



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Alkoholiriippuvaisten potilaiden kokemuksia hoidosta akuuttikun- toutusosastolla

Katja Rapanowicz & Sonja Tarmo

2017 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Alkoholiriippuvaisten potilaiden kokemuksia hoidosta akuuttikuntoutusosastolla

Katja Rapanowicz & Sonja Tarmo
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2017

Katja Rapanowicz & Sonja Tarmo

Alkoholiriippuvaisten potilaiden kokemuksia hoidosta akuuttikuntoutusosastolla

Vuosi 2017 Sivumäärä 59

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata alkoholiriippuvaisten potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta akuuttikuntoutusosastolla. Tavoitteena oli osaston henkilökunnan potilasymmärryksen lisääminen ja tämän pohjalta lähtökohtien luominen osaston toiminnan kehittämiseksi entistä potilaslähtöisempään suuntaan. Tavoitteena oli myös mahdollistaa potilaiden osallistuminen osaltaan hoidon laadun arviointiin ja tätä kautta uudelleen kehittämiseen, sekä tuottaa tietoa myös muille kohdesairaalan osastoille ja kaikille terveydenhuollon ammattilaisille ja opiskelijoille, jotka kohtaavat päihdeongelmaisia työssään.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, ja aineiston analysointimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Opinnäytetyöhön haastateltiin yhteensä kuutta osaston potilasta. Haastateltavat potilaat olivat iältään 60-82 -vuotiaita.

Tulosten mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon akuuttikuntoutusosastolla. Potilaat kokivat vastaanoton osastolla ystävälliseksi ja turvalliseksi. Potilaiden kokemukset vuorovaikutuksesta hoitohenkilökunnan osalta olivat pääosin myönteisiä. Potilaat kuvailivat, että hoitohenkilökunta oli ymmärtäväistä, kuunteli heitä ja vastasi esitettyihin kysymyksiin. Myös hoitohenkilökunnan ammattitaito koettiin korkeaksi. Tulosten mukaan ajatus oman hoidon suunnitteluun osallistumisesta oli potilaille vieras. He eivät myöskään pitäneet itseään riittävän kykenevinä osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun. Suurin osa potilaista koki saaneensa tietoa omasta hoidostaan esittämällä kysymyksiä hoitohenkilökunnalle. Osa potilaista koki tiedonsaannin riittämättömäksi. Tiedonsaantia ja keskustelumahdollisuuksia vaikeutti potilaiden kokemus hoitajien kiireestä ja liiallisesta työmäärästä. Potilaat kokivat saaneensa ohjausta päihdepalveluiden piiriin. Kotiutumisenjärjestelyt koettiin pääosin onnistuneiksi. Kotiutumiseen tai jatkohoitoon siirtymiseen vaikutti myönteisesti kokemus käytännön järjestelyiden sujuvuudesta ja sen tuoma turvallisuuden tunne. Hoitoympäristöön liittyvissä kokemuksissa korostuivat sairaalanomaiseksi ja suljetuksi koettu hoitoympäristö sekä muihin potilaisiin liittyvät häiriötekijät.

Tulosten perusteella kehittämiskohteiksi nousivat potilaan tukeminen oman hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistumisessa, kiireettömän hoitoympäristön luominen sekä osastolla tehtävä päihdetyö. Myös fyysisen hoitoympäristön ja potilaiden kokemusten mukaan siihen vahvasti sidoksissa olevan sosiaalisen hoitoympäristön kehittämiseksi on tarvetta.

Asiasanat: Hyvä hoito, potilaskokemus, alkoholiriippuvainen potilas

Katja Rapanowicz & Sonja Tarmo

Alcohol abuse patients' experiences of care at the acute rehabilitation department

| Year | 2017 | Pages | 59 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

The purpose of this thesis was to describe alcohol abuse patients' experiences of the treatment they received at the acute rehabilitation department. The aim was to increase the personnel's understanding of their patients and based on this to create a platform for the development of the department to become even more client oriented. The aim was additionally to enable the participation of the patients in the evaluation of the quality of care and further development as well as generate information for other departments at the hospital and all healthcare professionals and students who encounter abusers in their work.

Qualitative research methods were applied. The material was gathered by conducting theme interviews and using inductive content analysis. Six patients were interviewed and they were 60-82 years old.

The patients were, based on the results, content with their treatment at the acute rehabilitation department. According to their experiences they were received in a friendly way and felt safe. The patients' experiences of the interaction with the nursing staff were positive. The patients described the nursing staff as understanding, listening and answering to their questions. The professionalism of the nursing staff was also rated high. The idea of patients participating in the planning of their own treatment was strange based on the interview results, as the patients did not see themselves capable enough to do so. The majority, of the respondents felt they had received sufficient information concerning their care by asking the nursing staff. However, some of the patients experienced that the amount of information was insufficient. The patients felt it was challenging to receive information and to get opportunities for discussion as the nurses were very busy and their workload was excessive. The patients felt they received guidance on substance abuse services. The discharging arrangements were mainly considered as successful. Returning home or referring to further treatment elsewhere was impacted mainly by the smoothness of the practical arrangements and the related sense of safety. The experiences regarding the care environment emphasized the hospitalized and closed environment and disturbances associated with other patients.

Based on the results of the thesis the development areas are: supporting the active participation of the patient in matters related to her/ his own care, creating a peaceful care environment as well as improving substance abuse welfare work at the department. Additionally, there is a need to develop the physical as well as social care environment.

Keywords: Good care, patient experience, alcohol abuse patient

Sisällys

| | | |
|-----|--|----|
| 1 | Johdanto | 6 |
| 2 | Teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet | 7 |
| 2.1 | Alkoholiriippuvuus | 7 |
| 2.2 | Päihdehoitotyö | 7 |
| 2.3 | Hyvä hoito | 8 |
| 2.4 | Alkoholiriippuvaisen potilaan hyvä hoito | 9 |
| 2.5 | Etiikka osana hyvää hoitoa | 10 |
| 2.6 | Kokemus ja sen tutkiminen | 12 |
| 2.7 | Potilaskokemuksen syntyminen ja siihen vaikuttavat tekijät | 12 |
| 3 | Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset | 16 |
| 4 | Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä ja toteuttaminen | 17 |
| 4.1 | Hankeympäristö ja kohderyhmän kuvaus | 18 |
| 4.2 | Aineistonkeruu..... | 19 |
| 4.3 | Teemahaastattelurungon laatiminen..... | 20 |
| 4.4 | Haastateltavien valinta | 21 |
| 4.5 | Teemahaastatteluiden toteuttaminen | 22 |
| 4.6 | Aineiston analysointi | 23 |
| 5 | Tulokset | 27 |
| 5.1 | Kokemukset hoitoprosessista | 27 |
| 5.2 | Kokemukset hoitohenkilökunnasta..... | 33 |
| 5.3 | Kokemukset hoitoympäristöstä | 35 |
| 6 | Pohdinta..... | 38 |
| 6.1 | Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset..... | 38 |
| 6.2 | Eettisyys | 43 |
| 6.3 | Luotettavuus..... | 44 |
| | Lähteet | 49 |
| | Kuviot | 55 |
| | Taulukot | 55 |
| | Liitteet..... | 56 |

1 Johdanto

Alkoholiriippuvaisten potilaiden hoidon ja kuntoutuksen merkityksestä ja tärkeydestä Suomessa ollaan yksimielisiä, ja aiheesta käydään paljon keskustelua julkisuudessa. Alkoholiriippuvaisten potilaiden kokemuksista koskien sairaalahoitoa, osastohoitoa tai muutoinkaan terveydenhuoltoa, on kuitenkin olemassa erittäin niukasti tutkittua tietoa. Päihdehoitotyöhön liittyviä väitöskirjoja on tehty Suomessa vain muutamia. Myös pro gradu-tutkielmia on tehty melko vähän. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 20.) Tarve päihdehoitotyön ja siihen liittyvän hoitotieteellisen tutkimuksen laajentamiseen on näin ollen suuri.

Hoitoprosessien tehostamisella ja hoidon onnistumisella on yhteiskunnallisesti merkittäviä taloudellisia ja kansanterveydellisiä vaikutuksia. Alkoholilla on osallisena aiheuttamassa jopa yli 200 erilaisen sairauden, tilan ja tapaturman syntyä (Rehm 2014). Alkoholisairauksiksi lasketaan runsaan alkoholinkäytön aiheuttamat sairaudet, kuten alkoholimyrkytys, alkoholiriippuvuus, runsaan alkoholinkäytön aiheuttamat psykoosit, maksasairaudet ja haimatulehdus. Runsa alkoholinkäyttö on aiheuttajana myös neurologisten ja psykiatristen sairauksien syntymisessä. (Huttunen 2015.)

Hoitotyötä arvioitaessa potilaiden kokemusten kuuleminen on ensiarvoisen tärkeää, sillä potilaiden mielipiteet ovat oleellisessa asemassa arvioitaessa hoidon laatua ja tehokkuutta (Poikimäki 2004, 2). Myös Laitila (2010, 145) korostaa, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttäjillä olevaa kokemusperäistä tietoa tulisi käyttää nykyistä laajemmin palveluiden kehittämiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata alkoholiriippuvaisten potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta akuuttikuntoutusosastolla. Tavoitteena oli osaston henkilökunnan potilasymmärryksen lisääminen ja tämän pohjalta lähtökohtien luominen osaston toiminnan kehittämiseksi entistä potilaslähtöisempään suuntaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli myös mahdollistaa potilaiden osallistuminen hoidon laadun arviointiin ja tätä kautta edelleen kehittämiseen, sekä tuottaa tietoa myös muille opinnäytetyön kohteena olevan sairaalan osastoille sekä kaikille terveydenhuollon ammattilaisille ja opiskelijoille, jotka kohtaavat päihdeongelmaisia työssään. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä pääkaupunkiseudulla sijaitsevan perusterveydenhuoltotasaisen alkoholiriippuvaisille potilaille tarkoitetun akuuttikuntoutus-osaston kanssa. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena, jonka aineisto kerättiin haastattelemalla kuutta akuuttikuntoutusosastolla hoidossa haastatteluhetkellä ollutta potilasta.

2 Teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata alkoholiriippuvaisten potilaiden omia, subjektiivisia kokemuksia saamastaan hoidosta akuuttikuntoutusosastolla. Näin ollen seuraavassa määritelty alkoholiriippuvuus, hyvä hoito ja potilaskokemus sekä siihen vaikuttavat tekijät ovat opinnäytetyön teoriataustan keskeisiä käsitteitä.

2.1 Alkoholiriippuvuus

Opinnäytetyön kohderyhmän kannalta olennaiset hoitoon tulon syyt olivat alkoholiriippuvuus ja siihen liittyvät liitännäissairaudet. Alkoholiriippuvuudella tarkoitetaan kroonista tilaa, jossa henkilö on fyysisesti ja psyykkisesti riippuvainen alkoholista. Kärsiessään alkoholiriippuvuudesta ihmisen tarve käyttää alkoholia on pakottavaa ja jatkuvaa riippumatta sen vaikutuksista ihmissuhteisiin ja terveyteen. Kun henkilöllä muodostuu alkoholiin fyysinen riippuvuus, kasvaa myös elimistön sietokyky alkoholin vaikutuksia kohtaan. Johtuen henkilön riippuvuudesta alkoholin saantia kohtaan, ilmenee lopettamisen jälkeisinä päivinä vieroitusoireita, mikä taas johtaa osaltaan alkoholin juomisen jatkamiseen. (Huttunen 2015.)

Huttusen (2015) mukaan riippuvuus alkoholiin kehittyy pikkuhiljaa, ja että alkoholisti voi kokea juomisen olevan ainoa tapa mielelle purkaa vaikeita asioita. Huttunen toteaa, että mikäli juominen on kestänyt jo tovin, on monelle alkoholista luopuminen täysin ainoa tapa päästä pois alkoholikierteestä, ja että AA- ja A-kilta ryhmät ovat monelle alkoholiriippuvaiselle merkittäviä avunantajia. (Huttunen 2015.) Suomessa arvioidaan olevan jopa 500 000 alkoholin suurkuluttajaa. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys- tutkimuksen (AVTK) mukaan työikäisen väestön alkoholinkäyttö on lisääntynyt useiden vuosien kuluessa. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2016.)

