

Sini Käkelä & Katja Ohtamaa

POTILASOPAS VAATIVAN HOIDON OSASTOLLE 82

POTILASOPAS VAATIVAN HOIDON OSASTOLLE 82

Sini Käkälä & Katja Ohtamaa
Opinnäytetyö
Kevätlukukausi 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Sini Käkelä & Katja Ohtamaa
Opinnäytetyön nimi: Potilasopas vaativan hoidon osastolle 82
Työn ohjaaja: Liisa Kiviniemi
Työn valmistumislukukausi ja –vuosi: Kevät 2015 Sivumäärä: 48+1

Opinnäytetyömme tavoitteena oli laatia potilasopas vaativan aikuispsykiatrisen hoidon osastolle. Osaston toiveena oli saada opas, joka olisi suunnattu osaston potilaiden tarpeita vastaavaksi sisältäen paitsi tietoa osastosta, hoidosta ja kuntoutumisesta myös hoidon kannalta tärkeät peruskäsitteet avattuina. Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatriseen tulosalueeseen kuuluva vaativan hoidon osasto 82, joka on keskittynyt pääasiassa psykoosipotilaiden hoitoon ja kuntoutukseen.

Potilasopasta varten keräsimme tietoa mm. hoitojärjestelmästä ja psykiatrisesta laitoshoidosta, potilaana olemisesta psykiatrisella osastolla sekä potilaan suullisesta ja kirjallisesta ohjauksesta. Tärkeitä tekijöitä oppaan sisällön suunnittelussa olivat osaston yhteyshenkilöiden antama konkreettinen tieto itse osastosta sekä heidän ajatuksensa ja toiveensa oppaan asiasisällöstä. Yhtä arvokkaita olivat myös potilailta saadut palautteet, toiveet ja kehitysideat.

Potilasopas sisältää seuraavat kysymysmuodoin otsikoidut asiasisällöt: mitä sinun olisi hyvä tietää osastosta?, millainen osasto 82 on?, mitä hoito on?, mitä kuntoutuminen tarkoittaa?, miten läheiset otetaan mukaan hoitoosi?, mitä tarkoittavat?, miten tästä eteenpäin?. Lopuksi esitellään päiväohjelma.

Opasta hyödynnetään toimeksiantajana toimivalla osastolla siten, että potilaat voivat tustua siihen paitsi itsenäisesti myös ohjatuissa ryhmissä. Opas on sekä paperisena että sähköisenä versiona, mikä mahdollistaa potilasoppaan päivittämisen tarpeen mukaan sekä muokkaamisen myös muiden osastojen käyttöön. Kehittämisehdotuksena jatkossa voisi tehdä tutkimusluonteisen opinnäytetyön siitä, millaista tietoa psykiatriset potilaat toivoisivat saavansa oppaan muodossa. Olisi myös mielenkiintoista tietää, ovatko potilaat omasta mielestään saaneet oppaasta tarvittavaa tietoa ja apua.

Avainsanat: Potilaan ohjaus psykiatrisessa sairaalahoidossa, kirjallinen ohjaus, psykoosi

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Käkälä, Sini & Ohtamaa, Katja

Title of thesis: Patient Guide for the Ward of Demanding Psychiatric Care

Supervisor: Liisa Kiviniemi

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2015

Number of pages: 48, 1 appendice

The purpose of this thesis was to produce a patient guide as an assignment for the ward of demanding psychiatric care 82, which belongs to Oulu University Hospital and Northern Ostrobothnia Hospital District. The need for this guide rose from the nurses' will to have support for their spoken guidance with a written patient guide. In addition no similar patient guide had been made before, that would have been clearly headed for the patients of this ward.

Our goal was to create a patient guide which would not only contain information of the treatment, rehabilitation and the ward itself but also have terms that are associated with treatment explained in an understandable way.

For this practical thesis we searched information for example from both written and spoken patient guidance, how it is like to be a patient at a psychiatric ward and also what kind of institutional care and nursing structure we have. While writing and designing patient guide for the assigner, the needs, hopes and specific information about the ward itself from the staff same as the hopes and feedback from the patients were in the biggest role.

The patient guide has the following contents: what should you know about ward 82?, what kind of ward 82 is?, What is treatment?, What rehabilitation means?, How can your family be involved with your treatment?, What do following terms mean?, How do you carry on from here? At the end we present daily programme of the ward.

The patient guide is used both so that patients can read it on their own but also in guided groups. Because the guide is found both in paper and electronic form, can it easily be updated if needed and can also be modified so that it can be used in other wards too if wanted. Later on it would be interesting to know if the patients have found help or support from the patient guide and also study what kind of specific information patients would want to get in the form of a patient guide.

Keywords: patient guidance at a psychiatric hospital treatment, written guidance, psychosis

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| JOHDANTO..... | 6 |
| 1 HOITOJÄRJESTELMÄ JA PSYKIATRINEN LAITOSHOITO..... | 8 |
| 1.1 Tahdosta riippumaton psykiatrinen sairaalahoito | 11 |
| 2 POTILAANA PSYKIATRISELLA OSASTOLLA..... | 16 |
| 2.1 Yhteisön ja perheen merkitys hoidossa..... | 18 |
| 2.2 Sisältöä arkeen | 19 |
| 2.3 Kuntoutumisen eri vaiheita | 20 |
| 2.4 Psykoosi potilaan näkökulmasta | 22 |
| 2.5 Skitsofrenia ja hoito | 26 |
| 3 POTILAAN OHJAUS PSYKIATRISISSA | 32 |
| SAIRAALAHOIDOSSA..... | 32 |
| 3.1 Kirjallinen ohjaus | 35 |
| 4 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS | 37 |
| 4.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet | 38 |
| 4.2 Projektin toteutus | 39 |
| 5 PROJEKTIN ARVIOINTI | 41 |
| 5.1 Eettisyys | 43 |
| 6 POHDINTA..... | 44 |
| LÄHTEET | 46 |
| LIITE 1 | |

JOHDANTO

Kirjallinen potilasohjaus on tullut yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Kirjallisen potilasohjauksen tulee olla ymmärrettävää ja potilaat huomioonottavaa. Kirjalliset ohjeet ovat tarpeen potilaan ohjauksen tukena silloinkin, kun henkilökohtaiseen ohjaukseen on tarpeeksi aikaa, sillä ne täydentävät suullista ohjausta. Lisäksi suullisen ohjauksen haittapuolena on unohtaminen. Kirjallisen ohjeen avulla potilas voi palauttaa asioita mieleensä ja kerrata niitä itselleen sopivana ajankohtana. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 7-8, 29.)

Potilasohjeissa olennaiseksi nousee se, miten asiat sanotaan, sen lisäksi, mitä sanotaan. Esimerkiksi sairastuminen voi heikentää potilaan kykyä vastaanottaa tietoa. Potilasohjeet sisältävät informaation ja neuvonnan lisäksi aina merkityksiä, tapoja asemoida potilas sekä antavat kuvan organisaation hoitoideologiasta. Ne myös kutsuvat potilasta osallistumaan. Potilasohjeita ei siis voi pitää ainoastaan tiedon välittäjinä. Potilasohjeiden ensisijaisena tarkoituksena voidaan pitää potilaiden kysymyksiin vastaamista ja vasta toissijaisena tulee osaston ohjeiden ja neuvojen välittäminen potilaalle. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 11-12, 15, 31, 34.)

Löysimme toimeksiantajan ilmoituksen opinnäytetyön aiheesta ammattikorkeakoulun internetsivulta. Koska aiheesta yhdistyi sekä psykiatrinen hoitotyö että potilasoppaan tekeminen, kiinnostuimme aiheesta. Toimeksiantajan tilauksesta teimme toiminnallisen opinnäytetyön. Tutkimuksen sijaan halusimme tehdä käytäntöön liittyvän konkreettisen tuotteen. Projektisuunnitelman pohjalta lähdimme toteuttamaan hanketta, jonka tuotoksena valmistui psykiatrisen vaativan hoidon osastolle 82 kohdistettu potilasopas. Opas tuli tarpeeseen, sillä vastaavanlaista opasta ei osastolla aiemmin ollut.

Tavoitteena oli tehdä osastolle 82 potilasopas, joka paitsi antaisi potilaille tietoa osastosta, hoidosta ja kuntoutumisesta myös avaisi hoidossa käytettäviä käsitteitä. Oppaasta haluttiin tehdä potilaslähtöisesti helppolukuinen ja hoitomyöntyyvyyttä tukeva. Opasta tarvittiin tukemaan työntekijöiden osastolla antamaa hoitoa ja suullista ohjausta kirjallisella oppaalla. Pitkän ajan kehitystavoitteena oli, että potilaat sisäistäisivät osastohoidon

merkityksen ja oman sairautensa hoidossa käytettävät menetelmät paremmin kirjallisen oppaan avulla ja opas siten antaisi paremmat lähtökohdat potilaan ohjaukselle ja sitä kautta kuntoutumiselle.

Teoriataustaa hankimme mm. psykiatrisen alan kirjallisuudesta, lainsäädännöstä, julkaisuista ja tutkimuksista. Keskeisiksi käsitteiksi valitsimme potilaan ohjauksen psykiatrisessa sairaalahoidossa, kirjallisen ohjauksen ja psykoosin. Käsitteet valitsimme, koska toimeksiantaja on vaativan psykiatrisen hoidon osasto, joka on keskittynyt psykoosipotilaiden hoitoon. Kirjallisen ohjauksen valitsimme, koska tuotoksena teimme potilasoppaan.

Omat oppimistavoitteemme olivat saada tietoa psykiatrisesta hoitotyöstä ja toiminnallisen opinnäytetyön tekemisestä. Oppimistavoitteena oli myös perehtyä psykoottisen potilaan hoitotyöhön ja ohjaukseen. Aihe sopi meille, koska olemme molemmat kiinnostuneita mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä ja päätimme myös syventyä tälle osa-alueelle.

Opas on luettavissa jokaisessa potilashuoneessa. Tarkoituksena on, että potilaat voivat tutustua oppaaseen sekä itsenäisesti että ohjatuissa ryhmissä. Koska opas on sekä paperisena että sähköisenä versiona mahdollistaa se potilasoppaan päivittämisen tarpeen mukaan sekä muokkaamisen myös muiden osastojen käyttöön.

1 HOITOJÄRJESTELMÄ JA PSYKIATRINEN LAITOSHOITO

Psykiatrinen sairaalahoito on osa mielenterveystyötä. Kaikkea mielenterveystyötä ja mielenterveyspalvelujen järjestämistä ja kehittämistä ohjaa mielenterveyslaki. Mielenterveystyöllä tarkoitetaan henkilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun kehittämistä ja niin mielisairauksien kuin muidenkin mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä (Mielenterveyslaki 1/1990 1§).

Tänäkin päivänä voimassa oleva mielenterveyslaki tuli voimaan vuonna 1990. Mielenterveyslaki ja –asetus säätelevät potilaiden hoitoa kaikissa sairaaloissa. Lain tavoitteena on psykiatrisen potilaan oikeuksien turvaaminen hoidossa, alueellisen psykiatrisen hoitojärjestelmän kehittäminen ja psykiatrisen avohoidon korostaminen ja kehittäminen. (Punkanen 2006, 21.) Vuonna 1992 tuli voimaan laki potilaan asemasta ja oikeuksista, joka myös ohjaa merkittävästi psykiatristen potilaiden hoitoa. Lain mukaan jokaisella potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Hänen ihmisarvoaan ei saa loukata ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään on kunnioitettava. (785/1992 2. 3§.) Terveystyöntekijöillä (1326/2010 1. 9§) määritellään potilaan oikeus kieltää tietojensa luovutus toimintayksiköiden välillä. Potilasta on lain mukaan myös informoitava tästä oikeudesta.

Psykiatriset sairaalat vastaavat psykiatrisen hoidon laitoshoidosta. Vaikka laitospaikkoja on vähennetty rajusti, on psykiatrisilla sairaaloilla yhä keskeinen rooli psykiatrisessa hoidossa. Jokainen sairaanhoitopiirin laitoshoidon antava psykiatrinen sairaala on osa alueensa tulosyksikköä ja ne tukevat koko alueensa mielenterveystoimistojen ja terveyskeskusten työtä. Psykiatrisessa laitoshoidossa pyritään pitämään potilas hoidossa vain sairauden kannalta välttämättömän ajan. Tällä toiminnalla pyritään estämään laitostumista, edistämään kuntoutumista sekä toimimaan mahdollisimman taloudellisesti. Avohoito on yhteiskunnalle huomattavasti halvempaa kuin ympärivuorokautinen laitoshoido. (Punkanen 2006, 27.)

Psykiatrisessa sairaalassa toimii monia erilaisia yksiköitä. Selvimmin yksiköt on jaettu suljettuihin osastoihin ja avo-osastoihin. Suljetulla osastolla tarkoitetaan hoito-osastoa,

jossa ovet ovat lukossa eikä ovista pääse kulkemaan sisälle eikä ulos ilman henkilökuntaa. Suljetulla osastolla ovat hoidossa potilaat, jotka ovat joko hoidossa vasten omaa tahtoaan tai vapaaehtoisessa hoidossa. Suljetullakin osastolla voi olla vapaakulkuoikeuksia, mikä tarkoittaa, että potilaat saavat lääkärin luvalla liikkua osaston ulkopuolella ilman valvontaa tietyn ajan. Avo-osastoilla taas ovet eivät ole lukossa ja siellä potilaat kuin vieraatkin voivat kulkea vapaasti. Kuitenkin myös avo-osastoilla potilaiden on sovittava menoistaan yhdessä henkilökunnan kanssa, eli henkilökunnan on oltava tietoisia siitä, missä potilaat liikkuvat. Avo-osastoilla voidaan hoitaa myös tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita. Silloin heidän kanssaan on tehty selkeät sopimukset, joiden rikkomisesta seuraa lähes aina siirto suljetulle osastolle. (Punkanen 2006, 27-28.)

Psykiatrisen sairaalan yksiköt on jaettu paitsi suljettuihin ja avo-osastoihin, myös akuutti- ja pitkäaikaisosastoihin. Akuuttiosastoilla hoidetaan äkillisesti mieleltään häiriintyneitä potilaita, joille avohoidon palvelut eivät ole riittävät. Akuutissa psykiatrisessa hoidossa hoitoajat vaihtelevat yksilöllisesti muutamista tunteista jopa kuukausiin. Hoidon pitkittyessä potilas siirretään yleensä joko pitkäaikaisosastolle tai kuntoutusosastolle. (Punkanen 2006, 28.)

Pitkäaikaisosastojen potilaat voivat vaihdella iältään nuorista aikuisista aina vanhuksiin saakka. Suurin osa potilaista on sairastunut nuorina ja he ovat olleet joko yhtäjaksoisesti tai jaksoittain hoidossa vuosia vaikeiden oireiden vuoksi. Monien toimintakyky on alentunut ja monet ovat laitostuneet. Mielenterveyshäiriön yhteydessä ihminen usein taantuu ja mitä pitempi ja vaikeampi häiriöjakso on, sitä vaikeampaa taantumisen voi olla. (Punkanen 2006, 28, 29.)

Kuntoutusta tai psykososiaalista kuntoutusta voidaan järjestää joko psykiatrisessa sairaalassa tai sille erikseen tarkoitetuissa hoitoyksiköissä tai sairaalan ulkopuolella. Asumisvalmennukset ja suojatyöt ovat keskeisenä osana potilaan kokonaisuhoitossa. Suojatyöllä tarkoitetaan joko laitoksen sisällä tai sen ulkopuolella tapahtuvaa osa-aikaista ohjattua työskentelyä. Tuettuun asumismuotoon siirtyvät pitkäaikaispotilaat tarvitsevat vuorovaikutustaitoja kehittävää toimintaa mahdollisen itsenäistä elämää varten. Päivittäisiä toimintoja on harjaannutettava joko yksilö- tai ryhmäohjauksessa. Joskus itsenäiseen asumiseen siirtyneet potilaat tarvitsevat silti intervallijaksoja osastolla. Intervalli-

jaksojen tavoitteena on tukea itsenäisyyttä ja omatoimisuutta ja antaa samalla mahdollisuus tarkastaa potilaan psyykinen tila ja lääkehoidon sopivuus. (Punkanen 2006, 28-29.)

Osasto 82 on suljettu 15-paikkainen vaativan hoidon osasto, joka kuuluu Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiiriin ja Oulun yliopistollisen sairaalan tulosalueeseen. Osasto 82 on aikuispsykiatrisen osasto, joka tarjoaa hoitoa ja kuntoutusta pääasiassa psykoosipotilaille. Hoidon perustana osastolla on luottamuksellinen hoitosuhde omahoitajien ja lääkärin kanssa sekä yksilöllinen ja kirjallinen, moniammatillisen tiimin, potilaan ja hänen läheistensä kanssa tekemä hoitosuunnitelma. Osastolla tehdään yhteistyötä avohoidon ja sidosryhmien kanssa hoidon jatkumisen turvaamiseksi. Erityispiirteinä toiminnassa on kuntouttava työote ja turvallinen hoitoympäristö. Osastolla on selkeä päivä- ja viikko-ohjelma sekä tarjolla toiminnallisia ja hoidollisia ryhmiä. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014, hakupäivä 30.3.2014.)

Psykiatrisen hoito on kaksiporrasteisesti jaettu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Näiden lisäksi mielenterveyspalveluja järjestävät sekä valtakunnalliset että paikallistason järjestöt ja yhdistykset. Perusterveydenhuolto vastaa mielenterveyshäiriöisten potilaiden ensiavusta. Erikoissairaanhoidon jakaantuu avo- ja laitoshoidon. (Punkanen 2006, 21-22.)

Psykiatrisen erikoissairaanhoidon toteuttamisesta vastaa Suomen 20 sairaanhoitopiiriä. Jokainen sairaanhoitopiiri ja sen sisältämät psykiatriset tulosalueet kuuluvat jonkin yliopistollisen psykiatrisen klinikan piiriin, mikäli sairaanhoitopiirissä ei ole omaa yliopistollista psykiatrista klinikkaa. Näille klinikoille kuuluu koulutus- ja kehittämisvastuu psykiatrisella alalla ja ne tekevät tutkimustyötä, erityistutkimuksia ja lausuntoja, kuten mielentilatutkimuksia. Yliopistolliset klinikat hoitavat alueensa vaativimpia potilaita ja kehittävät samalla hoitomenetelmiä. Suomen valtio omistaa myös kolme vankimielisairaala, joissa hoidetaan psykiatrista laitoshoidon vaativia vankeja sekä muita erittäin vaikeahoitoisia potilaita. (Punkanen 2006, 21, 30.)

Perusterveydenhuollon keskusyksikkö on terveysasema. Mielenterveyshäiriöiden ensiapu sekä joissain tapauksissa myös jatkohoito, kuuluu terveyskeskukselle. Pitkäaikaispotilaiden hoidon vastuu voidaan siirtää terveyskeskukselle samoin kuin joidenkin

potilaiden lääkehoidon toteutus. Terveyskeskuksen vastuulla on psykiatrisen hoidon tarpeen arviointi; sen on tehtävä päätös hoidon kiireellisyydestä ja hoitopaikasta. Se voi hoitaa potilaan myös itse, jos terveystakeskus järjestää tarvittavia palveluja. Terveystakeskuslääkäri voi aina saada konsultaatioapua psykiatrisesta hoitoyksiköstä. Terveystakeskuslääkäri voi lähettää potilaan tahdonvastaiseen hoitoon psykiatriseen hoitoyksikköön hänen terveydentilansa selvittämiseksi, jos potilas ei sairautensa vuoksi kykene arvioimaan tilaansa realistisesti ja lääkäri katsoo hänen tarvitsevan psykiatrista hoitoa. (Punkanen 2006, 22-23.)

