkuvuutta?
  - Mitkä tekijät haittaavat hoidon jatkuvuutta?
  - Miten voit itse edistää potilaan hoitoon sitoutumista ja hoidon jatkuvuutta?



1(2)

**TIEDOTE**

Tammikuu 2014

Hyvä hoitotyöntekijä!

Pyydän teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kerätä hoitotyöntekijöiden kokemuksia nuorisoiäkaisen potilaan hoidon jatkuvuuteen ja sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä nuorisopsykiatrisen avohoidon nivelvaiheissa Tampereella.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle haetaan lupaa sekä Tampereen kaupungilta sekä Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, jotka ovat työssä yhteistyökumppaneita.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla neljän yksikön hoitohenkilökuntaa. Haastattelut suoritetaan omassa yksikössä ryhmähaastatteluina, mihin aikaa tulee varata 1,5-2 tuntia. Haastattelihoita on yksi ja haastattelut tullaan nauhoittamaan luvallanne myöhemmin tapahtuvan analysoinnin vuoksi. Haastattelut analysoidaan sisällönanalyysimenetelmällä.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan työn tekijän käytössä. Aineistoa säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta.

Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus-tietokannassa, ellei yhteistyötahojen kanssa ole toisin sovittu.

Mikäli teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Petronella Seppälä  
Sairaanhoitaja (YAMK)-opiskelija  
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma  
Tampereen ammattikorkeakoulu



## SUOSTUMUS

### NUORISOPSYKIATRIAN NIVELVAIHEET

#### Hoitotyöntekijöiden kokemuksia hoidon jatkuvuudesta ja siihen sitoutumisesta

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kartoittaa hoitotyöntekijöiden kokemuksia nuorisoiäkaisen potilaan hoidon jatkuvuuteen ja sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä nuorisopsykiatrisen avohoidon nivelvaiheissa Tampereella. Olen saanut myös mahdollisuuden esittää kysymyksiä työn tekijälle.

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

Paikka ja aika

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

\_\_\_\_\_  
Haastateltavan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys

\_\_\_\_\_  
Nimen selvennys

1(3)

Liite 4. Sisällönanalyysin vaiheita: alaluokasta yläluokkaan. Potilaan hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät.

TAULUKKO 2. Alaluokasta yläluokkaan.

ALALUOKKA (86kpl)	YLÄLUOKKA (25kpl)
<ul style="list-style-type: none"> <li>HOITOPAikkojen limittyminen</li> <li>Asioiden alusta aloittaminen</li> <li>Neuvottelujen yhdistäminen</li> </ul>	<b>HOITOPAikkojen yhteistyö käytännössä</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mennään mukaan neuvotteluun, mikäli siihen on mahdollisuus</li> <li>Käytännön asioiden vaikutus neuvotteluun osallistumiseen</li> <li>Potilaat kokeneet neuvotteluihin mukaan menemisen hyvänä</li> <li>Hoitoneuvottelu nähdään tärkeänä</li> <li>Aikuispuolelle enemmän yhteisiä siirtoja</li> </ul>	<b>Neuvotteluun osallistuminen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Eellinen ja tuleva hoitotyöntekijä mukana neuvottelussa</li> <li>Uuteen paikkaan rinnalla kulkeminen</li> <li>Jalkautuminen ja perheen mukana kulkeminen</li> </ul>	<b>Jalkautuminen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tieto seuraavan yksikön hoidosta</li> <li>Tiedot uudesta hoitotyöntekijästä</li> <li>Keskustelu nuoren kanssa tulevasta hoitopaikasta</li> <li>Helposti lähestyttävyyys</li> </ul>	<b>Tiedot tulevasta hoitopaikasta</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realististen tavoitteiden määrittäminen yhdessä nuoren kanssa</li> <li>Tavoitteiden saavuttaminen</li> </ul>	<b>Tavoitteiden asettaminen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Yhteistyön vahvistaminen oman organisaation ulkopuolella</li> <li>Toimijoiden keskinäiset tapaamiset</li> <li>Yhteistyö toimii</li> <li>Siirtojen epämääräisyys</li> </ul>	<b>Yhteistyö eri organisaatioiden välillä</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Käsityksen muodostuminen hoidosta ensimmäisen hoitokokemuksen perusteella</li> <li>Aiempien hoitokokemusten vaikutus jatkohoitoon</li> </ul>	<b>Aiempien hoitokokemusten vaikutus</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Eri tahojen irrallaan toimimisen vaikutus</li> <li>Palveluiden sijaistaminen samassa paikassa</li> <li>Eri tietojärjestelmiin kirjaaminen</li> </ul>	<b>Palvelujen tuominen lähemmäs toisiaan</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tietojen siirtäminen eteenpäin</li> <li>Sosiaalinen saattaminen</li> <li>Vanhempien luottamus tiedon siirtämiseen</li> <li>Tieto suunnitelluista tapaamisista ajoissa jatkohoitoon</li> <li>Suunnitelma hätätilanteissa</li> <li>Tieto jakson alkamisajankohdasta</li> <li>Materiaalien mukana vieminen hoitotaholle</li> <li>Kirjauksissa vähäisesti tietoa</li> <li>Oleellisen tiedon eteenpäin välittäminen</li> </ul>	<b>Tiedon siirtäminen</b>

Jatkuu..