Erilaiset alkoholin aiheuttamat sairaudet rasittavat terveydenhuoltoa suuresti. Vuonna 2013 terveydenhuollon vuodeosastoilla todettiin olleen noin 21 300 alkoholiin liittyvää hoitoperiodia, joissa alkoholisairaus oli vähintään yhtenä hoidon syistä. (Huttunen 2015.) Alkoholi vaikuttaa pääasiassa keskushermoston (aivojen ja selkäytimen) kautta ja pitkäaikaiset alkoholinkäytön vaikutukset näkyvät usein henkisen ja fyysisen suorituskyvyn heikkenemisenä. Muutoksia voidaan havaita esimerkiksi muistissa, päättelykyvyssä tai motoriikassa. (Holopainen 2005.)

2.2 Päihdehoitotyö

Päihdehoitotyö on osa moniammatillista päihdetyötä, joka pitää sisällään terveyttä edistävän, ehkäisevän sekä korjaavan työn. Päihdehoitotyötä tehdään lähes jokaisessa terveydenhuollon yksikössä asiantuntija-alueena tai osana muuta hoitotyötä. Jotta päihdehoitotyö olisi sujuvaa, tulisi toimintayksiköiden suunnitella yhtenäiset toimintatavat, joihin kaikki yksikössä työsken-

televät perehdytetään. Tämä mahdollistaa päihdehoitotyön resurssien arvioimisen sekä mitaamisen. Resursseja voidaan säästää tehokkailla ja toimivilla toimintamalleilla sekä hoitokäytännöillä. Koulutettu ja yhtenäisin periaattein työskentelevä hoitohenkilökunta auttaa tehokkaimmin potilaitaan kuntoutumaan. (Kylmänen, Hellsten & Holmberg 2014.)

Päihdehoitotyössä huomioidaan paitsi itse päihderiippuvuuden hoito, mutta myös päihteisiin liittyvät akuutit ja pitkäaikaiset sairaudet ja niiden hoitaminen, potilaan perustarpeiden turvaaminen kuten riittävästä ravitsemuksesta, hygieniasta ja levosta huolehtiminen, sekä päihteidenkäytön lopettamiseen liittyvien vieroitusoireiden hoitaminen (Havio, Inkinen & Partanen 2013, 126).

Päihdetyötä linjaavat Suomessa useat eri säädökset, kuten Suomen perustuslaki (731/1999), raittiustyölaki (828/1982), alkoholilaki (1143/1994) sekä päihdehuoltolaki (41/1986). Päihdetyötä linjaaviin valtakunnallisiin voimassaoleviin ohjelmiin kuuluu alkoholiohjelma (2004-2007), huumausainepoliittinen toimenpideohjelma (2004-2007), sosiaalialan kehittämishanke sekä kansallinen terveyshanke. (STAKES 2007, 24-25.)

Päihdepalveluille on tehty Suomessa omat laatusuosituksia. Laatusuosituksissa mainitaan muun muassa, että päihdehoidon perustana on potilaan avun, hoidon ja tuen tarve. Potilaan mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon täytyy turvata. Potilaan hoidossa tulee noudattaa kuntoutussuunnitelmaa, jonka laatimiseen potilas on itse osallistunut. (STAKES 2007, 26.)

2.3 Hyvä hoito

”Hyvä”-sanan synonyymejä ovat mm. positiivinen, onnistunut, erinomainen, kelvollinen, mainio, moitteeton, täydellinen, oivallinen, ensiluokkainen (Suomisanakirja 2017). Hoito-sana sisältää ne potilaan ja terveydenhuollon teot, joiden päämääränä on potilaan terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen ja ylläpito tai potilaan terveyttä koskevien asioiden tutkinta, lievittäminen tai poistaminen (Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 56). Näistä yhdessä tulee opinnäytetyössä käytetty termi ”hyvä hoito”.

Hyvää hoitoa koskevia tutkimuksia on tehty runsaasti. Launonen (2014) viittaa Pro Gradussaan Hudelsonin ym. (2008) määritelmään hyvästä hoidosta; määritelmän mukaan hyvä hoito sisältää teknisen sekä inhimillisen hoidon. Hyvä hoito koostuu mm. hoitohenkilökunnan motivaatiosta, heidän kokemuksestaan sekä tietotasostaan. Myös hoidon kiireettömyys sekä moniammatillisen tiimin yhteistyötaidot sisältyvät hyvään hoitoon. Hyvän hoidon toteutumista estäviä seikkoja ovat aiempien tutkimusten mukaan mm. stressi, liian vähäinen hoitohenkilökunta, työn hektisyys, hoitohenkilökunnan ammattitaitojen vähätteleminen, se ettei hoitohenkilökuntaa palkita tarpeeksi sekä kohtuuttomat odotukset hoitoa kohtaan. (Launonen 2014, 4.)

Kuntaliiton terveydenhuollon laatuoppaassa (2011) kuvataan hyvää hoitoa seuraavasti: potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan erilaiset tarpeet ja toiveet hoitoa koskien otetaan huomioon. Potilaalle annettu hoito on asianmukaista ja turvallista, ja siinä toteutetaan näyttöön ja hyviin käytäntöihin perustuvaa hoitoa. Yhteistyö potilaan hoitoon osallistuvien tahojen välillä on asianmukaista, toimivaa ja sujuvaa. Koivuranta (2011) toteaaakin, että onnistuneen hoidon tuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut parhaan mahdollisen hyödyn hoidostaan (Koivuranta-Vaara 2011, 8).

Puhuttaessa hyvästä hoidosta, liittyy siihen myös olennaisesti hoidon laatu. Yksinkertaistetusti hyvää hoidon laatua sosiaali- ja terveydenhuollossa voisi kuvailla niin, että hoito on ollut tarpeenmukaista, sitä on saatu oikealla hetkellä ja oikeassa paikassa (Krohn 2017). Hoidon laatua voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta; palvelun laatua, kliinistä laatua, prosessien laatua ja hoidon vaikuttavuutta (Koivuranta-Vaara 2011, 4). Hoidon laadun mittaamiseksi on kehitetty muun muassa useita erilaisia mittareita, joiden avulla voidaan saada tietoa potilaiden kokemuksista koskien saamansa hoidon laatua (Mattila 2001, 11). Suomalaisia mittareita ovat mm. hyvä hoito-mittari, ihmisläheinen hoito-mittari, sekä yksilöllinen hoito-mittari (Zibulski 2014, 5-6).

Hyvää hoitoa ohjaavat hoitotyössä hyväksytyt toimintamallit, eettiset periaatteet sekä ammattietiikkaa koskevat ohjeistot. Hoitohenkilökunnan tulee toimia lakien, lakisääteisten velvollisuuksien, oikeuksien ja säädösten mukaisesti. (Partanen ym. 2015, 31.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785, 3§) kerrotaan erikseen potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Potilaan hoito on järjestettävä ja potilasta on kohdeltava tavalla, joka ei loukkaa hänen ihmisarvoaan eikä vakaumustaan. Myös potilaan yksityisyyttä on kunnioitettava. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.) Potilaan oikeus hyvään hoitoon on myös yksi terveydenhuollon eettisistä periaatteista (Pahlman, Pihlainen, Rauhala, Sarvimäki & Halila 2001, 12).

2.4 Alkoholi-riippuvaisen potilaan hyvä hoito

Alkoholi-riippuvaisen potilaan hyvässä hoidossa korostuvat erityisesti onnistunut hoitosuhde sekä toimiva lääkehoito. Myös erilaiset psykososiaaliset hoitomenetelmät ovat toimivia ja tärkeitä alkoholi-riippuvaisen potilaan hoidossa. Alkoholi-riippuvaisen hoidossa on huomioitava myös hoidon kokonaisvaltaisuus, sillä alkoholi-riippuvuus vaikuttaa kaikkiin potilaan elämän osa-alueisiin. (Alkoholi-ongelman hoito, Käypähoito-suositus 2015.) Myös Inkinen (2004, 61) toteaa pro gradu-tutkielmassaan, että erityisen tärkeää olisi arvioida potilaan kokonaisvaltainen tilanne ja hoidon tarve, tukea potilaan henkistä hyvinvointia sekä neuvoa ja ohjata potilasta. Hän painottaa myös itse hoidon olevan kokonaisvaltaista: potilaita tulee hoitaa, tukea, auttaa ja neuvoa niin fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen tilanteen sekä tarpeiden pohjalta.

Myös Partanen ym. (2015, 164) korostavat, että luottamuksellinen hoitosuhde rakentuu alkoholiriippuvaista potilasta arvostavalle ja elämäntilanteen kokonaisvaltaisesti huomioivalle pohjalle. Heidän mukaansa tällainen hoitosuhde mahdollistaa sen, että potilas uskaltaa olla oma itsensä ja kertoa rehellisesti tilanteestaan. Käypä hoito-suosituksen mukaan myös suomalaisessa tutkimuksessa on selvinnyt, että hoitavan henkilön vuorovaikutustaidoilla ja hyvällä hoitosuhteella on positiivista vaikutusta alkoholiriippuvaisen hoidon tuloksiin. Mitä paremmat vuorovaikutustaidot hoitohenkilökunnalla oli, sitä harvemmin potilaat esimerkiksi keskeyttivät hoidon. (Hoitavan henkilön vuorovaikutustaitojen vaikutus alkoholiongelmaisen hoitotuloksiin 2015.) Myös Aalto, Alho & Kiianmaa (2015) toteavat, että hyvä hoitosuhde ja etenkin hoitohenkilökunnan empaattinen suhtautuminen edistävät alkoholiriippuvaisen potilaan toipumista (Aalto, Alho, Kiianmaa 2015, 16).

Partanen ym. (2015) korostavat myös vuorovaikutustaitojen merkitystä luottamuksellisen hoitosuhteen luomisessa. Jotta hoitohenkilökunnan ja päihteidenkäyttäjän välille rakentuisi luottamuksellinen hoitosuhde, tulisi hoitohenkilökunnan asenteen olla mahdollisimman neutraali, myönteinen, vastaanottava, ymmärtävä sekä hyväksyvä. Hoidollisessa vuorovaikutuksessa merkityksellisiä ovat keskustelut muun muassa potilaan elämästä, hänen tavoitteistaan ja voimavaroistaan sekä hänen perhesuhteistaan. Päihteiden käyttöön liittyvillä häpeän tunteilla on myös suuri vaikutus auttajan ja autettavan väliseen vuorovaikutukseen. Häpeän tunteet vaikeuttavat tai estävät usein päihderiippuvuuteen liittyvistä ongelmista keskustelun. Aito, molemminpuolinen vuorovaikutus onnistuu vasta, kun luottamus on saatu rakennettua potilaan ja sairaanhoitajan välille. (Partanen ym. 2015, 164-165, 173-175.)

2.5 Etiikka osana hyvää hoitoa

Hoitotyössä etiikka on läsnä jokaisessa päivässä, jokaisessa hetkessä. Hoitotyössä ollaan tekemisissä potilaan terveyden, sairauden ja jopa kuoleman kanssa jolloin eettiset kysymykset nousevat esille. Yksinkertaistetusti etiikan voisi ajatella kuvaavan oikeaa ja väärää, perustuen aiemmin yhteiskunnassa luotuihin oikean ja väärän standardeihin sekä kulttuurisidonnaisiin periaatteisiin. (ETENE 2001, 4.) Etiikan avulla voidaan ajatella, kuinka ihmisen tulisi toimia erilaisissa tilanteissa ja konteksteissa (What is Ethics? 2015).

ETENE eli Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta on laatinut sosiaali- ja terveysalalle valtakunnalliset eettiset suositukset joiden avulla voi tarkastella mikä on oikein ja tavoiteltavaa, kun henkilö on sosiaali- ja terveysalan asiakkaana. (Partanen ym. 2015, 33). ETENE:n suositusten lisäksi hoitohenkilöstön työtä ohjaavat lisäksi paitsi oma eettinen arvomaailma, myös ammattiryhmien eettiset ohjeet- ja periaatteet. Ohjeiden tarkoituksena on antaa hoitajille tukea ja apua päivittäisessä hoitotyössä. Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden perustana pidetään sitä, että hyvän ja laadukkaan hoidon perusta on potilaasta vä-

littäminen. Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa painotetaan erityisesti hoitajan ja potilaan välisen suhteen merkityksellisyyteen, ja siihen kuinka potilasta tulee hoitaa ja kohdata ihmisenä. (Sairaanhoidajaliitto 2014.)