Jokaisessa sairaanhoitopiirissä toimii yksi tai useampi mielenterveyskeskus, jotka kuuluvat psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Niitä voidaan kutsua psykiatriseksi tulosalueeksi. Mielenterveyskeskuksen toiminta jakaantuu avo- ja laitoshoidon. Avohoidon organisaatioon kuuluu mm. mielenterveystoimistot, psykiatriset päiväosastot, kuntoutus- tai palvelukodit, palveluasunnot sekä psykiatriset poliklinikat. Psykiatriseen laitosten organisaatioon kuuluu psykiatrisen sairaalan lisäksi kuntoutusyksikkö, jossa on asumisvalmennusta sekä suojatyömahdollisuuksia. Toiminnallinen kuntoutus kuuluu niin avo- kuin laitospuolellekin. (Punkanen 2006, 23.)

Suomessa on myös muutamia yksityisiä tai järjestöjen ylläpitämiä psykiatrisia hoitoyksiköitä sekä valtakunnantason järjestöjä paikallisyhdistyksineen. Näistä ehkä tunnetuin on vuonna 1897 perustettu Suomen Mielenterveysseura. Sen alaisuuteen kuuluvat koulutuskeskus, kuntoutusyksikkö, perheterapiakeskus, viestintäkeskus, ja monia erilaisia projekteja sekä toimintaa. Potilasyhdistystoiminnasta esimerkkinä on: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry, joka toimii valtakunnan tasolla. Senkin alla toimii paikallisyhdistyksiä, jotka tukevat mielenterveyspotilaita ja heidän omaisiaan elämän laadun parantamiseksi. (Punkanen 2006, 30-31.)

Päihdehuoltojärjestelmän puitteissa hoidetaan mielenterveysongelmaisia ihmisiä ja toisaalta taas psykiatrisissa yksiköissä ihmisiä, joilla on päihdeongelmia. Päihdehuolto toimii sosiaaliviranomaisten alaisuudessa. Suomen suurin päihdehuolto-organisaatio on A-klinikkasäätiö. (Punkanen 2006, 31.)

1.1 Tahdosta riippumaton psykiatrisen sairaalahoito

Täysi-ikäinen henkilö voidaan mielenterveyslain (1116/1990 2. 8§) mukaan määrätä ja toimittaa tahdonvastaiseen psykiatriseen sairaalahoitoon vain, jos kaikki alla luetellut asiat pitävät paikkansa:

1. Henkilön on oltava mielisairas eli psykoottinen.
2. Henkilö on mielisairautensa hoidon tarpeessa siten, että hänen hoitoon toimittamatta jättämisensä pahentaisi hänen mielisairauttaan, vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan tai vakavasti vaarantaisi muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta.
3. Mitkään muut käytettävissä olevat mielenterveyspalveluiden vaihtoehdot eivät sovellu käytettäväksi tai ovat hoidollisesti riittämättömiä.

Mielenterveysasetuksen (1247/1990 1. 2§) mukaan tahdonvastaista hoitoa voidaan toteuttaa ainoastaan sairaalan psykiatrista hoitoa antavassa yksikössä, jolla on edellytykset antaa tarvittavaa hoitoa.

Yhä useammin psykiatrisissa sairaaloissa suljetuilla osastoilla hoidetaan myös päihde- tai huumeongelmista kärsiviä. Päihdehuoltolain (41/1986 2. 10§) mukaan tahdonvastaiseen hoitoon voidaan määrätä vain henkilö, jolle vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut ovat joko riittämättömät tai mahdottomat sekä, joka ilman päihteidenkäytön keskeyttämistä ja asianmukaista hoitoa olisi päihteiden käytöstä johtuen joko välittömässä hengenvaarassa tai saamassa kiireellistä ja vakavaa hoitoa vaativan terveydellisen vaurion tai, joka päihteiden käytön vuoksi vaarantaa perheensä jäsenen tai muun henkilön turvallisuutta, terveyttä tai henkistä kehitystä.

Päihdehuoltolain (41/1986 2. 11§,12§,13§) mukaan henkilö voidaan määrätä terveysvaaran tai väkivaltaisuuden perusteella tahdosta riippumattomaan hoitoon enintään viideksi vuorokaudeksi. Mikäli viisi vuorokautta ei riitä väkivaltaisuuden perusteella tahdosta riippumattomaan hoitoon määrätylle, voi hallinto-oikeus määrätä hänet hoitoon enintään 30:ksi vuorokaudeksi.

Päihdehuoltolain tahdosta riippumattoman hoidon soveltaminen on ollut vähäistä. Tahdosta riippumatonta hoitoa on käytetty vain poikkeustapauksissa, käytännössä päihteiden käyttöön liittyvissä psykoottisissa tiloissa. Lain mukaan henkilö voidaan määrätä

tahdonvastaiseen hoitoon väkivaltaisuuden perusteella, kun muiden henkilöiden terveys tai turvallisuus voi vaarantua. Laki ei kuitenkaan nimeä erikseen väkivaltaisuutta terveyden tai turvallisuuden riskinä, niinpä se nähdäänkin laajempänä kokonaisuutena, kuten psykoottisuuden vuoksi toisille ihmisille aiheutuva vakava mielenterveyden tasapainon uhka, kuten lasten tasapainoisen kehityksen häiriintyminen. (Henriksson ym. 2011, 464, 645.)

Käytännössä tahdonvastaiseen psykiatriseen sairaalahoitoon määrääminen, toimittaminen ja ottaminen tapahtuvat mielenterveyslain (1990) mukaan ja neliportaisesti; potilaan sairaalaan tarkkailuun lähettäminen, sairaalassa tarkkailuun ottaminen, tarkkailulausunnon kirjaaminen ja lopulta päätös tahdonvastaisesta hoidosta psykiatrisessa sairaalassa. Ennen tahdonvastaisen hoidon aloittamista on porrastetun menetelmän mukaan neljän eri riippumattoman lääkärin arvioitava täyttykö hoidon perusteet. (Henriksson ym. 2011, 647.) Lain (1116/1990 14§) mukaan tahdosta riippumaton hoito on lopetettava heti, jos huomataan, että edellytyksiä hoitoon määräämiseen tahdosta riippumatta ei enää ole ja päästettävä potilas hänen halutessaan pois sairaalasta.

Myös omasta tahdostaan hoitoon tullut voidaan ottaa mielenterveyslain (1116/1990 2. 13§) mukaan vastoin tahtoaan tarkkailuun, siinä tilanteessa, jossa potilas haluaisi poistua sairaalasta ja lääkäri katsoo tahdonvastaisen sairaalahoidon kriteereiden täyttyvän. Päätös tahdosta riippumattoman hoidon aloittamisesta etenee, kuten edellä on mainittu. Pakkotoimenpiteitä ei saa kohdistaa omasta tahdostaan hoidossa olevia kohtaan (Henriksson ym. 2011, 650).

Mielenterveyslain (1116/1990 4. 22 a §) mukaan tahdonvastaiseen hoitoon tai tarkkailuun määrätyn henkilön itsemääräämisoikeutta saa rajoittaa vain sen verran, kuin hänen sairautensa hoito tai toisten henkilöiden turvallisuus välttämättä vaatii. Häneen ei myöskään saa kohdistaa pakkoa kuin välttämättömän verran samoin periaattein kuin edellä on mainittu. Pakkotoimenpiteet on suoritettava mahdollisimman turvallisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Henrikssonin ym. (2011, 650) mukaan pakkotoimia voi suorittaa vain, jos toimenpiteiden suorittamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti potilaan mielenterveyden häiriötä. Lisäksi hoidon tulee olla hyvien hoitokäytäntöjen mukaisia ja potilaan hoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan. Pakkotoimenpiteistä päättää aina hoidosta vastaava virkalääkäri.

Vuonna 2001 tuoli voimaan mielenterveyslain muutos, jossa lakiin kirjattiin yksityiskohtaisesti säännökset itsemääräämisoikeutta rajoittavista pakkotoimenpiteistä. Kaikesta tahdonvastaisesti toteutetusta toimenpiteestä on pidettävä kirjaa, ja potilaan eristämisestä ja sitomisesta on myös ilmoitettava aluehallintovirastolle. Eristetylle tai sidotulle potilaalle on nimettävä vastuuhoitaja ja potilaan tilaa on jatkuvasti seurattava kuulo- tai näköyhteyden päästä potilaaseen. Sitomisen edellytykset ovat vielä tiukemmat kuin eristämisen; potilaan saa sitoa vain silloin, kun potilas uhkaa aiheuttaa välitöntä vaaraa itselleen tai muille. Sitominen, eristäminen tai potilaan kiinnipitäminen on lopetettava heti, kun se ei enää ole välttämätöntä. (Henriksson ym 2011, 649, 650).

Henkilökohtainen vapaus on yleisperusoikeus, joka on kirjattu perustuslakiin. Pakottaminen merkitsee aina voimakasta puuttumista potilaan henkilökohtaiseen koskemattomuuteen. Silti Henrikssonin ym. (2011, 650) mukaan suuri osa potilaista arvioi jälkikäteen hyötyneensä tahdosta riippumattomasta hoidosta, vaikka osa potilaista ei välttämättä tutkimusten perusteella tiedä olevansa tahdosta riippumattomassa hoidossa. Kokemus pakottamisesta edistää kielteisen asenteen syntymistä ja säilymistä potilaan suhtautumisessa hoitoon, niinpä hoitohenkilökunnan tulee aina noudattaa hyviä hoitokäytäntöjä, olla rehellinen ja antaa potilaan kertoa oma kantansa ja tulla kuulluksi.

Mitä tulee sitten olla toisin, jotta henkilö olisi kompetentti itsemääräämiseen? Voidakseen määrätä itsestään tulee henkilöllä olla kykyjä ja taitoja, joita tarvitaan harkittujen ratkaisujen tekemiseen ja niiden mukaan toimimiseen. Kompetentti henkilö kykenee ymmärtämään, kommunikoimaan ja kontrolloimaan, mitä ajattelee tai miten toimii erilaisissa tilanteissa. Kielellisiin ja tiedollisiin taitoihin liittyvät kyvyt antavat mahdollisuuden kommunikaatioon; ottaa vastaan informaatiota ja ilmaista omia toiveitaan. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 96.)

Pihlajan (2008, 83-84) mukaan arkipäivän sujuminen on usein merkki siitä, että kuntoutuja tai potilas on paremmissa psyykkisissä kunnossa ja arjen mielekkäänä kokemisella on selvä yhteys koherenssin tunteeseen. Arjen sujuminen on paitsi saavutus myös selviytymiskeino. Arkielämän taitoja ovat mm. ruuanlaitto, siivous, kaupassa asiointiin liittyvät asiat, vaatehuolto, perushygienia ja normaalin vuorokausirytmien ylläpitäminen.

Psyykkiset häiriöt voivat vaikuttaa potilaan ajatustoimintaan siten, että he eivät pidä itseään sairaina. Heiltä voi puuttua kyky noudattaa hoito-ohjeita tai tehdä yhteistyötä. Pihlajan (2008, 71) mukaan mielenterveyskuntoutujat saattavat helposti alkaa käyttäytymään heiltä odotetulla tavalla, eli jos heihin ei uskota, eivät hekään usko itseensä. Lisäksi heidän elämänsä sisältää epäonnistumisia ja menetettyjä mahdollisuuksia, jotka ovat mahdollisesti muokanneet heidän kuvaa itsestään ja heikentäneet itsetuntoa. Kuitenkin Pihlajan mukaan kuntoutujakin jaksaa yrittää ja uskoa, mikäli häneen uskotaan. Myös Mac Donaldin ym. mukaan pitkäaikaisesti psykiatrisessa hoidossa olleet ovat saattaneet menettää kyvyn uskoa omiin kykyihinsä eivätkä usko voivansa vaikuttaa omaan hoitoonsa. Mitä kauemmin potilaat ovat hoidossa, sitä pessimistisemmin he suhtautuvat omiin kykyihinsä eivätkä pidä itseään tarpeeksi älykkäinä tai järkevinä. Potilaiden uskoa omaan selviytymismahdollisuuteen on vahvistettava, koska potilaat voivat alkaa tiedostamattaan toimimaan edellä mainittujen kielteisten ennusteiden mukaan. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 96-98.)

Itsemääräämisoikeuden rajoittamisesta ei ole aina vain negatiivisia seurauksia. Positiivinen seuraus on, kun esimerkiksi potilaan pakkolääkityksen seurauksena edistetään potilaan tilan syntymistä, jossa hänellä on mahdollisuus itsemääräämiseen. Mikäli potilaan, jonka ymmärrys ja voimavarat ovat vähäiset, annetaan tehdä valintoja koskien omaa hoitoaan, saattaa hän tehdä omaa terveyttään haittaavia valintoja tai jäädä jopa heitteille. Hoitohenkilökunta voi auttaa potilasta tuntemaan itsensä itsenäiseksi ja itsemäärääväksi henkilöksi avun saannista huolimatta esimerkiksi kuulluksi tulemisen kokemuksen kautta, ja tukea asioita, jotka ovat tärkeitä ihmisen omanarvontunnolle. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 99-100.)

2 POTILAANA PSYKIATRISELLA OSASTOLLA

Psykoottisen ihmisen maailma on kaoottinen, ja hän yrittää sopeutua hänelle liian ahdistavaan tilanteeseen. Hoitajan on osattava pysyä potilaan rinnalla niin kauan kuin on tarvetta sekä osata myös väistyä potilaan elämänhallinnan lisääntyessä. Psykoottisen potilaan hoidossa korostuu kiireettömyys sekä ulkoinen ja sisäinen turvallisuus; potilas ei koe oloaan uhatuksi eikä hän vahingoita itseään tai muita. Hoitajan on oltava aktiivinen, sillä psykoottinen potilas ei välttämättä ota kontaktia, ja kyettävä kuuntelemaan potilasta aidosti ymmärtäen häntä tuomitsemisen sijaan. Läsnä olemisen taito on etsittävä, vaikka potilas olisi itse sulkeutunut ja vetäytynyt, ja kuitenkin annettava potilaalle mahdollisuus omaan tilaan ja aikaan. (Punkanen 2006, 108.)

Mielenterveyshoitotyöhön kuuluu moniammatillinen hoitoryhmätyöskentely, jossa hoitoryhmä vastaa potilaan hoidosta. Hoitoryhmään voi kuulua esimerkiksi lääkäri, omahoitaja tai omahoitajia sekä tarpeen mukaan erityistyöntekijöitä, kuten psykologi, sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Hoitoryhmä kokoontuu yhdessä potilaan kanssa suunnittelemaan tämän hoitoa esimerkiksi hoitoneuvotteluissa, joihin otetaan mahdollisuuksien mukaan myös potilaan läheisiä sekä muuta mahdollista verkostoa, kuten avohoidon työntekijä. Yhteistyön avulla pyritään lisäämään ymmärrystä potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja kokonaistilanteesta ja näin auttamaan häntä parhaalla mahdollisella tavalla sekä etsimään yhdessä potilaslähtöisiä hoitomenetelmiä. (Kanerva ym. 2010, 148-149.)

Potilaiden hoidossa on keskeistä selkeä ja jaoteltu päiväohjelma sekä potilasturvallisuus (Punkanen 2001, 28). Myös Horpun tutkielman (2008, 37) mukaan riittävän levon saaminen ja vuorokausirytmien korjaantuminen edistivät potilaiden psyykkistä toipumista. Hänen mukaansa potilaat myös kuvasivat turvallisuuden tunteen auttavaksi tekijäksi sairaalassa. Potilaiden turvallisuuden tunnetta lisäsivät Horpun mukaan mm. ihmisten ympäröimänä oleminen.

Paitsi selkeän päiväohjelman ja potilasturvallisuuden, potilaiden hoidossa on keskeistä myös yksilöllinen voimavarat huomioon ottava hoito-ote. Jokaisella potilaalla on oma-

hoitaja tai omahoitajia ja siten hoitosuhde. Potilas ja omahoitaja tapaavat omahoitajakeskusteluissa, joita käydään vaihtelevasti esimerkiksi kerran tai kaksi viikossa. Potilaat tarvitsevat kuitenkin muutakin keskustelua kuin omahoitajakeskustelut. Spontaaneilla yhteisöllisillä suhteilla tarkoitetaan kenen tahansa hoitajan ja potilaan kohtaamista osastolla. (Punkanen 2006, 28, 51, 57-58.) Myös Horpun (2008, 28-28) mukaan potilaat kokivat spontaanit keskustelut arkiasioista hoitajien kanssa merkittäväksi. He myös kokivat niiden hoitajien, jotka olivat potilaiden saatavilla yhteisissä tiloissa ja viihtyivät potilaiden kanssa, olevan kiinnostuneempia potilaista kuin niiden hoitajien, jotka eivät viettäneet aikaansa yhteisissä tiloissa.

Potilaiden hoito perustuu yksilölliseen hoitosuunnitelmaan. Hoidon suunnittelu vaatii aina yhteistyötä potilaan ja hänen läheistensä sekä häntä hoitavien henkilöiden välillä. Hoitosuunnitelmasta tulee ilmetä, kuka on kokonaisvastuussa hoidosta, keskeiset hoitomuodot ja hoitotavoitteet sekä kuinka nopeasti eri tavoitteet on saavutettava. Lopullisen hoitosuunnitelman tulisi sisältää sairautta koskevien suunnitelmien lisäksi arvio potilaan fyysisestä terveydestä, positiivisista voimavaroista, kuntoutustarpeesta, elämäolosuhteista, sosiaalisista tuista ja talousasioista sekä siitä, kuinka paljon huomiota edellä mainitut asiat vaativat. (Henriksson ym. 2011, 45.)

Skitsofreniapotilaiden hoito koostuu psykososiaalisten ja psykoterapeuttisten hoitomuotojen lisäksi biologisesta hoidosta. Psykoottisten oireiden lievittämiseksi antipsykootin lääkitys aloitetaan mahdollisimman pian. (Henriksson ym. 2011, 102,105.) Akuutivaiheessa psykoosilääkkeillä hoidetuista potilaista yli puolet paranee täysin tai kärsii vain lievistä oireista. Lääkityksellä on merkittävä vaikutus myös psykoosin uusiutumisen ehkäisemisessä. Lääkehoito on skitsofreenisen psykoosin hoidossa keskeisessä asemassa, mutta se ei yksin ole riittävä hoitomuoto, vaan pikemminkin luo edellytyksiä myös muille hoitomuodoille (Henriksson ym 2011,107; Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 49.)

Psykiatrisella osastolla monet elämiseen liittyvät asiat liittyvät jollakin tavalla eriasteisen pakon käyttämiseen tai rajoittamiseen. Kulkeminen on rajoitettua suljetuilla osastoilla, mikä aiheuttaa usein tyytymättömyyttä potilaissa. Potilaiden on osallistuttava päiväohjelmaan ja he saavat erilaisia vastuuta ja velvollisuuksia (Henriksson ym. 2011, 127). Potilas saatetaan myös eristää, mutta pakkohoitoimenpiteitä saa käyttää vain sen

verran kuin on välttämätöntä. Potilaat saattavat kokea pakon käyttämisen, etenkin potilaan suojelemiseksi tarkoitetun tarkkailun ja hoitoon määräämisen, myös helpottavana asiana. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 94.) Myös Horpun (2008, 37) mukaan potilaat kokivat hoitoympäristön ja suljetut ovet turvallisuuden tunnetta edistävänä tekijänä, eikä heidän tarvinnut pelätä voivansa vahingoittaa itseään sairaalassa.