2(3)

<b>ALALUOKKA (86kpl)</b>	<b>YLÄLUOKKA (25kpl)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>RESURSSIEN VAIKUTUS</li> <li>ORGANISAATION TUKI</li> </ul>	<b>ORGANISAATION VAIKUTUSMAHDOLLISUUDET</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>NUOREN MIELIPITEEN ILMAISEMINEN</li> <li>NUOREN TOIVEIDEN LÄPIKÄYMINEN ETUKÄTEEN</li> <li>TUKI ASIOIDEN KERTOMISESSA</li> <li>LUOTTAMUS HOITOOON</li> <li>MOTIVAATIO HOITOOON</li> <li>SAIRAUDENTUNNOTTOMUUS</li> </ul>	<b>NUOREN KUULEMINEN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>KESKUSTELLAAN TYÖSTETYISTÄ ASIOISTA</li> <li>KESKUSTELU JATKOTYÖSKENTELYN AIHEISTA</li> <li>JATKOTYÖSKENTELYN AIHEIDEN ESIIN NOSTAMINEN</li> </ul>	<b>TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN JATKOHOITOOON</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>KAIKILLA TAHOILLA ERILAINEN LÄHESTYMISTAPA</li> <li>YHTEINEN YMMÄRRYS</li> </ul>	<b>YHTEISEN YMMÄRRYKSEN LÖYTÄMINEN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>TEHTÄVÄNJAON MUKAISEN SIIRTYMISEN VAIKUTUS MOTIVAATIOON JA LUOTTAMUKSEEN</li> <li>NUOREN SIIRTYMINEN TEHTÄVÄNJAON MUKAISESTI</li> </ul>	<b>TEHTÄVÄNJAON MERKITYS NUOREN SIIRTYMISESSÄ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>NUOREN POMPOTTELEMINEN TEHTÄVÄNJAON MUKAAN SIIRRYTTÄESSÄ</li> <li>PERHEEN OSALLISUUS TEHTÄVÄNJAON MUKAISESSA POMPOTTELUSSA</li> <li>PÄIHTEIDEN KÄYTTÄJIEN HOITAMINEN</li> <li>RAJAN VETÄMINEN ERILAISTEN ONGELMIEN VÄLILLÄ</li> </ul>	<b>NUOREN LIIKKUMINEN PALVELUSTA TOISEEN ONGELMASTA RIIPPUEN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>SIIRTYMISEN PERUSTEIDEN ETUKÄTEEN MIETTIMINEN LÄÄKÄREIDEN KESKEN</li> <li>LÄHETTEIDEN TEKEMINEN TARPEEN MUKAAN</li> </ul>	<b>SIIRTYMISEN SUUNNITTELEMINEN ETUKÄTEEN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>HOITOTAHON AMMATTITAITO</li> <li>HOITAJAN ITSEREFLEKTIO</li> <li>TYÖNTEKIJÄN ASENTEEN VAIKUTUS</li> </ul>	<b>HOITAJAN AMMATTITAITO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ASIOIDEN HOITAMINEN HOIDON ALKAMISTA ODOTTAESSA</li> <li>KANNATTELEMINEN ENNEN HOIDON ALKAMISTA TUTUN TYÖNTEKIJÄN TOIMESTA</li> </ul>	<b>SUUNNITELMALLINEN ETENEMINEN ENNEN HOIDON ALKAMISTA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>NUOREN HOIDON SUUNNITTELEMINEN EDELISEN TYÖNTEKIJÄN KANSSA</li> <li>YHTEYDENPITO NUOREN OMAAN TYÖNTEKIJÄÄN</li> <li>TIETOJEN VAIHTAMINEN JAKSON AIKANA</li> </ul>	<b>YHTEYDENPITO HOIDON AIKANA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>SUUNNITELMALLINEN HOITO</li> <li>HOITOSUUNNITELMAN TEKEMINEN KOKO VERKOSTON KANSSA</li> <li>KESKUSTELU PERHEEN KANSSA YHTEISTYÖSTÄ MUIDEN TAHOJEN KANSSA</li> <li>VASTUU AVOHOIDOSTA SELVILLÄ NUOREN HOIDON OLLESSA KÄYNNISSÄ</li> <li>KOKONAISTILANTEEN HALLINTA JA VASTUU YHDELLÄ TYÖNTEKIJÄLLÄ</li> </ul>	<b>HOITOSUUNNITELMAN TEKEMINEN YHDESSÄ</b>

Jatkuu..

<b>ALALUOKKA (86kpl)</b>	<b>YLÄLUOKKA (25kpl)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HOIDON RAKENTUMISEN EPÄSELVYYS USEISTA HOITOTAHOISTA JOHTUEN</li> <li>• TIEDON ANTAMINEN PERHEELLE HOIDON RAKENTEISTA</li> <li>• KESKUSTELU HOITOON LIITTYVISTÄ ILMIÖISTÄ</li> <li>• PERHEIDEN KANSSA KESKUSTELEMINEN ORGANISAATIOSTA</li> </ul>	<b>HOIDON RAKENTEISTA KESKUSTELEMINEN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• VÄLIMATKAN VAIKUTUS</li> <li>• PITKÄT HOITOJONOT</li> <li>• VANHEMPIEN SITOUTUMINEN</li> <li>• PERSOONAN VAIKUTUS</li> </ul>	<b>MUUT ULKOISET TEKIJÄT</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TOISISTA TYÖNTEKIJÖISTÄ KUNNIOITTAVASTI PUHUMINEN</li> <li>• TYÖNTEKIJÄN VAIHTUMISEN NÄKEMINEN MYÖNTEISENÄ</li> </ul>	<b>TOISTEN TYÖNTEKIJÖIDEN KUNNIOITTAMINEN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HOIDON SIIRTYMISEN PERUSTELEMINEN</li> <li>• KESKUSTELU NUOREN KANSSA SIIRTYMISEEN LIITTYVISTÄ KIELTEISISTÄ TUNTEISTA</li> <li>• ASiantuntijuuden merkitys hoidon siirtymisessä</li> <li>•</li> </ul>	<b>SIIRTYMISESTÄ KESKUSTELEMINEN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HOIDON TARPEESTA KESKUSTELEMINEN</li> <li>• NUOREN KOKEMUS TARVITSEMASTAAN TUESTA</li> <li>• KESKUSTELU NUOREN KANSSA HOIDON TARPEESTA</li> <li>• NUOREN OMAN ARVION MERKITYS HOIDON TARPEESTA</li> </ul>	<b>HOIDON TARPEEN MÄÄRITTÄMINEN</b>

Liite 5. Sisällönanalyysin vaiheita: yläluokasta pääluokkaan. Potilaan hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät.