Päihdehoitotyössä hoitohenkilöstön eettinen osaaminen on erityisen tärkeää, sillä päihdeidenkäyttäjiin liittyy huomattavasti negatiivisia asenteita myös hoitohenkilöstön puolelta ja koska päihdeidenkäyttäjien voidaan katsoa kuuluvan usein haavoittuvaan potilasryhmään, sillä sosiaalisen asemansa vuoksi heillä usein on haasteita pitää kiinni omista oikeuksistaan. Päihdehoitotyössä herää monenlaisia eettisiä kysymyksiä potilasta ja itse hoitotyötä koskien. Potilaan kohdalla heräviä kysymyksiä ovat esimerkiksi: Millä oikeudella päihdeidenkäyttöön puututaan? Miten tukea potilaan osallisuutta hoidossa? Miten suhtaudutaan, mikäli potilas aloittaa päihdeidenkäytön uudelleen? Lisäksi täytyy huomioida eri ammattiryhmiin sekä hoito-organisaatioon liittyvät eettiset kysymykset. ETENE:n antamat eettiset suositukset sosiaali- ja terveysalalle ovat parantamassa ja tukemassa erityisesti päihdehoitotyön eettistä osaamista, sillä suositukset kohdistuvat sekä sosiaali- että terveydenhuoltotyöhön, joissa molemmissa päihdeongelmista kärsiviä potilaita ja asiakkaita kohdataan. ETENEN suositukset huomioivat erityisesti haavoittuvia potilasryhmiä ja heidän oikeuksiensa toteutumista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. (Partanen ym.2015, 33-37.)

Itsemääräämisoikeus on eräs eettisen ajattelun keskeisiä käsitteitä ja yksi merkittävimmistä potilaan oikeuksista. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan sitä, että potilaalla on oikeus päättää itseään ja omaa hoitoaan koskevista asioista. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 6 §) määritellään hoitohenkilökuntaa hoitamaan potilasta aina mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä tämän kanssa. (Finlex 2017.) Itsemääräämisoikeus on kaikkien potilaiden oikeus ja yksi sosiaali- ja terveydenhuollon johtavista periaatteista, mutta itsemääräämisoikeutta voidaan joutua rajoittamaan, mikäli potilas on esimerkiksi vaaraksi itselleen tai muille (Haho 2009.)

Päihderiippuvaisen potilaan itsemääräämisoikeutta voidaan joutua rajoittamaan tilanteissa, joissa potilas vaarantaa terveytensä päihdeiden käytön tai siihen liittyvän mielenterveyshäiriön vuoksi. Mikäli päihderiippuvainen potilas on kyvytön tekemään harkittuja päätöksiä sairautensa tai päihderiippuvuuteensa vuoksi, voidaan potilas määrätä pakkohoitoon. (Huttunen 2015.) Tilanteissa joissa pakkoa käytetään potilaan kanssa, täytyy erityisesti huomioida potilaan osallisuus ja sen toteutuminen. Vaikka potilas on vastentahtoisessa hoidossa, ei potilaan osallisuus sekä potilaslähtöinen kohtelu saa jäädä toteutumatta. Käytettäessä pakkoa, sääntöjä sekä määräyksiä täytyy niille olla riittävät perusteet, jotka käydään henkilökunnan ja potilaan kanssa yhdessä läpi. (Laitila 2010, 185.)

2.6 Kokemus ja sen tutkiminen

On olemassa tieteensuuntaus, joka tutkii nimenomaan ihmisen kokemusta. Fenomenologia on tieteenfilosofinen suuntaus, joka korostaa tiedon tuottamista ihmisen havaintoihin ja kokemuksiin perustuen. Fenomenologiassa tärkeiksi nähtyjä asioita ovat subjektiivisuus, henkilön omat aistimukset, kokemukset sekä elämän pohtiminen. Fenomenologiassa ajatus on, että ympäröivästä maailmasta saatu informaatio välittyy vain kokemalla ja aistimalla. (Jyväskylän yliopisto 2015.)

Kärkkäisen (2014) mukaan kokemus on jotakin, mitä pystytään kuvailemaan sanallisesti ja josta pystytään keskustelemaan. Kokemuksia voidaan kuvailla yksittäisiksi asioiksi ja vahvoiksi elämyksiksi, joilla on henkilön identiteettiä vahvistava, horjuttava tai jopa muuttava vaikutus. Kokemuksen syntyminen tapahtuu vuorovaikutuksessa todellisuuden kanssa, ja se on suorassa yhteydessä maailman tulkitsemiseen. Tutkittaessa kokemusta on tärkeää miettiä, miten henkilön aito kokemus asiasta kyetään säilyttämään prosessin eri vaiheissa. (Kärkkäinen 2014, 18-20.)

2.7 Potilaskokemuksen syntyminen ja siihen vaikuttavat tekijät

Potilaskokemuksen syntymiseen vaikuttavat tutkimusten mukaan monet eri tekijät eikä potilaskokemuksesta löydy yhtä, yhteisesti hyväksyttyä määritelmää. Wolf, Niederhauser, Marshburn & LaVela (2014) kuvailevat potilaskokemuksen olevan tulos organisaatiossa syntyvistä vuorovaikutuksista, jotka vaikuttavat potilaan havaintoihin koko hoitoprosessin ajan (Wolf, Niederhauser, Marshburn & LaVela 2014, 8). On tutkittu, että potilaskokemuksella ja potilastyytyväisyydellä on merkittävä yhteys toisiinsa (Bleich, Özaltınb & Murray 2009, 271).

Meillä kaikilla on erilaisia odotuksia ja kokemuksia koskien saamaamme hoitoa. Johansson ym. (2001) totesivat kirjallisuuskatsauksessaan, että potilaan hoitoon kohdistuvilla odotuksilla sekä aiemmilla kokemuksilla terveydenhuollosta on tutkitusti vaikutusta potilaan tyytyväisyyteen saamastaan hoidosta. Heidän mukaansa nämä kaksi tekijää olivat avainasemassa siinä, oliko potilas tyytyväinen vai tyytymätön saamaansa hoitoon. He saivat selville, että potilaat, jotka kokivat saaneensa parempaa hoitoa kuin odottivat, olivat tyytyväisempiä sairaalahoitonsa. (Johansson ym. 2001, 339.)

Johansson ym. (2001, 337) totesivat kirjallisuuskatsauksessaan, että potilastyytyväisyyteen vaikuttavat olennaisesti mm.

- potilaan odotukset hoitoa kohtaan
- potilaan hoitoympäristö
- vuorovaikutus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä
- potilaan tiedonsaanti
- potilaiden osallistuminen omaan hoitoonsa
- potilaan kokemus hoitohenkilökunnan ammattitaidosta

Potilaan kokemukseen saamastaan hoidosta ja sen laadusta vaikuttaa myös se, miten potilas kokee hoitohenkilökunnan ja omaisten välisen yhteistyön (Omaisyyhteistyö vahvistaa perhelähetyisyyttä hoitotyössä 2017).

Hoitoympäristö

Hoitoympäristö-käsitettä voidaan tarkastella lukuisilla eri tavoilla. Pro Gradussaan Karppinen (2015) jakoi hoitoympäristöt fyysiseen, sosiaaliseen ja symboliseen hoitoympäristöön. Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan ihmistä konkreettisesti ympäröivää ympäristöä. Sosiaalinen ympäristö taas sisältää ihmisen sosiaaliset suhteet. Symbolinen ympäristö taas muodostuu kulttuurista, kielestä, uskonnosta sekä yhteisön normeista (Karppinen 2015, 5.)

Kivelän (2012) mukaan fyysisellä hoitoympäristöllä ja potilaiden odotuksilla sitä kohtaan on vaikutusta potilaiden toipumiseen ja potilaiden kokemukseen sairaalahoidon laadusta. Kivelän tutkimuksen mukaan potilaalle hoitoympäristössä tärkeitä asioita ovat tilat, jotka ovat luonteeltaan perhekeskeisiä, yksityisiä, turvallisia, viihtyisiä sekä kauniita. (Kivelä 2012, 2.) Myös Mikkola (2006) toteaa väitöskirjassaan, että hoitoympäristöllä on suuri vaikutus siihen, miten potilas kokee potilaana olemisen ja näin ollen sairaalahoidon. Fyysisellä hoitoympäristöllä, muilla potilailla sekä hoitohenkilökunnan keskinäisellä vuorovaikutuksella on merkitystä. Potilaan kokemus hoitoympäristöstään on yhteydessä kokemukseen osaston turvallisuudesta ja levollisuudesta. Tällöin kokemus voi vähentää tai korostaa potilaan tuen tarvetta ja samalla lisätä tai poistaa mahdollisuuksia saada tukea (Mikkola 2006, 131-132.)

Vuorovaikutus

Vuorovaikutus on vastavuoroista kommunikaatiota kahden tai useamman henkilön välillä. Vuorovaikutuksen keinoja ovat esimerkiksi sanat, puhe, eleet, ilmeet ja ääntely (Vuorovaikutus 2017.) Hoitotyössä tapahtuvassa vuorovaikutuksessa tärkeitä ovat hoitajan olemus, ilmeet ja eleet, joista ensimmäisenä potilas huomaa hoitajan kasvojen ilmeet. Potilasta silmiin katsoamalla hoitaja osoittaa olevansa keskittynyt häneen. Muita eleitä ovat vartalon, jalkojen, käsien ja pään liikkeet jotka kertovat millaisessa olotilassa henkilö on. Potilaan ja hoitajan välisessä kommunikoinnissa avoin tunnelma auttaa muodostamaan yhteyden hoitajan ja potilaan välille; hoitaja yrittää auttaa potilaan kertoessa huolistaan ja vaivoistaan. Tällä tavoin vuorovaikutus on molemminpuolista. (Rantala 2011, 63.)

Rantala (2011) toteaa vuorovaikutuksella olevan merkittävä rooli hoitotyössä. Potilasta hoidetaan, neuvotaan, ohjataan, kannustetaan ja tämä kaikki tapahtuu vuorovaikutuksessa. Hoitajan ja potilaan välinen suhde sisältää myös hoidon suunnittelua, tavoitteiden asettamista ja arviointia, ja myös se kaikki tapahtuu hoitajan ja potilaan välisessä kommunikaatiossa. Rantala kertoo, että vuorovaikutuksen tärkeyttä ja sosiaalisten taitojen merkitystä ei kuitenkaan painoteta läheskään tarpeeksi. (Rantala 2011, 7.) Myös Mattila (2011) kertoo väitöskirjassaan

vuorovaikutuksen olevan erittäin tärkeä osa hoitotyötä: ”Vuorovaikutus henkilökunnan kanssa on useissa tutkimuksissa todettu keskeiseksi osatekijäksi, jonka mukaan potilaat arvioivat saamansa hoitoa. Potilaat odottavat erityisesti ongelmiansa kuulemista ja asioihinsa paneutumista”. (Mattila 2011, 10.)

Hoitohenkilökunnan ammattitaito

Potilaan kokemus hoitohenkilökunnan ammattitaidosta on myös kytköksissä potilaan kokemukseen hoidosta. Hoitajan potilaalle antama tieto, neuvot ja tekniset taidot ovat tärkeitä tekijöitä potilaan arvioidessa saamansa hoidon laatua. Potilaat odottavat hoitajan omaavan spesifistä tietoa potilaan hoitoon liittyvistä tekijöistä ja tukevan potilasta noudattamaan lääkärin antamia ohjeita. Myös onnistunut kivun lievittäminen on suuressa roolissa potilastyytyväisyyttä mitattaessa. (Johansson ym. 2001, 339-340.) Gröndahl & Leino-Kilpi (2013) toteavat tutkimuksessaan HYVÄ HOITO-mittarilla saaduista tuloksista, että potilaan tukemisessa, kuten erilaisten pelkojen ja jännittyneisyyden vähentämisessä hoito voisi olla laadukkaampaa (Gröndahl & Leino-Kilpi 2013, 55).

