



Annu Vanhala

Psykoosipotilaan saumaton siirtymisen sairaalahoidosta avohoitoon

Hoitajien kokemuksia potilaan hoitoon sitoutumisesta ja sen tukemisesta

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (YAMK)

Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveysalalla:

Mielenterveystyön asiantuntija

Opinnäytetyö

17.4.2024

Tiivistelmä

Tekijä:	Annu Vanhala
Otsikko:	Psykoosipotilaan saumatonta siirtymistä sairaalahoitosta avohoitoon – Hoitajien kokemuksia potilaan hoitoon sitoutumisesta ja sen tukemisesta
Sivumäärä:	41 sivua + 6 liitettä
Aika:	17.4.2024
Tutkinto:	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tutkinto-ohjelma:	Kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma sosiaali- ja terveysalalla: Mielenterveyshäiriöiden asiantuntija
Ohjaaja:	TtM Outi Pyrhönen

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia psykoosipotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä sekä keinoista, joilla saumatonta siirtymistä sairaalahoitosta avohoitoon voidaan tukea. Opinnäytetyön tavoitteena oli tunnistaa hyviä käytänteitä sekä haastekohtia ja nostaa esille konkreettisia hoitotyön keinoja, joilla siirtymää voidaan tukea. Opinnäytetyö tehtiin Laakson yhteissairaalahankeeseen (LYS), joka on Helsingin kaupungin ja HUS Helsingin yliopistollisen sairaalan yhteishanke.

Opinnäytetyö oli lähestymistavaltaan laadullinen ja menetelmänä oli teemahaastattelu. Yksilöhaastatteluita tehtiin seitsemän ja haastateltavina olivat Helsingin kaupungin psykoosilinjan hoitajat sairaalaosastoilta sekä poliklinikoilta. Haastattelut äänitettiin, litteroitiin ja aineistolle tehtiin teorialähtöinen sisällönanalyysi.

Aineiston perusteella potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat voimakkaimmin potilaan sairaudentunto, päihdekäyttö ja perheen tuki sekä kotiuttamisprosessiin liittyvät käytännön asiat.

Potilaan hoitoon sitoutumista voidaan tukea hoidollisia menetelmiä hyödyntävän keskustelun, kuten psykoedukaation ja motivoivan puheen avulla. Perheen tuki ja verkostojen hyödyntäminen sekä empaattinen, avoin ja kunnioittava vuorovaikutus ovat tärkeitä. Hoitojärjestelmän näkökulmasta siirtymää tukevat resurssien järkevä ja oikea-aikainen hyödyntäminen sekä suunnitelmallinen kotiuttamisprosessi, jossa huomiota kiinnitetään käytännön asioihin. Toimiva yhteistyö sairaalan ja avohoidon välillä on erityisen tärkeää, kuin myös yhteisten tavoitteiden asettaminen potilaan kanssa.

Esille nousseet potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät tukevat jo olemassa olevaa tutkimustietoa aiheeseen liittyen. Haastatteluaineisto antaa arvokasta tietoa hoitoon sitoutumista tukevista käytännön hoitotyön keinoista, joita voidaan hyödyntää yksittäistason toiminnan suunnittelussa sekä hoitotyössä laajemmin.

Avainsanat: psykoottiset häiriöt, hoitoon sitoutuminen, hoidon jatkuvuus

Tämän opinnäytetyön alkuperä on tarkastettu Turnitin Originality Check -ohjelmalla.

Abstract

Author: Annu Vanhala
Title: Seamless transition of patients with psychotic disorders from hospital to outpatient care – Nurses' experiences of treatment adherence and means of support
Number of Pages: 41 pages + 6 appendices
Date: 17 April 2024
Degree: Master of Social Services and Healthcare
Degree Programme: Master's Degree in Clinical Expertise in Health Care and Social Services: Professional Major Expertise in Mental Health Care
Instructor(s): Outi Pyrhönen, Master of Health Science

The purpose of the thesis was to examine nurses' experiences of factors affecting treatment adherence of patients with psychotic disorders and the means to support seamless transition from hospital to outpatient care. The aim of the study was to recognize well-functioning practices as well as challenges in the process and bring out methods, with which the patient's transition can be supported. The thesis was made to the Laakso Joint Hospital project by the City of Helsinki and HUS Helsinki University Hospital.

The method of this qualitative study was a semi-structured interview. Seven individual interviews were conducted, and the interviewees were nursing staff from different psychosis wards and outpatient clinics. The interviews were recorded, transcribed and a deductive content analysis was made.

Based on the interview material, the factors that most affect treatment adherence are insight into illness, substance abuse and family support, as well as practical matters regarding the discharge from hospital.

The patient's treatment adherence can be supported with discussion utilizing methods such as psychoeducation and motivational interviewing. The support received from family and social networks as well as empathic, open and respectful interaction are important. From the viewpoint of the health care system, a reasonable and timely utilization of resources and a well-functioning discharge process with attention to practical matters are what support the patient's seamless transition in the process. A working collaboration between the hospital wards and outpatient clinics is especially important, as well as setting the goals for treatment together with the patient.

The factors affecting treatment adherence support the existing research on the subject. The interview material adds valuable information concerning the practical nursing methods suitable for supporting treatment adherence. These methods can be utilized widely in nursing practice as well as in the planning of unit-level practices.

Keywords: psychotic disorders, treatment adherence, continuity of care

The originality of this thesis has been checked using Turnitin Originality Check service.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Toimintaympäristön kuvaus ja teoreettinen viitekehys	3
2.1	Psykoosipotilas osastohoidossa ja avohoidossa	3
2.2	Hoitoon sitoutuminen ja hoidon jatkuvuus	4
2.3	Katsaus kirjallisuuteen	6
2.3.1	Psykiatrisen potilaan hoitoon sitoutumista tukevat tekijät	8
2.3.2	Psykiatrisen potilaan hoitoon sitoutumista heikentävät tekijät	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	10
4	Opinnäytetyön toteutus	10
4.1	Tutkimusmenetelmän valinta	11
4.2	Teemahaastattelun runko	12
4.3	Kohderyhmä ja aineistonkeruu	13
4.4	Aineiston käsittely	15
4.5	Aineiston analyysi	16
4.6	Analyysiprosessin kuvaus	17
5	Tulokset	18
5.1	Psykoosipotilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät siirryttäessä sairaalasta avohoitoon	19
5.1.1	Potilaaseen liittyvät tekijät	19
5.1.2	Ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät	21
5.1.3	Hoitoon ja hoitojärjestelmään liittyvät tekijät	23
5.2	Potilaan hoitoon sitoutumista tukevat keinot siirryttäessä sairaalasta avohoitoon	24
5.2.1	Potilaaseen liittyvät keinot	24
5.2.2	Ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät keinot	26
5.2.3	Hoitoon ja hoitojärjestelmään liittyvät keinot	28
6	Pohdinta	31
6.1	Tulosten tarkastelua	31
6.2	Eettisyys	34
6.3	Luotettavuus	37
6.4	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	40
	Lähteet	42

Liitteet

Liite 1. Kooste kirjallisuushaun artikkelien keskeisistä tuloksista

Liite 2. Teemahaastattelun runko

Liite 3. Tutkittavan informointi -lomake

Liite 4. Tutkittavan suostumus -lomake

Liite 5. Aineistoesimerkkejä analyysiprosessista

Liite 6. Sisällönanalyysin tulokset analyysirungossa

1 Johdanto

Mielenterveyden häiriöt ovat maailmanlaajuisesti merkittävä kansanterveydellinen haaste. Ne aiheuttavat merkittäviä haittoja yksilölle, heikentävät elämänlaatua sekä lisäävät itsemurhan riskiä ja kuolleisuutta. Tämän lisäksi niihin liittyy liitännäissairastavuutta sekä sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. (World Health Organization 2021: 2–3.)

Euroopan taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD:n (Organisation for Economic Co-operation and Development) raportin mukaan Suomessa mielenterveyden suorat ja epäsuorat kustannukset ovat OECD-maiden suurimpia (Health at a Glance: Europe 2018: 20, 26–27). Suomessa lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä aiheutuvat mielenterveyden häiriöistä (Vorma & Rotko & Larivaara & Kosloff 2020: 11, 19). Skitsofrenian Käypä hoito -suositus puolestaan viittaa arvioon, jonka mukaan skitsofrenia aiheuttaa 1–3 % terveydenhuollon kustannuksista. Kustannuksia ovat suorat kustannukset, jotka aiheutuvat sairauden hoidosta (80 % hoitokustannuksista tulee sairaala- tai muusta ympärivuorokautisesta hoidosta) sekä epäsuorat kustannukset, jotka aiheutuvat tuottavuuden menetyksistä: työmenetyksistä ja työkykyvajeesta. Suositus nostaa esille myös inhimillisen kärsimyksen, jota ei rahallisesti voida arvioida. (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030 listaa tavoitteita mielenterveyspalvelujen kehittämistä koskien. Niissä korostuvat ennaltaehkäisy ja osallistava, kuntouttava ote sekä mielenterveysosaamisen lisääminen yhteiskunnan eri osa-alueilla, mutta strategiassa huomioidaan myös palvelujen kehittäminen ja hoitoketjun toimivuus sairaalahoidon jälkeen (Vorma ym. 2020: 9–10, 33, 43).

Hoitoketjun toimivuuteen eli hoidon sujuvuuteen tulee kiinnittää huomiota monestakin syystä. Avohoitokeskeisyys on ollut psykiatriassa kansainvälinen trendi jo pitkään (Korkeila 2009: 2333). Tilastojen valossa myös Suomessa psykiatristen sairaalahoitosten määrä on vähentynyt ja kesto lyhentynyt viime vuosien aikana, ja samalla avohoitokäyntien sekä -potilaiden määrä on kasvanut (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 2021). Hoidon tulisi olla avohoitopainotteista, ja avohoidon henkilöstön osamiseen sekä resursseihin tulisi panostaa (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022;

Suomen Psykiatriyhdistys n.d.). Hoidon jatkuvuuteen tulisi kiinnittää huomiota sekä potilaskohtaisesti että organisaatioiden kesken. Etenkin vaikeiden persoonallisuushäiriöiden ja psykoosien onnistunut avohoito edellyttää saumatonta yhteistyötä sairaalan kanssa. (Korkeila 2009: 2338.)

Skitsofrenian hoidossa merkittävä ongelma on hoitoon sitoutumattomuus, joka heikentää sairauden ennustetta ja lisää sairaalahoitoon joutumisen riskiä (Wahlbeck & Cresswell-Smith & Haaramo 2019: 120–126; Leijala & Hietala & Kampman 2019: 2028–2034). Tutkimustieto viittaa siihen, että yksikin toteutunut käynti avohoidossa psykiatrisen sairaalahoidon jälkeen vähentää sairaalahoidon uusiutumisen riskiä merkittävästi (Wahlbeck ym. 2019: 120–126). Myös skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen mukaan hyvin hoitoon sitoutuneilla potilailla sairaalahoidon tarve on pienempi (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022).

Hoitoon sitoutumisen tukeminen on tärkeä osa psykoosisairauden pitkäaikaishoitoa (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022; Tuominen & Salokangas 2016: 467). Merkittävällä osalla potilaista on uusiutuneita sairaalahoitoja tai psykoosijaksoja, ja eräs hoidon tavoite on psykososiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun parantumisen (Tuominen & Salokangas 2016: 467) sekä potilaan pärjäämisen (Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022) lisäksi sairaalahoidon uusiutumisen ehkäiseminen (Isohanni & Niemelä & Moilanen & Penttilä 2015). Avohoidon tehokas toteutuminen vähentää sairaalahoitoja, ja laadukkaan psykiatrisen hoidon vaikutukset ulottuvat potilaan kokemuksen lisäksi myös yhteiskunnalliselle tasolle, joka näkyy esimerkiksi terveydenhuollon resurssien mielekkäänä jakautumisena (Niemelä & Blanco-Sequeiros 2015: 565).

Tämän opinnäytetyön aiheena on psykoosipotilaan saumaton siirtyminen sairaalahoidosta avohoitoon ja työn tarkoituksena on selvittää Helsingin kaupungin psykoosilinjan hoitajien kokemuksia psykoosipotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä sekä keinoista, joilla siirtymistä sairaalasta avohoitoon voidaan tukea. Auroran sairaalan akuutti- ja kuntoutusosastoilla hoidetaan helsinkiläisiä aikuisia psykoosipotilaita, ja sekä osastot että kaupungin alueelliset psykiatrisen poliklinikat toimivat Helsingin kaupungin alaisuudessa (Psykiatrisen sairaala (Auroran sairaala); Psykiatrisen poliklinikka). Laakson yhteissairaalan valmistumisen myötä sairaalaosastojen on suunniteltu siirtävän HUS Helsingin yliopistollisen sairaalan alaisuuteen, mutta poliklinikoiden jäävän kaupungille (Laakson yhteissairaala 2022). Tulevien organisaatiomuutosten myötä huomiota onkin kiinnitettävä prosessien sujuvuuteen. On todettu, että saumaton yhteistyö sairaalan ja avohoidon välillä on olennainen tekijä avohoidon onnistumisen kannalta (Korkeila 2009: 2338) sekä edellytyksenä sellaisen avohoitopainotteisen hoidon

toteutumiselle, jossa lähtökohtana on potilaan vapaaehtoisuus (Suomen Psykiatriyhdistys n.d.).

Tämä opinnäytetyö tehdään Laakson yhteissairaalahankkeeseen (LYS). Laakson yhteissairaala on suunnitteilla oleva somatiikan ja psykiatrian yhdistävä HUSin ja Helsingin kaupungin yhteishanke. Hankkeen tavoitteena on taata potilaiden korkealaatuinen tutkimus ja hoito sekä tarjota ensiluokkainen potilas- ja asiakaskokemus. Laakson yhteissairaalaan halutaan vetovoimainen työpaikka, jolla on hyvä julkisuuskuva (Laakson yhteissairaalahanke (LYS) 2021). Opinnäytetyön tavoitteena on tunnistaa hyviä käytänteitä sekä haastekohtia ja nostaa esille konkreettisia hoitotyön keinoja, joilla potilaiden siirtymää sairaalasta avohoitoon voidaan tukea.

2 Toimintaympäristön kuvaus ja teoreettinen viitekehys

2.1 Psykoosipotilas osastohoidossa ja avohoidossa

Psykoosit ovat vakavia mielenterveyden häiriöitä, joissa oireina voi olla aistiharjoja, ajattelun tai toiminnan hajanaisuutta, harhaluuloja, kognitiivisia puutoksia tai tunne-elämän häiriöitä. Yleisimpiä psykoosisairauksia ovat skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö ja skitsoaffektiivinen häiriö. Lisäksi psykoosin voi laukaista päihteiden käyttö tai orgaaniset syyt. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022; Tietoa psykoosista.) Tässä opinnäytetyössä termillä ”psykoosipotilas” tarkoitetaan psykoosiin sairastunutta potilasta.

Osastohoidolla tarkoitetaan sairaalassa annettua tutkimusta tai hoitoa. Psykiatriseen osastohoitoon turvaututaan tilanteessa, jossa potilas ei pärjää kotonaan tai avohoidon palvelut eivät ole vakavan mielenterveyden häiriön hoitoon riittävät. Osastohoito voi olla vapaaehtoista tai tahdosta riippumatonta hoitoa. (Osastohoito mielenterveyshäiriöissä.) Psykiatriset sairaalaosastot ovat erikoissairaanhoidon kuuluvia vuodeosastoja, jotka ovat profiloituneet hoitamaan tietynlaisia psykiatrisia häiriöitä. Auroran sairaalaan on keskitetty helsinkiläisten aikuisten psykoosi- ja mielialahäiriölinjan akuutti- ja kuntoutusosastot ja se toimii Helsingin kaupungin alaisuudessa (Psykiatrisen sairaala (Auroran sairaala)). HUSin alaisuudessa toimivat puolestaan Jorvin ja Peijaksen osastot sekä Psykiatriakeskus kuin myös psykoosipoliklinikat sekä erilaiset erityispoliklinikat (HUS Psykiatria).

Psykiatrisella avohoidolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä niitä avohoitopalveluja, jotka kantavat hoitovastuun potilaan hoidosta. Erikoissairaanhoidon kuuluvilla psykiatrian poliklinikoilla hoidetaan vaikeita mielenterveyden häiriöitä tai psykiatrisia sairauksia sairastavia potilaita. Helsingin kaupungin alaisuudessa toimii neljä psykiatrian aluepoliklinikkaa, ja niiden yhteydessä toimivat alueelliset päihdeklinit. Hoitoa toteutetaan moniammatillisessa tiimissä yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaisesti, ja hoito on psykiatrista erikoissairaanhoidoa. Helsingin kaupungilla on myös erityispoliklinikoita, kuten Auroran sairaalan alueella sijaitseva Erytishoidon poliklinikka sekä psykoosilinjan Liikkuva avohoito, hoitovastuullinen liikkuvaa työtä tekevä yksikkö (Psykiatrian poliklinikka; Psykiatrinen avohoito).

Poliklinikoilla potilaita hoidetaan moniammatillisessa työryhmässä, ja hoitoon sitoutumista tukee muun muassa adherenssi, joka on liikkuvaa, hoitoon sitouttavaa työtä. Adherenssitiimi voi jalkautua potilaiden luokse heidän koteihinsa tai valitsemaansa ympäristöön sekä tukea asioinneissa ja lääkehoidon toteutuksessa. (Leivonen 2023.) Jalkautuvaa työtä Helsingissä tekee myös Auroran Liikkuvan avohoidon yhteydessä toimiva Tehostetun avohoidon yksikkö, joka on sairaalan sekä avohoidon tukena toimiva välimuotopalvelu (Liikkuva ja tehostettu avohoito).

Helsingin kaupungin psykiatriapalveluissa potilastyötä ohjaa toipumisorientaation viitekehys. Toipumisorientaatio huomioi potilaan voimavarat, tukee potilaan osallisuutta ja korostaa toivon ylläpitämisen tärkeyttä sekä elämän merkityksellisyyttä. Taustalla on ajatus positiivisesta mielenterveydestä, jolla tarkoitetaan kokonaisvaltaista mielen hyvinvointia. (Nordling 2018: 1476–1477.)

2.2 Hoitoon sitoutuminen ja hoidon jatkuvuus

Hoitoon sitoutumista on ilmiönä tutkittu jo 1950-luvulta alkaen, ja käsitettä on suomalaisessa alan sanastossa alettu määritellä 1980-luvulla. Kyngäs ja Hentinen (2008) ovat määritelleet hoitoon sitoutumisen olevan ”asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa”. (Kyngäs & Hentinen 2008: 16–17.)

Pitkälä ja Savikko (2007) määrittelevät hoitoon sitoutumisen olevan yhteisymmärrystä hoidosta, joka saavutetaan potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisen neuvottelun tuloksena (Pitkälä & Savikko 2007: 501).

Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) tarkastelee vuoden 2003 raportissaan *Adherence to Long-Term Therapies – Evidence for Action* hoitoon sitoutumista viiden ulottuvuuden kautta. Näitä ovat sosioekonominen ulottuvuus, hoitojärjestelmä sekä hoitoon, potilaaseen ja sairauteen liittyvät ulottuvuudet. Raportti tuo myös esille käsitteen vuorovaikutuksellisen sekä monitahoisen luonteen, ja suosittelee käyttämään termiä *adherenssi* (*adherence*) aikaisemman termin *komplianssi* (*compliance*) sijaan. (World Health Organization 2003: 3–4, 27–30). Komplianssilla on perinteisesti tarkoitettu hoitomyöntyvyyttä, ja *adherenssi* puolestaan kuvaa sellaista hoitoon sitoutumista, jossa potilaan rooli on tasa-arvoisempi ja päätöksenteko tapahtuu yhteistyössä (Pitkälä & Savikko 2007: 501).

Erilaisia hoitoon sitoutumisen malleja on esitetty sekä hoitotieteen että käyttäytymistieteiden saralla. Yleisimmin viitattu lienee Rosenstockin motivaatioteoriaan perustuva terveysuskomusmalli HBM (Health Belief Model). Mallia käytetään monesti viitekehystenä tutkittaessa lääkehoitoon sitoutumista. Siinä hoitoon sitoutumista ennustaa potilaan arvio mahdollisuuksistaan hyötyä hoidosta. (Kyngäs & Hentinen 2008: 56–57; Rosenstock 1974: 331.)

Albert Banduran pystyvyyskäsitteys (*self-efficacy*) on eräs usein käytetty hoitotieteellinen viitekehys. Se perustuu sosiokognitiiviseen teoriaan, jonka ydinajatus on se, että ihmisen usko omaan kykyihinsä mahdollistaa omaan elämäänsä vaikuttamisen. (Kyngäs & Hentinen 2008: 58.) Banduran psykologian ja käyttäytymistieteiden saralta koostamaa mallia voidaan käyttää kuvaamaan laajemminkin erilaisia psykologisia ilmiöitä, joissa tarkastellaan ihmisen käyttäytymisvalintoja ja käyttäytymisen säätelyä. Tärkeäksi mallissa nousee se odotus, joka yksilöllä on toiminnan lopputuloksesta. Usko ja kokemus omasta kyvykkyydestä tämän lopputuloksen saavuttamiseksi puolestaan motivoivat käytöstä. (Bandura 1977: 193, 204.) Pystyvyyskäsitteys vaikuttaa terveyskäyttäytymisen taustalla laajasti – muutostarpeen havaitseminen ja sen alulle paneminen, muutokseen ja vastoinkäymisiin sopeutuminen ja reagointi sekä positiivisen terveyskäyttäytymisen ylläpito edellyttävät pystyvyyden kokemusta (Bandura 1997: 279). Suomenkielisessä kirjallisuudessa siitä käytetään myös termiä *minäpystyvyys*, lähikäsitteenä nähdään myös *itsehallinta* (*self-management*). (Kyngäs & Hentinen 2008: 58.)

Hoitoon sitoutumista voidaan tarkastella myös selviytymis- ja mukautumismallien kautta. Mallit perustuvat stressi-, coping- ja adaptaatioteorioihin, ja niissä hoitoon sitoutuminen riippuu potilaan kyvystä selviytyä sairauden aiheuttamista (tai muista elämän haasteista. (Kyngäs & Hentinen 2008: 57, 62.)