TAULUKKO 3. Yläluokasta pääluokkaan.

YLÄLUOKKA (25kpl)	PÄÄLUOKKA (4kpl)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SIIRTYMISEN SUUNNITTELEMINEN ETUKÄTEEN</li> <li>• SUUNNITELMALLINEN ETENEMINEN ENNEN HOIDON ALKAMISTA</li> <li>• HOIDON TARPEEN MÄÄRITTÄMINEN</li> <li>• TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN</li> <li>• TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN JATKOHOITOON</li> </ul>	<b>SUUNNITELMALLISUUS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• NUOREN KUULEMINEN</li> <li>• HOIDON RAKENTEISTA KESKUSTELEMINEN</li> <li>• SIIRTYMISESTÄ KESKUSTELEMINEN</li> <li>• TIEDOT TULEVASTA HOITOPAIKASTA</li> <li>• AIEMPIEN HOITOKOKEMUSTEN VAIKUTUS</li> <li>• HOITAJAN AMMATTITAITO</li> </ul>	<b>ASIAKASKESKEISYYS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• YHTEISTYÖ ERI ORGANISAATIOIDEN VÄLILLÄ</li> <li>• PALVELUJEN TUOMINEN LÄHEMMÄS TOISIAAN</li> <li>• HOITOPAIKKOJEN YHTEISTYÖ KÄYTÄNNÖSSÄ</li> <li>• HOITOSUUNNITELMAN TEKEMINEN YHDESSÄ</li> <li>• YHTEYDENPITO HOIDON AIKANA</li> <li>• NEUVOTTELUUN OSALLISTUMINEN</li> <li>• JALKAUTUMINEN</li> <li>• TIEDON SIIRTÄMINEN</li> <li>• YHTEISEN YMMÄRRYKSEN LÖYTÄMINEN</li> <li>• TOISTEN TYÖNTEKIJÖIDEN KUNNIOITTAMINEN</li> </ul>	<b>YHTEISTOIMINNALLISUUS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ORGANISAATION VAIKUTUSMAHDOLLISUUDET NUOREN LIIKKUMISEN PALVELUSTA TOISEEN ONGELMASTA RIIPPUEN TEHTÄVÄNJAON MERKITYS NUOREN SIIRTYMISESSÄ</li> <li>• MUUT ULKOISET TEKIJÄT</li> </ul>	<b>ULKOISET TEKIJÄT</b>

1(2)

Liite 6. Sisällönanalyysin vaiheita: alaluokasta yläluokkaan. Potilaan hoitoon sitoutumiseen liittyvät tekijät.

TAULUKKO 4. Alaluokasta yläluokkaan.

<b>ALALUOKKA (94kpl)</b>	<b>YLÄLUOKKA (15kpl)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SELKEYS JATKOHOIDON SUHTEEN</li> <li>• TIETO SIIRTYMISEN AJANKOHDASTA JA SUUNNITELMALINEN SIIRTYMINEN</li> <li>• HOITOSUUNNITELMAN TEKEMINEN YHDESSÄ PERHEEN KANSSA</li> <li>• HOITOJEN MÄÄRÄAIKAISUUS</li> <li>• SUUNNITELMA HÄTÄTILANTEITA VARTEN</li> <li>• MAHDOLLISUUS ALOITTA A HOITO MYÖHEMMIN</li> <li>• KESKUSTELLAAN SIIRTYMISEN SYISTÄ</li> <li>• HOITOVASTUU YHDELLÄ TYÖNTEKIJÄLLÄ</li> </ul>	<b>SELKEÄ HOITOSUUNNITELMA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HOITOON TURHAUTUMINEN JA TILANTEEN MUUTTUMINEN JONOTUSAIKANA</li> <li>• AVOHOIDON JATKUMINEN JONOTUSAIKANA</li> <li>• TYÖSKENTELEY JONOTUSAIKANA</li> <li>• ASIOIDEN VENYMINEN</li> <li>• PITKÄT HOITONOT</li> </ul>	<b>TYÖSKENTELEY ENNEN HOIDON ALKAMISTA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LÄHETTÄVÄN TAHON TIEDOT PROSESSISTA</li> <li>• TIETOA LISÄÄVÄT KÄYTÄNNÖT YHTEISTYÖKUMPPANEIDEN KANSSA</li> <li>• HYVÄ POHJATYÖN TEKEMINEN ENNEN HOIDON ALKAMISTA</li> </ul>	<b>LÄHETTÄVÄN TAHON TIEDOT PROSESSISTA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• VANHEMPIEN SUHTAUTUMINEN HOITOA KOHTAAN</li> <li>• VANHEMPIEN AIEMMAT KOKEMUKSET PSYKIATRISESTA HOIDOSTA</li> <li>• NUOREN LUPA KÄYDÄ VASTAANOTOLLA JA PUHUA ASIOISTA</li> <li>• NUORTEN ENNAKKOAJATUKSET HOIDOSTA</li> <li>• TAUSTATEKIJÖIDEN VAIKUTUS</li> <li>• AIEMMAT KOKEMUKSET</li> <li>• AIEMPIEN HOITOKOKEMUSTEN VAIKUTUS</li> <li>• LUOTTAMUS HOITOA KOHTAAN</li> </ul>	<b>AIEMPIEN HOITOKOKEMUSTEN VAIKUTUS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASIOIDEN MONEEN KERTAAN KERTOMINEN</li> <li>• PEREHTYMINEN NUOREN TIETOIHIN</li> <li>• NUOREN TOIVOMUKSET ETUKÄTEEN KERROTTAVISTA ASIOISTA</li> </ul>	<b>NUOREN TIETOIHIN PEREHTYMINEN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• REALISTISET TAVOITTEET</li> <li>• YHDESSÄ PUHUTUT TAVOITTEET</li> <li>• NUOREN LÄHTÖKOHDISTA LÄHTEMINEN</li> </ul>	<b>TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN YHDESSÄ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TIEDON ANTAMINEN</li> <li>• PSYKOEDUKAATIO SAIRAUDESTA, LÄÄKEHOIDOSTA JA HOIDOSTA</li> <li>• VANHEMPIEN OHJAAMINEN</li> <li>• TIEDON ANTAMINEN VANHEMMALLE JA NUORELLE KÄYTÄNNÖN TYÖSTÄ JA HOIDOSTA</li> <li>• VANHEPIEN TIEDOT HOIDOSTA JA YMMÄRRYS TILANTEESTA</li> <li>• TIEDON LISÄÄMINEN ENSIKÄYNNILLÄ</li> <li>• MOTIVAATION LISÄÄMINEN ENSIKÄYNNILLÄ</li> </ul>	<b>PSYKOEDUKAATIO</b>