2.1 Yhteisön ja perheen merkitys hoidossa

Mielenterveyshoitotyössä hyödynnetään usein koko yhteisöä, mitä kutsutaan yhteisöhoidoksi. Tarkoituksena on, että kaikki yhteisön jäsenet osallistuvat ja ovat vuorovaikutuksessa keskenään esimerkiksi yhteisten päätösten tekemisessä. Yhteisö toimii myös sosiaalisten vuorovaikutustaitojen harjoittelupaikkana. Vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa kuntoutuja tai potilas oppii kuuntelemaan, sanomaan oman mielipiteensä ääneen, hyväksymään ja sietämään toisia sekä saa tunteen omasta osallisuudestaan (Pihlaja 2008, 102). Yhteisöhoidossa ihminen saa myös vertaistukea toiselta ja yhteisön esimerkki tukee ja motivoi toisia. Yhteisöllisyys näkyy erityisesti yhdessä tekemisessä, ja sen tärkeys korostuu kuntouttavassa hoitotyössä. Yhteisöllisyys ilmenee myös erilaisina yhteisökokouksina, kuten aamukokouksina, joihin osallistuvat koko yksikön potilaat. Kokouksissa selvitetään päivittäisiä asioita yhdessä, kuten ryhmiin osallistujat ja siivoukset. (Kanerva ym. 2010, 106-107.)

Psykiatriseen hoitotyöhön ja potilaan kuntoutukseen liittyy tiiviisti perhekeskeisyys. Potilaan lähipiiriin olisi hyvä olla tietoinen kuntoutuksen tavoitteista ja menetelmistä (Punukanen 2001, 70). Perhekeskeisyydellä pyritään estämään potilaan laitostumista ja eristäytyneisyyttä, ja siihen kuuluvat mm. kotikäynnit ja puhelinneuvottelut. Myös muuta potilaan ihmissuhdeverkostoa pyritään pitämään potilaan elämässä mukana mm. verkostotapaamisilla, sillä psykiatrisessa sairaalassa olo heikentää potilaan siltoja niin perheeseen kuin ystäviinkin, mikä taas johtaa emotionaaliseen köyhtymiseen ja elämästä siivun jäämiseen. (Punukanen 2006, 77, 82.) Tiedetään myös, että voimakkaasti latautunut perheen ilmapiiri ja potilaaseen kohdistuvat negatiiviset tunteet, kuten kriittisyys ja vihamielisyys, altistavat potilasta sairastumaan uudelleen. Psykoosiin sairastuneiden ennuste onkin riippuvainen hänen lähipiirissään olevien ihmissuhteiden laadusta. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 45.) Potilasta tuleekin kannustaa siihen, että hän an-

taisi perheen osallistua hoitoonsa ja perustella, miksi läheisen mukanaolo on tärkeää (Kanerva ym. 2010, 94).

Horpun (2008, 36) mukaan potilaiden hoidossa mukana oleminen, sairaalan fyysinen näkeminen sekä ymmärryksen saaminen potilaan tilanteesta olivat murtaneet perheenjäsenten ennakkokäsityksiä, jotka eivät perheenjäsenten mukaan olisi muuttuneet, jos he eivät olisi päässeet hoitoon mukaan. Perheen huomioiminen oli myös lisännyt avoimuutta perheen kesken. Potilaat nimesivätkin perheen huomioimisen hoidossa yhdeksi mielenterveyttä tukevaksi tekijäksi.

2.2 Sisältöä arkeen

Horpun (2008, 32-34) mukaan potilaiden psyykkistä vointia osastohoidossa edistää monenlainen tekeminen sairaalassa. Potilaat kokivat tärkeäksi mm. liikunnan ja erilaiset ryhmät, jotka auttavat unohtamaan huolet hetkeksi aikaa. Potilaat kuvasivat aktiivisen tekemisen olevan tärkeää mielenterveydelle, vaikka liikkeelle lähteminen ei aina ollut helppoa. Horpun mukaan myös yksin tai potilastoverin kanssa vietetty vapaa-aika sairaalassa on ollut merkityksellistä potilaille, vaikka ajanviette ei olisikaan ollut suunniteltua. Vapaa-aika oli mahdollistanut myös tutustumisen muihin potilastovereihin, jotka olivat toimineet vertaistukena, keskustelukumppanina sekä mielialan kohentajana sairaalassa.

Erilaisilla ryhmillä on suuri merkitys laitostumisen purkamisessa. Ryhmät voivat olla hoidollisia tai kuntouttavia ja niitä voivat olla esimerkiksi toiminnalliset ryhmät tai ongelmasuuntautuneet keskusteluryhmät. Avoimiin ryhmiin voi osallistua kuka vain yksiköstä, mutta suljettuihin ryhmiin on etukäteen sovitut osallistujat. Toiminnallisia ryhmiä voi olla esimerkiksi keittiöryhmiä, elokuvaryhmiä tai vapaa-ajanviettoon liittyviä ryhmiä. Käytännönläheiset ja toiminnalliset ryhmät hyödyttävät erityisesti skitsofreniapotilaita, koska heidän sosiaaliset taitonsa samoin kuin taidot, joita tarvitaan arkisessa elämässä selviytymiseen, ovat usein puutteellisia. Ryhmissä voi harjoitella mm. erilaisia päivittäisiä toimintoja, kuten kaupassa käyntiä. Esimerkiksi psykoedukaatiota, potilasohjausta, voidaan toteuttaa ryhmissä tai yksilöohjauksena. Psykoedukaatiota saatetaan toteuttaa esimerkiksi oireenhallintakurssin muodossa, jossa potilaat opettelevat keinoja

sairautensa uusiutumisen ehkäisemiseksi sekä myös pysyvien oireiden kanssa toimeen tulemistä. (Henriksson ym. 2011, 123-125; Punkanen 2001, 66,71.)

Horpun (2008, 32) mukaan viikko-ohjelman tekeminen ja noudattaminen oli myös eräänlainen sopimus potilaille, jonka toteuttaminen sovitusti oli potilaille itselleen tärkeää. Viikko-ohjelma auttoi potilaita muistamaan, minne heidän piti milloinkin mennä ja minkälaista ohjelmaa he olivat sopineet. Päivä- ja viikko-ohjelmaan on hyvä kirjata selkeästi kaikki päivittäiset toiminnot, kuten lääkehoito, aamukokoukset, omasta huoneesta huolehtiminen, pesut ja ryhmiin osallistuminen sekä esimerkiksi omahoitajakeskustelut (Punkanen 2001, 68.)

2.3 Kuntoutumisen eri vaiheita

Pitkäaikaishoidossa potilaiden tavoitteena on edetä kuntoutusportailta avohoitoon tai tuteuihin asumismuotoihin. Potilaiden monimuotoista ja kokonaisvaltaista kuntoutusta voidaan kutsua sosiaalisesti kuntoutukseksi, jonka osa-alueet muodostuvat yksinkertaisista päivittäisistä toiminnoista huolehtimisesta, kuten hygieniasta, pukeutumisesta ja vaatehuollosta, ruokailusta ja keittiötoimista, vuorovaikutuksesta yhteisössä sekä muusta arkisesta toiminnasta, kuten kaupassa asioinnista. (Punkanen 2001, 65-66.)

Kuntoutus etenee potilailla vaiheittain ja ne voidaan jaotella karkeasti erilaisiksi portaitaiksi, jotka ovat aloitusvaihe, asioimislupavaihe, vapaakävelyvaihe sekä lopuksi oma-toimisuusvaihe. Aloitusvaiheessa tehdään tilannearvio ja potilaalta selvitetään hyvin yksityiskohtaisesti hänen voimavaransa, taitonsa ja päivittäiset toiminnot. Tarkoituksena on selvittää myös monesti itsestään selvyytensäkin pidettyjä asioita, kuten suun hoito, hiusten kampaaminen ja esimerkiksi puhtaiden alusvaatteiden vaihtaminen. Psykykinen sairaus voi taannuttaa ihmisen hyvinkin nopeasti ja aikaisemmin itsestään huolta pitänyt ihminen ei välttämättä enää osakaan pitää esimerkiksi hygieniastaan huolta. (Punkanen 2001, 66-67.)

Sosiaalisessa kuntoutuksessa harjoitellaan päivittäisiä taitoja, kuten säännöllisiä ruokailuaikoja ja ruuanlaittotaitoja. Myös siivous ja kodinhoito ovat taitoja, joita jokainen ihminen tarvitsee. Päivittäisissä toiminnoissa edetään perusasioista ja vähitellen perustaitojen lisääntyessä opetellaan monimutkaisempiakin taitoja, kuten esimerkkinä siivouk-

sesta kodin sisustaminen tai ikkunoiden pesu ja kukkien hoito. (Punkanen 2001, 67.) Pihlajan (2008, 77) mukaan se, että arkipäivään sisältyy mielekästä tekemistä, on merkittävä osa kuntoutumista. Hänen mukaansa arkipäivän askareet luovat tietynlaista rutiinia, jonka vuoksi sängystä tulee noustua ylös aamuisin. Lisäksi kuntoutujan päivän sisältö ja vuorokausirytmii vaikuttavat hänen päivittäiseen toimintakykyynsä ja päivittäisissä toiminnoissa saadut onnistumisen kokemukset luovat pohjaa identiteetin vahvistumiselle.

Kuntoutumisprosessissa tärkeitä asioita ovat sosiaalinen kanssakäyminen ja elämä myös sairaalan ulkopuolella. Kun kuntoutuksessa on edetty perusasioiden hallintaan, voidaan siirtyä vähitellen opettelemaan myös taitoja, joita tarvitaan kodin ulkopuolella, kuten pankki- ja kauppa-asioista huolehtiminen ja yleisten kulkuneuvojen käyttö. Vapaa-ajanvietto on tärkeää ja onkin selvitettävä potilaan omat toiveet ja tottumukset, esimerkiksi kuntoilu, käsityöt, elokuvat ja erilaiset ryhmätoiminnot ovat tärkeitä kuntoutuksen keinoja. (Punkanen 2001, 67-68.) Pihlajan (2008, 76) mukaan kuntoutujan sairauden laadulla ja kognitiivisilla taidoilla on merkitystä siihen, millaiseen toimintaan hän on kyvykäs, miten oma-aloitteinen tai vastaavasti passiivinen hän on, kuinka hän kykenee keskittymään tai muistamaan asioita sekä siihen, millaiset kommunikaatiotaidot hänellä on.

Kun potilas pystyy ottamaan vastuuta päiväohjelman toteutumisesta ja selviytyy siitä omatoimisesti, voi hän siirtyä asioimislupavaiheeseen. Tässä vaiheessa potilaalle annetaan enemmän vastuuta pienten asioiden kautta. Hän voi esimerkiksi kuntoilla yksin rajoitetun ajan, kun aiemmin ulkoilu on ollut sallittua vain omahoitajan tai hoitajan kanssa. Tässä vaiheessa myös lyhyet kotilomat voivat olla mahdollisia, mikäli kotiasiat ovat kunnossa. (Punkanen 2001, 68.)

Vapaakävelyvaiheessa potilas opettelee asioimista hoitoyksikön ulkopuolella ja hoitamaan erilaisia asioita, tässä vaiheessa omahoitaja tai muu henkilökunta voi vielä olla potilaan mukana asioimistilanteissa. Tässä vaiheessa potilas saa enenemässä määrin vapautta ja sitä kautta myös vastuuta; hän voi itse suunnitella kulkemisensa yksikön ulkopuolella, mutta hänen on noudatettava sovittuja kellonaikoja. Hän voi myös pitää pitempikestoisia lomia kotonaan. Pihlajan (2008, 74) mukaan työntekijän tehtävänä on ohjata ja auttaa kuntoutujaa määrittelemään mm. ne taidot, mitä tarvitsee selviytyäkseen

arjen toiminnoista. Työntekijä auttaa laatimaan tavoitteista realistiset ja saavutettavat. Yksilöllisessä kuntoutuksessa on Pihlajan mukaan tärkeää, että työntekijä tuntee kuntoutujan riittävän hyvin, ja tuntee hänet myös erilaisissa toimintaympäristöissä, kuten kotona ja kaupassa. Jokaisessa kuntoutusvaiheessa on tärkeää arvioida edistymistä ja niitä asioita, jotka tarvitsevat lisää harjoittelua ja kertausta sekä antaa potilaalle realistista palautetta omasta toiminnastaan. (Punkanen 2001, 68-70.)

Viimeinen kuntoutusportaan vaihe on omatoimisuusvaihe. Potilaan tulisi tässä vaiheessa toteuttaa itsenäisesti sovitut asiat myös yksikön ulkopuolella. Tässä vaiheessa suunnitellaan yhä enemmän tulevaisuutta; mikä tulee esimerkiksi olemaan tuleva asumismuoto ja minkälaiset taidot potilaalla on ja toisaalta taas, minkälaisia taitoja potilas tarvitsee muuttaessaan tulevaan asumismuotoon. Kuntoutuksen tarkoituksena on alusta saakka tukea toimintoja, jotka säilyvät kuntoutuksen jälkeenkin. Tarvittaessa joitakin toimintoja jopa yliharjoitellaan, jotta ne automatisoituisivat. Yksikössä harjoittelun tulee olla mahdollisimman lähellä luonnollista muotoa, johon siirrytään pikku hiljaa taitojen karttuessa, esimerkiksi kaupassa asiointi siirtyy yksiköstä sairaalan kanttiiniin ja sieltä luonnollisempaan ympäristöön, eli kauppoihin ja pankkeihin. (Punkanen 2001, 69-70.)

Kuntoutuminen on usein vuosiakin kestävä prosessi, jonka aikana toivon merkitys korostuu. Hoitajan tehtävänä on ylläpitää toivoa ja välittää sitä kuntoutujalle. Kuntoutuminen lähtee aina potilaasta itsestään, mutta hän tarvitsee rinnalleen läheisiä, ammattiauttajia ja vertaistukea. Kuntoutuja tarvitsee onnistumisen kokemuksia, jotka lisäävät myönteistä kuvaa hänestä itsestään ja edistävät hänen hyvinvointiaan. Keskeistä on, että kuntoutuja oppii elämään sairautensa kanssa. (Kanerva ym. 2010, 101, 103.)

2.4 Psykoosi potilaan näkökulmasta

Kilkun (2008, 67, 68, 69) mukaan psykoosiin sairastuminen on raskas ja odottamaton kokemus sekä sairastuneelle että hänen läheisilleen. Psykoottiset kokemukset aiheuttavat pelkoa, hämmennystä ja syyllisyyttä eikä potilas enää tiedä, mikä on totta ja mikä ei. Kilkun mukaan sairastuminen onkin elämäntilannekriisi. Psykoosi on yksi vaikeimmista mielenterveydenhäiriöistä sekä hoidettavuuden, ennusteen että oireiden vuoksi. Ne ovat monitahoisia mielenterveyden häiriöitä, joita on erilaisia ja ne eroavat toisistaan sekä kestossa että oirekvaltaan. Yhteistä niille on todellisuuden tajun vääristyminen siten,

että potilaan on vaikea erottaa, mikä on todellisuutta. Usein psykoottisuus ilmenee puheen ja ajatuksen hajanaisuutena sekä outona käyttäytymisenä. Yleisimmät psykoosit ovat skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoottinen masennustila, skitsoafektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö sekä päihdepsykoosi. (Annala ym. 2007, 123-124, Henriksson ym. 2011, 53, 134.)

Psykoosien keskeiset oireet ovat aistitoimintojen vääristymistä kuvastavat aistiharhat eli hallusinaatiot, ajatustoiminnan vääristymisestä kehittyvät harhaluulot sekä ulkoista todellisuutta koskevat väärät tulkinnat (Henriksson ym. 2011, 53). Ympäristön näkökulmasta psykoottisen potilaan keskeinen ongelma on hänen sopeutumattomuutensa ympäristön vaatimiin olosuhteisiin. Psykoosi on kokonaisvaltainen tila, joka aiheuttaa monia muitakin ongelmia kuin keskeiset oireet. Psykoosi aiheuttaa keskittymiskyvyn puutetta, vaikeuksia tehdä päätöksiä, muistivaikeuksia, suunnitelmallisuuden puutetta ja kykenemättömyyttä nautinnon tuntemiseen. Siten psykoottinen henkilö voi menettää kyvyn huolehtia itsestään ja läheisistään, eristäytyä sosiaalisesti sekä menettää työkykynsä. Psykoottisen henkilön itsemurhariski ja itsensä vahingoittamisen riski on kasvanut. (Hentinen 2009, 41.)

Psykoottinenkin ihminen elää todellisuudessa – hänen omassa käsityksessään todellisuudesta. Psykoottisen potilaan todellisuus synnyttää ongelmia, kun hänen todellisuutensa ja ympäristön todellisuus ovat ristiriidassa keskenään. Psykoottinen potilas voi haistaa, maistaa, kuulla tai tuntea jotain, jota ei todellisuudessa ole olemassa. Hän voi käyttäytyä pelokkaasti, sekavasti, aggressiivisesti ja irrationaalisesti. (Hentinen 2009, 41.) Kuitenkin psykoosissa olevan henkilön ymmärryskyky on yleensä normaali ja hänet tulee kohdata aikuisena ihmisenä (Annala ym. 2007, 123).

Psykoosissa ihmisen sanotaan taantuvan; hän regressoituu. Taantuminen on sitä vaikeampaa, mitä pidempikestoisesta psykoosista on kysymys. Taantumisen seurauksena ihminen ei esimerkiksi kykene huolehtimaan entiseen tapaan hygieniastaan tai ulkonäöstään. Psykkisistä sairauksista eritoten juuri psykoosiin sairastuminen johtaa sosiaalisesta vetäytymiseen, passiivisuuteen ja tunteiden latistumiseen. Psykoosin vaikutus kokonaispersoonallisuuteen on sitä suurempi, mitä kauemmin ihminen sairastaa. (Punkanen 2006, 104.) Psykoottisiin häiriöihin liittyy suuri fyysinen sairastavuus, lyhentynyt elinikä ja jopa eliniän kestävä toimintakyvyn heikkeneminen (Perälä 2013, 9).

Koiviston (2003, 55) mukaan psykoottiset potilaat kokivat psykoosin hallitsemattomana minuutena, johon liittyi emotionaalisen ja fyysisen minän muuttumisen tunne sekä tunne itsekontrollin pettämisestä. Myös Kilkku (2008, 68) kuvaa potilaiden kokemusta samankaltaisena; hänen mukaansa potilaat kuvaavat psykoosin kuin pimeänä huoneena, jonne on vaikea nähdä tai päästä, tai jossa ei tiedä mikä on sairautta ja mikä on totta. Koiviston mukaan hallitsemattomaan minuuteen liittyvien tunteiden vuoksi potilaat kokivat syyllisyyttä, häpeää, pelkoa ja suurta tuskaa. Hallitsematon minuus myös lisäsi herkistymistä itsensä ja muidenkin suhteen niin, että potilaat tarkkailivat ja havainnoivat enemmän paitsi itsensä myös muiden käyttäytymistä ja reaktioita heitä kohtaan. Hallitsematon minuus aiheutti vetäytymistä omiin oloihinsa, koska se suojasi pelolta joutua muiden suhteen ei-ymmärretyksi tai paljastumasta ”hulluksi”.