Helvi Kyngäs on rakentanut teoriaa pitkäaikaisesti sairaan hoitoon sitoutumisesta: alun perin diabetesta sairastavia nuoria koskevaa tutkimusta (1995) on sittemmin laajennettu myös muita sairauksia sekä aikuisten hoitoon sitoutumista kuvaavaksi. Teorian mukaan hoitoon sitoutumista edistää sisäinen hoitomotivaatio, hyväksi koettu hoitotulos ja jaksaminen hoidossa sekä tunne normaaliudesta. Se nostaa esille hoitoon sitoutumista edistävinä tekijöinä tuen hoitohenkilöstöltä ja lähipiiriltä sekä hoitomotivaation ja jaksamisen. (Kyngäs & Hentinen 2008: 65–67.)

Eräs psykiatrisen potilaan hoitoon sitoutumista kuvaava malli on Eila Pekkalan kehittämä hoitoon sitoutumisen ihannemalli, jota Ulla Timlin kuvaa teoksessa *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö* (2008). Malli kuvaa tavoitetilaa, jossa potilaalla on halu ja valmius sitoutua hoitoon. Malli jakaa hoitoon sitoutumisen kolmeen pääkäsitteeseen: edellytykset, toiminta ja vaikutukset. Edellytyksillä tarkoitetaan hoitojärjestelmän toimivuutta, ja se voidaan edelleen jakaa hoitajalta sekä potilaalta edellytettäviin tekijöihin, joita voivat olla muun muassa ammattitaito (hoitaja) tai kyky hoitaa itseään (potilas). Toiminnalla tarkoitetaan yhteistä toimintaa, esimerkiksi ratkaisujen etsimistä yhdessä sekä yhteistyötä, hoitajan toimintaa, joka voi olla potilaan tukemista tai tiedon antamista, tai potilaan toimintaa, jota on esimerkiksi itsensä hoitaminen. Vaikutuksilla tarkoitetaan vaikutusta hoitojärjestelmään, hoitajaan tai potilaaseen, joita ovat esimerkiksi potilaan voimien kohentuminen tai resurssien tehokas kohdentuminen. (Timlin 2008: 163–164.)

Siinä missä hoitoon sitoutuminen käsitteenä on asiakaslähtöinen, voidaan asiaa tarkastella myös hoitojärjestelmän näkökulmasta, ja tällöin puhutaan hoidon jatkuvuudesta. Hoidon jatkuvuuden elementtejä ovat pitkäaikainen hoitosuhde sekä hoidon järjestämiseen tai tiedonkulkuun liittyvät tekijät (Mäntyselkä 2021: 1849).

Kansallinen mielenterveysstrategia vuosille 2020–2030 esittää hoitoketjun toimivuuden mittariksi sen, toteutuuko ensimmäinen käynti avohoidossa viikon sisällä uloskirjoituksesta sairaalasta (Vorma ym. 2020: 34, 43).

2.3 Katsaus kirjallisuuteen

Kirjallisuushaun avulla kartoitettiin, miten hoitoon sitoutumista on tutkittu psykiatrian kontekstissa sekä mitkä tekijät hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat ja miten hoitoon sitoutumista voidaan vahvistaa.

Kirjallisuushaku tehtiin kevään 2022 aikana useasta hoitotieteen kattavasta tietokannasta (CINAHL, Medline/Pubmed, MEDIC) ja lisäksi Metcat FINNA -verkkopalvelusta

hakusanoilla *psychiatry/psychotic disorders/schizophrenia + treatment adherence/compliance + interventions* sekä *continuity of care* ja näiden erilaisilla yhdistelmillä käyttäen apuna asiasanastoja. Suomenkielisissä hauissa käytettiin suomenkielisiä vastaavia hakusanoja. Hakua pyrittiin ensin kohdentamaan psykoosipotilaisiin, mutta sittemmin laajennettiin kattamaan vakavaa mielenterveyden häiriötä (yleisimmin tällä tarkoitettiin psykoosipotilaita sekä kaksisuuntaista mielialahäiriötä) sairastavia, koska yksinomaan psykoosipotilaiden hoitoon sitoutumista tarkastelevia artikkeleita löytyi vain muutamia. Lisäksi artikkeleita, jotka olivat tutkineet ainoastaan potilaan lääkehoitoon sitoutumista, hyväksyttiin mukaan lääkehoidon ollessa keskeinen osa psykoosipotilaan hoitoa. Tietokantahakua täydennettiin käsihaulla. Artikkeleista tehtiin kooste, jonka pohjalta teemahaastattelun runko rakennettiin (haastattelurungon teemojen rakentuminen kuvataan tarkemmin luvussa 4.2 ja artikkelikooste löytyy liitteestä 1). Artikkelien laatuun ja ajankohtaisuuteen pyrittiin kiinnittämään huomiota: koosteeseen valitut artikkelit ovat kaikki 2000-luvulta ja ne julkaisujen lehdet, jotka löytyivät JUFO-julkaisufoorumin portaalista, sijoittuivat luokitteluasteikolla vähintään tasolle 1. Julkaisufoorumi JUFO on luokitusjärjestelmä, joka tukee tieteellisen julkaisutoiminnan laadunarviointia. JUFO:n tasoluokkaan 1 kuuluvat julkaisukanavat ovat tieteellisten tutkimustulosten julkaisemiseen erikoistuneita vertaisarvioituja julkaisukanavia, joilla on tieteenalan asiantuntijoista koostuva toimituskunta. (Julkaisufoorumi.)

Aiheesta tehdyt kirjallisuuskatsaukset toivat omissa pohdinnoissaan esille, että vaikeasti psyykkisesti sairaan potilaan hoitoon sitoutumisesta on tehty kohtalaisen vähän laadukasta tutkimusta, ja että tarvetta tutkimukselle olisi esimerkiksi erilaisten lääkehoitoon sitoutumista tukevien interventioiden vaikuttavuudesta (El Abdellati & De Picker & Morrens 2020: 24; Loots ym. 2021: 2, 19).

Psykiatrisen avohoidon tehoa ja vaikuttavuutta on tutkittu kohtalaisen vähän ja asiaan perehdyttäessä esille tulee tutkimusasetelman haasteellisuus. Karkeita mittareita voivat olla itsemurhakuolleisuus tai sairaalahoitoon palaamisaste, kuitenkin hoidon vaikuttavuutta voidaan tutkia esimerkiksi potilaan elämänlaadun tai toimintakyvyn palaamisen tai pysyvyyden valossa. (Korkeila 2009: 2333–2335.) Hoitoon sitoutumisen arviointi ei myöskään ole yksiselitteistä. Potilaan hoitoon sitoutumista voidaan arvioida suorasti (toiminnan havainnointi, lääkeainepitoisuuksien mittaus) tai epäsuorasti (hoitotulos, kliininen tila, keskustelu, haastattelu, kyselylomake) ja arviointia voi tehdä asiakas, hoitohenkilökunta tai omainen (Kyngäs & Hentinen 2008: 36–39).

Eräs konkreettinen näkökulma on lääkehoitoon sitoutuminen, joka on tärkeässä roolissa tarkasteltaessa psykoosipotilaiden hoidon kokonaisuutta. Suomen Käypä hoito -

suosituksen arvion mukaan skitsofreniaa sairastavista avohoitopotilasta 40–65 % jättää noudattamatta lääkitysohjeita ainakin ajoittain, ja muualla maailmaa tehdyissä tutkimuksissa luku on jopa 74 % (Skitsofrenia: Käypä hoito; Lieberman ym. 2005: 1209).

Lääkehoitoon sitoutumisen astetta on hankalaa mitata luotettavasti (Sorvaniemi & Kampman 2000: 277–278; Leijala ym. 2019: 2028). Lääkelaitoksen TABU-julkaisun mukaan kolmannes sairaalahoidoista ylipäänsä johtuisi lääkehoidon puutteellisesta toteutumisesta (Lääkelaitos 2006: 4–5).

2.3.1 Psykiatrisen potilaan hoitoon sitoutumista tukevat tekijät

Psykiatrisen potilaan hoitoon sitoutuminen edellyttää toimivaa yhteistyötä potilaan ja hoitotahon sekä muiden toimijoiden välillä, sekä kunnioittavaa, dialogista ja tasa-arvoista vuorovaikutusta. On tärkeää luoda luottamuksellinen hoitosuhde, ja hoidon tulee sisältää yksilöllisesti mietittyjä elementtejä, kuten lääkehoito, ryhmät ja terapia. (Timlin 2008: 165–168.)

Aiheesta tehdyt tutkimukset ja katsaukset viittaavat siihen, että erilaiset teknologiaperustaiset interventiot (kuten tekstiviestimistutukset), terapeutin hoito-ote, motivoiva haastattelu ja psykoedukaatio sekä perheen mukaan ottaminen hoitoon voivat tukea psykiatrisen potilaan sekä lääkehoitoon että hoitoon sitoutumista ylipäänsä. (El Abdellati ym. 2020: 14–22; Chien & Mui & Gray & Cheung 2016: 7–13; Cullen ym. 2020: 6–7; D’Arcey ym. 2020: 6–16; Donohoe 2006: 207–208, 212).

Sorvaniemen ja Kampmanin (2000) tekemän katsauksen mukaan skitsofreniapotilaan hoitoon sitoutumista edistävät hyvä sairaudentunto ja perheen tuki. Hoitoon sitoutumista tukevat selkeä hoito-ohjelman sisältö ja lääkeohjeet. Hyvä hoitosuhde on myös tärkeä. (Sorvaniemi & Kampman 2000: 278–279.)

Pitkälä ja Savikko (2007) ovat pohtineet yleisesti potilaiden hoitoon sitoutumisen tärkeyttä sekä sitä edistäviä tekijöitä: esille nousevat luottamuksellinen hoitosuhde ja potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta sekä yksilöllisestä kohtaamisesta (Pitkälä & Savikko 2007: 501–502). Oksanen (2015) on pohtinut lääkehoitoon sitoutumisen haasteita psykiatriassa ja tuo eräässä katsauksessaan esille, että lääkärin ja potilaan välillä tulisi välttää autoritääristä asetelmaa, ja sen sijaan kuunnella potilasta sekä luoda turvallinen ja hyväksyvä ilmapiiri vastaanotolla (Oksanen 2015: 1440). Jylhä ja Isometsä (2020) kirjoittavat Duodecimin Itsemurhaa yrittäneen turvasuunnitelma -artikkelissaan,

että yhteistoiminta ja terapeutin yhteistyö ovat keskeisiä asioita turvasuunnitelman tekemisen sekä potilaan hoitoon sitouttamisen kannalta (Jylhä & Isometsä 2020: 2633).

Potilaan hoitoon sitoutumista voidaan siis vahvistaa monella tavalla sekä tukea erilaisilla interventioilla, kuitenkin tärkeää on muistaa yksilöllisyys ja oikea-aikaisuus. Toimiva hoitosuhde on tärkeä, ja on pystyttävä tunnistamaan potilaan yksilölliset hoitoon sitoutumattomuuden syyt ja kohdistaa interventiot niihin. (Leijala ym. 2019: 2030–2032.)

2.3.2 Psykiatrisen potilaan hoitoon sitoutumista heikentävät tekijät

Puutteellinen hoitoon sitoutuminen voi olla tietoista tai tiedostamatonta. Tietoiseksi katsotaan tilanne, jossa hoitoon sitoutumattomuuden taustalla ovat asiakkaan vakaumus, epäluottamus hoitotahoon, koetut sivuvaikutukset tai halu tehdä riippumattomia päätöksiä. Hoitoon sitoutumattomuus voi puolestaan olla tahatonta tilanteessa, jossa potilas ei ymmärrä hoidon merkitystä tai esimerkiksi unohtaa noudattaa hoito- tai lääkitysohjetta. (Kyngäs & Hentinen 2008: 43–44.)

Vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivillä potilailla heikko sairaudentunto, päihteiden käyttö, lääkevastaisuus, kognitiiviset puutokset sekä koetut lääkehaitat voivat heikentää lääkehoitoon sitoutumisen astetta (Allen & Sugarman & Wennerstrom 2016: 342; Velligan & Sajatovic & Hatch & Kramata & Docherty 2017: 449–468). Myös asenteet ja uskomukset sekä ympäristöön ja subjektiiviseen hyvinvointiin liittyvät tekijät vaikuttavat (Oksanen 2015: 1437).

Leijala, Hietala ja Kampman ovat vuoden 2019 katsauksessaan tiivistäneet huonon hoitoon sitoutumisen riskitekijät skitsofreniaa sairastavilla potilailla neljään kategoriaan: potilaaseen liittyvät riskit sekä ympäristöön, hoitotahoon tai hoitoon liittyvät riskitekijät. Potilaaseen liittyvät riskitekijät ovat edelleen jaettu sosiodemografisiin (miessukupuoli ja nuori tai vanha ikä), yleisiin (päihdekäyttö, huono hoitoon sitoutuminen hoitohistoriassa), sairauteen liittyviin (puutteellinen sairaudentunto sekä kognitiiviset puutosoireet, harhaluulot, myrkytyspelot, negatiivinen oirekuva, voimakkaat psykoosioireet) sekä psykologisiin riskitekijöihin (kielteiset asenteet ja uskomukset, sairauden vähättely tai kieltäminen, häpeä). Ympäristöön liittyviä riskitekijöitä ovat elinolosuhteiden epävakaus, ympäristön kielteinen suhtautuminen tai vähäinen tuki perheeltä sekä vaikeus ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon. Hoitotahoon liittyviä riskitekijöitä ovat huono hoitosuhde, puutteellinen psykoedukaatio, kommunikaatio-ongelmat sekä puutteellinen hoitosuunnitelma avohoitoon siirtymisen vaiheessa. Itse hoitoon liittyviä riskitekijöitä ovat

hoidon tehottomuus, lääkehaitat sekä lääkehoidon kompleksisuus. (Leijala ym. 2019: 2028–2033.)

Myös Sorvaniemi ja Kampman (2000) ovat katsauksessaan tiivistäneet skitsofreniapotilaan hoitoon sitoutumisen esteenä olevan vaikea psykoosioireilu, harhaluulot, kognitiiviset puutosoireet tai häiriöt, päihteiden käyttö sekä koetut lääkehaitat. Myös sosiaalinen eristäytyneisyys sekä asumisolosuhteet vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. (Sorvaniemi & Kampman 2000: 278–279.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia psykoosipotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä sekä keinoista, joilla saumatonta siirtymistä sairaalasta avohoitoon voidaan tukea.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tunnistaa hyviä käytänteitä sekä haastekohtia ja nostaa esille konkreettisia hoitotyön keinoja, joilla tätä siirtymää voidaan tukea.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Mitkä tekijät vaikuttavat psykoosipotilaan hoitoon sitoutumiseen siirtymäessä sairaalasta avohoitoon?
- 2) Millä keinoilla psykoosipotilaan saumatonta siirtymistä sairaalasta avohoitoon voidaan tukea?

4 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Laakson yhteissairaalahankeen (LYS) kanssa vuoden 2022 ja kevään 2023 aikana. Tutkimussuunnitelma tehtiin keväällä 2022, jolloin aiheen valinnasta viestiteltiin Laakson yhteissairaalahankeen yhteyshenkilön kanssa. Tutkimussuunnitelmaa esiteltiin Teams-palaverissa keväällä 2022. Tutkimuslupa Helsingin kaupungilta haettiin syksyllä 2022, ja se myönnettiin 29.8.2022. Helsingin kaupungin yhteyshenkilönä toimi Auroran sairaalan psykoosilinjan ylihoitaja, jonka kanssa tutkimussuunnitelman toteutuksesta keskusteltiin.

4.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Opinnäytetyö tehtiin laadullisen tutkimuksen keinoin, haastattelututkimuksena. Haastattelu antaa mahdollisuuden tarkentaa, syventää tai selventää tutkittua aihetta ja haastattelutilanne ”elää”: vuorovaikutus haastattelijan ja haastateltavan välillä mahdollistaa merkitysten ja motiivien ymmärtämisen ja antaa haastateltavalle vapauden ilmaista itseään vapaasti. (Hirsjärvi & Hurme 2021: 34–35.) Haastattelu on menetelmänä joustava: voidaan käydä keskustelua ja tarvittaessa toistaa kysymys tai muokata sanamuotoja (Tuomi & Sarajärvi 2018: 85). Tutkija välittää kuvaa haastateltavan kokemuksista ja käsityksistä (Hirsjärvi & Hurme 2021: 41) ja tarkoituksena on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2018: 85).

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu etenee keskeisten ennalta suunniteltujen teemojen varassa ja teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat (Hirsjärvi & Hurme 2021: 48). Teemat perustuvat aiheesta jo tiedettyyn, eli kirjallisuuden ja tutkimustiedon perusteella rakennettuihin teema-alueisiin, tutkimusta ohjaavaan teoreettiseen viitekehykseen tai valmiiseen malliin. Haastattelun aihe tai teemat voidaan antaa tutkittaville etukäteen tutustuttaviksi. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 85, 87–88.) Haastattelutilanteessa haastateltava voi esittää lisäkysymyksiä esille nousseista asioista teemojen sisällä, ja kehyksen rakenne on joustava ja avoimen kerronnan mahdollistava haastattelun kuitenkin pysyessä aihepiiriltään suunnitellussa (Palonen & Kylmä 2022: 285–286).

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, ja se sijoittuu löyhästi strukturoidun (esimerkiksi lomakehaastattelu) ja strukturoimattoman (esimerkiksi avoin haastattelu) välimaastoon (Hirsjärvi & Hurme 2021:43–47). Menetelmä pohjautuu Mertonin, Fiskin ja Kendallin vuonna 1956 julkaisemaan kirjaan *The Focused Interview*, ja sen mukaan tällaisen kohdennetun haastattelun voi jakaa neljään vaiheeseen: 1) oletetaan, että haastateltavilla on kokemusta tietystä tilanteesta, 2) tutkittavan ilmiön rakenteita, prosesseja ja kokonaisuutta on tarkasteltu, 3) näiden oletusten pohjalta rakennetaan teemahaastattelun runko ja 4) haastattelu suunnataan tutkittavien henkilöiden subjektiivisiin kokemuksiin näistä ennalta analysoiduista tilanteista. (Hirsjärvi & Hurme 2021: 47).

Tässä opinnäytetyössä oletettiin, että haastateltavilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, jolloin puolistrukturoitua haastattelurunkoa käyttämällä voidaan syventää aiheesta

jo tiedettyä. Tarkoituksena oli kuitenkin jättää tilaa myös haastattelurungon ulkopuolisten asioiden käsittelylle, mikäli sellaisia nousisi. Tavoitteena oli keskittyä haastateltavien vapaasti sanoittamiin omiin ammatillisiin kokemuksiin.

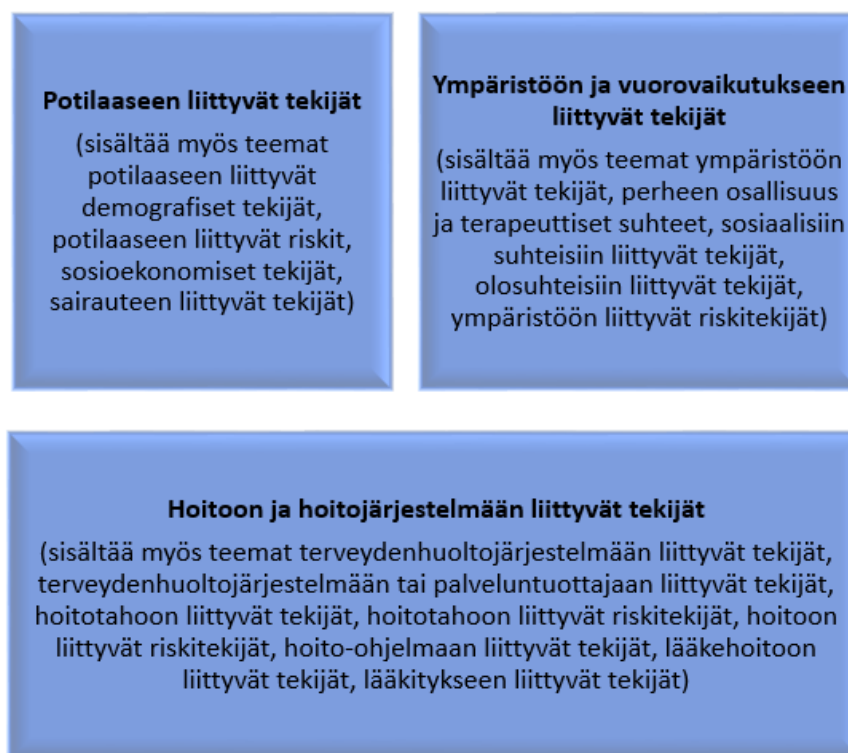
4.2 Teemahaastattelun runko

Luvussa 2.3 kuvatun kirjallisuushaun perusteella valituista artikkeleista ja niiden keskeisistä sisällöistä tehtiin kooste (liite 1).

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä (kirjallisuuskatsauksesta nousseiden teemojen mukaisesti)
Potilaaseen liittyvät tekijät: sairaudentunto, hoitomotivaatio, päihdekäyttö, kognitio, uskemukset, vakaumukset, kokemus lääkityksestä (haitat/hyödyt), oirekuva (epäluulo, harhat)
Ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät: perheen tuki, ympäristön asenne, hoitosuhteen laatu, kokemus kuulluksi tulemisesta, yksilöllinen kohtaaminen, ilmapiiri vastaanotolla, kommunikaatio
Hoitoon ja hoitojärjestelmään liittyvät tekijät: hoito-ohjelman sisältö, rakenne ja selkeys, lääkitysohjeiden selkeys, yhteistyö, yhteydenpito, lisätuet

Kuvio 1. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Artikkeleista etsittiin toistuvia teemoja tai asioiden jäsentelytapoja, joita yhdistelemällä saatiin rakennettua kolme pääteemaa: 1) potilaaseen liittyvät tekijät, 2) ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät ja 3) hoitoon ja hoitojärjestelmään liittyvät tekijät.



Kuvio 2. Haastattelurunkoa varten muodostetut pääteemat

Näistä kolmesta pääteemasta muodostettiin teemahaastattelun runko (liite 2). Teemahaastatteluun suunniteltiin alun perin kolmen pääkysymyksen lisäksi teoretiedon perusteella nousseita apukysymyksiä (esimerkiksi ”miten sairaudentuntoon liittyvät tekijät vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen?”), jotka haastattelurungon testaamisen jälkeen kuitenkin jätettiin pois, koska aineistoon haluttiin saada vain haastateltavien omat näkemykset ja kokemukset hoitoon sitoutumisesta.