Potilaan osallisuus

Potilaan osallisuus hoitotyössä nähdään potilaslähtöisyyteen ja eettisiin periaatteisiin liittyvänä arvona. Osallisuus toteutuu potilaan osallistumisena, toimintana sekä vaikuttamisena omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. Osallisuuden toimintakulttuurissa potilas on jo suunnitelluvaiheessa yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. (Mannila 2015, 4-5.) Osallisuus ja voimaantumisen saavat Partasen ym. (2015) mukaan alkunsa ihmisen kokemuksesta, että hän on riittävän hyvä toimijana. Siihen vaikuttaa olennaisesti työntekijän arvostava ja kumppanuuteen kutsuva toimintatapa, jossa potilas tuntee voivansa neuvotella ja tehdä päätöksiä ja valintoja. (Partanen ym. 2015, 173.)

Potilaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä on Laitilan (2010) mukaan tärkeä ja tavoiteltu arvo, mutta aikaisempien tutkimusten perusteella potilaan osallisuuden käytännön toteutumisessa potilas on edelleen parantamisen varaa. Potilaiden osallisuuden toteutumisen mahdollisuuksiin mielenterveys- ja päihdetyössä liittyvät monenlaiset seikat. Osa näistä seikoista liittyy mm. yhteiskuntaan, lainsäädäntöön sekä mielenterveys-, ja päihdetyön toimintaan. (Laitila 2010, 8, 140.)

Potilaan osallisuutta mielenterveys ja päihdetyössä tulee kehittää palveluiden käyttäjien, työntekijöiden, oppilaitosten, päättäjien ja muiden toimijoiden yhteistyönä. Mikäli palveluiden käyttäjiä ei oteta mukaan varsinaiseen prosessiin, ei siinä tapahdu oikeaa muutosta ja palveluiden käyttäjien voimaantumista. Hoitotyöntekijöiden asenteella on merkitystä siihen, toteutuuko potilaiden osallisuus. (Laitila 2010, 185.) Potilaiden osallistaminen nähdään kan-

sainvälisestäkin olennaisena tekijänä hoidon laadun parantamisessa (Jacobsen, Pedersen & Albeck 2008, 5). Myös englantilainen Health Innovation Network South London (2017) kertoo, että potilaiden osallisuudella on tutkimusten mukaan suuri vaikutus hoidon laatuun ja ne ovat tunnustettuja avaintekijöitä hoidon laadun kehittämässä.

Osallisuuden toteutumiseen liittyy olennaisesti potilaan oikeus saada tietoa sekä osallistua omaan hoitoonsa. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785, 5§) todetaan, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Tieto on annettava potilaalle ymmärrettävällä tavalla. (Finlex 2017.) Tietoa annettaessa hoitohenkilökunta ohjaa ja neuvoo potilasta sekä hänen omaisiaan. Tiedonsaannin tavoitteena on auttaa potilasta ymmärtämään terveydentilaansa, sairauttaan, hoitoaan ja kuntoutustaan. Tietoa tulee antaa läpi koko hoidon, sillä tieto auttaa potilasta elämän hallinnassa, mahdollisuuksien tunnistamisessa, päätöksenteossa sekä edistää hoitoon osallistumista. (Kylliäinen 2012, 11.) Potilas kokee tärkeäksi, että hän saa suullista, että kirjallista ohjausta sekä neuvontaa hoitohenkilökunnalta ja lääkäreiltä (Kvist 2004, 30). Potilaan oikeus saada tietoa on yhteydessä itsemääräämisoikeuteen, mutta sillä on myös suurta merkitystä luottamuksen syntymisessä potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä (Poikkimäki 2004, 8). Tanskalaisessa tutkimuksessa kerrotaan, että potilaat jotka saavat tietoa koskien omaa hoitoaan ovat hoitoonsa tyytyväisempiä, saavat parempia hoitotuloksia sekä myös reagoivat saamaansa hoitoon paremmin (Jacobsen ym. 2008, 5).

Osallisuuteen liittyy olennaisesti myös potilaan osallistuminen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaat kaipaavat ymmärrettävämpää tietoa erilaisista vaihtoehtoista koskien saamaansa hoitoa sekä mahdollisuutta osallistua oman hoitonsa suunnitteluun sekä päätöksentekoon. (Poikkimäki 2004, 8.) Myös Kylliäinen (2012) toteaa, että laadukkaassa hoitotyössä merkittävässä roolissa ovat potilaan tiedonsaanti sekä potilaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa. Niillä on selkeä yhteys potilaan positiiviseen hoitokokemukseen sekä potilaan motivaatioon. (Kylliäinen 2012, 1.) Myös Jacobsen, Pedersen ja Albeck (2008) toteavat että potilaan osallistumisella omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon on positiivisia vaikutuksia hoitotulokseen sekä potilaan tyytyväisyyteen hoitoa kohtaan. Potilaan ja hoitohenkilökunnan kommunikoinnin tukeminen nähdään erityisen tärkeänä tässä yhteydessä. (Jacobsen ym. 2008, 5.) Myös Kvist (2004) toteaa väitöskirjassaan, että potilasta tulee tukea sairauden kanssa sopeutumisessa, oman hoitonsa suunnitteluun osallistumisessa sekä sairautensa kanssa pärjäämisessä (Kvist 2004, 30).

Yhteistyö omaisten kanssa

Yhteistyöllä tarkoitetaan aktiivista toimintaa, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa ja jolla on jokin yhteinen tavoite. Jotta yhteistyö onnistuu eri osapuolten välillä, täytyy kaikkien osallistujien panostaa siihen tasapuolisesti. (Aira 2012, 45.) Hyvä ja toimiva yhteistyö hoitohenkilökunnan ja potilaan omaisten kanssa on tärkeä osa hyvää hoitoa. Hyvään hoitoon kuuluu, että potilaan omaiset otetaan mukaan hoitoon huomioiden potilaan henkilökohtaiset tarpeet ja omaisten mahdollisuudet osallistumiselle. (EPSHP 2009, 5.) Tutkimusten mukaan potilaan kokemukseen saamastaan hoidosta ja sen laadusta vaikuttaa myös se, miten potilas kokee hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä tapahtuvan yhteistyön (Omaisyyhteistyö vahvistaa perhelähtöisyyttä hoitotyössä 2017). Myös Kostjukova, Kärnä, Pajari, Ylivainio sekä Göransson (2015) toteavat hankkeessaan, että kokemukseen hyvästä hoidosta vaikuttaa se, miten hoitohenkilökunta pyrkii ottamaan omaiset mukaan potilaan hoitoon (Kostjukova ym. 2015).

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata alkoholiriippuvaisten potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta akuuttikuntoutusosastolla.

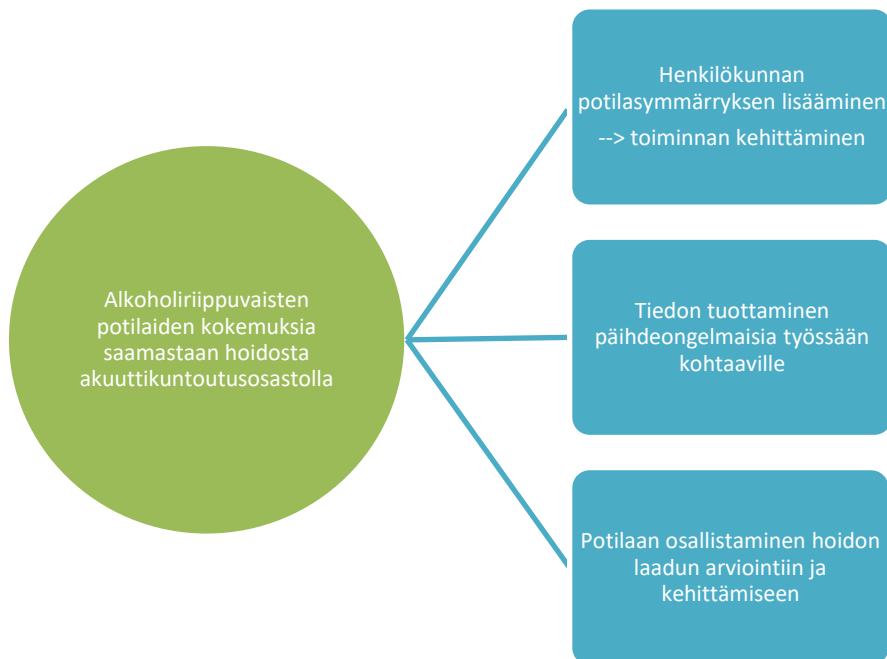
Opinnäytetyömme ensisijaisena tavoitteena on:

- osaston henkilökunnan potilasymmärryksen lisääminen ja tämän pohjalta lähtökohtien luominen osaston toiminnan kehittämiseksi entistä potilaslähtöisempään suuntaan.

Tavoitteenamme on myös:

- mahdollistaa potilaiden osallistuminen hoidon laadun arviointiin ja tätä kautta edelleen kehittämiseen
- tuottaa tietoa myös muille päihdehoitotyön yksiköille, sekä kaikille terveydenhuollon ammattilaisille ja opiskelijoille, jotka kohtaavat päihdeongelmaisia työssään

Seuraavassa kuviossa (kuvio1) kuvaamme tämän opinnäytetyön tutkimusasetelman yksinkertaistettuna.



Kuvio 1: Tutkimusasetelma yksinkertaistettuna

Opinnäytetyömme tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten potilaat ovat kokeneet hyvän hoidon toteutuneen?
2. Miten hyvän hoidon osa-alueita voidaan kehittää vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita?

4 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä ja toteuttaminen

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä. Kvalitatiiviseen lähestymistapaan päädyttiin opinnäytetyössä, sillä työn tavoitteena on erityisesti ihmisten kokemusten ja tulkintojen, sekä erilaisten näkemysten kuvaaminen. Kvalitatiivisella tutkimuksella tarkastellaan erityisesti ihmisten asenteita ja käyttäytymistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49). Tutkimusaineiston laadullinen käsittely on loogiseen päättelyyn ja tulkintaan perustuvaa sisällön erittelyä, jonka tarkoituksena on luoda hajanaisesta tiedosta mielekäs, selkeä, tiivis ja yhtenäinen tutkittavaa ilmiötä kuvaava tietokokonaisuus (Rovaniemen ammattikorkeakoulu 2009).

Tutkimuksellisessa opinnäytetyössä tuloksena syntyy uutta tietoa, kun taas toiminnallisessa opinnäytetyössä lopputulos on tuotos, kuten opas tai esite (Salonen 2013, 6). Opinnäytetyömme on muodoltaan tutkimuksellinen, sillä opinnäytetyön tuloksena saamme uutta tietoa alkoholiriippuvaisten potilaiden hoitokokemuksesta.

4.1 Hankeympäristö ja kohderyhmän kuvaus

Opinnäytetyön kohdeosasto on perusterveydenhuoltotasoinen akuuttikuntoutusosasto alkoholiriippuvaisille potilaille pääkaupunkiseudulla. Osaston toiminta nykyisessä muodossaan on alkanut vuonna 2013. Osastolla on 28 potilaspaiikkaa sekä kaksi ylipaikkaa. Potilaat tulevat osastolle pääosin lähetteellä kaupungin päivystyksistä (60%) sekä erikoissairaanhoidosta (30%). (Yksikön esittely 2017). Osaston potilaat ovat täysi-ikäisiä henkilöitä, joilla on yhteisenä tekijänä alkoholiriippuvuus. Potilaiden osastohoidon syyt liittyvät suurelta osin runsaaseen alkoholinkäyttöön ja sen aiheuttamiin sairauksiin ja tapaturmiin. Tyypillisimpiä osastolla hoidettavia sairauksia ovat mm. pitkittynyt delirium tremens, haimatulehdus, maksakirroosi, Wernickin enkefalopatia sekä erilaiset tapaturmat joissa alkoholi on ollut osatekijänä. Osasto ei toteuta alkoholiriippuvuuden akuuttivaiheen katkaisuhoidtoa, mutta toteuttaa oireiden jatkuessa alkoholivieroitushoitoa. Osastolla hoidetaan potilaan akuutti terveys-ongelma ja tarjotaan potilaille ohjausta ja neuvontaa päihdepalveluiden piiriin (Yksikön esittely 2017.)

Osaston arvoja ovat potilaslähtöisyys, turvallisuus, ekologisuus, oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus, osallisuus ja osallistuminen, taloudellisuus sekä yrittäjämielisyys. Osaston tavoitteita ovat mm. kuntouttavan hoitotyön kehittäminen, moniammatillisen yhteistyön tiivistäminen ja potilaan mahdollisuus päihdejatkokuntoutukseen. (Yksikön esittely 2017.)