Koiviston (2003, 57) mukaan hallitsematon minuus vaikeutti potilailla arjessa selviytymistä, koska siihen liittyvät tuntemukset valtasivat koko heidän olemuksensa. Potilaat kokivat autetuksi tulemisen välttämättömäksi ja helpottavaksi, vaikkakin Kilkun (2008, 69) mukaan potilaat kokivat samalla olevansa toisten armoilla. Koiviston mukaan auttaminen koettiin haavoittuvuudelta suojaamisesta eheytyneemmäksi tulemiseksi, siten, että voimaantumista ja selviytymistä tuettiin. Auttamisen tapoja olivat erilaiset terapiat ja hoitajien interventiot, joissa hoitajat viestittivät potilaille jatkuvaa turvallisuuden tunnetta ja kunnioitusta, jolloin potilaat saivat eheyttä sisäiseen kaaokseensa. Hoitajien keskeisiä auttamistapoja olivat seuranta, läsnäolo, jatkuva turvallisuuden vakuuttelu, yhdessäolo ja aktiivisuus.

Autetuksi tulemistä edistivät Koiviston (2008, 58) mukaan edellä mainittujen lisäksi osaston ilmapiiri ja tieto osaston hoidosta, hoitajan roolista sekä positiivinen kohtelu. Hoitokeskustelut oman hoitajan kanssa koettiin myös auttaviksi asioiksi sekä hoitoneuvottelut ja lääkehoito oireiden helpottumisen vuoksi. Omaisten ottaminen mukaan hoitoon ja hoitoneuvotteluihin koettiin tärkeäksi asiaksi. Autetuksi tulemistä estäviä asioita taas olivat osaston rauhattomuus, turvattomuus ja tietämättömyys hoidosta, hoitotilanteista ja hoitajan roolista hoidossa. Selitysten vähäisyys, pakottaminen ja yksin jättäminen koettiin autetuksi tulemistä estäviksi tekijöiksi. Lääkehoito mietitytti potilaita, pelkona oli lääkkeiden vaikutus ajattelemisen selkeyteen ja sivuvaikutukset.

Latvalan (1998, 17, 67) mukaan psykiatristen sairaalapotilaiden hoitajaksot saattoivat olla jopa vuosia kestäviä, ja heidän keskeisimmiksi ongelmikseen muodostuivat kroonistuminen, yksinäisyys ja toimintakyvyn rajoitukset. Hänen mukaansa perinteinen hoito on ollut liian passivoivaa, etenkin koska psykiatrisen sairauden luonteeseen kuuluu potilaan passiivisuus, vetäytyminen ja kommunikaatiovaikeudet. Latvala korostaa potilaslähtöisen, hoidollisen yhteistyösuhteen merkitystä, joka edellyttää paitsi hoitajalta myös potilaalta yhteistyötä ja osallisuutta sekä sitä, että potilaan toimiminen vastuullisena osallistujana omassa hoidossaan on myös edellytys laitoksen ulkopuolella selviytymiselle. Potilaslähtöinen toimintatapa edistää potilaan tietoisuuden ja toimintamahdollisuuksien lisääntymistä hoidossa sekä omien voimavarojen käyttöä päivittäisessä elämässä selviytymiseen. Hoitajan olisi kyettävä suuntaamaan omaa toimintaansa potilaan kunnan mukaan, joka voi vaihdella psykoottisuudesta aktiiviseen osallistumiseen ja tukea potilasta tilanteen mukaan riippuvuudesta riippumattomuuteen.

Psykoosit voidaan jaotella eri tavoin. Ne voidaan jakaa pitkäkestoisiin tai ohimeneviin, akuutteihin häiriöihin. Pitkäkestoisia psykooseja ovat skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö. Eri psykooseissa oireet poikkeavat toisistaan. Skitsofreniassa ihminen kärsii aistiharhoista, kuten kuuloharhoista, kun taas harhaluuloisuushäiriössä painottuvat harhaluulot. Mielialaoireiden ollessa niin vaikeita, että ihminen vaipuu psykoosiin, on kysessä joko kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoosivaiheesta tai psykoottisesta masennustilasta. Skitsoaffektiivisestä häiriöstä puhutaan, kun henkilöllä on samanaikaisesti sekä mieliala- että skitsofreniaoireita. (Annala ym. 2007, 123.)

Psykiatrisessa diagnostiikassa erotellaan myös elimelliset ja toiminnalliset psykoosit. Toiminnallisia psykooseja esiintyy skitsofreniassa, äkillisessä ja väliaikaisessa psykoottisessa häiriössä, mielialahäiriöiden psykoottisissa jaksoissa sekä harhaluuloisuushäiriössä. Elimellisperäiset psykoosit johtuvat joko somaattisesta sairaudesta tai toksisesta tilasta, kuten päihteiden käyttöön liittyvästä deliriumista. (Hentinen 2009, 41.)

Psykoosi voidaan luokitella myös akuuttivaiheeseen, tasaantumisvaiheeseen sekä toipumisvaiheeseen. Akuuttivaihe kestää yleensä useita viikkoja, vaikkakin sen kesto vaihtelee yksilöllisesti. Akuuttivaiheessa on olennaista sitouttaa potilas hoitoon ja helpottaa oireita. Tasaantumisvaihe voi kestää kuukausia. Tässä vaiheessa hoidon vasteen, eli oireiden lievittymisen, pitäisi jo näkyä, mutta toisaalta aletaan kiinnittää huomiota myös

toissijaisiin ongelmiin, kuten masennukseen, ahdistukseen ja päihteidenkäyttöön. Tässä vaiheessa psykoedukaatio, potilaan ohjaus ja neuvonta, on hyödyllistä. Toipumisvaiheessa jatketaan toissijaisten ongelmien työstämistä ja keskitytään sairauden uudelleen puhkeamisen ehkäisyyn. Toipumisvaiheessa potilas alkaa kokea voivansa hallita itseään ja oireitaan sekä kokea voimaantumista. Toipumisvaihe ei varsinaisesti lopu koskaan ja potilaat määrittelevätkin itse sen, mitä toipuminen heidän kohdallaan merkitsee. (Karnerva ym. 2010, 191-193.)

2.5 Skitsofrenia ja hoito

Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisiällä alkava vakava, psykoosiksi luokiteltu mielenterveyden häiriö. Se on yksi vaikeimmista ja haastavimmista sairauksista, ja sen tausta on monitekijäinen ja vielä puutteellisesti tunnettu. Taudin puhkeamiseen vaikuttavat sekä perimä että ympäristötekijät. Skitsofreniaan liittyy aivojen kehityksen häiriö, joka alkaa jo sikiökehityksen aikana ja jota eri ympäristötekijät lapsuus- ja nuoruusiässä voivat pahentaa. (Henriksson ym. 2011, 70.)

Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Sille tyypillisiä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä niin sanotut negatiiviset oireet, kuten tunneilmaisun latistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Potilaalla on vaikeuksia ajatella luovasti, solmia ja ylläpitää läheisiä ihmissuhteita sekä ilmaista selkeästi omia ajatuksia ja tunteita. Oireet vaihtelevat elämänkaaren kuluessa. On esitetty, että skitsofrenia liittyy ihmisen mutkikkaaseen keskushermoston rakenteeseen ja toimintaan -ehkäpä se on ihmisen ainutlaatuisen hermostollisen ja psyykkisen rakenteen, kielen ja mielikuvituksen hinta. (Lönnqvist ym. 2011, 70-71)

Skitsofrenian kliiniset piirteet vaihtelevat yksilöstä toiseen. Tunnusomaisia piirteitä esiintyy havaintokyvyn, ajatustoiminnan, käyttäytymisen ja tunne- elämän osa-alueilla. Ongelmat sosiaalisessa toimintakyvyssä ovat hyvin tyypillisiä. Potilaan toimintakyky taantuu sairastumista edeltäneen tason alapuolelle. Nuorella iällä sairastuneet eivät yleensä saavuta sitä toimintakyvyn tasoa, johon hänen olisi voinut odottaa yltävän. Skitsofreniaan sairastuminen on yleensä hidas prosessi, johon liittyy ensioireita jo vuosia

ennen varsinaisten psykoosioireiden puhkeamista. On muistettava, että aina ei ole kyse hitaasta prosessista. (Lönnqvist ym. 2011, 74)

Psykoosin sairastaneiden ihmisten sairauden ensioireet ovat epäspesifisiä. Skitsofrenian ja depression alkuoireet eivät käytännössä eroa toisistaan. Huolestuneisuus, ahdistuneisuus, mielialan lasku, keskittymisvaikeudet ja vähäenergisyys ovat molempien sairauksien alkuoireita. Kun potilaan tila on lähempänä psykoosivaihetta, voidaan havaita aistiharhaisuutta ja voimakasta epäluuloisuutta. (Lönnqvist ym. 2011, 74-75)

Positiiviset ja negatiiviset oireet ovat perinteinen keino jaotella skitsofrenian oireita. Positiiviset oireet ilmenevät psyykkisten toimintojen häiriintymisenä, kuten aistiharhoina tai harhaluuloina. Negatiivisesti oireileva potilas taas oireilee psyykkisten toimintojen häiriintymisenä. Esimerkiksi puheen köyhtyminen, tahdottomuus ja tunneilmaisun latisuminen ovat negatiivisia oireita. Negatiiviset oireet ovat varsin pysyviä. Kolmas oireryhmä on hajanaiset eli disorganisaatio- oireet. Hajanainen puhe ja käytös sekä epäsopeva tunneilmaisuus viestivät näistä oireista. Sairausjaksoon kuuluu aktiivivaihe, jonka yhteydessä esiintyy positiivisia oireita. Ennakko- ja jälkivaiheiden aikana potilaalla on usein yksinomaan negatiivisia tai myös positiivisia oireita vaimentuneina. (Aalberg ym. 2011, 75)

Skitsofreniaa sairastavan henkilön ulkoinen olemus ja käytöstavat muuttuvat. Esimerkiksi hampaiden pesu, peseytyminen, parran ajaminen ja vaatteiden vaihtaminen saattavat jäädä tekemättä ja käyttäytyminen voi olla sosiaalisesti hämmentävää. Käyttäytyminen voi myös saada outojakin piirteitä, kuten toisten liikkeiden matkimista tai outoja asentoja. Energisyys ja aloitteisuus vähenevät samoin kuin muiden kanssa puhuminen. Vaikka oireet ovat vaikeita, niiden merkitys vähenee, kun potilas tunnistaa oireet ja ymmärtää, mistä oireissa on kyse. (Jokinen, Holopainen & Välimäki 2000, 43.)

Skitsofrenian diagnoosi on kliininen ja perustuu sekä anamneesiin, että psykiatriseen tutkimukseen. Vaikka skitsofreniaan liittyy tiettyjä tyypillisiä oireita, eivät mitkään niistä ole vain tälle sairaudelle tunnusomaisia; samankaltaisia oireita voi olla myös muiden psykiatristen häiriöiden ja somaattisten sairauksien yhteydessä. Aivojen kuvantamisen ja laboratoriotutkimusten perusteella ei voida osoittaa tiettyjä, vain skitsofreniaan viittaavia poikkeavuuksia. (Henriksson ym. 2011, 103.)

Skitsofrenia on jaettu eri alatyyppeihin. Paranoidinen skitsofrenia on yleinen skitsofrenian alatyyppeihin. Tälle alatyypille on ominaista ajatusten keskittäminen yhteen tai useampaan harhaluuloon tai usein esiintyvät kuuloharhat, kun taas muita skitsofreniaoireita esiintyy vähän. Potilas säilyttää toimintakykynsä yleensä paremmin kuin muissa skitsofrenian alatyypeissä, koska tähän sairauden muotoon sairastutaan tyypillisesti vasta aikuisiässä. Hajanaisessa eli hebefrenisessä tautimuodossa taas esiintyy korostuneesti puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Affektien latistuminen ja epäasiallisuus kuuluvat tyypilliseen taudinkuvaan. Sairastumisikä on alhaisempi ja ennuste selvästi huonompi. (Henriksson ym. 2011, 73.)

Katatonisessa skitsofreniassa korostuvat erilaiset psykomotoriset häiriöt, jotka voivat vaihdella hyvin äärimmäisesti. Tyypillisiä oireita ovat mm. katalepsia, vahamainen joustavuus, stupor, motorinen kiihtymys, mutismi, negativismi ja oudot ruumiin asennot, stereotypiat, maneerit, oudot kasvojen ilmeet sekä kaikupuhe eli ekolalia ja kaiku-käytös eli ekopraksia. Katatonisen kiihtymyksen tai stuporin vallitessa potilas tarvitsee intensiivistä lääketieteellistä hoitoa ja seuranta-ekshaustion ja toisaalta nälkiintymisen ja kuivamisen estämiseksi. On muistettava, että katatoninen skitsofrenia on harvinainen taudin muoto ja katatonisia oireita voi esiintyä muissakin psykooseissa ja mielialahäiriöissä. (Henriksson ym. 2011, 73.)

Jäsentymätön skitsofrenia tulee kyseeseen silloin, kun mikään edellä mainituista alatyypeistä ei tule kyseeseen, mutta skitsofrenian tyypioireet ovat kuitenkin olemassa. Suuri osa potilaista luokitellaan nykyisin tähän ryhmään. Tautimuodon luokittelu on hankalaa ja sen vuoksi tulee kysymykseen luopua skitsofrenian alaluokituksista. (Henriksson ym. 2011, 73.)

Jäännöstyyppinen eli residuaalinen skitsofrenia asetetaan diagnoosiksi silloin, kun häiriö on myöhäisvaiheessa. Tällöin skitsofrenian tyypioireet esiintyvät vaimentuneina, kuitenkin negatiivisia oireita on havaittavissa. Lisäksi ICD-10 sisältää kiistanalaisen alaryhmän, skitsofrenia simplex-muodon, johon ei liity varsinaisia psykoottisia oireita. Tälle tautimuodolle on tunnusomaista progressiivinen toimintakyvyn heikkeneminen ja asteittain esiin tulevat syvenevät negatiiviset oireet, kuten tunneköyhyys, tahdottomuus sekä vetäytyminen sosiaalisista suhteista ja työelämästä. Koska kyseinen oireyhtymä ei

sisällä selviä psykoottisia oireita, tulee varmentaa, ettei kyseessä ole mielialahäiriö, persoonallisuushäiriö tai orgaaninen vammautuneisuus. (Henriksson ym. 2011, 73-74.)

Skitsofrenia on pitkäaikainen, usein elinikäinen sairaus. Myös sen hoito on taudin lievenemisvaiheista huolimatta pitkäaikaista. Keskeistä skitsofrenian hoidossa on biologisten, psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten hoitomuotojen yhdistäminen. Varsinaista parantavaa hoitoa skitsofreniaan ei ole. Hoidon ja kuntoutuksen avulla pyritään lievittämään skitsofreniapotilaan oireita, parantamaan hänen psykososiaalista toimintakykyään ja sopeutumistaan sairauteen. Potilaan ja hänen läheistensä tukeminen on tärkeää. Lisäksi sairaalassaoloaikana tulisi saada mahdollisimman hyvä kuva potilaan kokonaisuudesta, kuten asumis- ja taloudellinen tilanne ja autettava potilasta kiireellisten asioiden hoitamisessa Hoidon tavoitteet ovat hyvin yksilöllisiä riippuen sairauden vaikeusasteesta. (Henriksson ym. 2011, 102-103,105.)

Skitsofrenian tasaantumisvaihe alkaa alkuoireiden lievittyttyä ja se saattaa kestää useita kuukausia. Psykoterapeuttiset toimenpiteet ovat tässä vaiheessa tukevia ja psykoedukaatiivisia, tietoa antavia. Potilasta informoidaan skitsofrenian ennusteesta, hoidosta, kuntoutuksesta ja muista sairauteen vaikuttavista tekijöistä. Stressitekijät tulisi vielä tässä vaiheessa pitää minimissään, jotta psykoosioireet eivät pääsisikin pahenemaan. Skitsofrenian vakaassa vaiheessa pyritään lääkehoidon ja kuntoutuksen avulla varmistamaan oireiden poissa pysyminen ja kohentamaan potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. (Henriksson ym. 2011, 106.)

Skitsofrenian hoidossa hoitoympäristön tulisi olla mahdollisimman turvallinen ja toiminnan selkeää ja ennakoitavaa. Psykoosiosastoilla tulisi olla mahdollisimman vähän potilaspaikkoja, ja riittävästi osaavaa henkilökuntaa. Liiallista virikkeiden määrää tulisi yrittää minimoida, koska skitsofreniapotilailla esiintyy usein tarkkaavaisuuteen, keskittymiskykyyn ja ärsykkeiden suodatuksen liittyviä kognitiivisia ongelmia. Skitsofrenia potilaat eivät kykene seulomaan ulkoa tulevaa informaatiotulvaa kuten terveet ihmiset, joten liiallinen informaatiotulva voi aiheuttaa heille levottomuutta, ahdistusta, passiivisuuden ja virhetulkintojen lisääntymistä. (Henriksson ym. 2011, 105.)

Psykoosien hoitoon käytettävät lääkkeet ovat antipsykootteja. Niillä pyritään vähentämään potilaan ahdistuneisuutta, harhaisuutta, levotonta käytöstä, sekä parantamaan yö-

unta. (Nordling & Toivio 2011, 246.) Skitsofreenisen psykoosin hoidossa antipsykoottinen lääkitys on keskeisessä roolissa. Kuitenkaan lääkehoito ei yksin riitä vaan potilas tarvitsee myös kuntouttavia toimenpiteitä. Psykoosin lääkehoito vähentää merkittävästi akuutin psykoosin oireita, uusia sairausjaksoja ja kokonaiskuolleisuutta. Näiltä osin lääkkeet ovat siis olennainen osa skitsofrenian hoidossa. Psykoosien lääkehoidossa käytettävät lääkkeet voidaan karkeasti jaotella kahteen ryhmään; klassisiin eli perinteisiin psykoosilääkkeisiin ja uuden polven psykoosilääkkeisiin (Kanerva ym. 2010, 256). Psykoosilääkkeitä annostellaan suun kautta ja lihaksensisäisesti joko lyhytvaikutteisina tai pitkävaikutteisina muotoina. Pitkävaikutteista lihakseen annettavaa psykoosilääkitystä kannattaa harkita, jos potilas esimerkiksi sairautentunnottomuuden vuoksi toistuvasti laiminlyö lääkitystään. (Henriksson ym. 2011, 109.)

Antipsykoottinen lääkitys on yleensä aina aiheellinen akuuttivaiheessa, kun skitsofrenia diagnoosi on varmistunut. Riittävän antipsykoottisen vaikutuksen aikaansaamiseksi tarvitaan yksilöllinen lääkeannos. Lääkeaineenvaihdunnassa voi potilaiden välillä esiintyä merkittäviäkin eroja. Tärkeää on aloittaa psykoosilääkitys mahdollisimman nopeasti, jotta toipuminen ei viivästy, eikä sairaus pääse kroonistumaan. Jos alkuvaiheen hoito pitkittyy voi potilaan ennuste huonontua merkittävästi. Akuuttivaiheessa psykoosilääkkeillä hoidetuista potilaista 60 % paranee täysin tai kärsii vain lievistä oireista. Oleellinen osa lääkehoidon onnistumisessa on potilaan ja hänen omaistensa myönteisyys lääkelyä kohtaan. Hyvän yhteistyön saavuttamiseksi ja haittavaikutusten minimoimiseksi potilaalle tulisi löytää riittävän tehokas mutta mahdollisimman alhainen antipsykoottinen annos. (Henriksson ym. 2011, 107.)