4.3 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Kohderyhmän valinnassa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa: valittiin sellaiset tutkittavat, eli tässä opinnäytetyössä haastateltavat, joilla voidaan olettaa olevan paljon tietoa tai kokemusta aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013: 112).

Haastateltavat olivat psykoosilinjalla työskenteleviä potilastyötä tekeviä Helsingin psykiatrian poliklinikoiden sekä sairaalaosastojen hoitajia: niitä henkilöitä, jotka potilaita hoitoprosessin tässä nivelvaiheessa konkreettisesti hoitavat, ja siltä osin pystyvät arvioimaan prosessin sujuvuutta ja haastekohtia. Sekä osastolla että poliklinikalla hoitaja voi olla tutkintonimikkeeltään psykiatrinen sairaanhoitaja tai sairaanhoitaja, lähihoitaja,

mielisairaanhoitaja tai mielenterveyshoitaja. Siksi opinnäytetyössä käytetään yleisnimitystä ”hoitaja”. Osastolla omahoitaja tai vastuuhoitaja on tärkeässä roolissa kotiuttamisvaiheessa, ja hän toimii hoidon koordinoijana. Psykiatrian poliklinikalla vastuuhoitaja on vastaanottamassa potilasta ja joko aloittamassa uutta hoitosuhdetta tai jatkamassa sairaalahoidossa olleen potilaan olemassa olevaa hoitosuhdetta. Osaston näkökulma tai painotus voi olla erilainen kuin avohoidossa, mutta tavoite on yhteinen: potilaan hoito siirtyy sairaalahoidon jälkeen avohoitoon ongelmitta siten, että potilaalla on riittävä tuki, jotta hän pärjää omassa arjessaan. Molemmilla tahoilla potilas on toiminnan keskiössä. Tarkoituksena oli tarkastella nimenomaan näiden hoitajien kokemuksia siitä, miten prosessi ja yhteistyö tällä hetkellä sujuu ja mitkä ovat hyväksi havaittuja keinoja tukea siirtymää. Oletuksena oli, että samalla esille voi nousta myös ongelmakohtia ja haasteita.

Yksilöhaastatteluja suunniteltiin tehtäväksi 6–8 kappaletta, ja tarvittaessa muutama lisähaastattelu, jos näistä saadun aineiston perusteella jäisi syventämisen tarvetta. Pohdittaessa sitä, mikä on riittävä määrä haastateltavia tai haastatteluista nousevaa aineistoa, voidaan Eskolan ja Suorannan (2014) mukaan puhua saturaatiosta eli kylläytymisestä (Tuomi & Sarajärvi 2018: 99). Aineisto saturoituu siinä vaiheessa, kun se alkaa toistaa itseään, eli on oletettavaa, että tutkimuksen jatkaminen samoin menetelmin ei tuota enää lisää erilaisia tuloksia. Teemahaastattelussa saturaatiota voi käyttää ”mitarina” etsittäessä tai kuvattaessa vastausten samanlaisuutta erilaisuuksien etsimisen sijaan (Tuomi & Sarajärvi 2018: 99–101). Haastateltavia tähän opinnäytetyöhön saatiin seitsemän, joka osoittautui riittäväksi määräksi, sillä tällä määrällä aineistossa tapahtui saturoitumista.

Tiedote opinnäytetyöstä sekä kutsu osallistua haastattelututkimukseen lähetettiin kohderyhmäksi rajattujen yksiköiden osastonhoitajille sähköpostitse, ja heidän toivottiin informoivan soveltuvaa henkilökuntaansa tutkimuksesta. Haastateltavat olivat itse yhteydessä opinnäytetyön tekijään sähköpostitse ja heidän kanssaan sovittiin haastatteluajat. Haastateltavat osallistuivat haastatteluun työajallaan.

Haastateltaville lähetettiin teemahaastattelun pääkysymykset sähköpostitse etukäteen tutustuttaviksi. Yksilöhaastattelut toteutuivat suunnitellusti syksyn 2022 aikana. Ennen haastatteluun osallistumista haastateltavat saivat luettavakseen Tutkittavan informointi-lomakkeen, joka sisälsi tietosuojalausannon (liite 3), minkä jälkeen he allekirjoittivat Tutkittavan suostumus -lomakkeen kahtena kappaleena (liite 4). Toinen allekirjoitetuista Tutkittavan suostumus -lomakkeista jäi haastateltavan kappaleeksi, kuin myös Tutkittavan informointi -lomake. Haastattelut toteutettiin haastateltavien omilla työpaikoilla erikseen sovittuun rauhallisessa huoneessa, ja haastatteluihin oli varattu aikaa

puolitoista tuntia haastattelua kohden. Haastattelut toteutuivat kasvotusten, ja keskustelut nauhoitettiin sekä nauhurilla että tietokoneen Ääninauhuri-ohjelmalla.

Haastateltavia oli seitsemän, ja he olivat kaikki Helsingin psykoosipalveluissa työskenteleviä hoitajia kohdeosastoilta tai poliklinikoilta. Haastateltavista kaksi tuli osastoilta ja viisi poliklinikoilta. Työkokemusta heillä oli psykiatrisesta hoitotyöstä 2–34 vuotta (keskimäärin lähes 17 vuotta), ja työkokemus oli pääosin tai kokonaan psykoosipotilaiden hoidosta joko psykoosilinjalta tai yleispsykiatrian osastoilta, joilla psykoosipotilaita on hoidettu. Viidellä haastateltavista oli kokemusta sekä osastotyöstä että avohoidosta.

4.4 Aineiston käsittely

Analyysiprosessi alkaa aineiston purkamisella. Haastatteluaineisto voidaan kirjoittaa puhtaaksi, eli litteroida joko kokonaan tai esimerkiksi eri teema-alueiden osalta, tai aineistosta nousevia teemoja tai päätelmiä voidaan koodata suoraan tallenteilta (Hirsjärvi & Hurme 2021: 138). Tässä opinnäytetyössä haastatteluille tehtiin peruslitterointi. Peruslitteroinnilla tarkoitetaan puheen sanatarkkaa litterointia kuitenkin siten, että aiheeseen selvästi liittymätön keskustelu tai täytesanat voidaan jättää pois (Mettovaara 2016). Haastattelut litteroitiin äänitteiltä Word-tekstinkäsittelyohjelmalla manuaalisesti. Haastateltujen ja taustatietojen yksilöimiseksi käytettiin koodiavainta, joka säilytettiin suojatusti. Äänitteitä ei tallennettu pilvipalveluihin, ja haastatteluaineisto suojattiin salasanoilla. Litteroitua haastatteluaineistoa tuli tekstinä noin 76 sivua (Word-tiedostona fontilla Times New Roman, pt 12, riviväli 1,5).

Purkamisen jälkeen aineistoa luettiin useaan kertaan tavoitteena saada ymmärrys kokonaisuudesta. Aineistoon syvennyttiin ja pyrittiin jäsentelemään esille nousseita asioita tutkimuskysymysten näkökulmasta muistaen, että aineistoon tutustuttaessa on hyvä kiinnittää huomiota kuvattuihin olosuhteisiin (konteksti), määrittelyihin (havainnot), prosesseihin (mm. jatkuvuus, muutokset), toimintoihin, tapahtumiin, strategioihin (toimintamallit) sekä rakenteisiin ja suhteisiin (Hirsjärvi & Hurme 2021: 43, 143). Aineiston purkamisvaiheessa tukena olivat haastattelutilanteessa haastattelijan tekemät muistiinpanot, joihin oli esimerkiksi avattu painotuksia ja tehty havaintoja. Muistiinpanot auttoivat asettamaan haastattelujen sisällön kontekstiin, ja jokaisen haastattelun osalta tehtiin lisäksi lyhyt kooste haastattelussa esille nousseista ydinsisällöistä opinnäytetyön tekijän orientaation ja seuraavien työvaiheiden tueksi.

4.5 Aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä kerätty aineisto analysoitiin deduktiivisen eli teorialähtöisen sisällönanalyysin menetelmällä. Aineisto voidaan analysoida deduktiivisesti, jos aiheesta on riittävästi aikaisempaa tutkimustietoa tai tuotettu teoria (Elo & Kajula & Tohmola & Kääriäinen 2022: 218). Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä luokittelu perustuu ennalta määriteltyyn käsitejärjestelmään, teoriaan tai malliin, ja analyysirunko rakennetaan tämän pohjalta (Tuomi & Sarajärvi 2018: 127). Tässä opinnäytetyössä analyysirunkona käytettiin teemahaastattelun runkoa. Aineistoa oli alun perin suunniteltu tarkasteltavan aineistolähtöisesti, mutta jo haastatteluvaiheessa sisältö vaikutti sijoittuvan vahvasti teemahaastattelurungon pääteemojen alle, ja aineistoon tarkempi perehtyminen vahvisti tämän, jolloin teorialähtöinen sisällönanalyysi vaikutti luontevammalta tavalta lähteä käsittelemään aineistoa. Analyysirunkona käytettiin teemahaastattelun jaottelua kolmeen pääteemaan, jotka muodostivat yläkategoriat: 1) potilaaseen liittyvät tekijät, 2) ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät ja 3) hoitoon ja hoitojärjestelmään liittyvät tekijät. Analyysirungon sisälle muodostettiin alakategoriat aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen.

Aineisto käsitellään kolmivaiheisesti ensin pelkistämällä (reduointi), sitten ryhmittelemällä (klusterointi) ja lopuksi luomalla teoreettiset käsitteet (abstrahointi). Pelkistämävaiheessa aineistosta karsitaan epäolennainen tieto esimerkiksi aineistoa pilkkomalla tai tiivistämällä, ja auki kirjoitetusta tekstistä etsitään tutkimuskysymykseen vastaavia ilmaisuja. Ilmausten pelkistetyt muodot luovat pohjan ryhmittelylle. Ryhmittelyn avulla luodaan ensin alaluokkia, eli samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavien käsitteiden ryhmiä. Ryhmittely jatkuu abstrahoinnilla, eli aineiston käsitteellistämällä, ja alaluokkia yhdistellään edelleen yläluokiksi ja - jos kyseessä olisi puhtaasti aineistolähtöinen sisällönanalyysi - pääluokiksi ja lopulta yhdistäväksi luokaksi, joka vastaa tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 122–127.) Deduktiivisessa sisällönanalyysissä ja tämän opinnäytetyön aineiston analyysissä pääluokat ja yläkategoriat olivat kuitenkin jo valmiiksi määritelty.

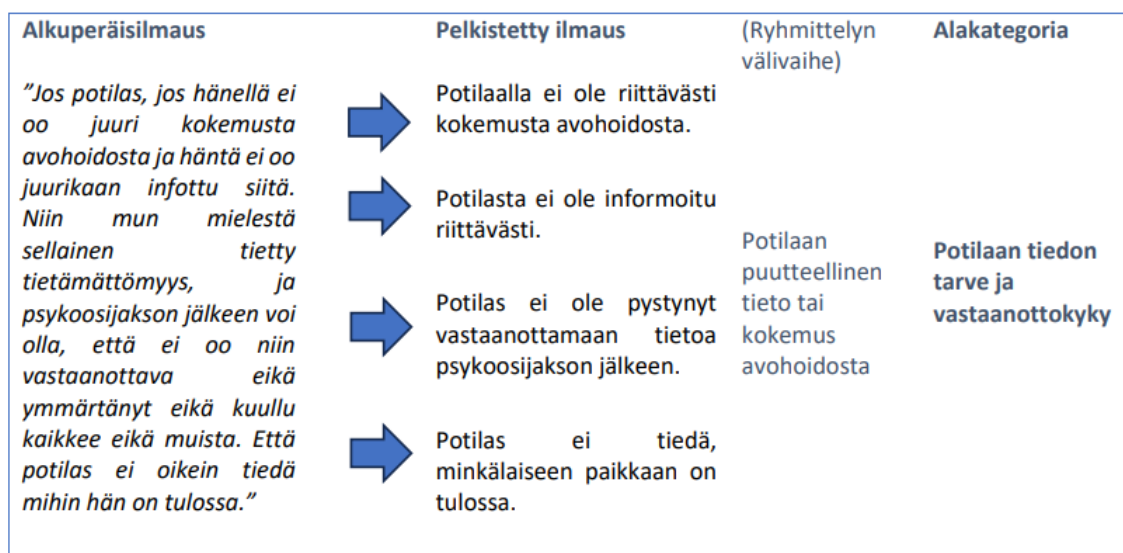
Abstrahointiprosessin avulla nostetaan käsittelyyn aineistosta noussut olennainen tieto ja edetään teoreettisiin käsitteisiin sekä johtopäätöksiin ja muodostetaan kuvaus tutkimuskohteesta. Tulokset esitetään esimerkiksi mallina, käsitejärjestelmänä tai aineistoa kuvaavina teemoina (Tuomi & Sarajärvi 2018: 122–127) ja tässä prosessissa aineistolähtöisen (induktiivisen) sisällönanalyysimenetelmän mukaisesti pelkistetyt, ryhmitellyt ja abstrahoidut käsitteet sijoitettiin analyysirunkoon. Jos deduktiivisessa sisällönanalyysissä aineistosta nousisi tutkimuskysymykseen vastaavia pelkistettyjä ilmaisuja, jotka

eivät sovi analyysirunkoon, ne voitaisiin poimia ja käsitellä aineistolähtöisen sisälönanalyysin keinoin, jolloin aineistosta on mahdollista nousta ryhmittelyn kautta myös uusia käsitteitä tai pääluokkia (Tuomi & Sarajärvi 2018: 128; Elo ym. 2022: 218).

4.6 Analyysiprosessin kuvaus

Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköksi valittiin merkittävä ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikkö voisi olla myös esimerkiksi lause tai yksittäinen sana, joka vastaa tutkimuskysymykseen (Elo ym. 2022: 219). Analyysiyksikön valinnassa on mietittävä sen soveltuvuutta tutkittavan asian kannalta: saadaanko riittävästi tavoiteltua tietoa menettämättä merkityksiä (Graneheim & Lundman 2004: 110; Elo ym. 2014: 5). Ennen pelkistämistä vaihetta litteroitu aineisto käytiin läpi ja tekstistä poimittiin tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaukset. Alkuperäisilmaukset merkittiin juoksevilla numeroilla, jotta ne ovat haastatteluista jäljitettävissä, ja niistä muokattiin pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyt ilmaukset kirjoitetaan siten, että täytesanat poistetaan ja kieliasu muokataan kirjalliseksi, ja erityistä huomiota kiinnitetään siihen, että sisältö ei muutu eikä tehdä omia tulkintoja (Elo ym. 2022: 220).

Yhdestä merkittävästä ajatuskokonaisuudesta voidaan saada useampi pelkistetty ilmaus (kuvio 3).



Kuvio 3. Esimerkki analyysiprosessin vaiheesta

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaavia alkuperäisilmauksia, eli merkittäviä ajatuskokonaisuuksia, nousi aineistosta 103, ja pelkistettyjä ilmauksia niistä tuli yh-

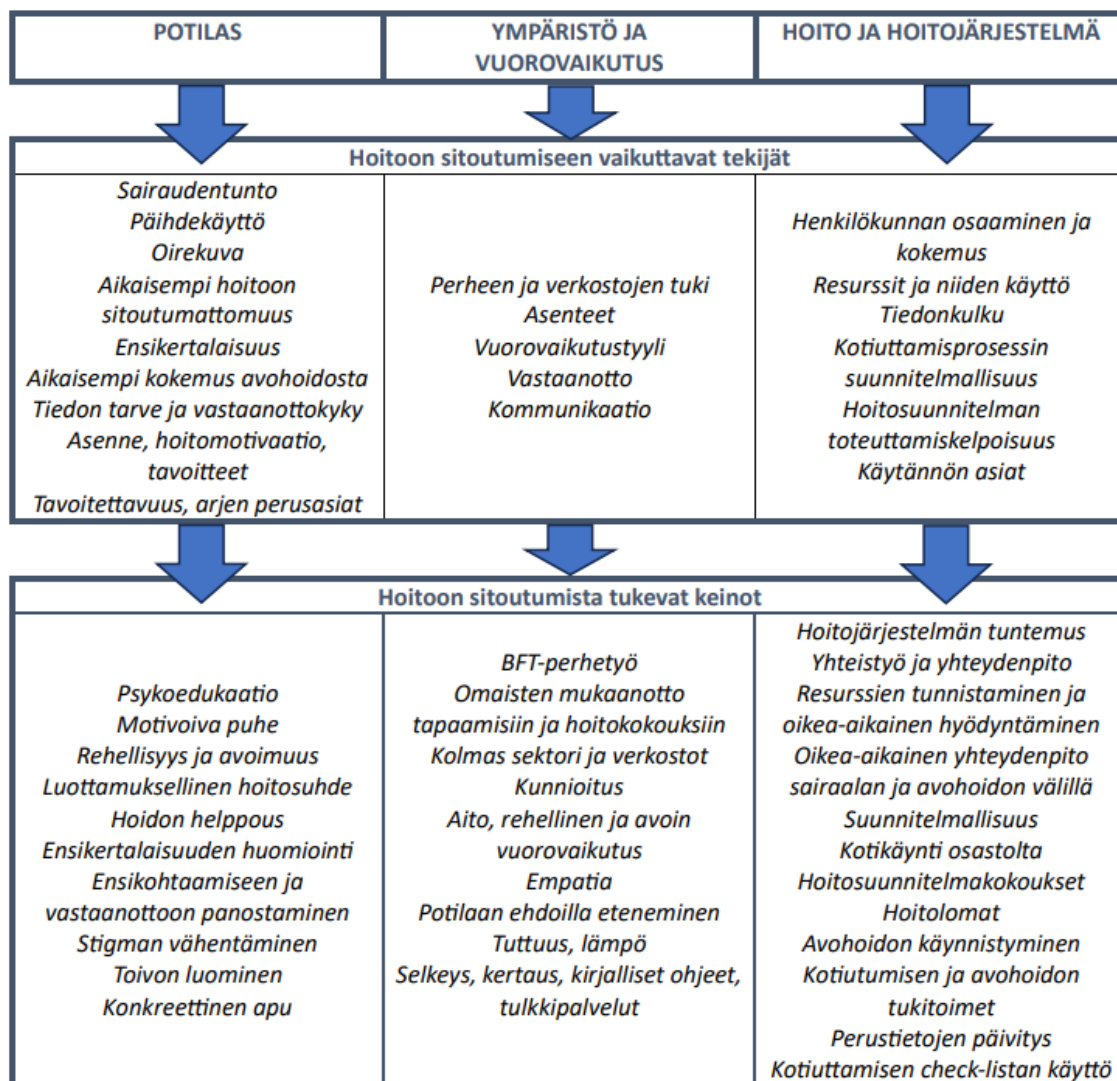
teensä 201. Toiseen tutkimuskysymykseen vastaavia alkuperäisilmauksia eli merkittäviä ajatuskokonaisuuksia löytyi 213, ja pelkistettyjä ilmauksia niistä tuli 362 kappaletta. Yhteensä aineistosta poimittiin alkuperäisilmauksia 316, joista pelkistettyjä ilmauksia nousi 563 kappaletta.

Pelkistettyjä ilmauksia ryhmiteltiin ensin alakategorioihin ja edelleen yläkategorioihin, ja nämä luokittelut sijoitettiin analyysirunkoon, jonka pääluokat ja yläkategoriat olivat ennalta määritellyt. Analyysin kulkua avataan tarkemmin aineistoesimerkin kautta liitteessä 5 ja sisällönanalyysin tulosten sijoittaminen analyysirunkoon esitetään liitteessä 6.

5 Tulokset

Tulokset, eli potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät ja sitoutumista tukevat keinot on esitetty pääotsikoittain kuviossa 4 sekä avattu tekstissä tarkemmin tutkimuskysymys kerrallaan. Haastattelujen sisällöllinen anti oli hyvin yhteneväistä, eikä osastojen ja avohoidon haastatteluissa ollut merkittäviä eroja.

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä (ensimmäinen tutkimuskysymys) tunnistettiin hyvin ja oikeastaan jokaisessa haastattelussa nousivat samat pääkohdat esille kaikista tärkeimpinä. Aineistoa hoitoon sitoutumista tukevista keinoista (eli vastauksia toiseen tutkimuskysymykseen) tuli esille haastatteluissa huomattavasti hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä enemmän, ja niiden osalta oli enemmän hajontaa painotuksissa.



Kuvio 4. Potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät ja sitoutumista tukevat keinot

5.1 Psykoosipotilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät siirryttäessä sairaalasta avohoitoon

5.1.1 Potilaaseen liittyvät tekijät

Kaikki haastateltavat toivat esille potilaan sairaudentunnon eräänä tärkeimmistä tai tärkeimpänä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Jos potilaalla on sairaudentuntoa, hän todennäköisemmin sitoutuu myös avohoitoon. Sairaudentunnolla koettiin olevan suuri merkitys myös lääke- sekä hoitomyöntyvyyden näkökulmasta. Potilaan sairaudentunnottomuus puolestaan heikentää hoitoon sitoutumista.

No varmaan ainakin yks tärkeimmistä on se, kuinka sairaudentuntoinen on. Se, jos on hyvä sairaudentunto, niin silloin on todennäköisemmin kyllä sitoutunut siihen avohoitoon.

Potilaan samanaikainen päihdeongelma koettiin vahvasti hoitoon sitoutumista hankaloittavana tekijänä.

Joo, no jos on päihdeongelma, niin kyllä mä koen, että heidän kanssa on hirveen haastavaa se sitoutuminen tai se siirtyminen. Voi olla hyviä suunnitelmia tehty jo osastolla ja samoin sitten meillä jatketaan, mutta niin ei se aina toteudu.

Päihteiden käyttö itsessään hankaloittaa hoitoon sitoutumista. Päihdeongelman lisäksi potilailla saattaa olla taustalla huono-osaisuutta, taloudellista ahdinkoa ja asunnottomuutta. Heitä voi olla vaikea tavoittaa tai heidän on vaikea sitoutua sovittuihin aikatauluihin. Sairaudentunnossa tai lääkeshoidon toteutumisessa voi olla puutteita. Sairaalahoidon jälkeen potilas saattaa palata suoraan omaan arkeensa päihteiden pariin, ja hoitomotiivaatio psykiatrisen hoidon suhteen on heikko.

Sitten jos on kova päihdeongelma, niin osastohoidon jälkeenhän voi se koko avohoito unohtua, kun on paluu siihen potilaan omaan arkeen, eli päihteitten pariin, niin siinä voi olla, että se ensikäynti ei toteudu ihan.