Jatkuu..

ALALUOKKA (94kpl)	YLÄLUOKKA (15kpl)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• VANHEMPIEN MOTIVOIMINEN JA SITOUTTAMINEN HOITOON</li> <li>• PERHETYÖ</li> <li>• NUORI EI HALUA VANHEMPIA MUKAAN HOITOON</li> <li>• VANEMPIEN HOIDOSSA MUKANA OLEMINEN JA SUHTAUTUMINEN HOITOA KOHTAAN</li> <li>• PERHEEN HUOMIOIMINEN</li> </ul>	<b>PERHEEN HUOMIOIMINEN HOIDOSSA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• NUOREN KOKEMUS KYVYSTÄÄN VAIKUTTAA</li> <li>• NUOREN MOTIVAATIO HOITOON JA HALU SAADA APUA</li> <li>• NUOREN OMA YMMÄRRYS TILANTEESTAAN</li> <li>• NUOREN KOKEMUKSET OMAAN ELÄMÄÄNSÄ VAIKUTTAMISESTA</li> <li>• NUOREN SIVUUTTAMINEN JA PUOLESTA PÄÄTTÄMINEN</li> <li>• NUOREN KYKY TERAPIATYÖHÖN</li> <li>• OIREIDEN TORJUMINEN</li> </ul>	<b>NUOREN PYSTYVYYS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• LUOTTAMUS</li> <li>• USKON JA TOIVONYLLÄPITÄMINEN</li> <li>• KUULLUKSI TULEMINEN</li> <li>• TOIVEIDEN KYSYMINEN</li> <li>• TASAVERTAISUUS</li> <li>• KUNNIOITTAMINEN</li> <li>• REHELLISYYS</li> <li>• AITOUS</li> <li>• YHTEISTYÖSUHDE</li> <li>• LÄSNÄOLEMINEN</li> <li>• VUOROVAIKUTUS</li> <li>• KIINNOSTUS</li> <li>• LIIAN KIINTEÄ HOITOSUHDE</li> </ul>	<b>VUOROVAIKUTUSTAIKOT</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SIIRTYMINEN SAATTAEN VAIHTAEN</li> <li>• YHTEYDENPITO JATKOHOITOPAIKKAAN</li> <li>• SIIRTONEUVOTTELUISTA SOPIMINEN</li> <li>• NUOREN TIETOJENSIIRTÄMINEN NUOREN KANSSA</li> <li>• TIEDON LIIKKUMINEN</li> <li>• ENSIMMÄISEN HOITOKONTAKTIN MERKITYS</li> <li>• HAASTEET IRROTTAUTUMISESSA TYÖNTEKIJÄN VAIHTU-ESSA</li> <li>•</li> </ul>	<b>SAATTAEN VAIHTAMINEN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EPÄSELVYYS YHTEISTYÖHÖN LIITTYVISSÄ TOIMINTAVOISSA</li> <li>• MONEN ERI TAHON PÄÄLLEKKÄINEN TYÖSKENTELY</li> <li>• HYVÄT KÄYTÄNNÖT JA JOUSTAMINEN</li> </ul>	<b>YHTEISTYÖ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• NUOREN YKSILÖLLINEN TUKEMINEN</li> <li>• NUOREN VASTUUTTAMINEN</li> <li>• MUUTOKSEN TYÖSTÄMINEN</li> <li>•</li> </ul>	<b>YKSILÖLLINEN HOITO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• KYNNYKSEN MADALTAMINEN</li> <li>• MIELLYTTÄVÄ TAPAAMISYMPÄRISTÖ</li> <li>• RYHMÄN VAIKUTUS</li> <li>• TUKIEN EVÄÄMINEN</li> <li>• LEIMAANTUMINEN</li> <li>• KÄYTÄNNÖN ASIOIDEN VAIKUTUS</li> <li>• OIKEA-AIKAISUUS</li> </ul>	<b>ULKOISET TEKIJÄT</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• TYÖNTEKIJÄN KYKY RAJATA OMAT TYÖNSÄ</li> <li>• ENKILÖKEMIOIDEN MERKITYS</li> <li>• NUOREN VAKAVASTI OTTAMINEN</li> <li>• OMAHOITAJAN MERKITYS</li> </ul>	<b>TYÖNTEKIJÄÄN LIITTYVÄT TEKIJÄT</b>

Liite 7. Sisällönanalyysin vaiheita: yläluokasta pääluokkaan. Potilaan hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät.

TAULUKKO 5. Yläluokasta pääluokkaan.