Nykyään psykoosien hoidossa ensisijaisia lääkkeitä ovat uuden polven antipsykootit, koska niillä on vähemmän haittavaikutuksia, kuin vanhemmilla psykoosilääkkeillä (Nordling & Toivio 2011, 246). Perinteiset psykoosilääkkeet sopivat sellaisille skitsofreniapotilaille, jotka ovat aiemmin hyötäneet niistä eivätkä ole saaneet hoitoa vaikeuttavia haittavaikutuksia (Henriksson ym. 2011, 108). Ennen lääkehoidon aloittamista tulee somaattinen tilanne kartoittaa ja seurata sitä hoidon aikana. Valittaessa sopivaa lääkitystä tulee huomioida potilaan yksilölliset herkkyydet haittavaikutuksille sekä muu lääkitys. (Henriksson ym. 2011, 108.)

Psykoosilääkkeet aiheuttavat haittavaikutuksia 70 % potilaista. Haittavaikutukset voivat heikentää hoitomyöntyvyyttä, mutta esimerkiksi rauhoittavaa vaikutusta voidaan käyttää hyväksi. Perinteisten psykoosilääkkeiden yleisin haittavaikutus on väsymys. 10- 50 % perinteisten psykoosilääkkeiden käyttäjistä kärsii antikolinergisistä haittavaikutuksista, kuten suun kuivuminen, näön hämärtyminen, virtsan pidättäminen ja ummetus. Uuden polven psykoosilääkkeillä haittavaikutuksina voi olla mm. lisääntynyttä syljen eritystä, huimausta ja pahoinvointia. Sentraalinen antikolinerginen vaikutus voi johtaa jopa sekavuuteen ja aistiharhoihin, sekä muistin ja käsityskyvyn heikkenemiseen. Yli puolet perinteisen psykoosilääkityksen käyttäjistä saa ekstrapyramidaalioireita, kuten lihasjänteishäiriöitä. Uuden polven lääkkeet aiheuttavat niitä selvästi vähemmän. Lääkeparkinsonismin oireita ovat jäykkyys, vapina, liikkumattomuus ja liikkeiden hitaus. Akatisia tarkoittaa motorista levottomuutta. potilaat yleensä valittavat sisäistä rauhattomuutta ja pakonomaista tarvetta liikutella eri ruumiinosia. Tämä oire on äärimmäisen kiusallinen ja voi johtaa psykoosilääkkeen puutteelliseen käyttöön. Lisäksi muita haittavaikutuksia voivat olla esimerkiksi painon nousu ja seksuaalitoimintojen häiriöt. (Henriksson ym. 2011, 113-119.)

3 POTILAAN OHJAUS PSYKIATRISISSA SAIRAALAHOIDOSSA

Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutussuhde on tärkein auttamismenetelmä psykiatrisessa hoitotyössä (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 45). Myös Horpun tutkielman (2008, 28) mukaan potilaat pitivät eritasoisia keskusteluja hoitajan kanssa tärkeimpänä antina sairaalassa ollessaan. Hoitosuhde on ammatillinen auttamissuhde, jossa korostuu dialogisuus, vuorovaikutuksellisuus, jonka avulla potilaalla on mahdollisuus todellisuuden havaitsemiseen ja määrittelemiseen. Hoitajan tehtävänä on luoda luottamuksellinen hoitosuhde, jonka perusteita ovat rehellisyys, keskinäinen kunnioitus ja avoimuus. Hoitajan on pysyttävä realiteeteissa, ja puhuttava varsinkin psykoottiselle ihmiselle selvästi ja yksinkertaisilla lauserakenteilla. (Punkanen 2006, 51-53.)

Hoitosuhteen toimenpiteitä ovat informaatio, konfrontaatio ja klarifikaatio. Informaatiolla tarkoitetaan tiedon jakamista, esimerkiksi päiväohjelmasta ja potilaan hoidosta. Konfrontaatiolla tarkoitetaan potilaan huomion kiinnittämistä hänen usein toistuviin tapoihinsa toimia ja kokea. Tavoitteena on tietoisuuden lisääminen osoittamalla potilaalle hänen mahdollisesti vahingollisia toimintatapoja ja ihmisen minäkuvan vahvistaminen. Klarifikaatiossa selvennetään potilaalle, miksi hän käyttäytyy tietyllä tavalla, ja sillä tähdätään potilaan käyttäytymisen jäsentämiseen. (Punkanen 2006, 56.)

Psykiatrisen potilaan hoito, kuntoutus ja ohjaus liittyvät toisiinsa. Hoito on toimintaa, jonka tavoitteena on oireiden lievittäminen, poistaminen tai hallinta, ja sen tehtävänä on luoda edellytykset kuntoutukselle (Koskisuus 2004, 39). Hoidossa tulisi ottaa alusta lähtien huomioon kuntouttavat näkökohdat, niinpä kuntoutus ja hoito voidaankin nähdä rinnakkaisina prosesseina (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 49). Psykiatrisen hoito sisältää ohjauksellisia elementtejä. Ero ohjauksessa ja hoidossa on siinä, keskitytäänkö potilas-hoitaja-suhteeseen, eli psyykkiseen vointiin vai ohjaaja-ohjattava-suhteeseen, eli siihen, miten potilas voisi löytää sopivia edellytyksiä toimia oman elämänsä hyväksi. Ohjaus eroaa opetuksesta ja neuvonnasta siinä, että ohjauksessa potilaan tarvitsemia vastauksia ja tietoja etsitään yhdessä eikä ohjaajalla ole niitä antaa valmiina. (Narumo 2006, 19-20.)

Kuntoutus on erityisen merkityksellistä skitsofrenian hoidossa, koska se on usein aiheuttanut toimintakyvyn heikkenemistä jo sairauden toteamisvaiheessa tai ennen sairastumista. Siksi riski vajaakuntoisuuteen on erityisen suuri. Kuntoutus voi olla joko korjaavaa tai palauttavaa, toimintakyvyn haittoja ehkäisevää tai jo kroonistuneiden sairauksien kohdalla haittoja minimoivaa. Usein potilailla on useanlaisia hoito- ja kuntoutustarpeita samanaikaisesti. Ennen skitsofreniapotilaiden kuntoutus ajateltiin erilliseksi osaksi hoitoa, mutta nykyään ymmärretään, että kuntoutus on aloitettava hoidossa mahdollisimman nopeasti lääkehoidon rinnalla. Kuntoutus voidaan ajatella olevan sairauden aiheuttaman toiminnanvajavuuden ja sosiaalisen haitan ehkäisemistä, korjaamista tai minimoimista. Se nähdään myös prosessina, jonka ensimmäisessä vaiheessa potilas tiedostaa sairastumisen, jolloin kuntoutusmotivaatio voi herätä. (Henriksson ym. 2011 120-122.)

Ohjaus voidaan ymmärtää kokemusperäisenä vuoropuhelun- ja kuuntelun metodina. Sekä kuntoutuksen että ohjauksen tavoitteena on yksilön auttaminen selviytymään hänen kasvuaan estävistä tekijöistä, kyetä kohtaamaan ja käsittelemään niitä ja kehittymään omien voimavarojensa avulla (Mattila 2009, 81,100). Ohjausta voidaan kuvailla mm. termeillä neuvominen, opettaminen ja tukeminen. Kokemusperäisen ohjauksen lähtökohtana on vastavuoroisuus ja dialogisuus. Kokemusperäisen ohjauksen usein käytettyjä tapoja ovat mm. toiminnan mielekkääksi tekeminen, kannustaminen, kehottaminen ja kokemusten jakaminen (Pihlaja 2008, 89-90). Ohjaaja antaa ohjattavalle aikaa, huomiota ja kunnioitusta ja siten osallistuu ohjattavan elämänmuutosprosessiin. Ohjauksen tarkoituksena on käsitellä kokemuksia, mielikuvia, tunteita ja ajatuksia eikä niinkään saada aikaan muutosta käyttäytymisessä, vaikkakin päähuomio on normaalissa käyttäytymisessä ja ongelmanratkaisussa (Mattila 2009, 96-97, 100).

Ohjaustyön perustana voidaan nähdä myös konkreettisten ongelmien selvittely ja ratkaisujen etsiminen, jolloin kuntoutuminen voi alkaa rakentumaan. Tarkoituksena on arjen kulkua helpottavien ratkaisujen löytäminen, sillä kuntoutumista on vaikea alkaa edes miettimään, jos mielessä painavat esimerkiksi selvittämättömät talousasiat tai asumisen ongelmat. (Narumo 2006, 16.) Pitkäaikaispotilaiden kohdalla ohjaus on usein konkreettista ja voi tarkoittaa kaikissa päivittäisissä toiminnoissa ohjaamista, sillä pitkäaikaispo-

tilailla voi esiintyä taantumista ja laitostumista. Kuntoutus käsittääkin pitkäaikaispotilaiden kohdalla kaikki ne osa-alueet, joilla hän on taantunut. (Punkanen 2001, 28-29.)

Pihlajan (2008, 83, 85) mukaan arkielämän taitojen, kuten ruuanlaiton, siivouksen, kaupassa asiointiin liittyvien asioiden, vaatehuollon, perushygienian ja normaalin vuorokausirytmien ylläpitäminen sekä myös fyysiseen hyvinvointiin liittyvien asioiden, kuten liikunnan ja painonhallinnan, ohjaus onkin yksi kuntoutumisen peruselementeistä. Mattilan (2002, 49) mukaan potilaat itse kokevat saavansa vähän ohjausta liikunnan suhteen ja enemmänkin eri terapioiden. Mattilan tutkimuksen mukaan vain yksi potilas kymmenestä ajatteli liikunnan olevan tärkeä voimavara, kun taas Horpun (2008, 33) tutkielman mukaan potilaat kokivat liikunnan kohentaneen mielialaa ja auttaneen jaksamaan.

Pihlajan mukaan (2008, 85, 105,106) ohjattavan oma oppimistyyli ja tapa omaksua asiat vaikuttavat ohjausmenetelmien valintaan. Näiden tietämisen edellytyksenä on, että ohjaaja perehtyy potilaan taustatekijöihin ja keskustelee hänen kanssaan. Myös erilaiset fyysiset tekijät, kuten ikä ja sairauden laatu, vaikuttavat siihen, miten kuntoutuja kykenee ottamaan ohjauksen vastaan. Kuntoutujat tarvitsevat liikkumisen mahdollisuutta, toisia henkilöitä sekä erilaisia vaihtoehtoja siihen, milloin, missä ja miten he oppivat.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 2. 5§) käsittelee potilaan tiedonsaanti-oikeutta; potilaalla on oikeus saada tietää hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista sekä muista asioista, joilla on merkitystä hänen hoidon kannaltaan, siten, että potilas ymmärtää sen sisällön. Hotin (2004, 4) mukaan psykiatriset potilaat kokevat hyötyvänsä sairauttaan koskevan tiedon saamisesta ja kokevat, että tiedon saaminen vaikuttaa myönteisesti myös läheisten suhtautumiseen potilaaseen. Hänen mukaansa psykiatriset potilaat haluavat tietoa sekä sairauden hoidosta että sairauden luonteesta, sairauden kulkuun vaikuttavista tekijöistä, ennusteesta, sosiaalisista oikeuksista sekä sairauden vaikutuksesta päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen.

Kuitenkin laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 2. 5§) sanotaan myös, ettei selvitystä tule antaa vastoin potilaan tahtoa eikä myöskään silloin, jos selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan terveydelle tai hengelle. Jotta potilas voisi tehdä omaa hoitoaan koskevia päätöksiä, on hänellä oltava riittävä tieto omasta tilan-

teestaan ja toimintavaihtoehtoistaan, mutta hänen on myös kyettävä arvioimaan päätöksensä seuraukset. Hoitohenkilökunta joutuukin usein ongelmien eteen, joissa he joutuvat miettimään sairauden vaikutusta potilaan ajattelu- ja päätöksentekokykyyn. (Holopainen, Jokinen & Välimäki 2000, 37.)

Psykoottiselle ihmiselle on annettava tietoa eri tavalla kuin terveelle ihmiselle, sillä psykoottinen ihminen ei pysty vastaanottamaan eikä käsittelemään liian paljon tietoa yhdellä kertaa. Toisaalta, jos potilas tuntee tietävänsä liian vähän, voi se tehdä hänet pelokkaaksi ja epävarmaksi. Annettavan informaation on oltava lyhyttä, toistuvaa, realisoivaa ja konkreettista. (Punkanen 2006, 56.) Kilkun (2008, 85) mukaan ensipsykosipotilaat kokevatkin saavansa liian vähän tietoa, mutta se saattaa johtua myös kognitiivisista ongelmista. Vaikka tietoa olisikin annettu, eivät potilaat välttämättä pystyneet tietoa vastaanottamaan tai muistamaan, ja tarvitsevatkin asioiden uudelleen läpikäymistä ja kertausta.

3.1 Kirjallinen ohjaus

Kirjallinen potilasohjaus on tullut yhä tärkeämmäksi osaksi hyvää hoitoa. Kirjallisen potilasohjauksen tulee olla ymmärrettävää ja potilaat huomioonottavaa. Kirjalliset ohjeet ovat tarpeen potilaan ohjauksen tukena silloinkin, kun henkilökohtaiseen ohjaukseen on tarpeeksi aikaa; ne täydentävät suullista ohjausta. Lisäksi suullisen ohjauksen haittapuolena on unohtaminen. Kirjallisen ohjeen avulla potilas voi palauttaa asioita mieleensä ja kerrata niitä itselleen sopivana ajankohtana. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 7-8, 29.)

Potilasohjeissa olennaiseksi nousee se, miten asiat sanotaan, sen lisäksi, mitä sanotaan. Esimerkiksi sairastuminen voi heikentää potilaan kykyä vastaanottaa tietoa. Potilasohjeet sisältävät informaation ja neuvonnan lisäksi aina merkityksiä, tapoja asemoida potilas sekä antavat kuvan organisaation hoitoideologiasta. Ne myös kutsuvat potilasta osallistumaan. Potilasohjeita ei siis voi pitää ainoastaan tiedon välittäjinä. Potilasohjeiden ensisijaisena tarkoituksena voidaan pitää potilaiden kysymyksiin vastaamista ja vasta toissijaisena tulee osaston ohjeiden ja neuvojen välittäminen potilaalle. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 11-12, 15, 31, 34.)

Hyvä potilasohje palvelee juuri tietyn laitoksen tai osaston väkeä; potilaita ja henkilökuntaa. Ohjeen tekijöiden tulisi tehdä yhteiset sopimukset mm. potilaiden puhuttelemista ja lääketieteellisten termien käytöstä. Potilasohjeen lähtökohtana on käytännön hoitotyön tarpeet ja pulmat. Potilasohjeessa yhdistyy laitoksen tarpeet ohjata potilasta järjestelmän hyvinä pitämien mallien mukaisesti ja potilaiden tarpeet saada olennaista tietoa. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 34-35.)

Hyvä ohje puhuttelee potilasta niin, että lukija ymmärtää heti opasta katsoessaan, että teksti on kirjoitettu hänelle. Puhuttelu ei kuitenkaan tarkoita käskyttämistä, vaan ohjeiden tärkeyttä voidaan korostaa perustelemalla, miksi jotkin menettelytavat esimerkiksi ovat suotavia. Opasta selkiyttää kirjoittamistapa, jossa tärkein kerrotaan ensin. Tällöin myös vain alun lukevat tietävät, mistä oppaassa on kyse. Luettavuuden kannalta tärkeimpiä osia ovat otsikko ja väliotsikot, jotka jakavat tekstin sopiviin paloihin. Väliotsikot myös kertovat olennaisimman asian tulevassa tekstissä ja siten auttavat lukijaa lukemaan tekstin loppuun saakka. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 36, 38-40.)

Oppaassa voi käyttää kuvia lukemiseen houkuttelemisen avuksi. Ne voivat sekä tukea että täydentää tekstin asiaa sekä lisätä kiinnostusta ja ymmärrettävyyttä tekstiin. Niiden käyttöön kuitenkin vaikuttavat tekijänoikeudet. Ymmärrettävyyttä tukee oppaan tekstin kirjoittaminen havainnollisella yleiskielellä sekä looginen ja selkeä kappalejako. Opas ei myöskään saa olla liian informatiivinen, vaan ulkoasuun ja taittoon on käytettävä huolellisuutta. (Heikkinen, Tiainen & Torkkola 2002, 40-43, 53.)

4 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Teimme opinnäytetyönämme toiminnallisen opinnäytetyön, joka on vaihtoehto ammatikorkeakoulun tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee mm. käytännön toiminnan ohjeistamista tai järjestämistä, ja sen tuotoksena on aina jokin konkreettinen tuote, kuten kirja, ohjeistus tai tapahtuma. Opinnäytetyön tulisi olla käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja riittävällä tasolla tietojen ja taitojen hallintaa osoittava. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitellaan käytännön toteutuksen ja sen raportoinnin yhdistämistä tutkimusviestinnän keinoin. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-10,51.) Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatriseen tulosalueeseen kuuluva vaativan hoidon osasto 82. Opinnäytetyömme tuotoksena teimme toimeksiantajan pyynnöstä potilasoppaan osastolle 82.

Toiminnallinen opinnäytetyö perustuu projektisuunnitelmaan. Projekti perustuu aina asiakkaan tilaukseen, mikä asettaa projektille vaatimuksia ja reunaehjoja. Projektisuunnitelma toimii myös sopimuksena, jossa eritellään kaikki ne tehtävät ja työvaiheet, joita lopputuloksen valmistamiseksi tarvitaan. Kun projektisuunnitelma on hyväksytty, voidaan hanketta, eli tässä tapauksessa opasta, lähteä toteuttamaan. Projektityön luonteeseen kuuluu ainutkertaisuus, sillä kahta samanlaista projektia ei ole. Asialla ollaan aina enemmän tai vähemmän ensimmäistä kertaa ja yrittää voi vain kerran. (Ruuska 2006, 23,33.)

Keskeisiksi käsitteiksi valitsimme potilaan ohjauksen psykiatrisessa sairaalahoidossa, kirjallisen ohjauksen ja psykoosin. Käsitteet valitsimme, koska toimeksiantaja on vaativan psykiatrisen hoidon osasto, joka on keskittynyt psykoosipotilaiden hoitoon. Kirjallisen ohjauksen valitsimme, koska tuotoksena teimme potilasoppaan.

4.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön taustalla oli osaston tarve saada potilasopas, josta potilaat saisivat kuntoutumista tukevaa tietoa osastosta ja hoidosta hoitajien suullisen ohjauksen tueksi. Taustalla oli myös osaston työntekijöiden tarve saada helpotusta työlääksi kokemaansa potilaiden motivointiin.