Kaksoisdiagnoosipotilaiden lisäksi haastavaksi koettiin, jos potilaan oirekuvassa on harhaluuloisuutta tai tunne-elämän epävakautta. Nämä kuitenkin tulivat aineistosta esille yksittäisinä mainintoina siinä missä kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon sitoutumisen haasteet nousivat esille vahvasti jokaisessa haastattelussa.

Potilaan aikaisemman hoitoon sitoutumattomuuden koettiin indikoivan myös tulevaa hoitoon sitoutumattomuutta. Toisaalta myös ensikertalaisuus nostettiin esille huomioitava asiana. Jos potilaan tieto tai kokemus avohoidosta on puutteellinen, on hoitoon sitoutuminen haastavampaa.

Jos potilas, jos hänellä ei ole juuri kokemusta avohoidosta ja häntä ei oo juurikaan infottu siitä. Niin mun mielestä sellainen tietty tietämättömyys, ja psykoosijakson jälkeen voi olla, että ei oo niin vastaanottava eikä ymmärtänyt eikä kuullut kaikkea, eikä muista. Että potilas ei oikein tiedä, mihin hän on tulossa.

Aikaisemmat kokemukset myös vaikuttavat. Potilaat saattavat suhtautua varauksellisesti avohoitoon siirtymiseen, jos taustalla on kokemus, että ei ole tullut kuulluksi tai ei ole saanut toivomaansa palvelua.

Ja jotenkin se semmoinen usko ja luottaminen tähän terveydenhuoltojärjestelmään yleisesti. Ja sit ihan potilaan omat kokemukset aikaisemmista hoidoista, heidän omaisten hoidoista tai lääkeshoidosta.

Aikaisemmat hoidot, voi olla niin huonot kokemukset, niinku lääkäristä ja hoitajista ja sairaalassa olosta ylipäättään, niin kyllähän se aika paljon vaikuttaa. Että jos on huonot kokemukset, niin kuka siihen nyt haluis uudestaan mennä.

Myös potilaan omat tavoitteet hoidon suhteen sekä asennoituminen omaan sairauteensa ja toipumiseensa vaikuttavat. Joskus potilaalle voi olla vaikea hyväksyä sairastumistaan tai hän voi kokea häpeän tunteita.

On potilasryhmiä, jotka tarvitsisi hoitoa ja tarvitsisi tukea sekä psykoedukaatiota tai mitä kaikkea, mutta kun heidän lähtökohta on tulla tänne vaan, että saa maksusitoumuksen vaatekauppaan tai jotain rahallista hyötyä.

Ja myös se, että on itse valmis työstämään niitä asioita sen oman hyvinvoinnin eteen.

Tärkeää on potilaan oma kokemus siitä, onko hoitosuunnitelma järkevä ja lääkitys so-piva. Hoitoon sitoutumista parantaa se, että potilas hyväksyy tehdyn hoitosuunnitelman tai kokee hyötyvänsä lääkityksestä.

Se, että on ite samaa mieltä niistä hoitosuunnitelmista.

Esimerkiksi semmoiset lääkkeet, mitkä hän yhteistyössä haluaa ottaa ja kokee, että ne on oikeat lääkkeet.

Eräs konkreettinen esille tullut tekijä on potilaan tavoitettavuus. Jos potilaalla ei ole asuinpaikkaa eikä puhelinta, häntä on hyvin vaikea tavoittaa. Lisäksi heikko taloudellinen tilanne voi hankaloittaa hoitoon sitoutumista. Muutamassa haastattelussa mainittiin myös puutteelliset digitaidot, jotka saattavat joissain tilanteissa hankaloittaa hoitoon sitoutumista tai avohoitoon siirtymistä.

5.1.2 Ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät

Läheisten ja perheen tuki nousi esille jokaisessa haastattelussa merkittävänä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Omaiset tai lähipiiri, jotka ymmärtävät sairauden luonteen ja hoidon tärkeyden, tukevat potilaan hoitoon sitoutumista. Perheen tai lähipiirin tuen puute tai negatiivinen ja hoitokielteinen asenne puolestaan heikentävät potilaan hoitoon sitoutumista. Omaiset voivat kieltää tai vähätellä potilaan sairautta, ja korostaa esimerkiksi lääkehaittoja tai kyseenalaistaa hoidon tarpeen.

Sit toki läheisten asenne ylipäänsä siihen potilaan sairauteen ja lääkahoitoon liittyen. Toki jos sieltä tulee jatkuvasti sieltä lähipiiristä sellaista et ”ei

sun tarvi käyttää noita lääkityksiä”, ”sun ei tarvi käydä siellä avohoidossa”, niin se vaikuttaa useesti sit sen potilaan omaan asenteeseen ja hoitomotiivaatioon.

Myös muu ympäristön tuki, kuten mahdollisen tuetun asuinpaikan tai koulun tarjoama tuki, koettiin olennaiseksi tekijäksi. Verkostojen merkitys ylipäänsä potilaan hoidon kokonaisuudessa tuli vahvasti esille.

Hoitotahon asennoituminen potilaaseen ja tyyli vuorovaikuttaa koettiin myös merkittäväksi hoitoon sitoutumiseen vaikuttavaksi tekijäksi.

Se hoitotahojen suhtautuminen potilaaseen, eli jos me tuputetaan sitä jotain asiaa, tai niin sanotusti pakotetaankin, niinku et nyt tää on otettava, pakko tulla tänne kerran viikossa, niin eihän se useankaan potilaan kohdalla oikein toimi.

Hoitajat kokivat merkittäväksi sen, miten henkilökemiat kohtaavat potilaan kanssa tai miten hoitaja ja potilas ymmärtävät toinen toistaan. On tärkeää, että potilas kokee tulevansa kuulluksi ja että hänestä ollaan kiinnostuneita.

Sit ihan se, miten se keskustelu soljuu, miten se hoitaja ymmärtää potilasta ja miten potilas ymmärtää hoitajaa. Saadaanko aikaan, niinku yhdessä sovittua asioita, tehtyä kompromisseja kumpaankin suuntaan.

Se, miten potilas otetaan vastaan avohoidossa, näyttäytyy merkittävänä. Onnistuneella ensikohtaamisella on positiiviset vaikutukset potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta.

Myös se, että potilasta vastassa on tuttu hoitaja, koettiin tärkeäksi.

Merkittävää potilaan näkökulmasta on se, että miten potilas otetaan täällä vastaan. Ihan älyttömän tärkeää. Se ensimmäinen tapaaminen, tapahtuu se sitten osastolla taikka sitten avohoidossa.

Joskus ongelmia voi tulla puutteellisen kommunikaation tai kielimuurin takia. Potilaalle voi myös olla hankalaa tulla fyysisesti paikalle poliklinikalle tai hän voi tarvita saattajan. Myös siihen on kiinnitettävä huomiota, millaista tietoa potilas tarvitsee ja millaisessa muodossa se on hyvä antaa.

Tai sitten on kerrottu sillä tavalla, että ne mahdolliset haittavaikutukset pelottaa, että se tieto ei ole niinku semmoista, että se tukis sitä hoitoon sitoutumista.

5.1.3 Hoitoon ja hoitojärjestelmään liittyvät tekijät

Hoitohenkilökunnan kokemus ja osaaminen koettiin merkittäväksi tekijäksi. Avohoidon erilaisia palveluja (esimerkiksi kotikuntoutusta tai adherenssityötä) ei aina riittävän hyvin tunneta tai osata hyödyntää. Osastolla vastuu voi olla hajallaan, eikä aina tiedetä milloin ja keneen tulisi olla yhteydessä.

Joskus työntekijät eivät tiedä, mistä Apotista löytyy tieto avohoidon työntekijästä.

Ja täällä osastolla mä huomaan, et tosi vähän tiedetään, mikä on Liikkuva, mikä on Teho, mikä on kotikuntoutus, mikä on adherenssi. Et niinku ei ollut selkeätä, et mikä on se juttu.

Kokemuksen tai tiedon puute heijastuu negatiivisesti kokonaishoidon suunnitteluun. Joskus hoitojärjestelmää ei riittävän hyvin tunneta tai osata hyödyntää yhteistyötahon tietoa esimerkiksi potilaan asuinpaikan, verkoston tai hoitohistorian suhteen. Resursseja menee hukkaan esimerkiksi virheellisten läheteiden käsittelyyn avohoidossa tai osastolla sellaisten asioiden selvittelyyn, jotka olisivat avohoidossa jo tiedossa.

Vie paljon aikaa selvittää lähetteitä, jotka on satunnaisesti tehty tai joissa on virheitä.

Tuntuu, että se vastuu on jotenkin hajallaan siellä osastolla, että kuka sitä potilaan asiaa hoitaa. Se on välillä täysin turhaa ajan ja resurssien käyttöä sellaisen potilaan kohdalla, joka on meille vaikka monelta vuodelta tuttu.

Esille nousi tiedonkulun tärkeys osastojen ja poliklinikoiden välillä. Kotiutumisprosessia hankaloittaa, jos osastolta ei olla yhteydessä avohoitoon tarpeeksi varhaisessa vaiheessa tai jos uloskirjoituksesta ei informoida avohoitoa. Tämä oli tosin harvinaista. Haastatteluissa tuli esille paljon esimerkkejä hyvin sujuneista kotiutuksista - toimiva yhteistyö ja tiedonkulku osastojen ja avohoidon välillä olikin yksi tärkeimmistä esille tuoduista potilaan hoitoon sitoutumisen taustalla vaikuttavista tekijöistä.

Oli myös huomioitavaa, onko kotiuttaminen tapahtunut suunnitellusti ja onko potilaan kanssa rakennettu hoitosuunnitelma toteuttamiskelpoinen. Esimerkkeinä tästä esille tuotiin somaattista seurantaa tai säännöllisiä verikokeita edellyttävät lääkitykset, jotka eivät tiettyjen potilaiden kohdalla avohoidossa toteudu, mutta sairaalassa kuitenkin niihin on päädytty.

Yks mikä on näkynyt, ihan konkreettinen käytännön asia, niin Zypadhera-injektio, mikä vaatii sen kolmen tunnin seurannan, niin aika usein potilaat ei tiedä, että siihen liittyy se seuranta ja että pitää olla jossain paikassa niin kauan, ja tätä ei ole sairaalassa välttämättä kerrottu potilaalle.

Yleisesti koettiin, että kotiuttamisprosessin suunnitelmallisuus on tärkeää, kuin myös hoitosuunnitelman realistisuus ja toteuttamiskelpoisuus.

No mun mielestä potilaan kannalta on kriittistä, että jos tulevia avohoidon työntekijöitä ei tapaa osastohoidon aikana, ja ei oo kasvoja nimille. Ja tietenkin se, jos potilas kotiutetaan liian huonossa voinnissa.

Resurssikysymys nousi esiin useassa haastattelussa: joskus osastoilla on puutteellinen käsitys avohoidon resursseista, ja potilaalle on luvattu erilaisia palveluja, joita yksinkertaisesti ei ole tarjolla avohoidossa.

Se riippuu ihan niistä sairaalan resursseista, että mitä siellä osastohoidon aikana pystytään tekemään.

Voi olla tosi suuria odotuksia, että ”sieltä saat sitä, tätä, tota” – no eihän meillä oo tarjota aina sitä, mitä on luvattu.

Myös eräät käytännön asiat kotiutumisvaiheessa ovat tärkeässä roolissa avohoitoon siirtymisen sujuvuuden kannalta. Haastatteluissa tuotiin esille, että yllättävän usein kotiutumisvaiheessa esimerkiksi potilaan yhteystiedot ovat jääneet päivittämättä. Joissain tilanteissa potilaalle on jäänyt antamatta avohoidon yhteystiedot. Siirtymää hankaloittaa myös se, jos erityiskorvattavuus lääkkeisiin on jäänyt hakematta tai reseptit puuttuvat. Myös potilaan heikko taloudellinen tilanne voi olla jäänyt huomioimatta.

Esimerkkejä tulee mieleen yksikin, joka ihan siis kyllä yritti tulla, mutta ei yksinkertaisesti löytänyt paikalle eikä ollut saanut puhelinnumeroa, johon vois soittaa.

5.2 Potilaan hoitoon sitoutumista tukevat keinot siirryttäessä sairaalasta avohoitoon

5.2.1 Potilaaseen liittyvät keinot

Potilaaseen liittyvistä tekijöistä vahvimmin esille tullut hoitoon sitoutumiseen vaikuttava tekijä oli sairaudentunto. Sairaudentuntoa voidaan pyrkiä herättelemään tai vahvistamaan antamalla psykoedukaatiota potilaalle sairaudesta ja lääkähoidosta. Keskustelua voidaan käydä varomerkeistä, oireista, oireidenhallinnasta sekä lääkähoidon vaikutuk-

sesta ja tärkeydestä. Psykoedukaatiota voidaan antaa yksilökäynneillä tai psykoedukaatioryhmissä. Psykoedukaation antamisen olisi hyvä alkaa jo osastohoidon aikana ja jatkua avohoidossa.

Tuodaan esille semmoisia sairauteen ja lääkitykseen liittyviä asioita, kerrotaan sille potilaalle siinä muun vuorovaikutuksen lomassa sit niitä asioita, ja sit tietenkin vastailaan, jos se potilas kysyy niitä.

Psykoedukatiivisen työtteen lisäksi esille tuotiin motivoiva keskustelu, jonka menetelmien sairaudentuntoa voidaan herätellä ja hoitoon sitoutumista parantaa. Potilaan kanssa keskustellaan hänen tavoitteistaan ja voimavaroistaan, pyritään ymmärtämään hänen tilannettaan sekä tarjotaan apua ja tukea.

Tietysti sitten niinku käynneillä paljon puhutaan varomerkeistä ja siitä, miten jaksaa: arjen jaksamisesta ja nukkumisesta ja miten käy ulkona, miten hoitaa asioita, miten tapaa ystäviä, vähän niinku sellainen laajempi kokonaisuus, pyritään semmoinen kuva saamaan.

Eli ei puhuta pelkistä lääkkeitä ja lääkkeen vaikutuksesta vaan siitä hänen elämästään ja arjesta, mitä siihen elämään kuuluu. Mitkä on – ystävät, omaiset – voimavarana, tukena, apuna.

Potilaalla on kuitenkin itsellään vastuu omasta hoidostaan ja hyvinvoinnistaan.

Siis vastuutan potilasta ja sanon aina, no, vähän tilanteesta riippuen, että se on loppupeleissä hänen omalla vastuulla ja hänen terveydestään ja elämästään on kyse. Me suositellaan ja ohjataan, mutta eihän kukaan voi pakottaa.

Päihdekäytön osalta hoitoon sitoutumista tukevaksi keinoksi nähtiin avoin ja rehellinen vuorovaikutus, minkä mahdollistaa luottamuksellinen hoitosuhde. Kaksoisdiagnoosipotilaan kanssa käytettiin motivoivan keskustelun keinoja sekä koettiin, että konkreettisesti hoidon helpoksi tekeminen (eli esimerkiksi psykiatrian poliklinikan tai injektionannon ja päihdeklinikan käyntien yhdistäminen) tuki hoitoon sitoutumista.

Jos siellä on päihteet mukana ja jos se ihminen ei itse ymmärrä, että ne päihteet on huono asia, niin sitä motivoivaa puhetta senkin suhteen joudutaan täällä melko paljon käyttämään.

Haastatteluissa tuotiin esille potilaan aikaisempien kokemusten vaikutukset hoitoon sitoutumiseen sekä ensikertalaisuuden merkitys. Potilaan ensikohtaamisella joko osastolla tai avohoidossa koettiin olevan suuri merkitys, ja näihin ensikohtaamisiin panos-

tusta pidettiin tärkeänä. Haastateltavien mielestä vastaanottoon avohoidossa ja erityisesti ensipsykoosipotilaiden hoitoon pitää pystyä panostamaan riittävästi ja ensikertalaisuus on huomioitava.

Koska ensipsykooseista kuitenkin osastohoidon jälkeen aika moni lopettaa lääkkeen lähes heti sen osastolta kotiutumisen jälkeen. Että se on sellainen ryhmä, johon toivoisin sellaista panostusta.

Haastatteluissa tuotiin esille potilaan oman asenteen, hoitomotivaation ja tavoitteiden merkitys. Haastateltavat toivat esille, että potilaan hoitoon sitoutumista voidaan tukea kannustamalla häntä osallistumaan hoitonsa suunnitteluun, luomalla toivoa sekä pyrkimällä lievittämään mahdollista sairastumiseen liittyvää stigmaa. Potilaalta kysytään, mitä hän itse toivoo ja haluaa, ja kunnioitetaan potilaan omia näkemyksiä. Hoitotahon tullessa vastaan ja kompromissien mahdollistuessa potilaan hoitoon sitoutuminen helpottuu.

Kuullaan potilasta, et potilaalla on ylipäänsä mahdollisuus osallistua siihen oman hoitonsa suunnitteluun.

Ja sama tavoite, että pärjää elämässä ja ei ajaudu takaisin sairaalaan.

Tavoite on semmoinen yhteinen, että sairaudesta ei tarvi päivittäin kärsiä, että oppii vaikka niiden ääniharhojen kanssa elämään, että se ei häiritse sitä hyvää arkea.

On myös tärkeää huomioida, mikä potilaan oma näkemys hoitosuunnitelmasta on, ja pyrittävä siihen, että potilas on vastaanottanut saamansa tiedon. Tätä voidaan tukea riittävän selkeällä kommunikaatiolla, kertauksella ja kirjallisilla ohjeilla. Hoidossa pyritään huomioimaan kulttuuriset tekijät ja käytetään tarvittaessa tulkkipalveluja.

Potilaan taloudellinen tilanne ja arjen perusasiat tulisivat olla kunnossa avohoitoon siirryttäessä, ja tarvittaessa potilaalle on tarjottava myös konkreettista apua näiden hoitamiseen. Tämä voi olla esimerkiksi kauppaan tai apteekkiin saattamista tai hakemusten täyttämistä.

5.2.2 Ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät keinot

Perheen ja omaisten tuki koettiin tärkeäksi hoitoon sitoutumiseen vaikuttavaksi tekijäksi. Hoitoon sitoutumista voidaan tukea ottamalla hoitoon mukaan BFT-perhetyö (Behavioural Family Therapy) psykiatrian poliklinikan kautta, ja huomioimalla myös perheen tiedon ja tuen tarve. Psykoedukaatiota voidaan antaa myös läheisille, ja potilaita

kannustetaan ottamaan vastaanotoille mukaan omaisia. Perheen osallistumista hoitokokouksiin ja tapaamisille toivottiin sekä osastohoidon aikana että avohoidossa, ja sitä pidettiin tärkeänä siirtymävaiheen tukena.

Hoitotahon suhtautuminen potilaaseen, hoitosuhteen alku ja kesto sekä henkilökemiat nostettiin haastatteluissa esille merkittävänä asioina potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta. Hoitoon sitoutumista voidaan tukea pyrkimällä luomaan luottamuksellinen ja kunnioittava hoitosuhde. Hoitosuhteen tulee olla avoin ja tasa-arvoinen, ja vastaanotolle pyritään luomaan sellainen ilmapiiri, jossa potilaan on helppo puhua. Hyvä hoitosuhde edellyttää kiireettömyyttä, läsnäoloa, empatiaa ja molemminpuolista kunnioitusta. Potilaan olisi saatava kokemus siitä, että hän on tullut kuulluksi.

No tietysti semmoista avointa, rehellistä, sellaista häntä kunnioittavaa, kuuntelevaa.

Hyvänä asiana nähtiin, jos avohoidon hoitaja on potilaalle siirtymävaiheessa tuttu. Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen voi viedä pidemmänkin ajan, vuosia jopa, ja siirtymävaiheet ovat tutussa hoitosuhteessa potilaalle ja hoitotalolle helpompia.

Niin kyllä se otti semmoisen pari vuotta suunnilleen ennen kuin vähän sai koulittua potilaat luottamaan siihen, että ihan oikeasti kannattaa soittaa ajoissa, ja siinäkin on tää luottamus sitten.

Tuttu hoitaja pystyy myös arvioimaan potilaan vointia luotettavammin. Hoitosuhteessa joudutaan joskus puhumaan hyvinkin vaikeista asioista. Tutuus helpottaa tilanteita, joissa asioista on puhuttava suoraan ja avoimen rehellisesti.

Ja tietysti kun asioita suoraan puhuu, niin voi puhua nätisti, sitten tiukasti. Se aina riippuu tilanteesta ja potilaasta.

Uusissa hoitosuhteissa hoitosuhdetta voidaan alkaa luoda tarjoamalla mahdollisimman lämmin vastaanotto avohoidossa sekä tutustumalla jo osastohoidon aikana.

Potilasta on kuultava ja annettava hänen puhua niistä asioista, joista hän haluaa puhua. Potilaan kertomaan on suhtauduttava vakavasti ja pyrittävä reagoimaan esille tulleisiin asioihin. Esimerkiksi potilaan kertoessa lääkehaitoista on pyrittävä selvittämään ongelman laajuus ja vaikutus potilaan elämänlaatuun asiaa vähättelemättä.

Kun psykoosisairauteen kuuluu se, että ei oo sitä sairaudentuntoa, niin onhan se vaikeeta. Pitää jotenkin ymmärtää sitä potilaan maailmaa. Jos itelle sanottais, että "syö särkylääkettä", eikä mua särje mihinkään, niin

miks mä söisin. Et miten niinku, miten siihen pääsee kiinni, niin se on aika hyvä kysymys.

Potilaan hoitoon sitoutumista voidaan tukea myös vahvistamalla potilaan verkostoja esimerkiksi ohjaamalla häntä kolmannen sektorin toimijoiden pariin tai ottamalla hoidon suunnitteluun mukaan potilaan mahdollinen tuettu asuinpaikka, oppilaitos tai yhteisö.

5.2.3 Hoitoon ja hoitojärjestelmään liittyvät keinot

Haastatteluissa tuli esille hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä henkilökunnan osaaminen ja kokemus sekä heidän tietonsa palvelujärjestelmästä. Esille tuli sekä konkreettisia asioita, kuten tiedetäänkö, mistä Apotista selvitetään, kuka vastuuhoitaja on ja miten häneen ollaan yhteydessä, kuin myös laajempia kokonaisuuksia, kuten tunnetaanko hoitojärjestelmää, osataanko ottaa sosiaalityön näkökulma huomioon ja osataanko hyödyntää verkostoja ja kolmannen sektorin palvelutarjontaa.