YLÄLUOKKA (15kpl)	PÄÄLUOKKA (3kpl)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SELKEÄ HOITOSUUNNITELMA</li> <li>• TYÖSKENTELY ENNEN HOIDON ALKAMISTA</li> <li>• LÄHETTÄVÄN TAHON TIEDOT PROSESSISTA</li> <li>• NUOREN TIETOIHIN PEREHTYMINEN</li> <li>• YKSILÖLLINEN HOITO</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>SUUNNITELMALLINEN HOITO</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• VUOROVAIKUTUSTAITO</li> <li>• TYÖNTEKIJÄÄN LIITTYVÄT TEKIJÄT</li> <li>• SAATTAEN VAIHTAMINEN</li> <li>• YHTEISTYÖ</li> <li>• ULKOISET TEKIJÄT</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>TYÖSKENTELY</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• AIEMPIEN HOITOKOKEMUSTEN VAIKUTUS</li> <li>• PSYKOEDUKAATIO</li> <li>• PERHEEN HUOMIOIMINEN HOIDOSSA</li> <li>• NUOREN PYSTYVYYS</li> <li>• TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN YHDESSÄ</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>NUOREN JA PERHEEN OSALLISUUS</b></p>

## Liite 8. Aiheesta aiemmin tehdyt tutkimukset

1(7)

Tekijä, vuosi ja maa	Tarkoitus	Metodi	Kohderyhmä	Aineiston keruu, analysointi- ja timentelmä	Keskeiset tulokset
<b>Arbanas, G.</b> 2008 Kroatia	Vertailla nuorten asenteita skitsofreniaa, masennusta ja post-traumaattista stressreaktiota kohtaan.	Määrälinen	325 lääketieteen, kaupallisen alan ja äidinkielen opiskelijaa.	15-kohtainen monivaihtelomake Lickertin asteikolla. Wilcoxonin testi.	Asenteet masennusta ja PTSD:ä kohtaan olivat samalla tasolla ja vähemmän stigmaa herättäviä kuin asenteet skitsofreniaa kohtaan. Lääketieteen opiskelijoiden negatiiviset asenteet näitä sairauksia kohtaan olivat kaikista ryhmistä alhaisimmat.
<b>Ellilä, H.</b> 2007 Suomi	Tuottaa yleistettävää tietoa lasten- ja nuorisopsykiatrian osastohoidon tilasta Suomessa.	Määrälinen, poikkileikkaustutkimus	Suomen lasten- ja nuorisopsykiatriset osastot (n=64), tietynä päivänä niillä ollut hlökunta (n=960) ja potilaat (n=504).	Kyselylomake. Regressioanalyysi, Pearsonin kkin nelioesti ja Fisherin exact-testi.	Osastojen hoitotieteologiat eivät aina perustu hoitotieteellisiin lähtökohtiin, ideologioissa korostuu yksilövastaisuus ja perheen huomioiminen. Potilaiden tausta- tai diagnostisilla kriiteereillä vähän vaikutusta hoitomuotoon. Lääkehoidon lisäantinyt 15 vuoden aikana. Kansainvälisesti vertailluna lääkehoito kohtuullista.
<b>Gampetro, P., Wojciecowski, E. &amp; Amer, K.</b> 2012 USA	Selvittää, kuinka koulu-kohtaiset terveydenhuoltoklinikat vastaavat mielenterveyteen liittyviin tarpeisiin 12-18-vuotiaiden keskuudessa.	Määrälinen ja laadullisen yhdistelmä	12-18-vuotiaat (n=18) mielen-terveydenongelmista kärsivät nuoret.	Puolistrukturoitu kysely, äänitetty haastattelu. Sisällönanalyysi ja kuvailtavat tekniikat.	Tutkimuksessa muodostui neljä kategoriä, mikä liittyvät nuorisoiikkaisten havaintoihin heidän yksilöllisestä mielenterveydestään. 1. Vuorovaikutussuhteiden vaikutus (perhe ja ystävät) 2. Tavoitteet opiskelun ammatinvalinnan suhteen 3. Terveiden ylläpitäminen 4. Taloudellinen riippumattomuus

Jatkuu..

2(7)

Tekijä, vuosi ja maa	Tarkoitus	Metodi	Kohde-ryhmä	Aineistonkeruu-analysointimenetelmä	Keskeiset tulokset
<b>Hautala, P-L., Nikkonen, M. &amp; Jylhä, J.</b> 2005 Suomi	Kuvata ja analysoida psykiatrian yksiköiden potilaiden, avohoitohenkilökunnan ja hallinnon ymmärrystä tekijöistä, mitkä koskevat hoidon jatkuvuutta.	Fenomenograafia	Avohoitopotilaat (n=5), avohoidon hoitajat (n=18), hallinnon työntekijät (n=5)	Teemahaastattelu. Sisällönanalyysi.	Hoidon jatkuvuuden osalta muodostui 7 eri kategoriaa, mitkä olivat: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hyvä hoitosuhde</li> <li>2. Hyvä hoitoympäristö</li> <li>3. Joustava hoito</li> <li>4. Aktiivinen hoitokontaktin ylläpitäminen</li> <li>5. Mahdollisuus olla yhteydessä hoitoyksikköön</li> <li>6. Potilastietojen päivittäminen</li> <li>7. Aktiivinen yhteistyö avohoidon ja muiden toimijoiden kanssa</li> </ol>
<b>Hintikka, U.</b> 2008 Suomi	Nuorten kognitiivisten toimintojen, mielenkäyvän, perhe- ja terapiasuhteiden tutkiminen ja muutokset osastohoidossa.	Eri menetöiden yhdistelmä (4 osain tutkinnus)	Osastohoidossa olleet nuoret (n=63)	Menetelmien variatit: Pearson's, Fisher's, Student, Mann-Whitney U, Wilcoxon, Hotelling's ja diskursiianalyysi	Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden nuorten psykososiaalinen taso, ratkaisukyky ja mielenkäyvä parantivat osastohoidossa. Hyvä hoitosuhde ja terapia edistivät toipumista.
<b>Hätönen, H., Kuosmanen, L., Malkavara, H. &amp; Välimäki, M.</b> 2008 Suomi	Selvittää psykiatristen potilaiden kokemuksia potilasohjauksesta psykiatrisilla osastoilla.	Laadullisen ja määrällisen yhdistelmä	Osastohoidossa olleet potilaat (n=51).	Haastattelu (puolistrukturoidut ja avoimet kysymykset). Mann-Whitney U-testi ja sisällönanalyysi.	Potilasohjaukseen potilaiden kuvattavana liitettiin tiedon puute, vuorovaikutusongelmat potilas-hoitaja suhteessa ja edellytysten puute potilasohjaustiedoissa potilaiden ja hoitajien välillä. Potilaat kaipaavat innovatiivisempia menetelmiä, huomion kiinnittämistä vuorovaikutukseen ja ammatillisempaa otetta hoitajilta. Suurin osa potilaista haluaa potilasohjausta keskustelujen kautta.