Tyypillinen hoitoprosessi osastolla etenee seuraavalla tavalla: Ensimmäisessä vaiheessa jono-ohitaja tai ylilääkäri käsittelee muusta yksiköstä saapuvan potilasta koskevan lähetteen. Mikäli potilas hyväksytään osastolle, antaa lähettävä yksikkö osastolle tuloraportin potilaasta. Kun potilas saapuu fyysisesti osastolle, ottaa hoitaja potilaan vastaan sekä esittelee osaston ja sen toimintatavat; samalla potilaille tehdään osaston omat tulorutiinit, mm. mittauksia, arvotavaroiden ja muun omaisuuden tarkistus sekä kysytään potilaan oma tavoite hoitojakson. Potilaille tehdään heti hoitojakson alussa hoidon tarpeen arviointi ja hänen kanssaan käydään läpi yksikön käytännöt. Hoidon tarpeen arvio sisältää myös lääkeshoidon arvion sekä hoidon suunnittelun. Potilas saa osastolla kokonaisvaltaista hoitoa. Osastojaksolla potilaan kanssa käydään päihdekeskusteluja, mikäli potilas on siihen suostuvainen, myös potilaan kokonaisvaltaista vointiaan seurataan läpi hoitojakson. Hoitojakson aikana kuntoutuskokouksissa arvioidaan hoitosuunnitelman toimivuutta, arvioidaan potilaan lääkehoidtoa ja sen toimivuutta sekä mahdollisia muutoksia sekä tavoitteiden täyttymistä. Kuntoutuskokouksessa tehdään myös mahdollinen kotiutus päätös. Ennen potilaan kotiutumista tehdään tarvittaessa kotikäynti, jossa arvioidaan mahdollisten apuvälineiden tarve. Mikäli potilaalla ei ole asuinpaikkaa, yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa hänelle järjestetään paikka johon kotiutua. Kotiutusjärjestelyissä tehdään yhteistyötä mm. omaisten, kotihoitoon, jatkokuntoutuspaikan, avopalvelujen ja tukipalvelujen kanssa.

Osastolla työskentely tapahtuu moniammatillisessa tiimissä, joka koostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista, osaston lääkäreistä, fysioterapeuteista, sosiaalityöntekijästä, toimintaterapeutista, osastosihteeristä, laitoshuoltajista sekä tarvittaessa sairaalapastorista. Koska lähes kaikilla osaston potilaista on olemassa alkoholiriippuvuus, olennainen osa hoitoa ja kuntoutusta on saada ohjausta päihdekuntoutuksen piiriin. Osaston henkilökunnasta moni on päihde- ja mielenterveystyöhön suuntautuneita tai lisäkoulutautuneita ja heillä on entuudestaan työkokemusta erilaisista päihdetyön yksiköistä. (Yksikön esittely 2017.)

Osastolla tehdään tiivistä yhteistyötä erilaisten päihdehoitotyötä tukevien ja järjestävien tahojen kanssa. Kahden eri alueen päihdepoliklinikan työntekijät käyvät osastolla viikoittain juttelemassa halukkaiden potilaiden kanssa ja kertomassa minkälaista apua, tukea ja päihdekuntoutusta päihdepoliklinikan kautta voi saada. Potilaan mahdollinen päihdejatkokuntoutus tapahtuu päihdepoliklinikan kautta saadun lähetteen avulla. Osaston käytettävissä on päihdepsykiatri ja lisäksi osastolla vierailee säännöllisesti myös kokemusasiantuntija. Osastolla käyvät myös säännöllisesti AA-kerhon vetäjät pitämässä suljettuja keskusteluryhmiä potilaille. (Yksikön esittely 2017.) Hoitotyön ammattilaisten, osaston moniammatillisen tiimin ja päihdetyön osajien yhteistyöllä potilaille tarjotaan mahdollisuus sisätautikirurgiseen hoitoon ja kuntoutukseen, sekä lisäksi luodaan kontakteja päihdehoitotyön puolelle. Näin voidaan parhaassa tapauksessa katkaista potilaan alkoholinkäyttö ja tarjota tukea ja ohjausta myös muiden ongelmien hoitoon.

4.2 Aineistonkeruu

Aineistokeruumenetelmänä työssä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47). Teemahaastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208).

Teemahaastattelulle voidaan määritellä muutamia tyypillisiä piirteitä, joiden mukaan teemahaastattelu prosessina etenee. Eräs tyypillinen piirre teemahaastattelulle on, että haastattelun keskiössä ovat haastateltavan subjektiiviset kokemukset. Tyypillistä on myös, että kaikkia haastateltavia yhdistää myös jokin samanlainen tai saman tyyppinen koettu tilanne tai ilmiö. Teemahaastattelua aineistonkeruumenetelmänä käytettäessä tavallista on myös se, että haastattelurunko kehitetään tutkijan tietoperustan kannalta. Teemahaastattelussa korostuu myös tutkimuksen tekijän vahva perehtyneisyys tutkittavaan aiheeseen ja sen taustatekijöihin. (kuvio 2) (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47.)



Kuvio 2: Teemahaastattelun ominaispiirteet

Teemahaastattelussa keskeinen ajatus on se, että tarkkojen kysymysten sijaan haastattelu tapahtuu ennalta määriteltujen teemojen parissa, ja teemojen käsittelyn ja apukysymysten järjestys voi vaihdella. Tämän ansiosta teemahaastattelussa haastateltavan kokemus on erityisesti haastattelun keskiössä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48.) Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten asioille antamat tulkinnot ja merkitykset (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 97). Teemahaastattelua aineistonkeruu menetelmänä käytettäessä on mahdollisuus tarvittaessa selventää saatuja vastauksia ja tehdä tarvittaessa lisäkysymyksiä ja tätä kautta syventää saatua tietoa (Hirsjärvi ym. 2007, 200).

4.3 Teemahaastattelurunon laatiminen

Tutkijalla tulee olla jonkinlainen ennakkokäsitys tutkittavasta ilmiöstä ja tämän ennakkokäsityksen pohjalta hän voi luoda teemahaastattelulle teemat (Kananen 2014, 77). Teemahaastattelun runko (liite 1), laadittiin niin, että se perustuu opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen ja siinä esille nousseisiin, potilaiden hoitokokemuksen muodostumisen kannalta keskeisiin teemoihin. Näitä teemoja ovat potilaan odotukset koskien hoitoa, potilaan aiemmat kokemukset, vuorovaikutus potilaan ja henkilökunnan välillä, potilaan hoitoympäristö, hoidon potilaslähtöisyys, potilaan tiedon saanti, potilaan osallistuminen hoitoon ja päätöksentekoon, hoitavan henkilökunnan ammattitaito potilaan kokemana sekä omaisten osallistuminen hoitoon. (Johansson ym. 2001, 339; Mikkola 2006, 131-132; Kivelä 2012, 2; Mattila 2011, 10; Gröndahl, Leino-Kilpi 2013, 56; Omaisyyhteistyö vahvistaa perhelähtöisyyttä hoitotyössä 2017.) Edellä

mainitut teemat supistettiin haastattelurunkoa varten viiteen pääteemaan. Teemojen laadinnassa edettiin potilaan hoitoprosessin mukaisesti vaihe vaiheelta, potilaan tulotilanteesta hoidon päättymiseen.

Haastattelurunkoon laadittiin valmiiden teemojen lisäksi konkreettisia apukysymyksiä teeman aiheista. Ennen haastatteluita mietittiin myös etukäteen haastatteluiden etenemistä ja erilaisia haastattelutekniikoita ja jatkokysymyksiä, jotta haastatteluista saataisiin mahdollisimman paljon kokemuksellista tietoa. Haastattelutilannetta varten tehtiin myös yksinkertaistettu hoitoprosessin kuvaus (liite 2), jota voitaisiin hyödyntää haastattelussa havainnoimaan potilaalle hoidon kulkua ja avaamaan teemoja myös tässä muodossa.

4.4 Haastateltavien valinta

Haastateltavat potilaat valittiin yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa yhdessä sovittujen valintakriteereiden pohjalta. Osaston kanssa sovitut valintakriteerit olivat seuraavat:

1. Haastateltavat potilaat olivat joko haastatteluviikolla kotiutuvia tai jatkokuntoutuspaikkaan siirtyviä naisia ja miehiä, joilla on todettu alkoholiriippuvuus. Kotiutumisen ollessa lähellä arvioitiin, että potilaat pystyvät arvioimaan saamaansa hoitoaan luotettavammin kuin hoidon alkuvaiheessa.
2. Haastateltavien potilaiden täytyi myös olla kykeneviä ilmaisemaan itseään verbaalisesti riittävällä tasolla, jotta aineistomme olisi laadukasta ja siitä voisi vetää luotettavia johtopäätöksiä.
3. Haastateltavilla potilailla tuli lisäksi olla aito halu ja kiinnostus osallistua haastatteluun.
4. Valintakriteereihin kuului myös MMSE-muistitestin tulos. Haastatteluun valittiin ainoastaan potilaita, joille MMSE-testiä ei ole tehty lainkaan tai potilaita jotka ovat saaneet MMSE-testistä tulokseksi 25-30 pistettä. Mikäli potilaalla oli todettu muistisairaus, ei häntä voitu valita haastateltavaksi. Tällöin vältettiin mahdollisten muistioireiden vaikutuksen haastatteluun ja sen kulkuun. Tämä oli tutkimustulosten luotettavuuden kannalta erittäin olennainen asia.

Haastatteluiden ollessa ajankohtaisia, opinnäytetyöntekijät saivat osastolta pyynnöstä listan kriteerit täyttävistä, haastatteluviikolla kotiutuvista potilaista. Tältä listalta opinnäytetyöntekijät valitsivat itse haastateltavat potilaat tietämättä heidän taustastaan mitään muuta kuin soveltuvuuden haastateltavaksi.

Teemahaastattelua aineistonkeruumenetelmänä käytettäessä, tulisi haastateltavien valinnassa kiinnittää huomiota siihen, että valituilla haastateltavilla on runsaasti tietoa tutkitavasta ilmiöstä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83). Jokaisesta haastateltavasta potilaasta kerättiin taustatiedot haastattelun yhteydessä. Kerättäviksi taustatiedoiksi sovittiin, etukäteen yhteistyössä osaston henkilökunnan kanssa, tulosten tulkinnan kannalta merkitykselliset asiat joita olivat: ikä, sukupuoli, osastohoidon pituus tällä hoitotajaksolla sekä aiemmat

päihteisiin liittyvät hoitajakset. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on verrattain pieni määrä tapauksia, ja nämä tapaukset analysoidaan mahdollisimman tarkasti - tällöin aineiston laatu korvaa määrän (Eskola & Suoranta 2008, 18). Opinnäytetyötä varten haastateltiin kuutta (n=6) 60-82 vuotiasta henkilöä, joista kaksi oli miehiä ja neljä naisia. Kaikilla haastateltavilla potilailla oli alkoholiriippuvuus ja kokemuksia aikaisemmista päihteisiin liittyvistä hoitajakoisoista; tämän katsottiin lisäävän heidän tietämystään tutkittavasta ilmiöstä. Haastateltavien potilaiden hoitajakset osastolla olivat pituudeltaan 11-33 vuorokautta. Myös kohtuullisen pitkän hoitajakson ajateltiin lisäävän potilaiden tietämystä aiheesta. Potilaat olivat kotiutuksessa haastatteluviikolla.

4.5 Teemahaastatteluiden toteuttaminen

Yksilöhaastattelu sopii aineistonkeruumenetelmäksi erityisesti silloin kun haastateltavana on saman potilasryhmän edustajia ja aihe saattaa olla osalle potilaista sensitiivinen (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 95). Ryhmähaastattelulla on mahdollista kerätä paljon tietoa yhdellä haastattelulla, mutta myös muita etuja yksilöhaastatteluun verrattuna on olemassa. Kuitenkin ryhmähaastattelussa ryhmädynamiikalla on Hirsjärven ja Hurmeen (2009) mukaan suuri merkitys lopputulemaan. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 63.) Valitsimme tutkimuksemme haastattelumuodoksi yksilöhaastattelun, sillä aihe on erittäin henkilökohtainen ja arka. Haastattelumamme potilaat kuuluvat kaikki myös samaan potilasryhmään. Ajattelimme myös, että ryhmähaastattelussa olisi olemassa riski ryhmädynamiikan toimimattomuudelle tai jonkun ryhmän jäsenen dominoimiselle keskustelussa muiden jäädessä varjoon. Haastattelulle on vaikea määrittellä oikeaa kestoa ja tehtyjen haastatteluiden kestot vaihtelevat paljon (Hirsjärvi & Hurme 2009, 74). Tekemämme haastattelut olivat kestoltaan 30-60 minuuttia ja pituus oli mielestämme juuri sopiva pitämään haastattelutilanteen koko ajan mielekkäänä haastateltavalle.