Kokemusta ja näkemystä saa kerryttämällä työkokemusta, työnkiertojen ja yhteisten kehittämispäivien kautta sekä matalan kynnyksen yhteydenotoilla. Potilaan hoitohistoriaan olisi hyvä ehtiä perehtyä ja vuoropuhelua eri hoitotahojen välillä pitää yllä hoidon eri vaiheissa.

Konkreettisesti esille nousi tiedonkulku sairaalan ja avohoidon välillä: osastojen on tärkeää ilmoittaa avohoidon työntekijälle, kun potilas on tullut osastohoitoon, ja kutsua avohoito hyvissä ajoin hoitokokouksiin. Hoitokokouksia, joissa potilas tapaa avohoidon työntekijän/työntekijät ja joissa yhdessä hoitotahojen ja potilaan kanssa rakennetaan hoitosuunnitelmaa, pidettiin tärkeinä. Myös Teams-yhteyksiä pidettiin tärkeinä hoitokokouksen järjestämismuotoina, vaikkakaan ne eivät korvaa kasvotusten tapahtuvaa vuorovaikutusta. Aikataulujen yhteensovittamisen kannalta hoitokokousten joustavampi järjestäminen kuitenkin mahdollistuu.

Se ois ihan kauheen tärkeätä, että avohoidon kanssa se yhteistapaaminen ois mahdollisimman varhaisessa vaiheessa siellä osastohoidon aikana. Tilanteen mukaan useampiakin tapaamisia sen osastohoidon aikana.

Osastohoidon aikana olisi myös hyvä tehdä kotikäynti. Kotikäynnin koettiin kertovan potilaan tilanteesta sellaisia olennaisia asioita, jotka ovat tärkeä huomioida potilaan kotiutumista ja avohoitoon siirtymistä ajatellen liittyen potilaan arjessa pärjäämiseen ja kotiympäristöön.

Ois tosi tärkeätä, että sen osastohoidon aikana tehtäis se kotikäynti. Ideaaliksi ois se, että avohoidosta pyydetäisiin ne aikataulut sopimaan, että käytäis yhdessä. Koska sitäkin on, että potilaat kotiutuu asuntoihin missä ei oo sähköä ja... Niin totta, se on hankalaa sitten. Monet asiat on kuitenkin helpompi sieltä osastolta käsin hoitaa.

Se on tärkeää osastolta käsin tehdä kotikäynti, se kertoo järjettömän paljon siitä potilaasta.

Ja sitten tietysti niinkun ne kotikäynnit, niihin mä satsaisin kanssa: minkälainen se kotiympäristö on, vähän semmoinen alustava arvio sinne kotiin, että tarvitaanko avohoidosta sitten adherenssia tai jopa kotikuntoutusta siihen heti alkuun.

Potilas tulisi kotiuttaa osastohoidosta hoitolomien kautta asteittain. Pidettiin hyvänä, että potilas kirjattaisiin ulos sairaalahoidosta vasta siinä vaiheessa, kun ensimmäinen käynti avohoidossa on toteutunut.

Aika monen kanssa toivoisi, että se avohoitokäynti ois sen hoitoloman aikana eikä uloskirjoituksen jälkeen.

Hankalimpien potilaiden kohdalla sitä vanhaa ajatusta kannatan, että pidetään potilas kirjoilla osastolla, vaikka tilanne on mikä hyvänsä, riittävän pitkän hoitoloman ajan, jotta sillä on turvattu pääsy sinne, koska sitten se voi aiheuttaa lisäongelmia, jos näin ei oo.

Tärkeänä pidettiin, että potilaan hoitosuunnitelma olisi realistinen ja toteuttamiskelpoinen. Erityisesti lääkehoidon suhteen tuotiin esille, että potilaalle on hyvä osastohoidon aikana suunnitella sellainen lääkitys, johon hän avohoidossa pystyy sitoutumaan. Injektio- ja lääkehoitoa pidettiin hyödyllisenä ja toimivana hoitoon sitoutumista tukevana asiana, ja tärkeää oli myös miettiä yhdessä hoitokokouksissa, miten injektio tulee toteutumaan avohoidossa (esimerkkinä Zypadhera-injektio, joka sisältää kolmen tunnin seuranta-ajan hoitoyksikön tiloissa, toisena esimerkkinä pitkävaikutteiset antipsykoottiset depot-injektiot, jotka esimerkiksi adherenssityöpari voi käydä antamassa potilaan kotona). Potilaan kanssa olisi myös hyvä saada tehtyä toimintasuunnitelma sille varalle, että avohoitokäynnit eivät toteudu.

Potilaan kotiutumisen ja hoitoon sitoutumisen tukena voidaan käyttää erilaisia palveluja. Kotiutumisvaiheessa on hyvä hyödyntää tarvittaessa psykiatrian poliklinikan omia resursseja: erityistyöntekijöitä (psykologi, joka pystyy tarjoamaan esimerkiksi lyhytterapiaa sekä toimintaterapeutti-sosiaalityöntekijä-työpari) sekä jalkautuvaa adherenssityötä ja kotikuntoutusta. Kotiutumisvaiheen hyvänä tukena nähtiin myös välimuotoinen liikkuvaa työtä tekevä tehostettu avohoito (Teho). Pidempiaikaista lääkevalvontaa tar-

vittaessa hoitoon otetaan mukaan kotihoidon palvelut, ja yhteistyötahoina eriasteisia tuettuja asumisyksiköitä on paljon. Hoitoon sitoutumista tukevana tahona mainittiin myös kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen.

Hyviä työmuotoja, miten tähän voi vaikuttaa, niin Teholla on hyviä työmuotoja, jalkaudutaan sen potilaan kanssa johonkin paikkaan vaikkapa yhdessä.

Mut siis tukitoimia enemmän, jos ei onnistu. Et eihän avohoidossa edelleenkään ole mahdollista viedä kenellekään lääkkeitä päivittäin. Niin, paljonhan pistetään injektioita sitten kyllä vaikka kotona. Tosi paljon, siis että jos ne ei tuu, niin kyllähän adherenssi sitten lähtee ja menee pistämään kotiin.

No siinä sit voi olla ne liikkuvat tiimit sitten, täytyy olla tiiviisti mukana, jos on tiedossa, että on tällaista hoitoon sitoutumisen haastetta.

Tarvetta liikkuville työryhmille ja lääkevalvonnalle nimenomaan psykiatrian taholta tuotiin esille. Soveltuvien lisätukien ottaminen mukaan kotiutusvaiheeseen edellyttää potilaan tilanteen arvioimista yhdessä hoitokokouksissa.

Hoitoon ja hoitojärjestelmään liittyvistä asioista keskusteltaessa esille nousivat myös potilaan kotiutumsvaiheen käytännön asiat. Potilaan hoitoon sitoutumista tukee se, että tietyt perusasiat ovat kunnossa potilaan kotiutuessa. Potilaalla täytyy olla taloudelliset edellytykset palata kotiinsa, ja erityisesti olisi huolehdittava, että tarvittava sairausloma ja reseptit ovat kirjoitettu riittävän pitkälle ajalle. Potilaalla tulee olla erityiskorvattavuus lääkkeisiin joko olemassa tai haettu, ja mahdollisten maksusitoumusten tarve kartoitettu.

Että huomioidaan jo osastohoidon aikana se, että potilaalla on tarvittavat sosiaaliset ja taloudelliset etuudet. Eli että hänellä on se lääkkeiden erityiskorvattavuus, se että hänellä on tarvittavan pitkälle kirjoitettu sairausloma.

Ihan semmoiset käytännön asiat, niin että potilaan semmoiset elämän perusedellytykset ja taloudelliset asiat on jonkinlaisessa kunnossa, eli sitä hoitoon sitoutumista voi edistää se, että potilas tietää, että saa sairauslomaa tai kuntoutustukea, että ne asiat hoidetaan ja hän saa niihin tukea.

Kotiutettaessa potilasta myös perustiedot, kuten osoite ja puhelinnumero, tulisivat olla päivitettyinä ja hoitovastuasiat selkeät. Sairaalassa käytössä olevaa kotiuttamisen check-listaa toivottiin käytettävän enemmän tai jatkossakin, sillä yllättävän usein jokin käytännön asia jää uloskirjoitusvaiheessa huomioimatta.

Hyvin tärkeänä pidettiin sujuvaa yhteistyötä sairaalan ja avohoidon välillä. Lisää konkreettista kommunikointia toivottiin, kuin myös joustavuutta ja ymmärrystä.

No onhan se tärkeää, et se sujuu!

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelua

Haastatteluissa hoitajien esille tuomat kokemukset potilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä olivat yhdenmukaisia sen tutkimustiedon kanssa, minkä pohjalta teemahaastattelun runko rakennettiin. Vahvimmin esille tuotiin sairautentunnon, päihdekäytön sekä perheen tuen merkitys.

Sairautentunnon herättelemiseksi tai vahvistamiseksi haastateltavat toivat esille käytävänsä motivoivaa puhetta tai motivoivan haastattelun keinoja hoitoon sitoutumisen tukena. Motivoivaa puhetta käytettiin myös potilaiden päihdeongelmista keskusteltaessa ja pyrkimyksissä ohjata potilasta sitoutumaan päihdehoitoon. Tämän menetelmän käyttöä tukee myös tutkimustieto. Bischof, Bischof ja Rumpf (2021) toteavat katsauksessaan, että motivoiva haastattelu on tehokas keino vahvistaa potilaan muutoshalukkuutta ja tukea käytösmallien muutosta esimerkiksi hoitoon sitoutumisen osalta. Motivoivaa haastattelua voidaan käyttää myös lääkehoitoon sitoutumisen tukena (myös Huupponen & Strandberg 2020: 225). Motivoiva haastattelu perustuu potilaasta lähtöisin olevan muutosvalmiuden havaitsemiseen ja muutoshalukkuuden vahvistamiseen. (Bischof ym. 2021: 109–110.) Käypä hoito -suositus (2020) määrittelee motivoivan haastattelun potilaan ja ammattilaisen väliseen yhteistyöhön perustuvaksi vuorovaikutusmenetelmäksi, jota voidaan hyödyntää potilaan oman elämäntapamuutosmotivaation löytämisessä ja vahvistamisessa. Alun perin päihderiippuvuuksien hoitoon kehitettyä menetelmää käytetään nykyään myös pitkäaikaissairauksien lääkehoidon toteuttamisen sekä hoitoon sitoutumisen tukena. (Motivoiva haastattelu. Käypä hoito 2020.) Lawrence, Fulbrook, Somerset ja Schulz (2017) ovat tutkineet katsauksessaan motivoivan haastattelun vaikutusta psyykkisesti oireilevan potilaan hoitokäynteihin sitoutumiseen ja tulokset viittaavat siihen, että motivoiva haastattelu voi olla tehokas keino herätellä hoitomotivaatiota potilailla, joiden suhtautuminen hoitoon on ambivalentti, ja että jo lyhytkin interventio motivoivan haastattelun keinoin voi olla tehokas (Lawrence ym. 2017: 1–4, 17).

Haastatteluissa esille tuli vahvasti myös perheen tuen merkitys. Koettiin, että potilasta tukeva ja sairautta ymmärtävä perhe tukee potilaan hoitoon sitoutumista. Tutkimustieto tukee tätä näkemystä. Jorma Oksasen (2020) Käypä hoito -suositukseen laatimassa näytönastekatsauksessa todetaan, että psykoedukatiiviset perheinterventiot skitsofreniapotilaan hoidossa vähentävät psykoosin uusiutumisen riskiä ja parantavat lääkemyönteisyyttä (Oksanen 2020). Pharoah, Mari, Rathbone ja Wong (2021) ovat katsauksessaan todenneet, että tuesta, ohjauksesta ja psykoedukaatiosta koostuvilla perheinterventioilla voidaan vähentää sairauden relapsijaksoja sekä parantaa lääkahoitoon sitoutuneisuutta. Perheinterventioilla pyritään luomaan yhteistyösuhde potilaasta huolehtivien omaisten kanssa, lieventämään epäsuotuisaa asenneilmapiiriä esimerkiksi pyrkimällä vähentämään omaisten kokemaa kuormitusta, vahvistamaan omaisten kykyä ennakoida ja vastata ongelmatilanteisiin, vähentämään negatiivisten tunteiden ilmaisua perheessä sekä asettamaan realistisia tavoitteita. Perheinterventio voi myös tukea läheisten omien rajojen asettamista sekä tarvittavaa asenne- ja käyttäytymiskulttuurin muutosta. (Pharoah ym. 2021: 3.)

Haastateltavat kokivat, että hoitotahon vuorovaikutustaidoilla ja potilaskohtaamisella oli suuri merkitys potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta. Potilaan kunnioittaminen ja aito, kiireetön kohtaaminen olivat vuorovaikutussuhteen luomisen kannalta tärkeitä.

Erityisesti ensipsykoosipotilaiden kanssa on tärkeää keskustella hoidon kokonaisuudesta: kyse ei ole vain lääkeshoidosta, vaan myös muista hyvinvointia tukevista hoidollisista keinoista. Potilaan on tärkeää ymmärtää tehty diagnoosi ja siihen liittyvä hoito-ohjelma. Hoitosuhteessa on tärkeää huomioida sairastumisen vaikutus potilaan identiteettiin ja sairastumiseen liittyvä stigma. (Artaud & Abdel-Baki & Nolin 2020: 22–26.)

Huupponen ja Strandberg tuovat vuoden 2020 artikkelissaan esille, että potilaan lääkeshoitoon sitoutumista voidaan tukea lääkärin ja potilaan välisellä toimivalla vuorovaikutussuhteella. Potilaan kanssa on pyrittävä löytämään yhteisymmärrys hoidon tarpeesta ja tavoitteista. (Huupponen & Strandberg 2020: 223.)

Myös haastateltavat toivat esille pitävänsä tärkeänä, että potilasta aidosti kuullaan ja hänen kanssaan asetetaan hoidolle tavoitteet yhdessä. Tavoitteiden asettelussa tarkastellaan potilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia ja tuetaan hyvää arkea. Potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun on tutkitusti tehokas keino parantaa hoitovastetta lääkeshoidon osalta (Huupponen & Strandberg 2020: 224–225). Jaettu päätöksenteko perustuu ajatukseen, jossa hoitotahon ammattilainen on asiantuntija hoitome-

netelmien suhteen siinä missä potilas on asiantuntija oman itsensä ja tilanteensa suhteen. Jaetun päätöksenteon (*shared decision-making*) on todettu olevan toimiva keino tukea hoitoon sitoutumista somaattisten pitkäaikaissairauksien hoidossa, minkä lisäksi muun muassa Nott, Mcintosh, Taube ja Taylor (2018) ovat tutkineet tätä psykiatrian kontekstissa potilaskokemusten kautta. Jaetussa päätöksenteossa korostuu potilaan valinnanvapaus ja itsemääräämisoikeus, ja tämä kokemus parantaa hoitoon sitoutumista sekä asennetta hoitotahoa kohtaan. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että avoimen ja rehellisen keskustelun käymisen esimerkiksi lääkityksen haitoista ei ole havaittu vaikuttavan negatiivisesti lääkehoitoon sitoutumiseen. (Nott ym. 2018: 479.)

Esille tuli, että sairaalasta kotiuttaminen on tehtävä suunnitelmallisesti ja potilaan hoitoon liitettävä tarvittavat tukitoimet. Hoidon toteutusta suunnitellaan hoitokokouksissa hoitotahojen ja verkostojen kesken yhdessä potilaan kanssa. Moniammatillinen tuki hoitoprosessissa onkin yksi hoitoon sitoutumista edistävästä tekijöistä (Huupponen & Strandberg 2020: 224). Hoitoon sitoutumista pystytään tukemaan hyödyntämällä tehostettua tai liikkuvaa potilaan luokse vietävää työtä sekä tarjoamalla tukea lääkehoidon päivittäiseen toteutumiseen. Myös potilaan päihdeongelman tai ensikertalaisuuden huomioiminen hoidossa erilaisin ammattilaistiimein voi tehostaa hoitoa. (Lehner ym. 2007: 349–250.)

Haastatteluissa tuotiin esille, että suunnitelmallinen kotiuttamisprosessi tukee siirtymän sujuvuutta. Kotiuttamiseen voi liittyä hyvin yksinkertaistenkin käytännön asioiden hoitamista, kuten ajanvarauksista huolehtimista ja tiedottamista. Smith ym. (2002) ovat tutkineet potilaiden avohoitoon kiinnittymistä psykiatrisen sairaalahoidon jälkeen Yhdysvalloissa. Tutkimuksen mukaan viikon ja kuukauden päähän varatut avohoidon ajat toteutuivat huomattavasti paremmin, kun ajat varattiin ennen sairaalahoidon päättymistä osana kotiuttamisprosessia, ja tulokset viittaavat siihen, että kotiutusvaiheessa tehdyt ajanvaraukset parantavat myös huonosti hoitoon sitoutuvien potilaiden käyntiaktiivisuutta. (Smith ym. 2022: 149, 153–156.)

Tutkimustieto tukee myös haastatteluissa esille tullutta kokemusta siitä, että kommunikatio sairaalan ja avohoidon välillä potilaan kotiutumisvaiheessa turvaa hoidon jatkuvuutta (Smith ym. 2020: 75–78).

Tässä opinnäytetyössä esille tulleet hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät ja niiden tukena toimivat keinot eivät olleet teoretietoon peilaten uusia, mutta niiden tarkastelu vahvisti jo ennalta tiedettyä sekä syvensi käsitystä tutkitun aihepiirin tärkeydestä. Opin-

näytetyön runsain hyöty lienee niissä käytännön hoitotyön keinoissa, joita haastatte- luissa nousi esille ja opinnäytetyön tuottama tieto on siis hyödynnettävissä yksikköta- son toimintaa tarkasteltaessa ja kehitettäessä. Opinnäytetyön voidaan arvioida ensisi- jaisesti vastaavan niihin tavoitteisiin, joita työlle rakennettiin LYS-hankkeen hyödynnet- tävyuden näkökulmasta. Lisäksi opinnäytetyön tulokset syventävät ja täsmentävät ai- heesta jo tiedettyä teoretietoa erityisesti psykoosipotilaan hoitopolun näkökulmasta.

6.2 Eettisyys

Tutkimusaiheen valinta itsessään on eettinen kysymys, jonka äärellä on mietittävä miksi ja kenen ehdoilla tutkimusta tehdään. Tutkimuskohteen perusteltu valinta edellyt- tää myös oman tieteenalan arvojen, ihmiskäsityksen ja toiminnan tavoitteellisuuden ymmärtämistä. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 153–154.) Tämän opinnäytetyön aiheen va- linnassa pyrittiin vastaamaan sekä sosiaali- ja terveysalan ajankohtaisiin haasteisiin ja tarpeisiin sekä Laakson yhteissairaalahankkeen tavoitteisiin. Aiheen valinnan taustalla olivat myös opinnäytetyön tekijän omat työelämälähtöiset havainnot alan kehittämis- kohteista. Aiheen valintaa perusteltiin tutkitulla tiedolla ja opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa, jonka avulla hoitotyötä voidaan kehittää ja laatua turvata. Aiheen valintavaiheessa tekijä pohti omaa rooliaan opinnäytetyön tekijänä, ja pyrki rakenta- maan tutkimusasetelman siten, että omaa työkokemusta ja osaamista oli mahdollista hyödyntää opinnäytetyön suunnittelussa, mutta omat kokemukset ja näkemykset eivät päässeet ohjaamaan tutkimuksen etenemistä tai vaikuttaneet tutkimustulosten tulkin- taan.

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) tarkoituk- sena on lakiin perustuen edistää potilaan perusoikeuksien, ihmisarvon ja esimerkiksi hyvän hoidon toteutumista sosiaali- ja terveysalalla (Valtakunnallinen sosiaali- ja ter- veysalan eettinen neuvottelukunta 2022). ETENE:n vuoden 2012 julkaisu Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla muistuttaa, että toiminnan lähtökohtana tulee olla potilaan etu sekä lain että sosiaali- ja terveydenhuollon omien ammattikuntien eettisten ohjeiden nojalla (ETENE 2012: 19).

Psykiatrisen potilaan hoitoon sitoutumista käsiteltäessä etiikan näkökulmasta on tie- dostettava terveydenhuollon toimintaa ohjaavat lait ja säädökset. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja oikeus saada riittävästi tietoa omasta hoidostaan. Lisäksi hänellä on itsemääräämisoikeus, jota tulee kunnioittaa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Psykiatristen potilaiden hoidossa joudutaan monesti miettimään itsemää-

räämisoikeyteen liittyviä kysymyksiä tilanteissa, joissa potilas vastustaa hoitoa tai hoitoon sitoutuminen on heikkoa. Tämän opinnäytetyön kohdalla eettistä ennakoarviointia ei tehty, koska tutkimus ei kohdistunut potilaisiin, vaan opinnäytetyössä selvitettiin hoitajien kokemuksia potilaiden hoitoon liittyvistä asioista.

Hyvä tieteellinen käytäntö ohjasi työskentelyä läpi koko opinnäytetyöprosessin. Opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on laatinut Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa -ohjeen (HTK-ohje), joka antaa tutkimuksen tekijälle mallin hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Ohje koskettaa kaikkia tieteenaloja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 4.) Ohjeen mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu asianmukaisen tutkimusluvan hakeminen, ja tätä opinnäytetyötä varten tutkimuslupa haettiin Helsingin kaupungilta.

TENK on edelleen laatinut ohjeen Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarvointi Suomessa (2019), jota sovelletaan, kun kyseessä on ihmiseen kohdistuva tutkimus tai siinä käytetään ihmistieteiden tutkimusmenetelmiä. Ohjeessa on määritelty tutkimusta ohjaavat yleiset eettiset periaatteet sekä annettu tutkittavan kohteluun ja oikeuksiin liittyvää ohjeistusta. Tutkittavalla on oikeus päättää osallistumisestaan missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ja tutkittavia on tiedotettava tutkimuksen tarkoituksesta ja sisällöstä riittävän selvästi. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019: 4, 7–9). Tässä opinnäytetyössä hoitajien osallistuminen haastatteluihin oli vapaaehtoista, ja he antoivat tietoisensa suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Haastateltavat lukivat Tutkittavan informointi -lomakkeen (liite 3) ja allekirjoittivat Tutkittavan suostumus -lomakkeen (liite 4) ennen haastattelun toteutusta. Eri-tyistä huolellisuutta kiinnitettiin tutkimuksen tarkoituksen ja toteutuksen sanoittamiseen, jotta tutkittaville oli selkeää, mihin he olivat osallistumassa. Tutkittavan informointi -lomakkeessa kuvattiin muun muassa tutkimuksen tarkoitus, kesto ja eteneminen sekä tiedon turvallinen käsittely. Haastateltavalla oli myös oikeus perua osallistumisensa missä tahansa tutkimuksen vaiheessa.