Osastolla oli jo valmiiksi lääkefirmojen oppaita, joista potilaat saivat tietoa mm. sairauksista ja niiden etenkin lääkkeellisestä hoidosta. Osastolla oli myös saatavana kirjallisena osaston säännöt ja viikkoaikataulu. Tarpeena oli saada opas, jossa esitellään potilaalle myös hoidon kannalta tärkeitä peruskäsitteitä. Lyhyesti muotoiltuna oppaaseen oli tarkoitus saada selvitettyä asioita, joita potilaiden olisi hyvä tietää osastolla ollessaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda vaativan hoidon osastolle 82 potilasopas sekä sähköisenä että paperisena versiona. Tavoitteena oli tehdä oppaasta potilaslähtöisesti helppolukuinen sekä hoitomyöntyvyyttä tukeva. Tarkoituksena oli myös, että potilaat voisivat tutustua oppaaseen sekä itsenäisesti että ohjatuissa ryhmissä.

Pitkän ajan kehitystavoitteena oli, että potilaat sisäistäisivät osastohoidon merkityksen ja oman sairautensa hoidossa käytettävät menetelmät paremmin kirjallisen oppaan avulla ja opas siten antaisi paremmat lähtökohdat potilaan ohjaukselle ja sitä kautta kuntoutumiselle. Välittömänä tavoitteena oli, että potilaat saavat tarkempaa ja selkeämpää tietoa osastosta kuin pelkän suullisen tiedon avulla ja ymmärtävät hoidon tavoitteet paremmin.

Laatutavoitteena oli, että opas ottaa hyvin huomioon kohderyhmän ja on helppolukuinen, ymmärrettävä, selkeä ja sisältää potilaan kannalta tarpeellisen tiedon.

Omat oppimistavoitteemme olivat saada tietoa psykiatrisesta hoitotyöstä ja toiminnallisen opinnäytetyön tekemisestä. Oppimistavoitteena oli myös perehtyä psykoottisen potilaan hoitotyöhön ja ohjaukseen.

Potilasoppaan kohderyhmänä oli Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Oulun yliopistollisen sairaalan psykiatrisen tulosalueen vaativan hoidon osasto 82:n potilaat. Hyödynsääjiä ovat myös osaston hoitohenkilökunta, sillä kirjallinen ohjaus tukee suul-

lista ohjausta. Myös muut osaston kanssa moniammatillisessa yhteistyössä toimivat tahot hyötyvät oppaasta, sillä oppaassa käsitellään myös moniammatillista yhteistyötä ja jatkohoitoa. Potilaan hoidossa mukana olevat läheiset hyötyvät välillisesti oppaasta, sillä hekin tarvitsevat yhtäläillä tietoa läheisen sairastuessa

4.2 Projektin toteutus

Opinnäytetyömme alkoi aiheen varaamisella Tki-pankista alkukesällä 2013 laittamalla sähköpostia aiheen yhteydessä mainitulle yhteyshenkilölle. Itse opinnäytetyön tekeminen alkoi teoriapohjan kokoamisella syksyllä 2013, jolloin osallistuimme ensimmäiseen opinnäytetyöpajaamme ja saimme työllemme ohjaavan opettajan. Oma ryhmämme aloitti opinnäytetyöpajat jo keväällä 2013, mutta tuolloin emme vielä osallistuneet pajiin, koska emme olleet selvittäneet, minkälaisen opinnäytetyön halusimme tehdä.

Ensimmäinen tapaaminen osastolla opinnäytetyön merkeissä oli marraskuussa 2013, jolloin myös ohjaava opettajamme oli tapaamisessa mukana. Tapaamisessa sovimme tarkemmin, millainen opas käytännössä olisi. Tässä tapaamisessa aiemmin sähköpostein sovittu oppaan sisältö muuttui ja saimme uusia näkökulmia oppaaseen, jotka paremmin huomioivat käytännön tarpeet osastolla. Tapaamisessa sovimme myös alustavasti oppaan aikataulusta. Tapaamisen jälkeen keskityimme vielä teorian tiedon hankkimiseen ja tietoperustan tekemiseen.

Tietoperustan ollessa osittain tehty siirryimme projektisuunnitelman tekemiseen tammikuussa 2014. Suunnitelmana oli, että projektisuunnitelma olisi valmis viimeistään huhtikuussa 2014 ja itse tuotos, potilasopas, syksyllä 2014. Opinnäytetyötä varten hankimme tietoa potilaan ohjauksesta psykiatrisessa sairaalahoidossa sekä kirjallisesta potilasohjauksesta. Lisäksi perehdyimme siihen, millaista on olla potilaana psykiatrisella osastolla. Kerroimme myös tahdonvastaisesta hoidosta sekä hoitojärjestelmästä. Psykoosien yhteydessä avasimme eri psykooseja sekä kerroimme skitsofreniasta. Teoriataustaa hankimme mm. psykiatrisen alan kirjallisuudesta, lainsäädännöstä, julkaisuista ja tutkimuksista. Tiedonhaun apuna käytimme mm. Oulun ammattikorkeakoulun kirjaston tietokantoja. Projektisuunnitelman ollessa valmis ja hyväksytty allekirjoitimme tutkimuslupasuunnitelman ja aloitimme oppaan tekemisen.

Opasta tehdessä pidimme tiiviisti yhteyttä osaston yhteyshenkilöiden kanssa. Niin meille oppaan tekijöille kuin myös toimeksiantajalle oli koko ajan tärkeää muistaa potilaista itsestään lähtevä tarve. Potilaiden mielipidettä ja toiveita potilasoppaasta ja sen sisällöstä kysyttiin useaan otteeseen ensimmäiseksi jo opasta suunniteltaessa, oppaan tekovaiheessa sekä oppaan valmistuttua palautteen muodossa.

Oppaan sisältö ja ulkoasu muuttui useaan otteeseen tekoprosessin aikana potilaiden ja henkilökunnan toiveiden ja palautteiden mukaan vastaamaan entistä tarkemmin osaston tarpeita. Yhteistyö toteutui niin yhteisten palavereiden kuin sähköpostinkin välityksellä. Oppaan ulkoasu muuttui A3-koosta A4-kokoon, joka oli visuaalisesti selkeämpi ja taloudellisempi ja antoi mahdollisuuden oppaan muokkaamiseen reaaliaikaan helposti. Käytimme oppaassa kuvia, jotka otimme osastosta ja sairaalasta vastaamaan oppaan tekstisisältöä. Oppaan sisältö muovautui useaan otteeseen, mutta jo opasta suunniteltaessa oppaaseen toivottu käsitteiden avaus säilyi koko oppaan työstämisen ajan keskeisessä asemassa, ja sen ympärille opasta alettiin rakentamaan.

Oppaaseen sisällytettiin tietoa osastosta, kuten päivärytmistä, ulkoilusta ja ulkoilualueesta, harrastusmahdollisuuksista, arjenhallinnasta, osastolla olevista ryhmistä, uloskirjauksesta ja jatkohoidosta sekä taidoista, joita jatkohoitoon päästäkseen on hallittava. Lisäksi oppaaseen sisällytettiin erilaisia hoidon kannalta tärkeitä peruskäsitteitä, kuten suljetut ovet, vierailuajat, hoitoneuvottelu, RAI, vapaakulku, asiointivapaa, päivä- ja yöloimat, verkoston mukaan ottaminen sekä omahoitaja, jotka selitettiin potilaan näkökulmasta selkeästi.

Lopullinen potilasopas lähetettiin osastolle marraskuussa 2014 ohjaavan opettajan hyväksytyä oppaan muodon. Esitimme opinnäytetyömme työelämäyhteistyöpäivässä Oulun ammattikorkeakoulussa Oulaisten sosiaali- ja terveystieteiden yksikössä 26.11.2014. Raportin kirjoitusta oli tarkoitus jatkaa vielä syyslukukausi 2014, mutta aikataulullisista syistä raportin kirjoittaminen jäi kevätlukukaudelle 2015. Lopullinen vastaus potilasoppaan hyväksymisestä osaston taholta ja ilmoitus oppaan käyttöönottamisesta tuli 13.3.2015.

5 PROJEKTIN ARVIOINTI

Seurasimme tavoitteidemme saavuttamista olemalla tiiviisti yhteistyössä osaston kanssa sekä kysymällä yhteyshenkilöltämme ja ohjaavalta opettajaltamme heidän mielipidettään oppaasta. Voimme sanoa saavuttaneemme tavoitteemme tehdä osastolle 82 potilasopas. Olemme myös onnistuneet tavoitteessamme tehdä oppaasta helppolukuinen ja koottua siihen asioita, joista uskomme olevan potilaille hyötyä. Toisaalta oppaan laajuus vaikuttaa oppaan helppolukuisuuteen ja siten vaikeuttaa oppaassa olevien asioiden sisäistämistä ja löytämistä. On muistettava, että oppaan kohderyhmänä olivat pääosin psykoosia sairastavat potilaat. Toisaalta emme voi väheksyä psykoosia sairastavien potilaiden tiedontarvetta; potilaiden palautteen perusteella olimme onnistuneet kokoamaan oppaaseen heille hyödyllisiä asioita.

Oppaan tekeminen vaati tiivistä yhteistyötä toimeksiantajan kanssa, sillä heiltä saimme yksityiskohtaista tietoa juuri siitä osastosta, jolle opas tuli. Oppaan oli tarkoitus palvella työelämää ja osaston tarpeita. Mielestämme onnistuimme myös tässä tavoitteessamme, sillä molemmiin puolin hyvin sujuvan yhteistyön avulla saimme pidettyä yhteyttä oppaan merkeissä koko oppaan työstämisaikan ja vaihdettua ajatuksia oppaan sisällöstä. Olemme erittäin tyytyväisiä yhteistyöhön toimeksiantajan puolelta. He olivat alusta saakka kiinnostuneita projektista, ja käyttivät paljon aikaansa oppaan valmistumista varten.

Oppaan tekeminen oli haastavaa kohderyhmän sekä sisällön rajaamisen vuoksi. Oppaaseen toivottiin paljon asiasisältöä, mutta kohderyhmän vuoksi sisältö tuli pitää mahdollisimman selkeänä ja lyhyenä. Oppaasta tuli sisällöltään ja sivumäärältään laaja, mutta sisällysluettelo auttaa etsimään ja löytämään oppaasta juuri ne asiat, joihin potilaat etsivät tietoa. Lisäksi käytimme kuvia tekemään oppaasta helppolukuisemman ja visuaalisesti kiinnostavamman. Koska oppaasta oli erittäin vaikea saada helppolukuinen sen laajuus huomioon ottaen, olemme tyytyväisiä saatuamme oppaasta tarpeeksi helppolukuinen karsimatta tärkeää sisältöä pois.

Potilaat toivat aamukokouksissa hyviä mielipiteitä ja toiveita koskien oppaan sisältöä. Heidän toiveensa otettiin niin hyvin huomioon kuin mahdollista, esimerkiksi avasimme oppaassa vielä lisää käsitteitä heidän toiveidensa mukaan ja lisäsimme heille tärkeitä asioita osaston säännöistä liittyen turvallisuuteen ja koskemattomuuteen. Kuitenkaan kaikkia toiveita emme voineet toteuttaa, kuten oppaan tekemistä ranskalaisin viivoin. Tätäkin toivetta koitimme soveltaa oppaassa tekemällä siitä mahdollisimman selkeän. Loppupalautteessa potilaat antoivat oppaasta hyvää palautetta. Potilaiden mielestä opas oli hyvä, kuvasi osastoa yhtenä Oulun yliopistollisen sairaalan hoito-osastona, siinä oli koottuna olennaiset asiat, opas oli erittäin kattava ja myös turvahoidot oli kuvattu lyhyesti.

Toimeksiantajan mielipiteet olivat osittain vaihtelevia. Vaihdettuamme kuvat maisemakuvista osaston sisä- ja ulkotiloista otettuihin kuviin, oltiin niihin tyytyväisiä. Tosin kannessa oleva kuva sairaalan ulkosivusta jakoi mielipiteet, sillä kuva näytti osan mielestä synkältä. Tämä saattoi johtua myös vuodenajasta ja siihen liittyvästä pimeydestä. Oppaaseen sisällytetyt mietelauseet ja oppaan laajuus jakoivat myös mielipiteitä. Osan mielestä opas oli liian laaja ja mietelauseet tarpeettomia. Oppaan laajuutta oli vaikea muuttaa, koska siinä käsiteltiin osastolta tulleita toiveita asiasisällöstä. Pääosin toimeksiantajan palaute oli erittäin positiivista; opas haluttiin mahdollisimman nopeasti potilaskäyttöön, ja aikomuksena oli käyttää sitä myös useammalla sairaalan osastolla. Henkilökunnan mukaan oppaan asiasisältö ja kuvat olivat hyviä, ja ulkoasu ja jäsentely selkeämpi kuin aiemmissa versioissa.

Opinnäytetyön tekeminen pysyi osittain aikataulussa. Olemme tyytyväisiä siihen, että opinnäytetyönä tekemämme potilasoppaan luovutus osastolle pysyi aikataulussa, vaikkakin itse raportin kirjoittaminen viivästyi syyslukukaudesta 2014 kevätlukukaudelle 2015. Olimme tietoisia opinnäytetyön tekemistä mahdollisesti haittaavista riskeistä, joiksi mainitsimme juuri aikataulun pettämisen opintojen ja työelämän vuoksi. Varsinkin raportin kirjoittamista haittasi aikataulun pettäminen, koska pitkän aikavälin jälkeen oli vaikeaa palata jälleen opinnäytetyön kirjoittamisen pariin.

5.1 Eettisyys

Opinnäytetyön tuotoksena syntyvän oppaan tulee noudattaa korkeaa eettistä laatua. Eettisten kysymysten pohtiminen mielenterveystyössä on tärkeää, koska tällä hoitotyön alueella esiintyy runsaasti erilaisia eettisiä ongelmia. Esimerkiksi pakkotoimet ja potilaan rajoittaminen ovat asioita, joiden vuoksi eettiset näkökulmat tulevat mielenterveystyössä herkästi esiin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 264, 267). Eettinen pohdinta on tärkeää erityisesti sen vuoksi, että mielenterveyden ongelmat tekevät ihmisestä helposti haavoittuvan.

Kun ymmärrys omasta tilasta puuttuu tai sairaudentunne on vähäinen, myös käsitys avun tarpeesta voi hämärtyä. Tällöin potilaat saattavat olla liian väsyneitä huolehtimaan itsestään ja ympäristöstään. Latvalan ym. (2000) tekemässä tutkimuksessa tämä tuli esiin siten, että valtaosa mielenterveyden häiriöistä kärsivistä potilaista oli passiivisia hoidon vastaanottajia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 264) Yksi oppaan tavoitteista onkin tukea potilaiden aktiivisuutta omassa kuntoutumisessaan.

Opasta tehdessä hoitotyön keskeisenä periaatteena oleva autonomia tulee pohdittavaksi. Ongelmana on se, että missä määrin mielenterveyshäiriöstä kärsivä ihminen voi olla autonominen? (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 266) Pyrimme oppaan avulla edistämään psyykkisesti sairaan potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. Hoitoon sitoutumattomuus on vakava ongelma mielenterveystyössä. Meidän on oppaan tekijöinä osattava muodostaa opas siten, että se tukee potilaan hoitomyöntyvyyttä, mutta kuitenkin huomioiden eettiset näkökulmat. Lähtökohtana on aina potilaan etu.

Opinnäytetyötä tehdessä meidän oli osattava etsiä aiheeseemme liittyviä totuudenmukaisia ja eettisesti kirjoitettuja lähteitä. Oli myös tärkeää merkitä lähdeviitteet oikein, jotta plagioinnin vaaraa ei tullut. Opasta tehdessä oli muistettava oma vastuumme kirjoittajina; oli tärkeää kirjoittaa teksti niin, että missään vaiheessa omat mielipiteemme eivät päässeet muokkaamaan tekstin sävyä ja siten mahdollisesti muokkaamaan tekstin sanomaa vääränlaiseksi. Kirjoittamisen vastuu näkyi myös siten, että meidän oli muistettava koko prosessin ajan toimeksiantajan toiveet ja tarpeet sekä otettava huomioon oppaan kohderyhmä.

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen oli laajin projekti, jonka olimme tähän saakka tehneet. Työn laajuus ja vaativuus yllätti meidät, teimmehän me opinnäytetyötä kokonaisuudessaan ajallisesti yli vuoden. Jo pelkästään teoriapohjaa kootessa oli käytettävä paljon aikaa ajattelutyöhön; millaista tietoa etsisimme, mistä sitä pitäisi etsiä, miten tieto saataisiin koottua yhtenäiseksi kokonaisuudeksi ja miten osaisimme rajata aiheen niin, ettei se paisuisi liian suureksi kokonaisuudeksi. Vaarana oli myös, että etsisimme niin sanottua turhaa tietoa, joka ei koskisikaan meidän opinnäytetyötämme. Yhtä haastavaa oli saada ajatukset koottua kirjallisesti ylös niin projektisuunnitelmaa kuin opastakin kirjoitettaessa.

Olemme tyytyväisiä valintaamme tehdä toiminnallinen opinnäytetyö, joka vastasi sen hetken työelämän tarpeisiin. Uskomme potilasoppaalla olevan merkitystä potilaille, sillä se motivoi potilaita heidän omaan osallisuuteensa, joka on useiden opinnäytetyössä mainittujen tutkimusten mukaan tärkeää. Oppaassa kerrotaan mm. erilaisista ajanviettomahdollisuuksista osastolla, mikä voi madaltaa potilaiden kynnystä osallistua erilaisiin psyykkistä vointia tukeviin toimintoihin. Siinä on myös tietoa mm. hoidosta ja hoitoympäristöstä ja perheen huomioimisesta. Nämä asiat omalta osaltaan tuovat potilaille turvallisuuden tunnetta.

Koemme, että olemme saaneet koottua oppaaseen kattavasti tärkeitä asioita, joita psykiatrisen potilaan on hyvä tietää osastolla ollessaan. Saimme pidettyä oppaan visuaalisesti selkeänä, vaikka informaatiota oli laajasti. Erityisesti ensimmäistä kertaa psykiatrisella osastolla oleva potilas voi saada oppaasta suuren määrän tärkeää tietoa ja apua.

Työstä tuli laajempi kuin olimme ajatelleet, mutta näin jälkepäin olemme siihen tyytyväisiä. Ammatillinen kasvumme sai hyvän pohjan onnistuessamme tekemään opinnäytetyön kokonaisuudessaan, sekä saadessamme positiivisia ja kannustavia palautteita toimeksiantajalta ja ohjaavalta opettajalta. Meille oli tärkeää tietää, että potilasopas tulisi pikimmiten potilaskäyttöön ja sille oli oikea tarve.

Opinnäytetyön tekeminen tuki ammatillista kasvuamme sairaanhoitajiksi myös sen vuoksi, että jouduimme potilasopasta varten etsimään tietoa psykiatrisesta potilaasta ja sairaalahoidosta ja etenkin psykoosista sekä potilasohjauksesta laajasti. Koemme hankitun tiedon tukevan tulevaa työtämme erityisen hyvin, sillä syvennyimme mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Erityisen antoisana pidämme sitä, että ymmärrämme nyt paitsi potilaan näkökulmaa myös sairastumisen yhteiskunnallisia seurauksia paremmin kuin ennen opinnäytetyötämme.