Haastattelutilan valintaan on käytettävä huomiota ja tilan on tärkeää olla rauhallinen ja häiriötön (Kylmä & Juvakka 2014, 91). Yksilöhaastattelut suoritettiin osaston omissa tiloissa. Haastatteluja varten oli varattu osastolta rauhallinen, häiriötekijöiltä suljettava tila, jossa ei ollut haastatteluhetkellä paikalla muita, kuin opinnäytetyön tekijät ja haastateltava potilas. Haastattelutilanteen häiriöttömyys ja rauhallisuus varmistettiin sulkemalla haastattelutilan ovi ulkopuolisilta ja informoimalla osaston henkilökuntaa alkavasta haastattelutilanteesta. Osaston potilasprofiilin vuoksi haastattelut oli luotettavampi suorittaa osaston tiloissa potilaiden vielä ollessa hoidossa osastolla. Kotiutumisen jälkeen olisi ollut olemassa suuri riski siihen, että sovitut aikataulut eivät enää olisivatkaan pitäneet paikkaansa alkoholin mahdollisesti palattua potilaiden elämään. Potilaan kokemukset saamastaan hoidosta olisivat myös tuoreessa muistissa hoitajakson ollessa edelleen käynnissä.

Haastattelut suoritettiin kahdessa osassa elokuussa 2017. Neljä ensimmäistä haastattelua suoritettiin siten, että kumpikin opinnäytetyöntekijöistä oli haastattelussa paikalla. Kaksi viimeistä haastattelua suoritettiin yhden opinnäytetyöntekijän toimesta. Ennen haastattelutilanteita nauhurin toimivuus ja mikrofonin suuntaus varmistettiin. Äänittämisessä käytettiin sisäisen kovalevyn omaavaa mikrofonillista tallenninta, jolta äänitteet voitiin helposti siirtää tietokoneelle talteen. Nauhoitusten onnistuminen varmistettiin käyttämällä tallentimen lisäksi myös matkapuhelimella tehtyä nauhoitusta ja varaamalla nauhuriin mukaan varaparisot.

Haastattelijan on kohteliasta esitellä itsensä ja antaa myös haastateltavalle mahdollisuus tehdä samoin. Yhteyden luominen haastateltavaan on haastattelun onnistumisen kannalta merkittävä tekijä. (Kylmä & Juvakka 2014, 92.) Kävimme itse noutamassa haastatteluun valitut potilaat osastolta. Potilaan tavattuamme esittelimme itsemme ja kerroimme miksi olemme osastolla ja varmistimme vielä kertaalleen suullisesti potilaan halukkuuden osallistua tutkimukseen. Matkalla haastattelutilaan pystyimme luomaan keskusteluyhteyden potilaaseen mukavalla jutustelulla. Ennen haastattelun aloitusta käytimme hetken hyvän tunnelman luomiseen ja hyväntuliseen rupatteluun haastateltavien potilaiden kanssa. Koimme, että tunnelma haastattelun alkaessa oli tämän jälkeen rennompaa ja luontevampaa. Ennen haastattelun aloittamista potilaiden kanssa käytiin vielä kerran suullisesti läpi potilastiedote (liite 3). Haastateltavilta potilailta myös varmistettiin suullisesti ja kirjallisesti suostumuslomakkeen (liite 4) muodossa, vielä kertaalleen, että he ovat halukkaita haastatteluun ja että haastattelun nauhoittaminen sopii heille.

4.6 Aineiston analysointi

Laadullisen tutkimuksen idea on löytää aineistosta jotakin uutta ja ennen havaitsematonta, uusia jäsenyyksiä tai merkityksiä, ennen kuvailemattomia tapoja ymmärtää inhimillistä todellisuutta (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 16). Jotta aineistosta voidaan saada tuloksia ja tehdä johtopäätöksiä, tulee aineisto analysoida (Kylmä & Juvakka 2014, 112). Laadullisen tutkimuksen analysointimenetelmä valitaan tavoitteiden perusteella. Analysointi voi olla luonteeltaan esimerkiksi tutkittavaa ilmiötä kuvaavaa tai sen ymmärtämiseen pyrkivää. (Laadullisen aineiston käsittely, 9.)

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan tieteellistä metodologiaa, jolla pyritään päätelmiin erityisesti verbalisesta, symbolisesta tai kommunikatiivisesta datasta. Sen tavoitteena on analysoida aineisto systemaattisesti ja objektiivisesti. (Kylmä & Juvakka 2014, 112-113.) Olennaista sisällönanalyysissä on erotella samanlaisuudet ja erilaisuudet (Janhonen & Nikkonen 2001, 23).

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston luokittelu tapahtuu aineistosta käsin; luokat nousevat aineistosta eikä luokkia luoda etukäteen muilla perusteilla. Induktiivisessä sisällönanalyysissä kaikkea kerättyä aineistoa ei tarvitse analysoida, päämäärä on

etsiä vastauksia tutkimustehtäviin- ja kysymyksiin. (Kylmä & Juvakka 2014, 112-113.) Tässä opinnäytetyössä teemahaastattelusta saadun aineiston analyysimenetelmäksi valittiin induktiivinen sisällönanalyysi, sillä opinnäytetyön tutkimuskysymysten kannalta olennaista oli antaa aineiston puhua.

Seuraavassa kuviossa (kuvio 3) kuvataan induktiivisen sisällönanalyysin eteneminen vaihe vaiheelta. Ensin kerätystä aineistosta pyritään hahmottamaan yleiskuva, tämän jälkeen aineisto redusoidaan eli pelkistetään, klusteroidaan eli ryhmitellään ja abstrahoidaan eli erotellaan työn kannalta olennainen tieto muusta tekstistä (Kylmä & Juvakka 2014, 116).



Kuvio 3: Aineiston analysointi

Aineiston käsitteleminen aloitettiin muodostamalla yleiskuva aineistosta. Tämä tehtiin kuuntelemalla äänitetty aineisto useaan otteeseen kokonaiskuvan saamiseksi. Tämän jälkeen haastattelut litteroitiin eli purettiin nauhoitetut haastattelut kirjoittamalla ne tekstimuotoon (Kananen 2014, 94). Litteroinnin avulla haastatteluaineisto saadaan helpommin tarkasteltavaan muotoon (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen, 2010, 13). Litteroimme äänitetyn aineiston haastattelu kerrallaan suoraan tekstinkäsittelyohjelmaan. Litteroitua aineistoa kertyi tietokoneella kirjoitettuna, Calibri 11 fontilla, rivivälillä 1,15, yhteensä 35 sivua. Haastatteluaineistojen litteroinnissa käytettiin erilaisia opinnäytetyön tekijöiden keskenään sopimia merkkejä kuvaamaan esimerkiksi haastateltavan erilaisia tunnetiloja, kuten naurua tai itkua. Erilliset merkit sovittiin myös kuvaamaan kohtia, joissa haastateltavan puhe on epäselvää ja sanoma jää epävarmaksi. Opinnäytetyössä litteroitiin sekä haastateltavien potilaiden, että haastattelijoiden puheenvuorot. Tämän avulla voitiin päätellä, oliko haastattelijoiden kysymysten muotoilulla mahdollisesti vaikutusta haastateltavien vastauksiin. (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 425.) Litteroinnin tarkkuus määritetään tutkimuskysymysten ja käytetyn menetelmän kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla. Luokittelun ja tulkinnan kannalta on tärkeää, että nauhoitettuun aineistoon voidaan tarvittaessa palata. (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 427.) Tässä opinnäytetyössä litteroimme äänitteet sanasta sanaan.

Litteroinnin jälkeen on määritettävä analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus (Luukkainen 2015, 6). Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköksi valikoituivat ajatuskokonaisuudet, jotka vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen aineiston pelkistäminen suoritettiin koodaamalla aineistosta nousseita ilmaisuja, jotka kuvasivat tutkittavaa ilmiötä. Koodaamisen tarkoituksena on saada aineisto helpommin käsiteltävään ja yksinkertaisempaan muotoon. Koodaamisessa yhdistetään samaa asiaa tai ilmiötä tarkoittavat asiat, joilla on yhteinen tekijä. (Kananen 2014, 103-105.) Tässä opinnäytetyössä samaa asiaa tai ilmiötä tarkoittavat ilmaisut alleviivattiin erivärisillä tusseilla. Seuraavaksi koodatut alkuperäisilmaukset pelkistettiin yksinkertaisempaan muotoon tekstinkäsittelyohjelmassa alla olevan esimerkin (taulukko 1) mukaisesti.

| Alkuperäinen ilmaus | Pelkistetty ilmaus |
|--|---|
| ”Mutta osaanhan mä arvostella ja mun mielestä mä oon saanu täällä ihan oookoon hoidon..” | Potilas koki olevansa kykenevä arvostelemaan ja saaneensa hyvää hoitoa |
| ”Jos tää on kuntoutussairaala niin kyllä täältä sai kuntoutusta..” | Potilas koki saaneensa kuntoutusta sairaalassa |
| ”Mä oon saanu kyllä ihan hyvän hoidon..” | Potilas koki saaneensa ihan hyvän hoidon |
| ”Mä tykkään että tää edistyy kyllä yleensäkin ja ja ja tuota noin niin olen tyytyväinen siihen hoitoon.” | Potilas koki hoidon edistyvän ja olleensa tyytyväinen saamaansa hoitoon |

Taulukko 1: Esimerkki pelkistämisestä

Pelkistämisen jälkeen pelkistetyt ilmaisut luokiteltiin. Luokittelulla tarkoitetaan samaa asiaa tarkoittavien käsitteiden yhdistämistä (Kananen 2014, 113). Tätä varten luotiin taulukko, johon luokiteltiin, eli ryhmiteltiin pelkistettyjä ilmaisuja, jotka nousivat aineistosta. Ensin muodostettiin alaluokat, joissa jokaisessa pelkistetyille ilmaisuille löytyi yhteinen tekijä. Seuraavassa esimerkki (taulukko 2) alaluokkien muodostamisesta.

| Pelkistetty ilmaus | Alaluokka |
|---|------------------------------|
| Potilas koki että joku siirsi koko ajan tuolia, joku yritti tulla hänen viereensä yöllä nukkumaan ja että naapuripotilas huusi jatkuvasti | Häiriötekijät ja levottomuus |
| Potilas koki empatiaa vieressä huutanutta potilasta kohtaan, mutta myönsi huutamisen häiritsevän | |

| | |
|--|--|
| Potilas koki ruokailutilanteet levottomina muiden potilaiden riitelyn, möykkäämisen sekä tuolien siirtelyn vuoksi, mutta pystyi kuitenkin ymmärtämään heitä ja koki että olosuhteet vaikuttivat käytökseen | |
| Potilas pelkäsi toista potilasta koska tämä huusi. Toisen potilaan aiheuttama pelko ja jännitys aiheuttivat vatsakipua | |
| Potilaan huoneessa oli ollut yöllä sekavasti käyttäytyvä huonetoveri jonka hoitajat olivat siirtäneet muualle | |
| Potilas koki osaston ilmapiirin levottomaksi ja että potilailla oli paljon huolia | |
| Potilas koki tulleensa huomioiduksi, kun hoitaja oli kysynyt kuuluuko toisen potilaan huuto hänen huoneeseensa asti | |
| Potilas pyysi möykkäävää huonetoveriaan painamaan hoitajakutsua saadakseen apua | |
| Potilas joutui painamaan yöllä hoitajakutsua huonetoverin levottoman käytöksen vuoksi | |
| Potilas koki että hoitohenkilökunta varjeli häntä muiden potilaiden häiritsevältä käyttäytymiseltä mahdollistamalla hänelle yhden hengen potilashuoneen | |