Vaikka haastateltavien nimiä ei tutkimuksessa julkaista, ei täyttä tunnistamattomuutta voida luvata, sillä organisaation rakenne tai toimintatavat voivat olla lukijalle tuttuja, ja yhteys on siten pääteltävissä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019: 13). Tässä opinnäytetyössä on kiinnitetty erityistä huomiota siihen, että haastateltavien nimettömyys ja tunnistamattomuus turvattiin mahdollisimman hyvin. Haastattelut litteroitiin, ja monesti haastattelututkimuksien yhteydessä näkee käytettävän suoria lainauksia litteroidusta aiheistosta. Koska haastateltavien joukko on pieni, on mahdollista, että haastateltavan voisi tunnistaa esimerkiksi puhetyylin tai murteen perusteella. Näissä tilanteissa on

mahdollista käyttää yleiskielistä litterointia, jossa lauseet korjataan oikeakielisiksi kuitenkaan sisältöä muuttamatta (Mettovaara 2016) tai lainauksia käytettäessä voidaan valita sellaiset lainaukset, että haastateltava ei ole sen perusteella tunnistettavissa (Elo ym. 2022: 223). Tässä opinnäytetyössä muokattiin lainauksia yleiskielisempään muotoon tilanteissa, joissa oli arvioitavissa, että haastateltava olisi tunnistettavissa tarkan lainauksen perusteella.

Yksilöhaastatteluja toteutettaessa varmistettiin, että haastateltavien kokema stressi ja vaivannäkö oli kohtuullista. Ilmapiiri pyrittiin pitämään avoimena, haastatteluille oli varattu tarpeeksi aikaa ja haastattelutilanne oli kohtuullisen vapaamuotoinen ja haastateltavan ehdoilla etenevä.

Haastattelututkimusta tehtäessä käsiteltiin henkilötietoja, sillä haastateltavat ovat tunnistettavissa äänitteiden ja mahdollisesti lainausten perusteella. Opinnäytetyötä varten laadittu Tutkittavan informointi -lomake (liite 3) sisälsi tutkimuksen kuvauksen lisäksi tietosuojaselosteen. Henkilötietojen käsittelystä on määrätty EU:n yleisessä tietosuojasetuksessa GDPR (General Data Protection Regulation), joka määrittelee muun muassa rekisterinpitäjän vastuut ja sen, mitä henkilötiedolla tarkoitetaan (Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) 2016/679).

Allekirjoitetut Tutkittavan suostumus -lomakkeet kerättiin paperisina haastattelutilanteen yhteydessä, ja niitä säilytettiin opinnäytetyön tekemisen ajan lukitussa kaapissa. Kerätty aineisto ja osallistuneiden tunnistetiedot säilytettiin asianmukaisella salasanalla turvatulla tietokoneella, jonne vain opinnäytetyön tekijällä oli pääsy. Varmuuskopiot henkilötietoja sisältävästä materiaalista siirrettiin erilliselle kovalevylle, jota säilytettiin opinnäytetyön tekijän henkilökohtaisessa arkistossa, kuten myös paperilla kerätty materiaali. Mitään henkilötietoja sisältävää materiaalia ei tallennettu pilvipalveluihin. Kaikki henkilötietoja sisältävä aineisto hävitettiin opinnäytetyön ollessa valmis: tietokoneella oleva data pyyhittiin varmuuskopioineen, ja paperinen aineisto hävitettiin riittävän turvallisuuden omaavalla silppurilla.

Tutkimusetiikka on ohjannut opinnäytetyötä suunnitelma-, toteutus- ja raportointivaiheissa, joissa on panostettu yleiseen huolellisuuteen ja tarkkuuteen sekä oman työn raportoinnin suhteen että lähdeviittausten täsmällisyydessä. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää avoimuutta myös tulosten julkaisemisessa sekä sidonnaisuuksien ilmoittamisessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.) Opinnäytetyö julkaistaan avoimesti THESEUS-verkkopalvelussa ja on LYS-hankkeen käytössä. Tutkimukselle ei ole haettu rahoitusta.

6.3 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden näkökulma on pidetty mielessä jokaisessa työvaiheessa: aihetta ja tutkimuskohdetta sekä tutkimusmenetelmiä valittaessa, tutkimussuunnitelmaa laadittaessa, aineiston keruu- ja analysointivaiheessa sekä tuloksia raportoitaessa. Aiheen valinta, teorian rakentaminen ja kohderyhmän sekä menetelmän valinnan perusteleminen ovat tutkimuksen uskottavuuden kannalta olennaisia luotettavuuteen liittyviä seikkoja. Myös tulosten onnistunut luokittelu ja tiedon relevanttius merkitsevät luotettavuutta arvioitaessa. (Graneheim & Lundman 2004: 109–110).

Yleisesti tutkimuksen (sekä laadullisen että määrällisen) luotettavuutta arvioitaessa käytetään termejä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti viittaa siihen, että ”on tutkittu sitä, mitä on luvattu” ja reliabiliteetti edellyttää tutkimustulosten toistettavuutta. Termien käytössä on kuitenkin vaihtelua, ja onkin esitetty, ettei edellä mainittujen termien käyttö olisi mielekästä laadullisen tutkimuksen rintamalla. Tärkeää on kokonaisuus ja sisäinen johdonmukaisuus, eräänlainen koherenssi. On kuvattava kattavasti, miksi ja mitä tutkitaan, millä perusteilla tutkimusjoukko on valittu, millä tavalla ja aikataululla aineisto on kerätty ja millä menetelmillä aineiston analyysi on tehty. Lisäksi tutkimuksen luotettavuutta ja etiikkaa on kattavasti arvioitava, kuin myös tutkijan roolia ja sitoumuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018: 160–163.)

Opinnäytetyön teoreettista viitekehystä varten tehty tiedonhaku pyrittiin pitämään systemaattisena ja olennaiseen sekä ajankohtaiseen tietoon keskittyvänä. Tutkimusartikkelien laadunarvioissa käytettiin apuna JUFO-julkaisufoorumia. Käytetyt artikkelit olivat vähintään JUFO-julkaisufoorumin tasoluokassa 1 (tieteellisten tutkimustulosten julkaisemiseen erikoistuneita vertaisarvioituja julkaisukanavia, joilla on tieteenalan asiantuntijoista koostuva toimituskunta) (Julkaisufoorumi). Yksi koosteen artikkeleista oli lehdessä, jota ei löytynyt JUFO-julkaisufoorumin portaalista, mutta se otettiin mukaan, koska jo lopettanut lehti julkaisi vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita ja sen kustantajana toimi usean muun laatukriteerit täyttävän lehden kustantaja.

Menetelmäksi valikoitui haastattelu, joka tuntui luontevalta menetelmävalinnalta, koska aihetta on tutkittu opinnäytetyön näkökulmasta kohtalaisen vähän. Haastattelua pidetäänkin hyvänä tutkimusmenetelmänä tilanteissa, joissa aihetta on vähän tutkittu (Hirsjärvi & Hurme 2021: 34–35). Tutkimushaastattelun valintaa menetelmäksi perusteltiin myös sen joustavuudella sekä kyvyllä tuottaa uutta tietoa. Menetelmä tarkentui edelleen teemahaastatteluksi, jonka vahvuus ovat teoriaan pohjautuvat, ennalta määritellyt

teemat, jotka ohjaavat haastattelun kulkua (Tuomi & Sarajärvi 2018: 88). Tämän arvioitiin olevan hyvä ratkaisu tilanteessa, jossa haastattelijalla on vahvoja näkemyksiä tutkittavasta aiheesta, ja haluttiin välttää haastattelutilanteessa keskustelun mahdollinen tahaton johdattelu.

Haastattelun sisältöä ohjaavien teemojen rajaus tulee olla kattavasti ennalta mietitty: tarkoitus ei ole rajoittaa tutkittavan oman näkemyksen esiintuloa (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997: 217). Hyvä haastattelurunko vaihtoehtoisine lisäkysymyksineen voi parantaa aineiston laatua, lisänä vaikkapa haastattelupäiväkirjan pitäminen (Hirsjärvi & Hurme 2021: 184–185). Opinnäytetyössä haastattelurungon pääteemat rakennettiin tutkitun tiedon pohjalta, mutta haastattelurungossa oli myös avoin osuus, jossa sai tuoda esille ajatuksiaan vapaasti teemoista irrallaan. Haastattelurunko pilotoitiin koehaastattelun muodossa henkilöllä, joka teki kohderyhmää vastaavaa työtä. Runkoa muokattiin avoimemmaksi koehaastattelun jälkeen, ja suunnitelmavaiheessa rungossa olleet lisäkysymykset poistettiin.

Haastattelut haluttiin tehdä yksilöhaastatteluina, jotta haastateltavilla on tilaa ja aikaa kertoa oma näkemyksensä ilman ulkopuolista painetta. Yksilöhaastattelussa vältytään ryhmähaastattelussa mahdollisesti esiintyvältä ryhmädynamiikan ja valtahierarkian tuomalta haasteelta (Hirsjärvi & Hurme 2008: 63), joka olisi huomioitava haastattelun toteutusta arvioitaessa – saisivatko kaikki äänensä kuuluviin ja uskaltaisivatko he kertoa näkemyksistään avoimesti.

Yksinkertaisuudessaan tutkimuksen tulisi kuvata tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa mahdollisimman hyvin (Hirsjärvi & Hurme 2021: 189). Haastatteluissa ei esitetty kovin tarkkoja kysymyksiä ja haastateltavia kannustettiin kertomaan omin sanoin, mitä heille tulee mieleen aiheesta, ja mitä he työkokemuksensa perusteella pitävät tärkeänä ja olennaisena. On mahdollista, että haastateltavan työyksikön luonne tai työkokemuksen määrä saattoi olla taustavaikuttamassa siihen, kuinka laajasti tai konkreettisesti tutkimuskysymyksiä tulkittiin. Havaittiin myös, että opinnäytetyön tekijän käyttämä terminologia kysymyksenasettelussa ei ollut haastateltaville täysin luonteva, ja kysymyksiä tarkennettiin tai selvennettiin haastattelun edetessä.

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida heikentävän se, että opinnäytetyön tekijällä ei ollut aiempaa kokemusta haastattelujen tekemisestä. Hirsjärven ja Hurmeen (2021) mukaan haastattelijalla olisi hyvä olla kokemusta haastattelutilanteista, joustavuutta, kielellistä ymmärrystä ja vuorovaikutustaitoja (Hirsjärvi & Hurme 2021: 35, 48–49). Opinnäytetyön tekijä pyrki perehtymään menetelmään teoriassa mahdollisimman

hyvin ja valmistautui työtehtävään tekemällä koehaastattelun sekä panosti haastattelussa muiden vaadittavien edellytysten täyttymiseen.

Haastattelutilanne pyrittiin pitämään mahdollisimman rauhallisena ja ilmapiiri avoimena sekä ammatillisena. Koska nauhoitteiden tekniseen laatuun ja asianmukaiseen litterointiin on syytä kiinnittää huomiota (Hirsjärvi & Hurme 2021: 184–185), haastattelun äänittämistä testattiin etukäteen valituilla laitteilla tallennuksen onnistumiseksi ja laadun varmistamiseksi.

Luotettavuuteen vaikuttaa myös haastateltavan joukon koko. Joukko oli pieni ja se valikoitui jossain määrin haastateltavien oman tai heidän esihenkilönsä aktiivisuuden perusteella, eikä haastateltavien joukko siis edusta tasaisesti koko hoitajakuntaa. Toisaalta haastattelujoukon valintaa on perusteltu tarkoituksenmukaisuudella. Tarkoituksenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että tutkittavat valitaan siitä joukosta, joita tutkittava ilmiö koskettaa ja jotka haluavat tutkimukseen osallistua – heitä ei siis ole valittu satunnaisesti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997: 216.) Haastateltavat olivat kokeneita alansa osaajia, ja heiltä saatiin syvällistä tietoa tutkittavasta aiheesta.

Aineiston analyysiprosessi tuloksineen pyrittiin esittämään tarkoituksenmukaisesti sekä kirjallisesti että kuvioita hyödyntäen, sillä analyysiprosessi tulee esittää selkeästi ja tulokset sisältöä kuvaavasti (Elo ym. 2014: 6). Lainauksia haastatteluaineistosta käytettiin tukemaan analyysin tuloksien tulkintaa luotettavuuden lisäämiseksi (Graneheim & Lundman 2004: 110).

Aineiston analyysin luotettavuutta arvioitaessa huomioidaan myös tulkinnan uskottavuus, jonka vuoksi tutkijan on dokumentoitava luokitteluperusteensa (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997: 219). Opinnäytetyössä aineiston käsittely- ja analyysiprosessin kuvauksen selkeyteen kiinnitettiin huomiota. Aineistoa tulkittaessa opinnäytetyön tekijä pyrki pysymään objektiivisena ja aidosti kuuntelemaan, mitä haastateltavat ovat sanoneet. Prosessin taustalla on ollut tieto ja ymmärrys siitä, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on pohdittava havaintojen puolueellisuutta, eli sitä, vaikuttaako tiedon vastaanottajan oma tausta vastaanotetun tiedon tulkintaan (Tuomi & Sarajärvi 2018: 159–160.) Puolueellisuusnäkökulma näkyi käytännön haasteena sekä haastattelutilanteessa että aineiston käsittelyssä: olisi luonnollista, että haastattelija suodattaisi näkemäänsä ja kuulemaansa itsensä kautta, ja asettaisi esimerkiksi haastattelutilanteessa tehdyt epämääräisemmät viittaukset automaattisesti oman työkoke-

muksensa kontekstiin. On myös kuitenkin otettava huomioon, että laadullisen tutkimuksen luonne voikin edellyttää vuorovaikutusta ja tulkintaa, ja että asioiden tarkastelu on arvoihin sidottua ja kontekstuaalista (Graneheim & Lundman 2004: 106).

Toimintakenttä (eli sen ympäristön kuvaus, jossa haastateltavat työtänsä tekevät) pyrittiin kuvaamaan sen verran kattavasti, että voidaan pohtia, ovatko aineistosta esille nousseet asiat hyödynnettävissä myös muunkaltaisten potilasryhmien hoitoon sitoutumisen tukemisessa. Saatuja tuloksia tarkasteltiin suhteessa aiheesta jo tiedettyyn.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Haastattelujen perusteella psykoosipotilaan hoitoon sitoutumista ja onnistunutta, sujuvaa siirtymää sairaalahoidosta avohoitoon pidettiin tärkeänä, mitä se yksilön, yhteiskunnan sekä hoitojärjestelmän näkökulmasta onkin. Vakavia mielenterveyden häiriöitä sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumattomuus voi näkyä oireiden pahenemisena ja sairauden etenemisena, itsemurhina, väkivaltaisena käytöksenä, toiminnallisina rajoitteina sekä relapsi- ja sairaalajaksojen uusiutumisenä (Lehner ym. 2007: 246), ja hoitoon sitoutumiseen puolestaan vaikuttavat erilaiset tekijät potilaan oirekuvassa, hoitohistoriassa ja ympäristössä.

Opinnäytetyössä oli tarkoitus selvittää hoitajien kokemuksia siitä, mitkä tekijät vaikuttavat sairaalahoidosta avohoitoon siirtyvän potilaan hoitoon sitoutumiseen. Tutkimustiedon kanssa yhdenmukaisia hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä tunnistettiin haastatteluissa useita, ja vahvimmin esille nousivat sairautentunto, päihdekäyttö ja perheen tuki.

Haastatteluissa oli lisäksi tarkoitus selvittää hoitajien kokemuksia niistä keinoista, joiden avulla potilaan hoitoon sitoutumista siirtymävaiheessa voidaan tukea. Hoidollisten keinojen ytimessä olivat hoidolliset keskustelut, luottamuksellinen hoitosuhde ja arvostava kohtaaminen sekä perheen mukaan ottaminen ja oikea-aikaiset ja suunnitellut kotiuttamistoimenpiteet. Hoitotahojen välinen kommunikaatio sekä joustava yhteistyö potilaan verkostojen kanssa olivat tärkeitä hoidon jatkuvuuden kannalta. Tulevaisuudessa Laakson yhteissairaalassa psykiatriset sairaalaosastot tulevat toimimaan eri organisaatiossa kuin psykiatrinen avohoito, ja yhteistyön sujuvuuteen organisaatorajojen yli on panostettava jatkossakin. Mielenkiintoista olisi kerätä kokemuksia toiminnan muutoksesta organisaatiouudistuksen jälkeen: sen välittömistä haasteista ja ratkaisujen toivuudesta.

Tässä opinnäytetyössä kuultiin kokeneiden hoitajien kokemuksia potilaan hoitoon sitoutumisesta ja sen tukemisesta sairaalan ja avohoidon nivelvaiheessa. Jatkotutkimusehdotuksena olisi perusteltua kuulla myös potilaiden kokemuksia siirtymästä ja niistä asioista, jotka he ovat kokeneet vaikuttaviksi tavoiksi tukea heidän hoitoon sitoutumistaan. Potilaita haastateltaessa tutkimusasetelma vaatisi erityisen huolellista suunnittelua ja eettistä pohdintaa, koska kyseessä on haavoittuva potilasryhmä, jonka joukosta voisi toisaalta olla myös haastavaa löytää sellaisia vapaaehtoisia haastateltavia, joiden hoitoon sitoutumisessa on ollut haasteita. Tutkimuskysymyksen voisi rajata esimerkiksi potilaiden kokemuksiin kotiuttamisprosessin sujuvuudesta tai kohtaamisiin avohoidossa.

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin psykoosipotilaiden hoitopolkua. Olisi mielekästä vastaavasti tarkastella potilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ja sitoutumista tukevia keinoja myös muiden potilasryhmien osalta psykiatrian kentällä. Yhteneväisyyksiä somaattisesti pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitoon sitoutumiseen teorialiedosta löytyi, ja toisaalta monet psykiatrian kentältä tehdyt kansainväliset tutkimukset ja katsaukset käsittelevät yleisesti vakavia mielenterveyden häiriöitä, joka terminä kattaa sekä psykoosisairaudet että mielialahäiriöt.

Psykiatrisen hoidon ja yksittäisten hoitotoimenpiteiden vaikuttavuutta on hankala arvioida tai mitata, sillä hoito on kokonaisvaltaista ja potilaan elämän eri osa-alueet vaikuttavat taustalla laaja-alaisesti. Olisikin tärkeää pystyä dokumentoimaan hoidollisten toimenpiteiden vaikutuksia sekä potilaan kokemaan hyötyä entistä kattavammin, ja pohdittavaksi tämän aiheen tiimoilta voisi jäädä, millä muulla tavalla hoitoon sitoutumista voidaan mitata, kuin tarkastelemalla käyntien toteutumista tai sairaalahoitojen määrää.

Myös esille tulleen Helsingin kaupungin psykiatriapalveluissa toteutettavan BFT-perheytyön saralla voitaisiin tutkia hoitajien, potilaiden tai perheiden kokemuksia. Myös Pharoah ym. (2021) toivat esille katsauksessaan, että laadukasta tutkimusta perheinterventioiden vaikuttavuudesta ja vaikutusmekanismeista tarvitaan (Pharoah 2021: 104).

Lähteet

- Allen, Caitlin & Sugarman, Michael & Wennerstrom, Ashley 2016. Community health workers: a resource to support antipsychotic medication adherence. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 44(2). 341–346.
- Artaud, Laurence & Abdel-Baki, Amal & Nolin, Marie 2020. Adherence to treatment in first episode psychosis: acceptance, refusal, or ambivalent process? *Canadian Journal of Community Mental Health*. Vol. 39. No. 3. 19–31.
- Bandura, Albert 1977. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological review*. Vol. 84. No. 2. 191–215.
- Bandura, Albert 1997. *Self-efficacy. The Exercise of Control*. W. H. Freeman and Company.
- Bischof, Gallus & Bischof, Anja & Rumpf, Hans-Jürgen 2021. Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Deutsches Ärzteblatt International* 118: 109–15.
- Chien, Wai & Mui, Jolene & Gray, Richard & Cheung, Eric 2016. Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 16, article 42. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26911397/>> Viitattu 6.4.22.
- Cullen, Bernadette & Rodriguez, Katrina & Eaton, William & Mojtabei, Ramin & Von Mach, Tara & Ybarra, Michele 2020. Clinical Outcomes from the Texting for Relapse Prevention (T4RP) in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder Study. *Psychiatry Research* 292, article 113346. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32750572/>> Viitattu 6.4.22.
- D'Arcey, Jessica & Collaton, Joanna & Kozloff, Nicole & Voineskos, Aristotle & Kidd, Sean & Foussias, George 2020. The Use of Text Messaging to Improve Clinical Engagement for Individuals with Psychosis: Systematic Review. *JMIR Mental Health* 7(4). Article 16993. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32238334/>> Viitattu 6.4.22.
- Donohoe, Gary 2006. Adherence to antipsychotic treatment in schizophrenia – what role does cognitive behavioral therapy play in improving outcomes? *Disease Management and Health Outcomes* 8/2006 14(4). 207–214.
- El Abdellati, Kawtar & De Picker, Livia & Morrens, Manuel 2020. Antipsychotic Treatment Failure: A Systematic Review on Risk Factors and Interventions for Treatment Adherence in Psychosis. *Frontiers in Neuroscience* 14. Article 531763. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7584050/>> Viitattu 6.4.22.
- Elo, Satu & Kajula, Outi & Tohmola, Anniina & Kääriäinen, Maria 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 34(4): 215–225.
- Elo, Satu & Kääriäinen, Maria & Kanste, Outi & Pölkki, Tarja & Utriainen, Kati & Kynäs, Helvi 2014. Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open* January-March 2014: 1–10.

ETENE 2012. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. ETENE-julkaisuja 35. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73534/URN%3aNBN%3afi-fe201504225250.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Viitattu 28.4.22.

Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) 2016/679. EU:n yleinen tietosuojasetus (GDPR). <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=FI#d1e1360-1-1>> Viitattu 13.6.22.

Garcia, Sainza & Martinez-Cengotitabengoa, Mónica & López-Zurbano, Saioa & Zorrilla, Iñaki & López, Purificación & Vieta, Eduard & González-Pinto, Ana 2016. Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients – A systematic review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. Vol. 36(4) 355–71.