Opinnäytetyötä tehdessämme opimme myös tietynlaista nöyryyttä. Meidän oli vietävä projekti loppuun sovituksessa ajassa onnistuneesti kaikista mahdollisista vastoinkäymisistä huolimatta. Meidän oli kyettävä työskentelemään ammatillisesti yhteistyössä toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan kanssa ja myös opittava luottamaan ja uskomaan omaan ammatilliseen taitoomme, tietoomme ja kykyymme tehdä opas ja opinnäytetyö. Meidän tekijöiden keskinäinen yhteistyökyky oli erittäin tärkeää. Opimme joustamaan toisen tarpeiden mukaan ja kunnioittamaan toisen näkemyksiä yhtä hyvinä kuin omiamme. Opimme myös myöntämään itsellemme, milloin emme osanneet tai tienneet jotakin asiaa ja ottamaan silloin tukea vastaan toiselta.

Jos nyt saisimme aloittaa opinnäytetyön tekemisen alusta, suunnittelisimme asiat paremmin alusta saakka. Teoriapohjan ja projektisuunnitelman tekemiseen liittyi paljon turhaa työtä ymmärtäessämme, että jo etsimämme tieto ei liittynytkään tarpeeksi läheisesti meidän aiheeseemme. Olisimme nyt rajanneet aiheen jo alussa tarkemmin. Aiheen rajaaminen niin projektisuunnitelmaan kuin oppaaseen oli yllättävän vaikeaa, sillä mitä enemmän tietoa etsimme, sitä enemmän monet asiat tuntuivat niin tärkeiltä, että niitä oli vaikea jättää pois. Oli vaikeaa tietää, mitkä asiat oppaassa tukisivat potilaiden hoitomyöntyvyyttä ja mistä asioista olisi potilaille oikeasti apua ja hyötyä. Teimme kuitenkin yhteistyötä ammattilaisten kanssa, joilla oli erittäin hyviä näkemyksiä oppaaseen, ja jotka työskennellessään potilaiden kanssa omasivat laajan näkemyksen potilaiden tarpeista. Olemme kiitollisia antoisasta yhteistyöstä osaston henkilökunnan kanssa.

LÄHTEET

Annala T., Saarelainen R., Stengård E. & Vuori-Kemilä A. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 123-124

Heikkinen, H., Tiainen, S. & Torkkola S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 7-53.

Hentinen, K. 2009. Psykoottisen henkilön kokemuksellisuus – hoitotyön lähtökohta. Teoksessa K. Hentinen, A. Iija & E. Mattila (toim.) Kuuntele minua – mielenterveys-työn käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

(41)

Holopainen, A., Jokinen, M. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy.

Horppu, C. 2008. Psykiatrinen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto.

Hotti, A. 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Turun yliopiston julkaisuja. Sarja 212.

Kanerva, A., Kuhanen, C., Oittinen, P., Schubert, C. & Seuri, T. 2010. Mielenterveys-
hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substanttiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisessa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Koskisuus, J. 2004. Eri teitä perille. Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulu: Oulun yliopisto.

Lönnqvist J., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. 2011. Psykiatria. 9., uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. (53-650)

Mattila, E. 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoitotai palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 179.

Mattila, E. 2009. Vuorokuunteluohjaus dialogissa. Teoksessa K. Hentinen, A. Iija & E. Mattila (toim.) Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi. (81)

Mattila, E. 2009. Ohjaava kuntoutus. Teoksessa K. Hentinen, A. Iija & E. Mattila (toim.) Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi. (96-100)

Mielenterveysasetus 01.01.1991/1247.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Narumo, R. 2006. Voiko kuntoutumista ohjata? – Ohjaava työote mielenterveystyössä. Pori: Mielenterveyden keskusliitto.

Nordling, E. & Toivio, T. 2011. Mielenterveyden psykologia. 1. – 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Perälä, J. 2013. Epidemiology of psychotic disorders. Academic dissertation. Tampere: Juvenes Print – Finnish University Print Ltd

Pihlaja, K. 2008. “Joka päivä ittensä kuntouttaminen on kova työ”. Etnografinen tutkimus mielenterveyskuntoutujan arjessa oppimisesta. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Osasto 82. Hakupäivä 30.3.2014. <http://www.ppshp.fi/psykiatria/prime103.aspx>.

Punkanen, T. 2006. Mielenterveystyö ammattina. 2. – 4. painos. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 8-104.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Ruuska, K. 2006. Terveydenhuollon projektinhallinta. Mallit, työkalut, ihmiset. Tammer-Paino Oy.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Vilkka H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi. (9)

POTILASOPAS

Osasto 82



SISÄLLYS

| | |
|--|-----------|
| Mitä sinun olisi hyvä tietää osastosta?..... | 3 |
| Millainen osasto 82 on? | 4 |
| Mitä hoito on? | 7 |
| Mitä kuntoutuminen tarkoittaa? | 8 |
| Miten läheiset otetaan mukaan hoitoosi? | 9 |
| | |
| Mitä tarkoittavat? | 11 |
| Suljettu osasto..... | 11 |
| Tahdosta riippumaton ja vapaaehtoinen hoito..... | 11 |
| Viikko-ohjelma..... | 12 |
| Aamuryhmä | 13 |
| Hoitoneuvottelu | 14 |
| Verkostoneuvottelu..... | 15 |
| Hoitosuunnitelma | 15 |
| Omahoitaja..... | 16 |
| Toimintaterapeutin tekemä toimintakyvyn arvio | 16 |
| RAI –arviointi ja muut mittarit..... | 17 |
| Vapaa kulku..... | 17 |
| Asiointivapaa..... | 18 |
| Päivä- ja yöloimat | 19 |
| | |
| Miten tästä eteenpäin? | 20 |
| | |
| Päiväohjelma..... | 22 |

Mitä sinun olisi hyvä tietää osastosta?

Sairastuminen ja osastolle saapuminen voivat olla potilaalle hämmentävä kokemus. Moni asia voi tuntua uudessa paikassa oudolta ja vieraalta. Tämä opas on tehty opinnäytetyönä yhteistyössä osaston kanssa, ja sen tarkoituksena on selventää sinulle, mitä hoito ja kuntoutuminen osastollamme tarkoittavat ja antaa sinulle hyödyllistä tietoa osastosta.

Haluamme kertoa, millainen osasto 82 on sekä kertoa sinulle osaston päivärytmistä. Oppaassa kerromme myös yhteistyöstä sinun ja muiden sinua hoitavien henkilöiden kanssa. Haluamme selventää, mihin hoito osastolla perustuu, mihin se tähtää ja mitä kaikkea sinä voit tehdä saadaksesi osastolta kaiken mahdollisen tuen kuntoutumiseesi ja elämääsi eteenpäin.

Osastolla käytetään erilaisia hoitoon liittyviä käsitteitä, kuten hoitoneuvottelu ja hoitosuunnitelma. Olemme koonneet oppaaseen sanaston, jossa kerromme näistä asioista lisää. Voit lukea sieltä esimerkiksi viikko-ohjelmasta ja kotilomista. Viimeisenä esittelemme päiväohjelman.

Opas on esillä jokaisessa potilashuoneessa, jossa voit tutustua siihen rauhassa. Oppaassa on paljon asiaa, joten toivomme sinun tutustuvan siihen ajan kanssa. Kaikkea ei tarvitsekaan lukea heti. Sisällysluettelon avulla löydät ne asiat, joihin etsit tietoa. Toivomme oppaassa olevan sinulle hyödyllisiä ja tarpeellisia asioita, ja että voit palata siihen aina tarvittaessa sinulle sopivana hetkenä.

Millainen osasto 82 on?

Osasto 82 on psykiatrinen suljettu osasto, jossa on 15 paikkaa potilaille. Osastollamme hoidetaan ja kuntoutetaan pääasiassa psykoosipotilaita. Osasto sijaitsee Oulun Peltolassa psykiatrian tulosvastuualueella ja se kuuluu Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin.

Kaikkea mielenterveystyötä, kuten myös osastomme toimintaa, ohjaavat vahvasti erilaiset lait, kuten mielenterveyslaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Mielenterveislain tavoitteena on potilaan oikeuksien turvaaminen hoidossa sekä hoitojärjestelmän kehittäminen. Lain potilaan oikeuksista ja asemasta mukaan kaikilla potilailla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun.

Työmme osastolla perustuu vahvasti hoitotyön arvoihin.

Osastomme hoitotyön arvot ovat

- *potilaslähtöisyys ja yksilöllisyys*
- *turvallisuus*
- *osallisuus ja toiminnallisuus*
- *avoimuus ja luotettavuus*
- *yhteisöllisyys*
- *yhteistyö ja jatkuvuus*
- *huolenpito*

Hoitosi osastolla perustuu **luottamukselliseen** hoitosuhteeseen lääkärin ja omahoitajien kanssa. Hoidon lähtökohtana on hoitotiimin yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa tekemä yksilöllinen ja kirjallinen hoitosuunnitelma.

Hoidossa on vahvasti alusta asti mukana myös kuntoutus, minkä vuoksi osastolla painotetaan vuorokausirytmien ja selkeän päivittäisen rutiinin tärkeyttä. Osastolla on viikko-ohjelmat, joita noudatetaan. Osaston toimintaan kuuluu mm. erilaisia hoidollisia ja kuntouttavia ryhmiä.

Saapuessasi osastolle annetaan sinulle osastoesite sekä muuta tarpeellista tietoa, kuten osaston säännöt ja yhteinen viikko-ohjelma. Osaston ilmoitustaululta löydät mm. sairaalapastorin ja potilasasiamiehen yhteystiedot sekä Valviran laatiman listan potilaan oikeuksista. Sieltä voi tarkistaa muutakin ajankohtaista tietoa, kuten oman huoneen imurointivuorot ja kartan alueesta, jolla vapaa kulun saaneet voivat liikkua. Ilmoitustaulun vieressä on laatikko potilaspalautetta varten.



Meille on tärkeää luoda osastosta jokaiselle turvallinen paikka, jossa hoito ja kuntoutuminen voivat alkaa rakentua.

Osastollamme painotetaan **turvallisuuden** sekä **yksityisyyden** kunnioittamisen tärkeyttä, ja niiden pohjalta on luotu selkeät **säännöt**. Potilailla on oikeus omaan tilaan, samoin heillä on velvollisuus antaa omaa tilaa muille. Ketään ei saa mennä liian lähelle. Tönnöttäminen ja muu fyysinen haitanteko on ehdottoman kiellettyä samoin kuin psyykkinen haitanteko, eli toisen sanallinen satuttaminen tai loukkaaminen.

Potilailla on mahdollisuus varata itselleen **hiljentymishuone**, jossa voi rauhassa rentoutua esimerkiksi säkkituolissa musiikkia kuunnellen.



Osaston koko **henkilökuntaa** koskee **vaitiolovelvollisuus**. Täällä työskentelee mm. mielenterveyshoitajia, mielisairaanhoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia, osastonhoitaja, lääkäreitä, toimintaterapeutti ja sihteeri. Osastolla on ajoittain myös opiskelijoita. Sosiaalityöntekijään voit olla yhteydessä hoitajan kautta tapahtuvalla ajanvarauksella..

Mitä hoito on?

Hoitosi osastolla on kokonaisvaltaista ja yksilöllistä. Kokonaisvaltainen hoito tarkoittaa sitä, että emme hoida ainoastaan psyykkistä sairauttasi vaan huomioimme koko elämäntilanteesi ja hoidamme mm. myös talousasioitasi yhteistyössä sosiaalityöntekijän kanssa. Yksilöllinen hoito tarkoittaa sitä, että suunnittelemme jokaisen potilaan hoidon yhteistyössä potilaan kanssa juuri hänen tarpeitaan vastaavaksi.

Potilaat, kuten sinä, ovat kaikki yksilöitä, joilla on erilaiset elämäntarinat takanaan. Kaikkien hoito ja kuntoutuminen on yksilöllistä ja perustuu heidän omiin vahvuuksiinsa ja voimavaroihinsa ja toisaalta niihin asioihin, joissa tarvitset tukea

Hoitoosi kuuluu lääkehoidon lisäksi psykososiaalisia ja supportiivisia hoitomuotoja riippuen siitä, mitä juuri sinun hoitosi vaatii. Lääkehoito on tärkeässä roolissa, koska se luo edellytykset myös muille hoitomuodoille ja kuntoutuksen onnistumiselle. Lääkehoitoon sitoutuminen onkin yksi hoidon tärkeistä tavoitteista. Voit keskustella kaikista lääkehoitoon liittyvistä ajatuksista ja kysymyksistä omahoitajiesi ja lääkärisi kanssa.

Turvallisen hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että sinua hoitava yksikkö saa tarpeellisen tiedon hoitoosi ja kuntoutumiseesi liittyen. Sinulla on kuitenkin myös oikeus kieltää tietojen luovutus eteenpäin hoitavalle yksikölle

Mitä kuntoutuminen tarkoittaa?

Osastollamme ei ainoastaan hoideta potilaita, vaan myös mahdollistetaan heidän kuntoutumisensa. Kuntoutuminen muodostuu arjessa tapahtuvista asioista, kuten omatoimisuudesta eli itse tekemisestä, vastuunottamisesta ja vuorovaikutuksesta muiden ihmisten kanssa.

Kuntoutumisessa harjoitellaan päivittäisiä taitoja, kuten säännöllisiä ruokailuaikoja, ruuanlaittotaitoja sekä siivousta ja kodinhoitoa. Kuntoutumiseen kuuluu tärkeänä osana myös vuorovaikutuksessa oleminen muiden kanssa. Nämä ovat taitoja, joita jokainen ihminen tarvitsee. Päivittäisissä toiminnoissa edetään perusasioista, ja taitojen lisääntyessä edetään monimutkaisempiin taitoihin, kuten taitoihin, joita tarvitaan asioidessa ja eläessä sairaalan ulkopuolella.

Tavoitteenamme on tukea toimintakykyäsi selkeän vuorokausirytmillä avulla sekä tarjoamalla mielekästä toimintaa ja sisältöä päiviksi. Päivittäisissä toiminnoissa saadut onnistumisen kokemukset luovat hyvän pohjan itsetuntosi vahvistumiselle. Onkin tärkeää valita päivään mielekästä tekemistä.

Hoidon ja kuntoutumisen päätavoite suunnitellaan jokaisen potilaan kanssa yhdessä. Yhtenä tavoitteena kuitenkin on sairauden oireiden mahdollisimman hyvä hallinta sekä mahdollisimman hyvä elämänlaatu. Osastolla kuntoutuminen tapahtuu jokaisen omaan tahtiin, vaikkakin tavoitteena on mahdollisimman nopea kuntoutuminen.

*Et koskaan tule muuttamaan elämäsi,
ellet muuta jotain mitä teet päivittäin*

- Mike Murdock

Miten läheiset otetaan mukaan hoitoosi?

Psykiatrisessa hoidossa korostetaan nykyään entistä enemmän **perhekeskeisyyttä**, koska tiedetään, että perheellä ja läheisillä on suuri merkitys hoidon ja kuntoutumisen edistymiselle sekä myös sairauden uusiutumisen ehkäisemiselle.

Yhteistyö läheisten kanssa on tärkeää myös siksi, että se vähentää eristäytymistä ja lisää sosiaalista verkostoa, sillä sairastumisen jälkeen ihmissuhteiden ylläpitäminen on voinut vaikeutua monen asian seurauksena.

Osastollamme toivotaan perheesi tai nimeämäsi läheinen mukaan **yhteistyöhön**, mutta **vain potilaan luvalla**. Läheiset toivotaan mukaan kuntoutumiseesi alusta alkaen. Yhteistyötä voidaan tehdä mm. koti- ja päivälomien kautta.

Jos omaisesi tai läheisesi haluavat keskustella osaston henkilökunnan kanssa hoidostasi tai siihen liittyvistä asioista, ovat he ensisijaisesti yhteydessä omahoitajiisi tai osaston lääkäriin. **Tietoja ei luovuteta omaisille ilman potilaan lupaa.**

Toisen ihmisen tuki luo turvaa ja antaa voimaa selviytyä vaikeistakin hetkistä.

Toivomme läheistesi osallistuvan osastolla järjestettäviin **verkostoneuvotteluihin**, joissa yhdessä käymme läpi sinulle tärkeitä asioita, hoitoasi ja tulevaisuuttasi. Verkostoneuvotteluihin osallistuu mahdollisuuksien mukaan myös avohoidon työntekijöitä, jotka osaltaan tukevat ihmissuhdeverkostoasi.

Läheisen sairastuminen on koko perhettä koskettava tapahtuma, siksi haluamme tarjota tukea myös perheellesi. Läheisilläsi on mahdollisuus osallistua omaisille järjestettävään **perhekahvilaan**. Perhekahvila on omaisten vertaistuki- ja keskusteluryhmä. Se myös antaa ryhmäläisille ymmärrystä omaisensa sairautta kohtaan. Perhekahvilassa ei keskustella potilaan asioista eikä mainita potilaita nimeltä. Jokaisella kerralla on jokin aihe, kuten sosiaaliuudet tai tunteet, joita perhe voi kokea. Tietoa perhekahvilasta lähetetään omaisille postitse, ja esitteitä on myös osastolla.

On hyvä muistaa, että jokainen ihminen tarvitsee **vertaistukea**, toista ihmistä kuuntelemaan ja välittämään. Vertaistukea saat myös osaston toisista potilaista ja esimerkiksi osallistumalla osaston ryhmätoimintoihin. Hoitajat neuvovat mielellään vertaistuen etsimisessä myös eri järjestöjen kautta.

Läheisesi toivotetaan tervetulleeksi osastolle vierailuajoina, jotka ovat **arkisin klo. 17.30-19.30** ja **viikonloppuisin klo. 12.30-19.30**. Muina aikoina vierailuista on sovittava erikseen. Osastolla on käytössä vierailuja varten **vierashuone**.



Mitä tarkoittavat?

Olet ehkä kuullut puhuttavan RAI:sta, hoitoneuvottelusta tai esimerkiksi kotilomista, mutta toivoisit saavasi niistä selkeämpää tietoa. Olemme koonneet alle hoitoosi liittyviä käsitteitä, joita haluamme avata selkeämmäksi sinulle.

Suljettu osasto

Suljetulla osastolla tarkoitetaan osastoa, jossa ovet ovat lukitut ja kulkeminen rajoitettua. Suljetulla osastolla on hoidossa potilaita, joiden sairauden hoito on vielä siinä määrin kesken, että ovien pitäminen lukittuina edistää heidän omaa turvallisuuttaan.

Suljetulla osastolla hoidetaan tahdosta riippumattomassa hoidossa olevia potilaita, mutta myös vapaaehtoisessa hoidossa olevia potilaita.

Suljetut ovet ei tarkoita sitä, että potilaat eivät pääsisi lainkaan ulos. Kulkeminen ja asioiminen ulkona järjestetään aina potilaan voinnin mukaan sekä lääkärin luvalla. Suljetullakin osastolla ulkoilu ja raitis ulkoilma ovat tärkeitä ja kannustettuja asioita.

Tahdosta riippumaton ja vapaaehtoinen hoito

Psykiatrisessa hoidossa pyritään aina ensisijaisesti sopimaan asioista yhteistyössä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Joskus kuitenkin tahdosta riippumaton hoito on ainoa vaihtoehto potilaan turvallisuuden vuoksi. Potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon vain, jos mielenterveyslakiin tarkoin kirjatut kriteerit täyttyvät. Tiivistetysti kriteerit ovat seuraavat: potilaan on oltava psykoottinen, mitkään muut hoitomuodot eivät ole riittäviä ja se, että hänet jätettäisiin toimittamatta hoitoon pahentaisi hänen sairauttaan sekä vaarantaisi potilaan tai muiden henkilöiden turvallisuuden.