Taulukko 2: Esimerkki alaluokkien muodostamisesta

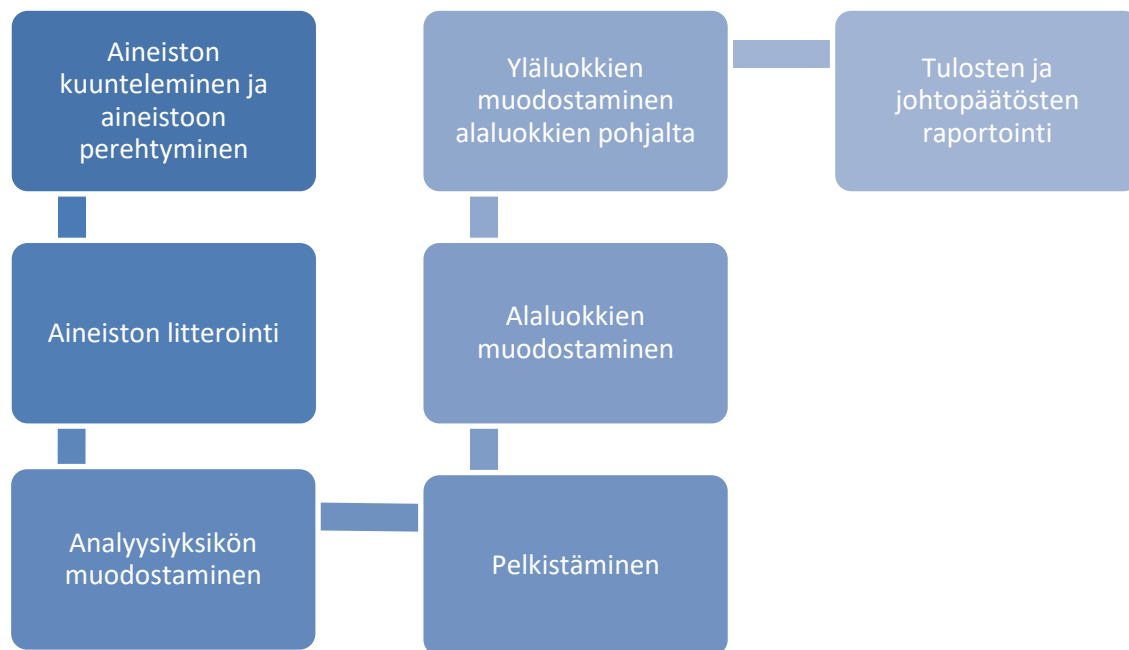
Tämän jälkeen sisällöllisesti samankaltaisista alaluokista muodostettiin yläluokat alla olevan taulukon (taulukko 3) mukaisesti.

| Alaluokat | Yläluokat |
|--|---------------------------------|
| Hoidon tarve Osastolle saapuminen Hoidon suunnitteluun osallistuminen Päihdetyö Hoidon toteutus Yhteistyö omaisten kanssa Kotiutuminen | Kokemukset hoitoprosessista |
| Hoitohenkilökunnan ammattitaito Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot Yhteistyön toimivuus | Kokemukset hoitohenkilökunnasta |
| Potilaiden väliset sosiaaliset suhteet Häiriötekijät ja levottomuus Rajoitukset ja säännöt Osaston fyysiset tilat Aktiviteettimahdollisuudet | Kokemukset hoitoympäristöstä |

Taulukko 3: Yläluokkien muodostuminen alaluokista

Pelkistettyjä ilmaisuja tuli yhteensä 212 kpl, alaluokkia muodostui yhteensä 15 ja yläluokkia 3.

Seuraavassa kuviossa (kuvio 4) kuvaamme aineiston analyysin etenemistä tämän opinnäytetyöprosessin aikana.



Kuvio 4: Aineiston analysoinnin prosessi tässä työssä

5 Tulokset

Seuraavassa esitellään teemahaastatteluiden tulokset. Tulokset esitellään sanallisesti, sisällysluokkien muodostuneiden yläluokkien toimiessa otsikoina. Kehittämissuhteiden osalta tulokset esitetään kussakin asiayhteydessä sekä tulosten tarkastelun yhteydessä.

5.1 Kokemukset hoitoprosessista

Potilaat kokivat, että hoitoon pääseminen oli välttämätöntä ja toivottua. Hoitoon hakeutumisen syinä oli pitkään jatkuneesta alkoholinkäytöstä ja siihen liittyvistä oheissairauksista aiheutuva toimintakyvyn laskeminen. Osa potilaista toivoi saavansa sairaalahoidosta apua alkoholinkäytön lopettamiseen ja tätä kautta elämänmuutokseen. Potilaat jotka toivoivat elämänmuutosta, kokivatkin etteivät olisi enää jaksaneet nykyistä elämäntapaansa.

”Hoitoon oli päästävä.”

”Et enhän mä ois pystynyt sillä toimimaan niin kuin normaalisti laitan itte ruoan ja tämmöset kaikki.”

”Kyllä tää oli toivottu ratkaisu et..Mää lopetan tän..Mun täytyy saada..Mä oon 82-vuotias ihminen..Ni mun täytyy saada tää loppuelämä jotenkin ruotuun..”

”Kodinhoitaja oli, oli mulla silloin käymässä, mä sanoin et soita mulle jotain apua et mä en enää jaksa.”

Potilaat kokivat tulotilanteen ja vastaanoton osastolla myönteiseksi. Kokemuksissa korostui vastaanottavan hoitajan ystävällinen suhtautuminen sekä vastaanoton toimivuus. Joidenkin potilaiden kohdalla kokemuksiin vaikuttivat myös aikaisemmat kokemukset osastosta tai muista vastaavista päihteiden käyttöön liittyvistä hoitojaksoista. Kyseiset potilaat kokivatkin, ettei osastolle saapuminen ollut shokki, sillä he olivat olleet osastolla hoidossa aikaisemminkin ja tiesivät mitä odottaa. Heillä ei myöskään ollut negatiivisia kokemuksia liittyen aiempiin hoitojaksoihin osastolla.

”Olihan täällä ystävällinen vastaanotto ja sit tota..Mä tulin paareilla ja ne ohjas sitte tonne huoneeseen, ja sit tultiin selvittämään että..”

”Kyllä mut hyvin otettiin, sattuu sellainen hoitaja..”

”Ei se nyt hullumpi ollu ku mä oon ennenki käynyt täällä. Silleen se oli tuttu..”

”No, sen verran mä olen ollut että se ei ollut mikään shokki mulle..”

Potilailla ei ollut tietoa omista hoitosuunnitelmistaan ja he kokivat, etteivät olleet osallistuneet oman hoitonsa suunnitteluun. Toisaalta he kokivat myös, ettei heillä olisi ollut kykyä eikä osaamista osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Potilaat kokivatkin, että hoidon suunnittelu kuului heidän hoidostaan vastuussa oleville henkilöille ja he luottivatkin henkilökunnan näkemykseen hoidon tarpeesta ja hoidon etenemisestä.

”Ei.. ei me olla mitään suunniteltu mitään oikeen..”

”No ei mun mielestä mitään kysytty..Mä annoin mun..niitten ottaa ohjat käsiin.”

”Mä en oikein ymmärrä miten mä oisin voinu suunnitella.”

Osa potilaista koki saaneensa omaa hoitoaan koskevaa tietoa, mutta se oli edellyttänyt heidän omaa aktiivisuuttaan kysymysten esittämisessä hoitohenkilökunnalle. Potilaat kokivat saaneensa kuitenkin aina kysyttäessä vastauksen mieltään askarruttaviin kysymyksiin. Osa potilaista sen sijaan koki, etteivät he olleet saaneet lainkaan tietoa koskien omaa hoitoaan, tai että hoitohenkilökunnalla ei ollut riittävästi aikaa keskustella hoitoon liittyvistä asioista kiireen ja ajanpuutteen vuoksi.

”Kyl on vastattu sit kun oon kysynyt.”

”Kyl mä sit kysyn että mitä ja ovat sitten ystävällisiä ja vastaavat siihen..”

”En oo saanut mitään tietoa.”

”Ei nyt oo sillee mitää erikoista tääll puhuttu.”

”Mä oisin halunnu jutella niist enemmän, mä kirjoitin niist itse muistiin niin hoitsu sano et mee kirjoittaa käytävälle..En mä pysy mukana, mä teen ku luku-järjestystä että mitä ens viikolla..”

Potilaat kokivat, että he eivät osallistuneet omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon. He kokivat, että päätökset hoidosta teki lääkäri. Heidän mielestään päätöksenteko kuuluukin lääkärin rooliin ja potilaan tulee toimia niin kuin lääkäri sanoo.

”Mä kuuntelen tietysti lääkäriä ja suurimmaksi osaksi sanoisin että teen tietenkin niin kuin lääkäri sanoo.”

”Eiköhän se ollut se lääkäripuoli..Näin mä koen..Eihän nää muut sillai..”

Päihteisiin liittyviä keskusteluja ja päihdeohjausta tarjottiin päihdepoliklinikan ohjaajien toimesta sekä AA-ryhmän suljetuissa ryhmissä. Osallistuminen osastolla tarjottuihin päihdehoitotyön muotoihin oli vapaaehtoista. Potilaat eivät kokeneet käyneensä päihteisiin liittyviä keskusteluja hoitajien kanssa. Päihdekeskusteluiden lisäksi potilaille tarjottiin ja esiteltiin jatkokuntousmahdollisuuksia, mutta kaikki potilaat eivät olleet valmiita ottamaan jatkokuntouspaikkaa vastaan.

”Ja sitten mulla oli yhteispalaverina se yks AA-palaveri ja se oli ihan kiva.”

”Sit on jaettu jotain brosyrejä että..Tällasta Tervalampea.”

”Tarvittaessa mä saan avohoitoa sitten, se menis terveysasemalta.”

”Ne on tota..ratkaisu on annettu mulle ja..Niin että..On ollut tarjolla.”

Yksi potilaista koki aikaisempien kokemusten perusteella, ettei osastolla järjestetyn AA-ryhmän toiminnasta olisi ollut hänelle mitään hyötyä eikä se auttaisi häntä raittiina pysymisessä. Hän ei uskonut, että ohjaus olisi tarjonnut hänelle mitään uutta eikä sen takia ollut halukas osallistumaan tarjottuihin ohjauksiin. Hän myös koki AA-ryhmän toiminnan liian sitovaksi.

”Mä sanon että samat jorinat en mä jaksa kuunnella niitä.”

*”Siis mul on pitkä pinna, mut mitä mä teen semmoisessa, kun mä en saa itel-
leni mitään.”*

*”Mutta se ei auta mua raittiina pysymisessä enkä mä halua että se edes aut-
tais, koska mä olisin sidottu siihen aina pitäis käydä..”*

Potilaat kuvailivat saamaansa hoitoa pääosin myönteisesti. Potilaat kuvailivat saamaansa hoi-
toa muun muassa sanoilla riittävä, laadukas sekä hyvä. Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä ja
kiitollisia saamastaan hoidosta ja kokivat sen vastanneen heidän tarpeisiinsa. Potilaat nostivat
erityisesti esille saamansa hyvän ja riittävän ruoan, hoitajilta saamansa avun päivittäisissä
toiminnoissa sekä kuntouttavan työtteen.

*”En mä voi mitään muuta kuin olla kiitollinen siitä että ne on hoitaneet mua
hyvin, se on ainoa mitä mä voin sanoa.”*

”Mut ruoka on erinomaista ja sitä on runsaasti..”

*”Ja kyllähän täällä nyt semmosta pesuapua saa sit jos haluaa ja tämmöstä
kaikeaa muuta”*

”Jos tää on kuntoutussairaala niin kyllä täältä sai kuntoutusta..”

Myös potilaiden antamat numeeriset arvioinnit saamastaan hoidosta vahvistavat heidän anta-
miaan sanallisia arvioita. Kysyttäessä potilailta arviota saamastaan hoidosta kokonaisuutena
(asteikolla 1-5, 1 = huono ja 5 = erittäin hyvä), yksi potilas arvioi saamansa hoidon kokonai-
suutena erittäin hyväksi, ja kaikki loput antoivat arvioksi 3-4 (n=5), jonka voisi ajatella vas-
taavan hyvää tai erittäin hyvää.