Jatkuu..

3(7)

Tekijä, vuosi ja maa	Tarkoitus	Metodi	Kohde-ryhmä	Aineistonkeruu, analysointimenetelmä	Keskeiset tulokset
<b>Kaltiala-Heino, R-K., Ranta, K. &amp; Fröjd, S.</b> 2010 Suomi	Artikkelissa selvitetään nuorten mielen-terveyteen liittyviä tekijöitä koulunai-ilmassa.	Laadullinen	-	Kirjallisuuskatsaus.	Kognitiivisten ja sosiaalisten taitojen heikkeneminen ovat yhteydessä masennukseen, koulukiinsaaminen yhdistetään tunne-elämän häiriöihin. Runsaat koulupoissaolot ovat yhteydessä mielen-terveysongelmiin. Normaalit kehitys edellyttää ikävertisuhteita.
<b>Kauppi, K.</b> 2013 Suomi	Kuvataiteen tekijöitä, mitkä edistävät ja rajoittavat hoitoon sitoutumista.	Laadullinen	Potilaat (n=19) ja hoitoon-kielökunta (n=42).	Semi-strukturoitu focus ryhmähaastattelu. Induktiivinen sisällönanalyysi.	Osallistava hoito, hoidon järjestelyt ja arkielämän tasaisuus helpottavat sitoutumista. Haluttomuus lääketerapiaan, hoitoprosessin ja henk.kot. elämän ongelmat ja negatiivinen asenne rajoittavat.
<b>Kilkku, N.</b> 2008 Suomi	Tuottaa aineistoih- töinen teoria potilasopetuksesta ensi-psykoosipotilaisten hoidossa.	Laadullinen	Potilaat (n=6), läheiset (n=7), sairautta hoitajat (n=5).	Haastattelu. Induktiivis-deduktiivinen grounded-teoria.	Potilasopetuksen teorian ytimenä oli luottamuksen uudelleen rakentuminen. Haastattelijoiden kokemukset kohdatuksi tulemisesta ja kohtaamattomuudesta vaikuttivat hoitoon merkittävästi. Luottamuksen palautuminen oli edellytyksille, että potilas ja läheiset voivat ja kykenevät ottamaan vastuuta ajasta ja kuntoutumisesta.
<b>Kiviniemi, L.</b> 2008 Suomi	Ymmärtää ja kuvata psyk.potilaan kokemuksia elämästä ja elämäntieteen näkökulmasta eteenpäin vievistä asioista	Laadullinen, ek-sistentiaalinen fenomenologia.	Potilaat (n=12)	Yksilöhaastattelut ja yksi esse, Amedeo Giorgin analyysimenetelmä ja Juha Perttulan sovellus menetelmästä.	Arjen jäsenyminen ja aktiivisuuden lisääntyminen opiskelun, työn ja tukimuotojen avulla. Arjen toimintojen haasteet: kokemus voimavarojen riittämättömyydestä, epävarmuus selviytymisestä. Tukea perheeltä, sisarusten tuki psyk.hoidon aikana merkittävää.

Jatkuu..

4(7)

Tekijä, vuosi ja maa	Tarkoitus	Metodi	Kohderyhmä	Aineistonkeruu, analysointimenetelmä	Keskeiset tulokset
<b>Kuusisto, M.</b> 2009 Suomi	Kuvata psyk.potilaiden elämänhallintaa vahvistava ja heikentäviä tekijöitä.	Laadullinen	Psykiatrisessa hoidossa olleet potilaat (n=9)	Teemahaastattelun, sisällönanalyysi.	Elämänhallintaa lisäävät tekijät olivat elämän säännöllisyys, positiiviset kokemukset ja hyvät ihmissuhteet ja vuorovaikutus. Heikentäviä tekijöitä olivat epäonnistumiset, sairauden oireet ja ihmissuhde- ja vuorovaikutusongelmat.
<b>Koskimäki, Ri. &amp; Niemi, P.</b> 2007 Suomi	Kuvata kokemuksia perhekeskeisestä hoitotyöstä nuorisopsykiatrian poliklinikalla.	Laadullinen	Poliklinikan työntekijät (n=9), poliklinikan nuoret asiakkaat (n=7) ja asiakkaina olevien nuorten perheet (n=6).	Teemahaastattelun, sisällönanalyysi.	Yhteinen ja avoin keskustelu tärkeää ulkopuolisen työntekijän johdolla parantaa vuorovaikutusta ja avartaa näkökulmaa. Hoito on tukemista, kunnioittamista ja toivon antamista. Nuoret kokevat perheen mukana olemisen tärkeäksi, tukeminen ja asioista tietäminen auttaa. Kuulluksi tuleminen, kuunteleminen ja kysyminen on tärkeää.
<b>Laitila, M.</b> 2010 Suomi	Kuvata mt- ja päihdetyön asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä.	Laadullinen	Potilaat n=27 ja työntekijät n=11	Ryhmähaastattelu, fenomegrafisen analyysin soveltaminen.	Asiakaslähtöisellä yötävällä on positiivisia vaikutuksia yhteistyösuhteelle, asiakkaalle ja työntekijälle. Osallisuutta voidaan tukea asiakaslähtöisillä rakenteilla ja toiminnalla.
<b>Lilja, L. &amp; Hellzen, O.</b> 2008 Norja	Laajentaa ymmärrystä entisten psykiatristen potilaiden kokemuksista osastohoidosta.	Laadullinen	Viimeisen viiden vuoden aikanan psykiatrisessa osastohoidossa olleet potilaat (n=10)	Puolistrukturoidut teemahaastattelut. Sisällönanalyysi.	Asiakaslähtöisellä yötävällä on positiivisia vaikutuksia yhteistyösuhteelle, asiakkaalle ja työntekijälle. Osallisuutta voidaan tukea asiakaslähtöisillä rakenteilla ja toiminnalla.