Myös omasta tahdostaan hoidossa oleva voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, jos hänen sairautensa ja vointinsa muuttuu niin, että yllä olevat kriteerit täyttyvät. Samoin tahdosta riippumaton hoito voidaan purkaa psyykkisen voinnin tasaantuessa, jolloin potilas voi siirtyä vapaaehtoiseen hoitoon.

Potilaan itsemääräämisoikeutta ja muita perusoikeuksia saa rajoittaa mielenterveyslain nojalla vain sen verran kuin hänen sairautensa tai hänen tai toisten turvallisuus sitä välttämättä vaatii. Kaikissa tilanteissa, joissa joudutaan käyttämään jonkinlaista pakkoa, toimitaan mahdollisimman turvallisesti, ihmisarvoa kunnioittaen ja potilasta kuunnellen. Potilaiden, joita kohtaan joudutaan käyttämään jonkinlaista pakkoa, on oltava tahdosta riippumattomassa hoidossa. Pakkotilanteita voivat olla esimerkiksi potilaan sitominen tai eristäminen silloin, kun mitkään muut hoitomuodot eivät takaa potilaan turvallisuutta. Kaikilla tapahtuman nähneillä tai kokeneilla potilailla on mahdollisuus tarvittaessa keskustella tilanteista myös jälkeinpäin hoitajien ja lääkärin kanssa.

Viikko-ohjelma

Osastollamme potilaille suunnitellaan henkilökohtainen viikko-ohjelma yhteistyössä omahoitajien kanssa. Viikko-ohjelman tekeminen ja siihen kirjattuihin toimintoihin sitoutuminen on tärkeä osa hoitoa ja kuntoutumista. Viikko-ohjelman tarkoitus on tuoda potilaalle elämänhallintaa selkeän vuorokausirytmien avulla.

Selkeä vuorokausirytmien, johon kuuluvat riittävät yöunet, riittävä liikunta ja ulkoilu, terveellinen ja säännöllinen ruokailu, vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa sekä riittävä toiminta päiväsaikaan, lisää potilaiden toimintakykyä ja sillä on merkittävä rooli arjen mielekkäänä kokemisessa.

Arjen pienet asiat luovat mahdollisuuksia onnistumisen kokemuksille ja siten muokkaavat itsetuntoa.

Osastolla on olemassa valmis viikko-ohjelma, jonka pohjalta sinun tulee valita vähintään kolme kuntouttavaa tai hoitavaa ryhmää, joihin osallistut. Osastolla on tarjolla monenlaisia ryhmiä, kuten ulkoilu-, kuntosali- ja musiikkiryhmä.

Ryhmiin osallistuminen on tärkeää, sillä olemalla yhdessä toisten ihmisten kanssa opit vuorovaikutustaitoja, jotka usein sairastuessa vähenevät. Näitä taitoja tarvitset siirtyessäsi osastoltamme eteenpäin.

Ryhmässä olemalla saat vertaistukea toiselta ja toisten esimerkki myös motivoi toisia. Ryhmissä saat mahdollisuuden kuunnella toisia ja rohkeutta opetella sanomaan oman mielipiteesi ääneen. Siellä voit oppia myös sietämään toisia, mikä on myöskin tärkeä taito. Tärkeää on, että siellä saat tunteen omasta osallisuudestasi olemalla osana ryhmää.



Aamuryhmä

Kaikkien osaston potilaiden tulee osallistua aamuryhmään, jossa käsitellään joka päivä uutta aihetta ja viikoittain vaihtuvaa viikkoteemaa. Aamuryhmässä myös orientoidutaan päivään käymällä läpi sen päivän asiat sekä esimerkiksi päivän ryhmät, ilmoittaudutaan ryhmiin ja ilmoitetaan ryhmien ohjaajat. Aamuryhmässä potilaat voivat esittää toiveitaan ja pääsevät siten vaikuttamaan osaston toimintaan.

Tiistaisin aamuryhmässä on lisäksi mukana osastonhoitaja ja perjantaisin toimintaterapeutti sekä satunnaisesti myös lääkäri tai sosiaalityöntekijä. Ulkoilu ja lomille lähteminen tapahtuvat aina vasta aamuryhmän jälkeen, samoin kuin omien puhelimien jako potilaille.



Hoitoneuvottelu

Hoitoneuvottelu tarkoittaa sitä, että potilas kokoontuu yhdessä omahoitajansa tai omahoitajiensa sekä lääkärin kanssa keskustelemaan potilaan asioista. Mahdollisesti myös omaisesi voi halutessasi osallistua hoitoneuvotteluun. Hoitoneuvottelu järjestetään osastolla kahden päivän sisällä saapumisestasi sekä vähintään kerran viikossa.

Hoitoneuvottelussa tarkistetaan ja käydään läpi kokonaistilannettasi, kuten jatkohoitosuunnitelmia, voinnin muutoksia sekä lääkitystä. Siellä mietitään myös esimerkiksi erilaisia lupia, kuten vapaakulkua ja asiointivapaata. Hoitoneuvottelussa

saat tilaisuuden kysyä ja keskustella kaikista mieltä painavista asioista. Hoitoneuvotteluun kannattaakin valmistautua etukäteen tekemällä muistilistan asioista, joista haluaa keskustella tai kysyä.

Verkostoneuvottelu

Verkostoneuvottelu on kuin hoitoneuvottelu, mutta laajempi. Sinne osallistuu enemmän ihmisiä, kuten potilaan lisäksi koko hoitotiimi (esimerkiksi omahoitajat, lääkäri, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä), mahdollisuuksien mukaan potilaan perhe tai läheinen sekä avohoidon työntekijöitä.

Verkostoneuvottelussa suunnitellaan yhteistyössä kaikkien osallistujien kanssa potilaan hoitoa ja kuntoutumista sekä sitä, miten jatketaan eteenpäin ja minkälainen jatkohoitopaikka tulee olemaan.

Yhteistyön avulla pyritään lisäämään ymmärrystä potilaan kokonaistilanteesta ja siten auttamaan potilasta parhaalla mahdollisella tavalla. Yhteistyö kaikkien hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa mahdollistaa sopivien hoitomenetelmien löytämisen sekä turvaa hoidon jatkuvuuden osastoltamme eteenpäin siirtyessä.

Hoitosuunnitelma

Potilaiden hoito osastollamme perustuu yksilölliseen hoitosuunnitelmaan, joka tehdään yhteistyössä potilaan, hänen läheistensä sekä häntä hoitavien henkilöiden välillä hoitoneuvottelussa. Hoitosuunnitelma on siis kuin kirjallinen sopimus hoidosta.

Hoitosuunnitelmaan kirjataan muun muassa yksilöllinen hoidon tavoite, minkälaista hoitoa ja kuntoutusta potilas tarvitsee, millaisia hoitomuotoja hoidossa käytetään, jatkohoitosuunnitelma ja seuraava arviointiaika.

Omahoitaja

Potilaan saapuessa osastolle valitaan hänelle heti omahoitaja. Jokaisella potilaalla tulee olemaan kaikkiaan kolme omahoitajaa, jotka valitaan mahdollisimman pian saapumisesta osastolle. Kaikki omahoitajat valitaan jo alle kolmen päivän sisällä saapumisesta.

Omahoitajiesi kanssa voit keskustella hoidostasi ja sinulle tärkeistä asioista. Myös omaisesi keskustelevat luvallasi aina ensisijaisesti omahoitajiesi tai lääkärisi kanssa. Hoitosuhteesi omahoitajiisi perustuu aina luottamukseen ja molemminpuoliseen kunnioitukseen.

Omahoitajiesi kanssa käynte läpi myös tavoitteitasi. Mietitte yhdessä vahvuuksiasi ja niitä asioita ja taitoja, joita tulet tarvitsemaan lähtiessäsi osastolta ja joita voit oppia täällä ollessasi. Näiden pohjalta luotte yhdessä sinulle viikko-ohjelman. Mietitte myös jatkohoitoasi, johon vaikuttavat omat voimavarasi ja kykysi selviytyä itsenäisesti arjessa.

Silloin kun omahoitajasi ei ole työvuorossa, voit kääntyä muiden hoitajien puoleen.

Toimintaterapeutin tekemä toimintakyvyn arvio

Toimintakyvyn arvion tarkoituksena on selvittää potilaan sen hetkinen toimintakyky suhteessa arjessa selviytymiseen sekä työ- ja opiskelukykyyhin. Siinä arvioidaan potilaan toimintakykyä kokonaisuudessaan mm. päivittäisissä toiminnoissa selviytymisessä, kuten itsestä huolehtimisesta, kodin hoidossa, asioinneissa, vapaa-ajalla ja työtoiminnoissa. Toimintakyvyn arvioissa selvitetään myös potilaan erilaisia taitoja ja valmiuksia, kuten motorisia, kognitiivisia ja psykososiaalisia. Näihin taitoihin kuuluvat esimerkiksi kyky oppia, muistaa, käsitellä asiakokonaisuuksia, kirjoittaa ja kyky olla ihmisten kanssa tekemisissä. Arvion pohjalta kartoitetaan potilaan yksilöllisen tai ryhmämuotoisen toimintaterapian tarve.

RAI -arviointi ja muut mittarit

RAI-arviointi (Resident Assessment Instrument) on yksi hoitajien käyttämistä toimintakyvyn mittareista. Yhdessä omahoitajan kanssa potilas käy läpi kaavakkeita, joiden avulla voidaan arvioida toimintakykyä. RAI-arvioinnin avulla laaditaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Myöhemmin sitä voidaan käyttää myös mittaamaan hoidossa saavutettuja tuloksia.

Erilaisten mittareiden käyttö hoidon ja sen suunnittelun apuna on yleistymässä. Lääkärit päättävät tarpeen mukaan erilaisten mittareiden käytöstä. Muita mittareita, joita osastolla käytetään, ovat mm. alkoholin käytön riskejä kartoittava Audit-kysely sekä Mini Mental -testi, joka on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu ns. minitesti.

Vapaa kulku

Vapaa kulku tarkoittaa lääkärin potilaalle myöntämää lupaa käydä ulkoilemassa itsenäisesti sovitulla alueella ilman hoitajaa. Alue, jolla vapaa kulun saaneet voivat ulkoilla, on merkitty karttaan, jonka löydät ilmoitustaululta. Vapaa kulun saaminen arvioidaan aina potilaan oman voinnin mukaan. Vapaa kulkua ei voi aina saavuttaa heti, vaan yleensä siihen päästään asteittain.

Alussa potilas käy ulkoilemassa hoitajan saattamana. Hoitaja on mukana potilaan oman turvallisuuden vuoksi. Henkilökunnan tulee selvittää ja arvioida potilaan vointia myös osaston ulkopuolella ja seurata myös niitä taitoja, joissa hän vielä tarvitsee tukea.

Vapaa kulku on aikarajoitteista, ja ulkoilu-aika lisääntyy vähitellen. Ensin potilas voi käydä ulkoilemassa 15 minuuttia kerrallaan kolmena kertana päivässä. Tämän sujuessa ulkoilu-aikaa voidaan pidentää 30 minuuttiin kerrallaan kolmena kertana päivässä ja sen jälkeen tuntiin kolmena kertana päivässä.

Täysi vapaa kulku tarkoittaa sitä, että potilas saa ulkoilla itsenäisesti sovitulla sairaala-alueella pitempään, kunhan hän ilmoittaa hoitajalle, kuinka kauan aikoo viipyä ja noudattaa sovittua aikaa ja aluetta.



Asiointivapaa

Asiointivapaa tarkoittaa sitä, että potilas saa luvan käydä hoitamassa asioitaan osaston ulkopuolella itsenäisesti. Asiointit voivat olla esimerkiksi käyntejä pankissa tai Kelassa. Asiointivapaalle määritellään erikseen aika, kuten esimerkiksi neljä tuntia.

Ennen asiointivapaavaihetta potilas on jo harjoitellut asioimista osaston ulkopuolella hoitajan kanssa vapaakulkuvaiheessa ja tässä vaiheessa voinnin tulee olla jo niin hyvä, että potilas selviää asiointista itsenäisesti ilman hoitajaa. Ennen asiointivapaata potilaan vointi arvioidaan ja sen ollessa kunnossa voi lääkäri myöntää luvan.

Päivä- ja yölomat

Osastolta on mahdollista päästä lomalle, esimerkiksi omaan kotiin tai läheisen luokse. Lomaluvan myöntää lääkäri hoitotiimin arvioitua vointisi tarpeeksi hyväksi.

Lomat aloitetaan yleensä ensin päivälomalla. Päivälomien sujussa voi potilas päästä myös yölomalle. Yöloimat aloitetaan ensin yhden yön lomalla, jonka jälkeen voi olla mahdollista viipyä useampi yö.

Päivälomilla voit käydä esimerkiksi kotona päiväsaikaan etukäteen sovittuna aikana. Päivälomalle voi lähteä arkisin aikaisintaan aamuryhmän jälkeen ja osastolle on palattava klo. 19.30 mennessä. Ennen päivälomalle lähtöä tulee oma huone olla siistittynä ja tarkistaa, onko samalle päivälle omaa ryhmää, johon tulisi osallistua.

Viikonloppuisin ei ole aamuryhmää, joten päivälomalle voi lähteä heti aamupalan jälkeen ja saapua klo. 19.30 mennessä.

Yölomalle voit lähteä samaan aikaan kuin päivälomalle. Osastolle on palattava viimeistään seuraavana päivänä klo. 19.30 mennessä.

Miten tästä eteenpäin?

Osastomme on vaihe elämässäsi, ja täällä on tarkoitus viipyä vain se aika, mikä on sinun kannaltasi välttämätöntä. Jo hoidon alussa osastolla tarjotaan mahdollisuus harjoitella juuri niitä taitoja, joita tarvitset siirtyessäsi osastoltamme eteenpäin. Ne taidot, joita tarvitset, ovat erilaisia riippuen siitä, mikä tuleva asumismuotosi tulee olemaan.

Jokaisen potilaan jatkohoitopaikka ja tuleva asumismuoto määräytyvät hänen omien voimavarojensa ja kykyjensä mukaan. Sitä, minne potilas jatkaa osastomme jälkeen, mietitään yhdessä omahoitajan ja lääkärin kanssa sekä hoito- ja verkostoneuvotteluissa.

Jatkohoitopaikkoja ja vaihtoehtoja on monia. Toiset tarvitsevat vielä kuntoutusta ja jatkavat kuntoutusosastolla. Toiset siirtyvät jatkohoitoon esimerkiksi Visalaan, erilaisiin tukiasuntoihin tai palvelukoteihin. Toiset taas voivat selviytyä omassa kodissa joko yksin tai tuettuna esimerkiksi kotihoidon tai erilaisten työryhmien turvin. Joka tapauksessa siirryessään esimerkiksi itsenäiseen asumiseen, siirtyy potilas avohoidon piiriin saaden sieltä tarvitsemaansa tukea.



Vaikka kaikkien tavoitteet ovat yksilölliset, on joitain asioita, joita sinun olisi hyvä hallita ennen siirtymistä osastoltamme eteenpäin. Arjenhallintaa, eli kykyä selviytyä arjessa kaikkine siihen kuuluvine askareineen ja toimintoineen, pidetään yhtenä mittarina ja merkinä voinnin ja itsehallinnan kohenemisestä. Arjenhallinta paitsi luo edellytykset mahdollisimman itsenäiselle elämälle, on se myös selviytymiskeino.

Lääkehoidon ja siihen sitoutumisen tärkeyttä ei painoteta turhaan osastolla. Lääkkeiden ottamatta jättäminen tai niiden epäsäännöllinen syöminen ovat suurimmat syyt osastohoidon uusiutumiseen.

Useimmat jättävät lääkehoidon pois kokiessaan olonsa niin hyväksi, että eivät usko tarvitsevänsä lääkkeitä enää. Tämä on yleinen virhe, koska yleisimmin juuri lääkehoito on saanut sairauden oireet niin hyvin hallintaan, että vointi on sen vuoksi kohentunut. Lääkehoidon vähentämisestä, vaihtamisesta tai lopettamisesta tulee aina keskustella lääkärin kanssa.

On hyvä muistaa, että kuntoutuminen lähtee aina potilaasta itsestään. Me osastolla voimme antaa keinoja ja tukea sen onnistumiseen.

***Kukaan ei voi palata menneeseen ja tehdä uutta alkua,
mutta kuka tahansa voi aloittaa tänään ja tehdä
loppumatkan haluamansa kaltaiseksi.***

-Stephen Covey

PÄIVÄOHJELMA

AAMU

7:30 Aamulääkkeiden jako

7:45-8:15 Aamupalan tarjoilu

Aamupalalle tullaan asiallisesti pukeutuneena, yövaatteet tulee olla vaihdettu siisteihin, puhtaisiin vaatteisiin. Päivittäinen perushygieenian hoito tapahtuu aamuisin. Siihen kuuluvat mm. hampaiden ja kasvojen pesu sekä hiusten siistiminen. Tarvittaessa suihkussa käynti.

Myös huoneen siisteys on hyvä tarkistaa ja petata sänky siistin näköiseksi. Perjantaisin vaihdetaan puhtaat petivaatteet.

9:00-9:30 Aamuryhmä pidetään joka arkipäivä.

Omat puhelimet jaetaan käyttöön aamuryhmän jälkeen.

PÄIVÄ

Kaikki osallistuvat oman viikko-ohjelmansa mukaisiin ryhmiin. Sinulla on halutessasi mahdollisuus osallistua viikko-ohjelmassa oleviin muihinkin ryhmiin. Myös lauantaisin on tarjolla joitain ryhmiä. Päivän ryhmiin ilmoittaudutaan yleensä aamukokouksessa, mutta niihin voi ilmoittautua myöhemminkin.

Ryhmiä järjestetään pääsääntöisesti klo **10-11**, klo **14:15-15** sekä klo **16**.

Ryhmien kesto on 45 min.

11:30-12 Lounaan tarjoilu

14:00-14:20 Päivälääkkeiden jako sekä päiväkahvi

16:00 Omat kannettavat tietokoneet voi hakea

ILTA

16.45-17.15 Päivällisen tarjoilu

17.30-19.30 Läheisten vierailuaika arkisin

Viikonloppuisin vierailuaika on klo 12:30-19:30

.

19:30 Iltalääkkeet

Iltalääkkeiden jaon yhteydessä puhelimet ja kannettavat tietokoneet palautetaan hoitajille talteen yörauhan turvaamiseksi.

19.45-20:15 Iltapala

Hampaiden pesu, hiljaisuus ja yövaatteiden vaihto.

Osastolla on tarjolla monia harrastusmahdollisuuksia, kuten Playstationilla, lautapeleillä tai pelikorteilla pelaaminen, television katselu tai kuntopyöräily. Osastolla voi myös viettää yksin aikaa hiljentymishuoneessa esimerkiksi kuunnellen radiota tai cd-soitinta.

Osastolla voi pestä omia pyykkejään pyykinpesuhuoneessa, jossa on myös kuivausrumpu. Hoitajat neuvovat pyykinpesussa tarpeen mukaan.

Tekijät: Käkelä Sini ja Ohtamaa Katja
Oulun ammattikorkeakoulu Oy
11.11.2014

Kuvat:
Tekijöiden omia kuvia