Graneheim, U.H. & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24: 105–112.

Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD/EU (2018), OECD Publishing. Pariisi. <https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en> Viitattu 6.4.22.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2021. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus.

HUS Psykiatria. <<https://www.hus.fi/tietoa-meista/potilashoito-laatu-ja-potilasturvallisuus/psykiatria#akuutti-ja-konsultaatiopsykia>> Viitattu 2.8.22.

Huupponen, Risto & Strandberg, Timo 2020. Miten auttaa potilasta sitoutumaan lääkahoitoonsa? *Duodecim* 136(2). 223–227. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo15345>> Viitattu 6.10.23.

Isohanni, Matti & Niemelä, Solja & Moilanen, Kristiina & Penttilä, Matti 2015. Psykoosien hoito elämänkaaren aikana. Potilaan lääkärilehti. <<https://www.potilaanlaakari-lehti.fi/kommentit/psykoosien-hoito-elamankaaren-aikana/>> Viitattu 2.8.2022. Julkaistu *Lääkärilehdessä* 13/2015.

Julkaisufoorumi JUFO. <<https://julkaisufoorumi.fi>> Viitattu 18.1.24.

Jylhä, Pekka & Isometsä, Erkki 2020. Itsemurhaa yrittäneen turvasuunnitelma. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 136(23) 2633–40. <<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15944.pdf>> Viitattu 6.3.22.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. *SanoMaPro*.

Korkeila, Jyrki 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125(21):2333–40. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo98399>> Viitattu 6.4.22.

Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY.

Laakson yhteissairaala. Helsingin kaupunki. <<https://www.hel.fi/helsinki/fi/asuminen-ja-ymparisto/tontit/tilat/laakson-yhteissairaala>> Viitattu 15.8.22.

Laakson yhteissairaalahanke (LYS) 2021. Opinnäytetyöaiheita AMK- ja YAMK-opiskelijoille. Diat esitelty Metropolia AMK työelämäpäivällä 6.10.21.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1997. <<https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>> Viitattu 25.3.24.

Lawrence, Petra & Fulbrook, Paul & Somerset, Shawn & Schultz, Paula. 2017. Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol 24(9). 1–20.

Lehner, Renanah & Dopke, Cynthia & Cohen, Kenneth & Edstrom, Katherine & Maslar, Michael & Yohanna, Daniel 2007. Outpatient treatment adherence and serious mental illness: a review of interventions. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 10. 245–274.

Leijala, Juhani & Hietala, Elina & Kampman, Olli 2019. Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 135(20). 2028–34 <<https://www.duodecimlehti.fi/duo15197>> Viitattu 9.2.22.

Leivonen, Tiina 2023. Adherenssityö Helsingin kaupungin psykiatriapalveluiden psykoosipoliklinikoilla. Kotiuttamiskoordinaattorin infodiat 12.11.2021, päivitys 18.9.2023.

Lieberman, Jeffrey & Stroup, Scott & McEvoy, Joseph & Swartz, Marvin & Rosenheck, Robert & Perkins, Diana & Keefe, Richard & Davis, Sonia & Davis, Clarence & Lebowitz, Barry & Severe, Joanne & Hsiao, John 2005. Effectiveness of antipsychotic drug in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353(12). 1209–23.

Liikkuva ja tehostettu avohoito. Helsingin kaupunki. <<https://www.hel.fi/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/psykiatriset-palvelut/avohoitomuut/avohoito/>> Viitattu: 30.4.22.

Loots, Elke & Goossens, Eva & Vanwesemael, Toke & Morrens, Manuel & Van Rompaye, Bart & Dilles, Tinne 2021. Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(19), article 10213. <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34639510/>> Viitattu 6.4.22.

Lääkelaitos 2006. TABU - Lääkeinformaatiota lääkelaitokselta 5/2006. Lääkelaitos. Verkkojulkaisu. <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134159/tabu52006.pdf?sequence=1>> Viitattu 6.4.22.

Mettovaara, Juha 2016. Eri litterointityyppien käyttötarkoitukset. Spoken Oy. <<https://spoken.fi/eri-litterointityyppien-kayttotarkoitukset/>> Viitattu 15.6.22.

Motivoiva haastattelu. Käypä hoito -suositus 2020. <<https://www.kaypahoito.fi/nix02109>> Viitattu 2.10.23.

Mäntyselkä, Pekka 2021. Hoidon jatkuvuus vähentää kuolleisuutta. Pääkirjoitus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 137. 1849–51. <<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16421.pdf>> Viitattu 12.6.22.

Niemelä, Solja & Blanco-Sequeiros, Sanna 2015. Psykiatrian merkitys korostuu sosiaali- ja terveystalouden yhdistyessä. Duodecim 131. 565–6. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo12161>> Viitattu 13.8.22.

Nordling, Esa 2018. Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? Duodecim 134. 1476–1483. Viitattu 26.10.23.

Nott, Josie & McIntosh, Aspen & Taube, Clare & Taylor, Mark 2018. Shared decision-making in psychiatry: a study of patient attitudes. Australasian Psychiatry 26(5). 478–481.

Oksanen, Jorma 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. Katsaus. Duodecim 131(16). 1437–42. <<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo12385.pdf>> Viitattu 9.4.22.

Oksanen, Jorma 2020. Psykoedukatiiviset perheinterventiot skitsofreniapotilaan hoidossa. Käypä hoito -suositus. <<https://www.kaypahoito.fi/nak02316>> Viitattu 6.10.23.

Osastohoito mielenterveyshäiriöissä. Mielenterveystalo.fi. <<https://www.mielenterveystalo.fi/fi/osastohoito-mielenterveyshairioissa>> Viitattu 24.3.2024.

Palonen, Mira & Kylmä, Jari 2022. Avoin haastattelu ja teemahaastattelu aineistonkeruun menetelminä laadullisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 34(4). 281–294.

Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY.

Pharoah, Fiona & Mari, Jair & Rathbone, John & Wong, Wilson 2021. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4204509/pdf/emss-57060.pdf>> Viitattu 6.10.23.

Pitkälä, Kaisu & Savikko, Niina 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. Pääkirjoitus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 123(5). 501–2. <<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo96322.pdf>> Viitattu 6.4.22.

Psykiatrian poliklinikka. Helsingin kaupunki. <<https://www.hel.fi/sote/fi/palvelut/palvelukuvaus?id=3058>> Viitattu 6.4.22.

Psykiatrian poliklinikka. Sosiaali- ja terveystalouden palvelut. Helsingin kaupunki. <<https://www.hel.fi/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveydenhoito/mielenterveyspalvelut/psykiatrian-poliklinikka>> Viitattu 24.3.24.

Psykiatrinen avohoito. Sosiaali- ja terveystalvet. Helsingin kaupunki. <<https://www.hel.fi/fi/sosiaali-ja-terveystalvet/terveydenhoito/mielenterveystalvet/psykiatrinen-avohoito>> Viitattu 21.3.24.

Psykiatrinen sairaala (Auroran sairaala). Sosiaali- ja terveystalvet. Helsingin kaupunki. <<https://www.hel.fi/fi/sosiaali-ja-terveystalvet/terveydenhoito/mielenterveystalvet/psykiatrinen-ymparivuorokautinen-sairaalahoito/psykiatrinen>> Viitattu 2.8.22.

Rosenstock, Irwin M. 1974. Historical Origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs Vol. 2 No. 4. 328–335.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2022. <<https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#s11>> Viitattu 6.4.22.

Smith, Thomas & Haselden, Morgan & Corbeil, Tom & Tang, Fei & Radigan, Marleen & Essock, Susan & Wall, Melanie & Dixon, Lisa & Wang, Rui & Frimpong, Eric & Lambert, Steven & Scheider, Matthew & Olfson, Mark 2020. Relationship between continuity of care and discharge planning after hospital psychiatric admission. Psychiatric Services 71:1, January. 75–78. Viitattu 25.10.23.

Smith, Thomas & Haselden, Morgan & Corbeil, Tom & Wall, Melanie & Tang, Fei & Essock, Susan & Frimpong, Eric & Goldman, Matthew & Mascayano, Franco & Radigan, Marleen & Schneider, Matthew & Wang, Rui & Rodgers, Ian & Dixon, Lisa & Olfson, Mark 2022. The effectiveness of discharge planning for psychiatric inpatients with varying levels of pre-admission engagement in care. Psychiatric services February 01 73(2). 149–157. Viitattu 25.10.23.

Sorvaniemi, Marko & Kampman, Olli 2000. Hoitomyöntyvyys skitsofreniassa ja mielialahäiriöissä. Duodecim 116(3). 277–84 <<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo91324.pdf>> Viitattu 15.6.22.

Suomen Psykiatryhdistys. 10 tavoitetta psykiatrialle. <https://www.psy.fi/yhdistys/arvot/10-tavoitetta_psykiatrialle> Viitattu 18.7.22.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021. Julkaisut: Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2020. Tilastoraportti 44/2021. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143510/TR44_Psykiatrinen_erikoissairaanhoido_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Viitattu 14.2.22.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Psykoosit. Päivitetty 28.2.22: <<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>> Viitattu 30.4.22.

Tietoa psykoosista. Mielenterveystalo. <<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/psykoosin-pikaopas.aspx>> Viitattu: 30.4.22.

Timlin, Ulla 2008. Psykiatrisen potilaan sitoutuminen hoitoon. Teoksessa: Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY. 161–176.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi.

Tuominen, Lauri & Salokangas, Raimo K. R. 2016. Skitsofrenia. Lääkärin käsikirja. Duodecim 132(5). 467–70. <<https://www.duodecimlehti.fi/duo13014>> Viitattu 2.8.22.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa (HKT-ohje). <https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf> Viitattu: 28.4.22.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3/2019. <https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf> Viitattu: 28.4.22.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. <<https://etene.fi/etusivu>> Viitattu: 28.4.22.

Velligan, Dawn & Sajatovic, Martha & Hatch, Ainslie & Kramata, Pavel & Docherty, John 2017. Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. Patient Preference and Adherence 11. Dovepress. 449–468 <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28424542/>> Viitattu 6.4.22.

Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Kosloff, Anu. Kansallinen mielen-terveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Valtioneuvoston julkaisuarkisto. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y> Viitattu 6.4.22.

Wahlbeck, Kristian & Cresswell-Smith, Johanna & Haaramo, Peija 2019. Potilaan paluu psykiatriseen avohoitoon. Lääkärilehti 3/2019 vsk. 74. 120–124. <<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/potilaan-paluu-psykiatriseen-sairaalahoitoon-alueellinen-esiintyvyys-ja-sen-yhteys-avohoitoon/>> Viitattu 9.2.22.

World Health Organization 2003. Adherence to Long-Term Therapies – Evidence for Action. <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=ED86C32A346EA12FE8CCE879EAF51B38?sequence=1>> Viitattu 1.5.22.

World Health Organization 2021. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>> Viitattu 1.5.22.

Kooste kirjallisuushaun artikkelien keskeisistä tuloksista

Tekijät, julkaisuvuosi	Artikkelin nimi	Tunnistetut hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät / tutkimuksen keskeiset tulokset	Artikkelissa käytetty jaottelu tai sisällöstä muodostettu teema
Allen, Caitlin G. & Sugarman, Michael A. & Wenerstrom, Ashley 2016	Community health workers: a resource to support antipsychotic medication adherence <i>Artikkeli (commentary)</i>	Hoitoon sitoutumista edistävät: vahva kommunikaatio, terapeutinen hoitosuhde, yhteisön tuki, kulttuurinen osaaminen, perheen tuki, kuntouttava työote Hoitoon sitoutumista heikentävät/riskitekijät: lääkkeiden sivuvaikutukset, vaikeat oireet, kognitiiviset häiriöt, epäselvät hoito-ohjeet, muistiongelmat, puutteellinen käsitys lääkityksen tarpeellisuudesta, päihdeongelma, masennus, tuen puute, etniseen vähemmistöön kuuluminen, heikot sosioekonomiset lähtökohdat	<u>WHO:n määritelmän mukaiset lääkeadherenssiin liittyvät ulottuvuudet:</u> Sosioekonomiset tekijät Terveystieteiden järjestelmään liittyvät tekijät Sairauteen liittyvät tekijät Lääkitykseen liittyvät tekijät Potilaaseen liittyvät tekijät
Chien, Wai Tong & Mui, Jolene & Gray, Richard & Cheung, Eric 2016	Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial <i>RCT-tutkimus</i>	Hoitoon sitoutumista edistävät: oikea-aikaiset interventiot, oiretietoisuus Hoitoon sitoutumista heikentävät: vaikeat oireet (etenkin epäluulot ja harhaluulot), hoitoon pääsyn viivästyminen, negatiiviset oireet, stigma Motivoivan haastattelun keinoja hyödyntävää adhearenssiterapiaa saaneessa ryhmässä skitsofreniapotilaat kokivat 18 kuukauden kohdalla oireidensa lievittyneen sekä	Potilaaseen liittyvät tekijät Ympäristöön liittyvät tekijät Hoitojärjestelmään liittyvät tekijät

		toimintakykynsä ja ymmärryksensä sairaudesta parantuneen. Lisäksi lääkehoitoon sitoutumisen taso oli parantunut sekä sairaalahoidot lyhentyneet verrattuna kontrolliryhmään.	
Cullen, Bernadette A. & Rodriguez, Katrina & Eaton, William W. & Mojtabai, Ramin & Von Mach, Tara & Ybarra, Michele L. 2020	Clinical outcomes from the texting for relapse prevention (T4RP) in schizophrenia and schizoaffective disorder study <i>RCT-tutkimus</i>	Tekstiviestimuidustusten käyttö tuki skitsofreniapotilaiden hoitoon sitoutumista: psykoosioireiden koettiin interventoryhmässä vähentyneen ja lääkehoitoon sitoutumisen taso oli korkeampi kolmen ja kuuden kuukauden kohdalla.	Hoitojärjestelmään liittyvät tekijät
D'Arcey, Jessica & Collaton, Joanna & Kozloff, Nicole & Voineskos, Aristotle N. & Kidd, Sean A. & Foussias, George 2020	The use of text messaging to improve clinical engagement for individuals with psychosis: systematic review <i>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</i>	Hoitoon sitoutumista edistävät: potilaan hoitomyönteinen ja luottavainen asenne Hoitoon sitoutumista heikentävät: fyysiset, järjestelmään liittyvät tai taloudelliset vaikeudet hoitokontaktin ylläpitämisessä, negatiiviset asenteet, päihdekäyttö, köyhyys, traumatausta Suurimmassa osassa katsauksen artikkeleita tekstiviestimuidustusten käyttö arvioitiin hyväksi, helpoksi ja edulliseksi keinoksi tukea psykoosipotilaiden hoitoon sitoutumista.	Potilaaseen liittyvät tekijät Hoitojärjestelmään liittyvät tekijät
Donohoe, Gary 2006	Adherence to antipsychotic treatment in schizophrenia <i>Katsausartikkeli</i>	Hoitoon sitoutumista edistävät: perheen ja lähipiirin tuki, hyvä potilas-lääkäri-suhde Hoitoon sitoutumista heikentävät: puutteellinen käsitys sairaudesta, päihdekäyttö, haitalliset asenteet	<u>Katsauksen mukainen jaottelu:</u> Potilaaseen liittyvät demografiset tekijät

		<p>Hoitoon sitoutumista voidaan tukea siirtymällä helposti toteutettavaan lääkehoitoon (esimerkiksi depot-injektiot) tai lääkityksiin, joilla on vähemmän koettuja haittavaikutuksia, psykoedukaation keinoin sekä terapeuttisten vuorovaikutussuhteeseen perustuvien lähestymistapojen avulla.</p>	<p>Sairauteen liittyvät tekijät</p> <p>Lääkitykseen liittyvät tekijät</p> <p>Ympäristöön liittyvät tekijät</p>
<p>El Abdellati, Kawtar & De Picker, Livia & Morrens, Manuel 2020</p>	<p>Antipsychotic treatment failure: a systematic review on risk factors and interventions for treatment adherence in psychosis</p> <p><i>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</i></p>	<p>Hoitoon sitoutumista edistävät: potilaan tai omaisten lääkemyönteisyys, perheen tuki, sairaudentunto</p> <p>Hoitoon sitoutumista heikentävät/riskitekijät: nuori ikä, sairaudentunnottomuus, kannabiksen käyttö, vaikeat positiiviset oireet</p> <p>Hoitoon sitoutumista voidaan tukea perheinterventioilla, teknologisilla interventioilla sekä depot-injektiolääkityksellä yhdistettynä psykoedukaatioon.</p>	<p>Potilaaseen liittyvät tekijät</p> <p>Hoitoon liittyvät tekijät</p> <p>Perheen osallisuus ja terapeuttiset suhteet</p>
<p>García, Saínza & Martínez-Cengotitabengoa, Mónica & López-Zurbano, Saioa & Zorrilla, Iñaki & López, Purificación & Vieta, Eduard & González-Pinto, Ana 2016</p>	<p>Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients</p> <p><i>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</i></p>	<p>Puutteellisen lääkehoitoon sitoutumisen riskitekijöinä skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla potilailla on nuori ikä, päihdekäyttö, etniseen vähemmistöön kuuluminen, puutteellinen sairaudentunto, kognitiiviset puutokset, alhainen koulutustaso, huonoksi koettu hoitosuhde, heikko sosioekonominen asema, voimakas harhaluuloisuus tai epäluuloisuus sekä käytännön haasteet/esteet (taloudelliset rajoitteet tai hoitopaikan pääsyn hankaluus).</p>	<p>Potilaaseen liittyvät tekijät</p> <p>Lääkehoitoon liittyvät tekijät</p> <p>Sosiaalsiin suhteisiin liittyvät tekijät</p> <p>Hoitotahoon liittyvät tekijät</p>

<p>Leijala, Juhani & Hietala, Elina & Kampman, Olli 2020</p>	<p>Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa</p> <p><i>Katsaus</i></p>	<p>Hoitoon sitoutumista edistävät: hyvä sairaudentunto, hoitomotiiviatio</p> <p>Hoitoon sitoutumista heikentävät/riskitekijät: puutteellinen sairaudentunto, aikaisempi hoitoon sitoutumattomuus, ensikertalaisuus, lääkekielteisyys, perheen tuen puute, vihamielisyys, yhteistyökyvyn puute, päihteiden käyttö, lääkeshoidon tehottomuus, koetut lääkehaitat, suuruusharhat, paranoia, voimakkaat psykoosioireet, negatiiviset oireet, miessukupuoli, nuori tai vanha ikä</p> <p>Hoitoon sitoutumista voidaan pyrkiä parantamaan yksilöllisesti kohdennetuilla interventioilla, psykoedukaatiolla, depot-injektiolääkityksen käytöllä, tehostetun tai liikkuvan avohoidon käytöllä, lääkeshoidon suoraviivaistamisella tai annosjakelupalvelujen käytöllä sekä omahoitajuussuhteella. Sairaalahoidon aikana ammatillinen, empaattinen ja itsemääräämisoikeutta kunnioittava kohtaaminen sekä varhainen omaisten mukaanotto ovat tärkeitä tekijöitä hoidon onnistumisen kannalta.</p>	<p><u>Hoitoon sitoutumiseen liittyvät tekijät WHO:n mukaan:</u></p> <p>Sosioekonomiset tekijät</p> <p>Hoitoon liittyvät tekijät</p> <p>Potilaaseen liittyvät tekijät</p> <p>Olosuhteisiin liittyvät tekijät</p> <p>Terveystuoltojärjestelmään tai palveluntuottajaan liittyvät tekijät</p> <p><u>Riskitekijöiden jaottelu:</u></p> <p>Potilaaseen liittyvät riskit</p> <p>Ympäristöön liittyvät riskitekijät</p> <p>Hoitotahoon liittyvät riskitekijät</p> <p>Hoitoon liittyvät riskitekijät</p>
<p>Oksanen, Jorma 2015</p>	<p>Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa</p> <p><i>Katsaus</i></p>	<p>Heikon hoitomyöntyvyyden syitä: lääkkeiden haittavaikutukset, asenteet, päihdekäyttö, sairauden vaikeusasteisuus, kognition puutteet, hoitosuhteen heikko laatu</p> <p>Lääkehoitoon sitoutumista voidaan parantaa tuomitsemattomalla ja supportiivisella hoitosuhteella, potilaalle ja perheelle annettavalla psykoedukaatiolla, depot-injektiolääkityksellä ja säännöllisellä hoitokontaktilla. Kokeumusiantuntijoita voidaan käyttää tukitoimena.</p>	<p>Potilaaseen liittyvät tekijät</p> <p>Sairauteen liittyvät tekijät</p> <p>Lääkitykseen liittyvät tekijät</p> <p>Hoitosuhteeseen liittyvät tekijät</p>

Pitkälä, Kaisu & Savikko, Niina 2007	Potilaan sitoutuminen hoitoon <i>Pääkirjoitus</i>	Kirjoitus käsitteli hoitoon sitoutumista yleisesti, ei erityistä psykiatrian näkökulmaa. Hoitoon sitoutumista edistävät: Matala hoitoon pääsyn kynnys, luottamuksellinen hoitosuhde, toimiva hoitoketju, optimistinen ja hyväksyvä ilmapiiri Hoitoon sitoutumista heikentävät: Aistitoimintojen, muistin ja motoriikan ongelmat, lääkehoidon kompleksisuus, kustannukset tai hoito-ohjeiden epäselvyys, pelotteleva tai syyllistävä asenne	Ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät Hoitojärjestelmään liittyvät tekijät Sairauteen liittyvät tekijät Lääkehoitoon liittyvät tekijät
Sorvaniemi, Marko & Kampman, Olli 2000. Duodecim.	Hoitomyöntyvyys skitsofreniassa ja mielialahäiriöissä <i>Katsaus</i>	Hoitoon sitoutumista edistävät (skitsofreniapotilailla): sairautentunto, perheen tuki ja ymmärrys, tehokkaaksi koettu lääkitys, depot-injektiolääkitys, hoito-ohjelman/ohjeiden yksiselitteisyys, hyvä potilas-lääkärisuhde, perhekeskeiset psykoedukatiiviset menetelmät, aktiivinen hoito-ote, kotikäynnit, yksilökeskeiset kognitiiviset terapiamallit Hoitoon sitoutumista heikentävät/riskitekijät (skitsofreniapotilailla): vaikeat psykoosioireet, harhaluulot (erityisesti suuruusfantasiat), kognitiiviset puutosoireet, masennusoireet, sairautentunnottomuus, omaisten kielteinen asenne, yksin asuminen, huonot asunto-olot, eristäytyminen, miessukupuoli, päihdeongelma, lääkehaitat	Potilaaseen liittyvät tekijät Lääkitykseen liittyvät tekijät Hoito-ohjelmaan liittyvät tekijät
Velligan, Dawn I. & Sajatovic, Martha & Hatch,	Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for	Hoitoon sitoutumista edistävät: hyvä terapeutin hoitosuhde, perheen tuki	Ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät

Ainslie & Kramata, Pavel & Docherty, John P. 2017	nonadherence to medication in patients with serious mental illness <i>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus</i>	Hoitoon sitoutumista heikentävät: heikko sairaudentunto, päihdekäyttö, lääkekielteisyys, lääkkeiden sivuvaikutukset, kognitiiviset puutokset	Potilaaseen liittyvät tekijät Sairauteen liittyvät tekijät Lääkitykseen liittyvät tekijät
---	---	---	---

Teemahaastattelun runko

- 1) Mitkä **potilaaseen liittyvät tekijät** vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen siirryttäessä sairaalasta avohoitoon ja miten se näkyy?