Jatkuu..

5(7)

Tekijä, vuosi ja maa	Tarkoitus	Metodi	Kohderyhmä	Aineistonkeruu, analysointi, menetelmä	Keskeiset tulokset
<b>Lepistö, S.</b> 2010 Suomi	Kuvata perheväkivaltaa kokeneiden nuorten kokemuksista hyvinvoinnista, perheväkivallasta ja selviytymisestä.	Määrällinen ja laadullinen	Kysely: 9-luokkalaisten (n=1393), haastattelu 18-21-vuotiaista (n=5)	Kyselylomake ja teemahaastattelu, regressioanalyysi ja sisälönanalyysi.	Väkivaltakokemuksia selittävät sukupuoli ja perhe. Hyvinvointiin liittyvät tekijät (turvalliset perhesuhteet, kaverisuhteet ja koulun arvostus) edistävät nuoren selviytymistä. Perheväkivaltaa kokeneiden nuorten avunsaannin perustana on luottamuksen rakentuminen.
<b>Mäenpää, T.</b> 2012 Suomi	Muodostaa näkemys alueite-tojärjestelmän mahdollisista alueellisesti yhteiskäyttöisten tietojen vaihdon tuomista hyödyistä ja vaikutuksista palvelukokonaisuuteen ja -järjestelmään vuosina 2004-2008.	Laadullinen ja määrällinen.	3 aineistoa: 24 empiiristä tutkimusta, valittujen tulostuutujen rekisteriaineisto sekä ammattilaisten (n=43) ja potilaiden (n=10) haastattelut.	Sisällönanalyysi, trendianalyysi, t-testi, varianssianalyysi	Alueellisesti yhteiskäytössä oleva tieto muuttaa tiedonkulkua ja on yhteydessä tiedon saatavuuteen, tietojen vaihtoon ja tietosojan, mikä parantaa työntekijöiden ja potilaiden alueellista yhteistoimintaa. Alueellinen tiedonvaihto ei tue potilaan palvelukokonaisuuden hallintaa. Toiminta tehostuu osittain. Hallinnollinen tuki ja sidosryhmien sitoutuminen on edellytys alueellisten tietojärjestelmien käyttöön otossa.
<b>Nuotio, T.-M., Karukivi, M. &amp; Saarijärvi, S.</b> 2013 Suomi	Kirjallisuuskatsaus nuorten masennuksen ennaltaehkäisyä.	Laadullinen	-	Kirjallisuuskatsaus.	Nuorten masennuksella useita tunnettuja suojaavia ja riskitekijöitä. Varhainen tunnistaminen ehkäisee sairastumista ja vähentää työkyvyttömyydestä johtuvia kuluja. Ennustamisen avuksi kehitetty CADRA-mittari. Hyvin rakennettu hoitopolku ja mahdollisuus päästä hyvään arvioon on seulonnan perusta. Interventioiden tehokkuudesta on lupaavia tuloksia mutta vai- kutukset ovat olleet lyhytaikaisia.
<b>Ohtedal, S., Garrat, A. &amp; Johannessen J.</b> 2007 Norja	Tunnistaa psykiatriseen avohoitoon liittyviä tärkeitä tekijöitä psykiatristen potilaiden kokemana.	Määrällinen	Psykiatrisen avohoidon aikuispotilaat (n=15,422)	Sähköpostikysely. POPEQ, ANOVA.	Kolme tärkeintä potilaiden kokemuksiin vaikuttavaa tekijät olivat mahdollisuus vaikuttaa terapeutin valintaan, hoitohenkilökunnan kohtelaisuus ja kunnioitus sekä hoitajien yhteyden perheen kanssa.

6(7)