- 2) Mitkä **ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät** vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen siirryttäessä sairaalasta avohoitoon ja miten se näkyy?

- 3) Mitkä **hoitoon/hoitojärjestelmään liittyvät tekijät** vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen/hoidon sujuvuuteen siirryttäessä sairaalasta avohoitoon ja miten se näkyy?

-Tuleeko mieleesi muita asioita, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen tai prosessin sujuvuuteen tässä hoidon nivelvaiheessa?

Tutkittavan informointi -lomake



Tutkittavan informointilomake

TUTKIMUSTIEDOTE

Psykoosipotilaan saumaton siirtyminen sairaalahoidosta avohoitoon – psykoosilinjan hoitajien kokemuksia potilaan hoitoon sitoutumisesta ja sen tukemisesta
Laakson yhteissairaalahanke (LYS)

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan hoitotyötä tekevien hoitajien näkökulmasta psykoosipotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ja hoitoon sitoutumisen tukemista siirryttäessä sairaalaosastolta avohoitoon.

Olemme arvioineet, että sovellutte tutkimukseen, koska työskentelette psykoosipotilaiden kanssa hoidon tässä vaiheessa joko psykoosilinjan sairaalaosastolla tai psykiatrian poliklinikalla. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja teidän osuuttanne siinä. Pehdyttyänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kieltäytyminen ei vaikuta työsuhteeseen eikä kohteluunne työyhteisössä. Voitte myös keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytätte tutkimuksen tai peruutatte suostumuksen, teistä keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää hoitajien kokemuksia psykoosipotilaan sairaalasta avohoitoon siirtymisestä ja hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä, tavoitteena tunnistaa hyviä käytänteitä sekä haastekohtia ja nostaa esille konkreettisia hoitotyön keinoja, joilla tätä siirtymää voidaan tukea. Tutkimus on osa Laakson yhteissairaalahanketta (LYS).

Tutkimuksen toteuttajat

Tutkimuksen toteuttaa YAMK-opiskelija Annu Vanhala opinnäytetyönään osana opintojaan Metropolia AMK:n tutkinto-ohjelmassa Kliininen asiantuntija sosiaali- ja terveysalalla: mielenterveyshäiriön asiantuntija (YAMK). Opinnäytetyö tehdään Laakson yhteissairaalahankkeeseen (LYS).

Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet

Tutkimus tehdään yksilohaastatteluna omalla työpaikalla, ja haastatteluun varataan noin yksi tunti aikaa.

Haastattelu etenee teema-alueittain, kuitenkin kohtalaisen vapaamuotoisesti. Haastattelut nauhoitetaan. Haastateltavilta kysytään muutama taustakysymys (työyksikkö, työkokemus).

Kustannukset ja niiden korvaaminen

Tutkimukseen osallistuminen ei maksa teille mitään. Osallistumisesta ei myöskään makseta erillistä korvausta.

Tutkittavien vakuutusturva

Tutkittavia ei ole vakuutettu.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Valmis opinnäytetyö julkaistaan oppilaitosten THESEUS-tietokannassa sekä esitellään Laakson yhteissairaalahankkeen työvaliokunnassa.

Mitä tutkimusaineistolle tapahtuu tutkimuksen päätyttyä?

Tutkimusaineisto (haastattelut tausta- ja tunnistetietoineen) tuhoetaan tutkimuksen päätyttyä.

Tutkimuksen päättymisen

Myös tutkimuksen suorittaja voi keskeyttää tutkimuksen tilanteessa, jossa opiskelijan opintosuunnitelmaan tulisi perustavanlaatuinen muutos eikä opintoja pystytä suorittamaan loppuun, tai tilanteessa, jossa Laakson yhteissairaalahanke (LYS) päättyisi tai päättäisi yhteistyönsä. Tässä tilanteessa asiasta informoidaan tutkimukseen osallistuneita, ja annetaan mahdollisuus tiedustella siihenastisia tuloksia tutkimuksen toteuttajalta.

Lisätiedot

Pyydämme teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle/tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

Tutkijoiden yhteystiedot

Tutkija / opinnäytetyötekijä
Nimi: Annu Vanhala
Puh.
Sähköposti:

Tutkimuksesta vastaa / opinnäytetyön ohjaaja
Titteli:
Nimi:
Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy
Puh
Sähköposti:

Tutkimuksen tietosuojaseloste: Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa

Tässä tutkimuksessa käsitellään teitä koskevia henkilötietoja voimassa olevan tietosuojalainsäädännön (EU:n yleinen tietosuoja-asetus, 679/2016, ja voimassa oleva kansallinen lainsäädäntö) mukaisesti. Seuraavassa kuvataan henkilötietojen käsittelyyn liittyvät asiat.

Tutkimuksen rekisterinpitäjä

Rekisterinpitäjällä tarkoitetaan tahoa, joka yksin tai yhdessä toisten kanssa määrittelee henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset ja keinot. Rekisterinpitäjä voi olla Metropolia Ammattikorkeakoulu, toimeksiantaja, muu yhteistyötaho, opinnäytetyöntekijä tai jotkut edellä mainituista yhdessä (esim. Metropolia Ammattikorkeakoulu ja opinnäytetyöntekijä yhdessä).

Tässä tutkimuksessa henkilötietojen rekisterinpitäjä on

Metropolia Ammattikorkeakoulu	<input checked="" type="checkbox"/>	
Toimeksiantaja	<input checked="" type="checkbox"/>	Toimeksiantajan nimi: Helsingin kaupunki
Muu yhteistyötaho	<input type="checkbox"/>	Yhteistyötahon nimi:
Opinnäytetyöntekijä	<input checked="" type="checkbox"/>	

Yhteisrekisterinpitäjien vastuut

Kyseessä on EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen artiklan 26 mukainen yhteisrekisteri. Yhteisrekisterin muodostavat opinnäytetyöntekijä, Metropolia AMK sekä hankkeen toimeksiantaja Helsingin kaupunki. Asiasta tehdään erillinen yhteisrekisterinpitäjyyssojapöytäkirja.

Opinnäytetyöntekijä vastaa henkilötietojen käsittelystä koko niiden elinkaaren ajan. Henkilötietoja säilytetään opinnäytetyön tekemisen ajan, ja ne hävitetään asianmukaisesti, kun opinnäytetyö on valmistunut ja julkaistu.

Opinnäytetyön tekijä päättää käyttämänsä tietojärjestelmät sekä ohjelmistot ja vastaa käyttämiensä työvälineiden ja tallennuslaitteiden tietoturvasta.

Opinnäytetyön tekijä vastaa rekisteröityjen informoinnista sekä heidän oikeuksiensa toteuttamisesta.

Voitte kysyä lisätietoja henkilötietojenne käsittelystä rekisterinpitäjän yhteyshenkilöltä

Rekisterinpitäjän yhteyshenkilön nimi: _____ (tietosuojavastaava)
Organisaatio: Metropolia AMK
Puh:
Sähköposti:

Tutkimuksessa teistä kerätään seuraavia henkilötietoja

Henkilötietojen käsittely on oikeutettua ainoastaan silloin, kun se on tutkimukselle välttämätöntä. Kerättävät henkilötiedot on minimoitava, niitä ei saa kerätä tarpeettomasti tai varmuuden vuoksi.

Tutkimuksessa kerättävät henkilötiedot: haastattelunauhoitteet, haastattelutilanteessa kerättävät taustatiedot (työyksikkö, työkokemus).

Teillä ei ole sopimukseen tai lakisääteiseen tehtävään perustuvaa velvollisuutta toimittaa henkilötietoja vaan osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Tutkimuksessa kerätään henkilötietojanne myös seuraavista lähteistä

Tutkimuksessa ei kerätä henkilötietojanne muista lähteistä.

Tutkimuksessa henkilötietojanne käsitellään seuraavilla työvälineillä

Haastattelut nauhoitetaan tietokoneella Ääninauhuri-ohjelmalla (Microsoft Windows) sekä erilliselle nauhurille, jossa on oma muistikorttinsa. Nauhoitteita ei tallenneta pilvipalveluihin. Ne kirjoitetaan auki manuaalisesti tekstinkäsittelyohjelma Wordiin. Henkilötietoja sisältävää aineistoa käsitellään vain opinnäytetyön tekijän henkilökohtaisilla laitteilla, jotka ovat salasanalla suojattuja. Paperilla kerätyt henkilötiedot ja/tai suostumuslomakkeet säilytetään lukollisessa kaapissa.

Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus

Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus on saada opinnäytetyötä varten haastattelutietoa siitä, miten psykoosipotilaan siirtyminen sairaalasta avohoitoon sujuu, millä keinoin hoitoon sitoutumista voidaan tukea ja mitä haastekohtia prosessiin liittyy. Opinnäytetyö tuottaa tietoa Laakson yhteissairaalahankkeeseen (LYS), jossa sitä hyödynnetään toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä.

Henkilötietojenne käsittelyperuste

Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste on suostumus.

Tutkimuksen kesto-aika (henkilötietojenne käsittelyaika)

1.9.2022-31.12.2023

Mitä henkilötiedoillenne tapahtuu tutkimuksen päätyttyä?

Henkilötietoja sisältävä aineisto hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

Tietojen luovuttaminen tutkimusrekisteristä

Henkilötietoja ei luovuteta tutkimusryhmän ulkopuolelle.

Henkilötietojenne mahdollinen siirto EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle

Tietojanne ei siirretä EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle.

Rekisteröitynä teillä on oikeus

Koska henkilötietojanne käsitellään tässä tutkimuksessa, niin olette rekisteröity tutkimuksen aikana muodostuvassa henkilörekisterissä. Rekisteröitynä teillä on oikeus:

- saada informaatiota henkilötietojen käsittelystä

- tarkastaa itseänne koskevat tiedot
- oikaista tietojanne
- poistaa tietonne (esim. jos peruutatte antamanne suostumuksen)
- peruuttaa antamanne henkilötietojen käsittelyä koskeva suostumus
- rajoittaa tietojenne käsittelyä
- rekisterinpitäjän ilmoitusvelvollisuus henkilötietojen oikaisusta, poistosta tai käsittelyn rajoittamisesta
- siirtää tietonne järjestelmästä toiseen
- sallia automaattinen päätöksenteko nimenomaisella suostumuksellanne
- tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistoon, jos katsotte, että henkilötietojanne on käsitelty tietosuojalainsäädännön vastaisesti

Jos henkilötietojen käsittely tutkimuksessa ei edellytä rekisteröidyn tunnistamista ilman lisätietoja eikä rekisterinpitäjä pysty tunnistamaan rekisteröityä, niin oikeutta tietojen tarkastamiseen, oikaisuun, poistoon, käsittelyn rajoittamiseen, ilmoitusvelvollisuuteen ja siirtämiseen ei sovelleta.

Voitte käyttää oikeuksianne ottamalla yhteyttä rekisterinpitäjään.

Tutkimuksessa kerättyjä henkilötietoja ei käytetä profilointiin tai automaattiseen päätöksentekoon

Henkilötietojen käsittely aineistoa analysoitaessa ja tutkimuksen tuloksia raportoitaessa

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti lainsäädännön edellyttämällä tavalla. Yksittäisille tutkittavalle annetaan tunnuskoodi ja häntä koskevat tiedot säilytetään koodattuina tutkimusaineistossa. Aineisto analysoidaan koodattuna ja yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Koodiavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilyttää opinnäytetyön tekijä eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Tulosten raportointivaiheessa kiinnitetään erityistä huomiota siihen, että haastateltavat pysyvät tunnistettamattomina. Jos haastatteluista käytetään suoria lainauksia, tämä tehdään yleiskielisesti.

Tutkimusaineistoa säilytetään opinnäytetyön tekijän henkilökohtaisella tietokoneella/kovalevyllä/arkistossa opinnäytetyön tekemisen ajan, jonka jälkeen se hävitetään (tietokoneella olevat materiaalit poistetaan varmuuskopioineen ja paperiset materiaalit hävitetään tietoturvasilppurilla).

Tietoja/aineistoa ei käytetä muissa opinnäytetöissä eikä jatkotutkimuksissa.

Tutkittavan suostumus -lomake



Tutkittavan suostumus

Tutkimuksen nimi: Psykoosipotilaan saumaton siirtyminen sairaalahoidosta avohoitoon – psykoosilinjan hoitajien kokemuksia potilaan hoitoon sitoutumisesta ja sen tukemisesta Laakson yhteissairaalahanke (LYS)

Tutkimuksen toteuttaja: Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy.
Opinnäytetyön tekijä: Annu Vanhala (Mielenterveytyön kliinisen asiantuntijuuden tutkinto-ohjelma (YAMK))
p.

Ohjaaja:
p.

Minua, _____, on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on haastattelun keinoin selvittää hoitajien kokemuksia psykoosipotilaan sairaalasta avohoitoon siirtymisestä ja hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Laakson yhteissairaalahankkeeseen (LYS) tehtävän opinnäytetyön tavoitteena on tunnistaa hyviä käytänteitä sekä haastekohtia ja nostaa esille konkreettisia hoitotyön keinoja, joilla tätä siirtymää voidaan tukea.

Olen saanut tutkimustiedotteen ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksistani sekä tutkimuksen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. Minulle on kerrottu tutkimuksesta myös suullisesti. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimuksen tietosuojaselosteeseen.

Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumukseni, minusta keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Jos tutkimuksessa käsitellään henkilötietoja ja niiden käsittelyperusteena on suostumus, vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni myös henkilötietojeni käsittelyyn. Minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni henkilötietojeni käsittelyyn tietosuojaselosteessa kuvatulla tavalla.

Allekirjoitus: _____

Nimenselvennys: _____



Particip Consent Form

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta liitteineen jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote liitteineen ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.

Aineiston analyysi alkuperäisilmauksesta yläkategoriaan, aineistoesimerkki 1 (hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät)

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<i>Kaiken kaikkiaan siis – oli potilas kuin potilas – niin ensinnäkin se, että tietysti se sairautentunto määrittelee sen [hoitoon sitoutumisen tason].</i>	Potilaan kuin potilaan kohdalla sairautentunto määrittää sen [hoitoon sitoutumisen tason].		
<i>Ei ole sairautentuntoa, - -, se on aika huono lähtökohta.</i>	On huono lähtökohta, jos ei ole sairautentuntoa.		
<i>Alleviivaisin ihan punaisella sen, että se sairautentunto on se oleellinen juttu.</i>	Sairautentunto on hyvin olennainen asia.		
<i>No varmaan ainakin yks tärkeimmistä on se, kuinka sairautentuntoinen on. Se, jos on hyvä sairautentunto, niin silloin todennäköisemmin kyllä sitoutuu siihen avohoitoon.</i>	Yksi tärkeimmistä asioista on se, kuinka sairautentuntoinen on. Jos on hyvä sairautentunto, todennäköisemmin sitoutuu avohoitoon.		
<i>Tää on nyt tietysti vähän semmoista itestään selvää, mutta toki niinkun sairautentuntohan on se – ja lääkemyönteisyys ja hoitomyönteisyys sitä kautta tota, mitkä niinku vaikuttaa [hoitoon sitoutumiseen].</i>	Tämä on itsestään selvää, mutta toki sairautentunto sekä lääke- ja hoitomyönteisyys vaikuttavat [hoitoon sitoutumiseen].		
<i>Kun psykoosisairauteen kuuluu se, että ei oo sitä sairautentuntoa, niin onhan se vaikeeta [sitoutua hoitoon]... (Jos itelle sanottais, että "syö särkylääkkeitä" eikä mua särje mihinkään, miks mä söisin?)</i>	Psykoosisairauteen kuuluu sairautentunnottomuus, joka tekee sen [hoitoon sitoutumisen] vaikeaksi.		
<i>Toinen asia on sitten ehkä sairautentunnottomuus, mikä... luonnollisestikin jos ihminen ei ymmärrä tai näe sitä tarvetta niinku psykiatriselle hoidolle, niin miks hän sit tulisikaan [avohoitoon].</i>	Toinen asia on sairautentunnottomuus. Jos ihminen ei ymmärrä tai näe tarvetta psykiatriselle hoidolle, miksi hän tulisikaan [avohoitoon].		
		Sairautentunto	Potilaaseen liittyvät tekijät

Aineiston analyysi alkuperäisilmauksesta yläkategoriaan, aineistoesimerkki 2 (hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät)

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
<i>Tärkeää on tietysti myös se, että onko omaisia, kuinka tiiviisti he on siinä hoidossa, ja läheiset ihmiset, jos he kannustaa siihen hoitoon ja on sitä mieltä että tää potilaskin tarvii sitä hoitoa, niin silloin varmaan se ainakin lisää sitä hoitomyönteisyyttä.</i>	Tärkeää on myös se, onko omaisia ja kuinka tiiviisti he ovat siinä hoidossa mukana. Jos läheiset kannustavat hoitoon ja ovat sitä mieltä, että potilas tarvitsee hoitoa, se varmaan lisää hoitomyönteisyyttä.	Perheen ja verkostojen tuki	Ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät
<i>Se voi olla jotenkin tosi noloa. Niin kun onhan se vielä aika tabu, että jos sä saat skitsofrenia-diagnoosin ja sit sä oot vielä työelämässä, niin onhan se nyt tosi vaikeata.</i>	Se voi olla noloa. On vielä eräänlainen tabu saada skitsofrenia-diagnoosi ja vaikeaa, jos on vielä työelämässä.	Asenteet	
<i>No varmaan sit ihan se, miten se keskustelu soljuu, miten se hoitaja ymmärtää potilasta ja miten potilas ymmärtää hoitajaa.</i>	Se, miten keskustelu soljuu ja miten hoitaja ja potilas ymmärtävät toinen toistaan.	Vuorovaikutustyyli	
<i>Merkittävää potilaan näkökulmasta on se, että miten potilas otetaan täällä vastaan. Ihan älyttömän tärkeää.</i>	On potilaan näkökulmasta merkittävää, miten hänet otetaan vastaan. Todella tärkeää.	Vastaanotto	
<i>No joo, kyllähän niitä tulee eteen näitä, että ei oo niinku ymmärretty oikein jotain ohjeistusta tai näin, tai sitten mä en oo ymmärtänyt, mitä potilas on tarkoittanut. Tai sitten se kielimuuri.</i>	Joskus tulee eteen tilanteita, joissa ei ole ymmärretty ohjeistusta oikein, tai en ole ymmärtänyt, mitä potilas on tarkoittanut. Tai sitten välissä on kielimuuri.	Kommunikaatio	

Sisällönanalyysin tulokset analyysirungossa

Pääloukka	Yläkategoria	Alakategoria
Psykoosipotilaan hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät siirryttäessä sairaalasta avohoitoon	Potilaaseen liittyvät tekijät	Sairaudentunto Päihdekäyttö Oirekuva Aikaisempi hoitoon sitoutumattomuus Ensikertalaisuus Aikaisempi kokemus avohoidosta Tiedon tarve ja vastaanottokyky Asenne, hoitomotivaatio, tavoitteet Tavoitettavuus, arjen perusasiat
	Ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät	Perheen ja verkostojen tuki Asenteet Vuorovaikutustyyli Vastaanotto Kommunikaatio
	Hoitoon ja hoitojärjestelmään liittyvät tekijät	Henkilökunnan osaaminen ja kokemus Resurssit ja niiden käyttö Tiedonkulku Suunnitelmallinen kotiuttamisprosessi Toteuttamiskelpoinen hoitosuunnitelma Käytännön asiat

Pääluokka	Yläkategoria	Alakategoria
Psykoosipotilaan hoitoon sitoutumista tukevat keinot siirryttäessä sairaalasta avohoitoon	Potilaaseen liittyvät keinot	Sairaudentuntoon vaikuttaminen Psykoedukaatio, motivoiva puhe
		Päihdekäyttöön vaikuttaminen Motivoiva puhe, avoin vuorovaikutus, luottamuksellinen hoitosuhde, hoidon helppous
		Aikaisemmat kokemukset ja ensikertalaisuuden huomiointi Ensikohtaamiseen ja vastaanottoon panostaminen
		Motivaatioon vaikuttaminen Motivoiva keskustelu, stigman vähentäminen, toivon luominen
		Tavoitettavuus, arkeen vaikuttaminen Konkreettinen apu
		Ympäristöön ja vuorovaikutukseen liittyvät keinot
	Hoitoon ja hoitojärjestelmään liittyvät keinot	Asenteet ja vuorovaikutustyyli Kunnioitus Aito, rehellinen, avoin vuorovaikutus Empatia Potilaan ehdoilla eteneminen
		Vastaanotto Tuttuus, lämpö
		Kommunikaatio Selkeys, kertaus, kirjalliset ohjeet, tulkkipalvelut
		Henkilökunnan osaaminen ja kokemus Hoitojärjestelmän tuntemus Yhteistyö ja yhteydenpito Resurssien tunnistaminen ja oikea-aikainen hyödyntäminen
		Tiedonkulku sairaalan ja avohoidon välillä Oikea-aikainen yhteydenpito puhelimitse, työkoriviestein, suunnitelman tekeminen hoitokokouksissa
		Suunnitelmallinen kotiuttamisprosessi ja realistinen hoitosuunnitelma Kotikäynti osastolta, hoitosuunnitelmakokoukset, potilaan kotiutus hoitolomien kautta, avohoidon käynnistyminen, riittävät tukitoimet kotiutuksen tukena
Käytännön asioista huolehtiminen Perustietojen päivitys Kotiuttamisen check-lista (mm. sosiaalietuudet, reseptit)		