Tekijä, vuosi ja maa	Tarkoitus	Mää- tödi	Kohderyhmä	Aineistonkeruu, analysointime- netelmä	Keskeiset tulokset
<b>Ødegård, A. &amp; Strype, J.</b> 2009 Norja	Tutkia ammatti- laisten havaintoja moniammatillisesta yhteistyöstä las- ten ja nuorten mie- lenterveyden tu- kemisen kentällä.	Mää- rälli- nen	Lasten ja nuor- ten kanssa työskentelevät ammattilaiset (n=157))	Kysely, PINQOM- Q. Cronbach's Alpha, ANOVA, t-test. si.	Merkittävimmät käsitteet yhteistyöstä hoitotyön ammattilaisten keskuudessa olivat: motivaatio, ryhmän johtajuus, sosiaalinen tuki ja organisaation kulttuuri. Naiset ovat miehiä orientaio- tuneempia yhteistyöhön.
<b>Piippo, J. &amp; Aaltonen, J.</b> Ruotsi 2004	Selventää potilai- den kokemuksia ja yhteistyön tärkeyt- tä.	Laa- dulli- nen	Kunnallisten sosiaalipalve- lujen piirissä olevat mielen- terveysposti- laat (n=22)	Haastattelu Grounded teoria.	Potilaiden osallisuus ja sosiaalinen verkosto osoittautuivat tär- keiksi asioiksi kuntoutumisen aikana. Tapaamisten tulee olla avoimia ja refleksiivisiä kaikkien osallistujien kesken, jotta he- delmällinen keskustelu on mahdollista. Tässä tutkimuksessa kielteiset kokemukset liittyvät työntekijän käyttäytymiseen poti- lastyössä.
<b>Puolakkaja, K., Haapasalo- Pesu, K.-M., Kiikkala, I., Åstedt-Kurki, P. &amp; Paavilai- nen, E.</b> 2013 Suomi	Luoda substantiivi- nen teoria koulutais- ten mielenterveyden edistämiseksi groun- ded teorian avulla.	Laa- dulli- nen	Koulun työnteki- jät, 12-15- vuotiaat oppilaat ja vanhemmat.	Työntekijöiden, oppilaiden ja van- hempien haastate- lu, asiakirjat kehi- tyistä aktiviteeteista ja suulliset vastauk- set koulun hyvin- vointiprofiilista. Grounded teoria..	Mallissa huomioidaan seuraavat osa-alueet: oppilaat ja heidän perheensä, oppimisympäristö ja työntekijöiden resurssit. Käy- tännötoimenpiteet: käydään läpi ja parannetaan koulun ympä- ristöä, ongelmien tiedostaminen ja avun tarjoaminen, yhteistyö vanhempien ja muiden toimijoiden välillä sekä yhteinen päätök- senteko.
<b>Pönkkö, M.-L.</b> 2007 Suomi	Saada tietoa nuoruus- ikäisten erikoissai- raanhoidon palvelun tarpeesta, käytöstä ja toimivuudesta	Laa- dulli- nen	Oulun täänin erityiskoulujen oppilaat. (n=1276)	Haastattelut, kyse- lylomakkeet ja kirjallinen aineisto. Sisällönanalyysi ja monitahoarviointi.	Erityiskouluilla jatkuva tarve psykiatrisista palveluista, suora yh- teys erikoissairaanhoidon puuttua. Vastuu hoitoon hakeutum- sesta usein perheellä, mikäli ohjautuminen epäonnistunut.

Jatkuu..

Tekijä, vuosi ja maa	Tarkoitus	Mettodi	Kohderyhmä	Aineistonkeruu, analysointimenetelmä	Keskeiset tulokset
Richardts, M. & Vostanis, P. 2004 Englanti	Tutkia 16-19-vuotiaiden tarpeita hoidon siirtymävaiheissa kaikkien nuoren hoitoon osallistuvien tahojen kesken.	Laadullinen	Palvelutarjoajat lasten ja nuorten palveluista (n=12).	Puolisstrukturoidu haastattelun. Grounded teoria..	Neljä yhtenäistä teemaa olivat: ikäryhmän yläpäässä olevilla nuorilla oli monipuolisia tarpeita, lakisääteisiä mielenterveyspalveluja ei ole suunniteltu tälle ikäryhmälle, kommunikatio palveluiden välillä on vaihtelevaa, virallisia käytäntöjä ei ole suunniteltu siirryttäessä lasten palveluista aikuisten palveluihin.
Smith, T., Sells, S., Rodman, J. & Reynolds, L. 2006 USA	Osoittaa, vähentääkö aktiivisen vanhemman osallisuus ja samanaikainen käyttötöshäiriöiden hoito nuorten aineiden käyttöä	Määrällinen	Aineiden käytön ennaltaehkäisyprojektiin osallistuneet 9-18-vuotiaat nuoret (n=102) ja heidän vanhempansa (n=93)	SASSI, t-testi.	Vanhempien osallisuudella nuorten huumeiden käytön ja käyttöhäiriöiden hoidossa oli suuri myönteinen vaikutus. Vaikka nuorten asenne huumeiden käyttöä kohtaan ei merkittävästi muuttunut, muuttui heidän huumeiden käyttönsä parempaan suuntaan.
Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2002 Suomi	Kuvata potilaiden kokemuksia häpeästä ja millä tavalla siitä kokemuksesta keskustellaan akuuttipsykiatrian hoitoneuvotteluissa.	Laadullinen	Neuvotteluihin (n=11) osallistuneet potilaat, hoitajat, lääkärin, läheiset, sosiaalityöntekijät fysioterapeutit.	Videoneuvottelut hoitoneuvotteluista kahdesta psykiatrian yksiköstä. Narratiivinen analyysi.	Kertomukset häpeästä tulivat esiin kokemuksina ja ne aiheuttivat vaikeuksia potilaiden päivittäiseen elämään, mikä johi lopulta erilaisuuden kokemuksiin ja yksinäisyyteen. Potilaiden kertoessa häpeästään, ammatillaiset joko vaihtoivat puheenaihetta tai pyrkivät realisoimaan kerrottua. Osallistujat eivät jakaneet samaa päämäärää hoitoneuvottelussa.
Wallace, T., Robertson, E., Millar, C. & Frisch, S. 1999 Kanada	Oppia lisää siitä, miten asiakkaat ja perheet näkevät psykiatrisen hoidon ja palveluiden vastaanottamisen.	Laadullinen	Potilaat ja heidän perheensä (n=7)	Ryhmähaastattelu. Sisällönanalyysi.	Neljä vaikuttavaa teemaa olivat: hoidon laatu ja määrä, yksilöllisyys ja kumppanuus. Kaikissa teemoissa nousi esiin sekä positiivisia että negatiivisia tekijöitä, merkittävimmät osa-alueet olivat hoidon jatkuvuus ja ympäristö.