Yksi potilaista koki ettei hoito vastannut täysin hänen tarpeitaan. Hän koki osaston olleen vain
läpikulkupaikka, josta potilas siirretään mahdollisimman nopeasti eteenpäin. Hän koki myös,
ettei ollut saanut oikeastaan hoitoa vaan ainoastaan ruoan ja paikan missä olla.

*”..Tää on semmonen läpihuutopaikka..Et äkkiä pois niin kuin mutkin nyt niin
kuin tonne..öö..Ridasjärvelle”*

*”En minä tiiä. Tän hoidon, eipä mul oikeestaan mitää muuta hoitoja kuule ku
se että.. tuolla istutaan päivällä, istutaan salissa, tossa ruokasalissa tai kahvi
[...]. Eihän täällä oikeestaan mitään muutakaan oo.”*

Yksi haastatelluista potilaista nosti esille myös sen, että häntä harmitti aamiaiseksi tarjottu
puuro jota hän ei ollut tottunut syömään. Hän kuitenkin tyytyi syömään aamiaiseksi puuroa,

sillä vaihtoehtoja ei ollut. Potilasta harmitti myös piimän ja maidon määrän rajoittaminen ruokailuiden yhteydessä.

”Aamupuuro on aamupuuro ja mä nyt en oo tottunut sitä syömään mutta kyllä minä syön..Ja sitten sä et saa kun yhden lasin maitoa tai piimää..”

Potilaat (n=3) joiden omaiset ovat olleet mukana hoidossa, ovat kokeneet yhteistyön omaisten kanssa onnistuneeksi ja toimivaksi. Näiden potilaiden osalta kävi ilmi, että heidän kohdallaan välit omaiseen olivat toimivat jo ennen hoitoon tuloa tai paranivat hoidon aikana. Omaisten vierailut ja yhteydenpito potilaaseen ilahdutti heitä ja myös omaisten osallistumista kokouksiin ja keskusteluihin hoitohenkilökunnan kanssa pidettiin myönteisinä. Potilaat pitivät positiivisena sitä, että hoitohenkilökunta halusi tukea potilaan ja omaisten välistä suhdetta ja joissain tapauksissa jopa luomaan uusia yhteyksiä omaisiin katkenneiden tilalle. Potilaat kokivat tärkeäksi, että heidän omaisensa olivat ajan tasalla heidän hoitoonsa liittyvissä asioissa.

”No tää on mennyt hirveen hyvin pakko sanoo”

”Eilen tai paripäivää sitten eräs nuorimies kun on mun kysymys että lähdenkö mä huomenna pois täältä niin hän kysy, että saaks hän soittaa mun tyttärelle niin mä sanoin ilman muuta..”

”Kyllä ehdottomasti, onhan se positiivinen asia..Että he välittävät siitä”

Puolella haastatelluista potilaista omaiset eivät osallistuneet hoitoon lainkaan. He eivät olleet yhteydessä sairaalaan eivätkä myöskään käyneet katsomassa potilaita. Yksi potilas mainitsi, että hänellä ei ollut lainkaan omaisia. Osa potilaista ei kaivannut omaisten osallistumista hoitoon, ja heidän mukaansa tämä ei vaikuttanut heidän kokemukseensa hoidosta. Näille potilaille oli yhteistä, että heidän ja omaisten välillä oli ristiriitoja jo ennen hoitoon tuloa. Yksi haastatelluista toi esille, että hänen ja omaisten välisiin suhteisiin vaikuttivat myös liialliseen alkoholin käyttöön liittyvät häpeän ja syyllisyyden tunteet. Hän koki, että omaiset ovat kärsineet alkoholiriippuvaisista jo tarpeeksi eikä halunnut vaivata heitä tilanteellaan.

”Sille ei kuulu eikä ois silloinkaan kuulunut pätkääkään mitä ja miten mua hoidetaan ja..”

”Ei ollut mitään merkitystä”

”En minä oo mitään, mitään omaisia pyytäny..Eikä ne, ne on kärsiny ite kuule juopoista”

Kaksi potilaista nosti esille osastojaksolla esille nousseita tunteitaan. Toinen potilaista koki ettei kestä sairaalahoitojaksoja, sillä koki muiden potilaiden kohtaloiden seuraamisen niin

masentavana. Toinen potilaista koki että hoitohenkilökunta oli mukavaa ja kaikki oli hyvin, mutta koki toistuvat hoitojaksot samalla osastolla häpeällisinä.

”Enkä mä kestä näitä sairaalajaksojakaan.. nää on aika masentavaa olla täällä.. katella näiden ihmisten kohtaloita..”

”Henkilökunta on mukava ja kaikki on hyvin, mutta emmä tiä, jotenki tuntuu itestä jo hölmöltä että aina samaan paikkaan tuodaan ja tuodaan.. nolottaa jo...”

Valtaosa potilaista (n=5) oli kotiutumassa omaan kotiinsa. He kokivat kotiutumiseen liittyvät, sairaalan taholta hoidetut järjestelyt onnistuneiksi. Kotiutumisen kannalta keskeisiksi asioiksi koettiin luottamus käytännön asioiden sujumiseen kotona sekä kotiin paluun turvallisuus. Yksi haastatelluista potilaista nosti esille myös sen, että tieto kotiutumisesta tuntui aluksi yllättävältä, mutta koska hän sai tiedon jo viikkoa aiemmin, antoi tämä mahdollisuuden sopeutua ajatukseen kotiinpaluusta pitkän hoitojakson jälkeen.

Osalla potilaista turvallisuuden tunnetta kotiutumisen jälkeen tuki tieto siitä, että kotiutumisen jälkeen heillä on olemassa erilaisia kotona pärjäämistä tukevia kontakteja kuten esimerkiksi kotihoidon palvelut, kontakti päihdeyöntekijään sekä fysioterapeuttiin. Yksi potilaista kertoi myös saavansa terveysaseman kautta apua alkoholiriippuvuuteensa mikäli kokee sen kotiutumisen jälkeen tarpeellisenä.

”Sairaalan puolesta niin kun.. Katsottu että kaikki menee ok.”

”Mua ei pelota siis..Sillai pelota.. Yhtään mennä kotia.”

”Mulla tultiin about viikko sit sanomaan, et mä 29. päivä mut kotiutetaan..Se oli aika..Mite sanoisin..Ei nyt ihan shokki mutta..Ku se tuli..Toisaalta ihan hyvä että mulla on ollut viikko aikaa sopeutua taas siihen kotiuttamiseen..”

”No ne suju.. Mä saan viel ruokaa ja oikein hyviä nyt 12:30 tulee nouto.. Ja tuolta on soitettu kotihoitoon ja kotihoito tulee illalla.. Fysioterapiaihminen sanoi, että mä saan aloittaa siellä taas tiistaisin.”

Yksi potilaista oli siirtymässä osastolta päihdejatkokuntoutukseen. Potilas oli huolestunut siirtymiseensä liittyvistä käytännön järjestelyistä, koska ne olivat hänelle vielä haastattelu-hetkellä epäselviä. Hänellä oli epävarmuutta siitä, lähteekö hän päihdekuntoutukseen suoraan vai saako hän hakea kotoaan esimerkiksi vaatteita.

”En mä tiedä, pitäis saada niinku joku selvitys just nyt, tänään... Et mä saan joutain pöllysiä vaatteita mukaan tai..”

Vaikka suurin osa potilaista koki kotiutumisjärjestelyt osaston puolesta onnistuneiksi, liittyi kotiutumiseen silti seikkoja, jotka mietityttivät potilaita. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi pitkän osastohoidon aikana kasaantuneet laskut ja hoitamattomat asiat sekä kotiutumiseen liittyvän kuljetuksen kustannukset. Yksi potilaista koki lähestyvään kotiutumiseen liittyen väsymyksen tunnetta ja pohtikin, että mikäli kotiutuminen nyt peruttaisiin olisi se hänelle vaikea paikka.

”Vähän pelottaa. Ei pelota, mut [...] mä tarkotan. Se on nytkii ollu melkein kaks viikkoo pois. Kaikki laskut kasautuu sinne ja kaikki.. Mä pyörryn, minuu rupee hermostuttaa ne.”

”Nyt mä oon ollut pari päivää hirveen väsynyt ..väsynyt ja mä oon lähtenyt siitä että se varmaan johtuu siitä että kun nyt on lähtö mielessä..Et nyt alkaa tulla se että nyt kiitti riitti et tulla se että nyt pois että nyt jos mulle sanottaisiin että sä et pääse pois niin varmaan mä romahtaisin...”

5.2 Kokemukset hoitohenkilökunnasta

Hoitohenkilökunnan ammattitaito ja osaaminen arvioitiin pääosin korkeaksi. Potilaat kokivat, että hoitajat noudattivat lääkärin antamia ohjeita hoidon toteuttamisessa ja että heillä on paljon tietoa. Potilaat myöskin luottivat hoitohenkilökunnan osaamiseen. Osa potilaista tosin koki, että ammattitaito vaihteli hoitavan henkilön mukaan ja yksi potilas koki, että kaikki hoitajat eivät paneutuneet hänen hoitoonsa riittävästi.

”Tietävät ja ovat osaavia, et mä luotan ihan täysin, tottakai.”

”Mä tiedän että tää porukkaa tietää miten tässä käyttäydytään ja miten tätä hoidetaan”

”Mun mielestä noi hoitajat hoitaa ihan varmasti lääkärin ohjeiden mukaan.”

”Yks sana tulee mieleen että vaihtelevasti..Hoitajasta riippuen”

Potilaat kuvailivat hoitohenkilökunnan kohdelleen heitä pääosin hyvin. He kuvailivat hoitajia mukaviksi, ystävällisiksi, kivoiksi sekä kohteliaiksi. Potilaat toivat kuitenkin myös esille kokemuksen siitä, että hoitajia on erilaisia ja että jotkut hoitajat ovat mukavampia käytökseltään kuin toiset. Potilaat kuvailivat, että jotkut hoitajat saattoivat puhua potilaille töksähtelevästi, äkäisesti tai käskävään sävyyn. Eräs haastatelluista jopa mietti, että ovatko kaikki hoitajat ominaisuuksiltaan hoitotyöhön sopivia.

”Tääl on kyllä mukava henkilökunta sillee..”

”Mulla ainaki ollu ihan kivoja kaikki hoitajat ja noi...”

”No siihen mä reagoin , mutta useimmiten he ovat ystävällisiä..Mutta on muutamia aina seassa ..joku tämmöinen joka sitten töksähtää ja sanoo: ”Näin! Meil ei tehdä näin!” Tai jotain tämmöistä..”

”Mut jotkut on ihan mukavia ja jotkut taas vähemmän mukavia.. Tulee mieleen että sopis johonkin toiseen ammattiin..”

Potilaat kokivat heidän ja hoitohenkilökunnan välisen yhteistyön pääosin toimivaksi. Hoitohenkilökunnan ja potilaiden välisessä yhteistyössä nousivat esille erityisesti se, miten hoitohenkilökunta kuunteli potilaita ja vastasi heidän tarpeisiinsa. Potilaat kokivat, että hoitajat osoittivat kiinnostusta heidän vointiaan ja tarpeitaan kohtaan ja tällä oli mielialaa sekä vointia kohentava vaikutus. Myös huumori koettiin osaksi toimivaa yhteistyötä.

Yksi potilaista koki, ettei hän aina tiennyt kuka hänen vuorokohtainen omahoitajansa on, ja oli tyytyväinen hoitajasta, joka tuli vuoron alussa esittäytymään ja kertomaan että on hänen omahoitajansa kyseisen vuoron ajan. Potilaat kokivat myös myönteisenä sen, että hoitajat välittivät heidän toiveitaan ja tarpeitaan eteenpäin oikealle henkilölle (omahoitaja).

”Oikein hyvä..Ei kaikki ois läheskään mun henkiystäviä mutta oikeen hyvää on ollut yhteistyö..Ja huumoria on ollut..”

”Kyllähän se tietysti mielialaan ja vointiin vaikuttaa sanotaan et jos on just leikattu ja tekee kipeetä ja on vähän pökerryksissä niin se on kiva ku se hoitaja tulee ja kysyy että miten sä voit?”

”Ja aina sitten hoitaja vaikei ookkaan mun, niin hän sanoo että oota, mä pyydän sun omahoitaja tulee”

Potilaat toivat runsaasti esille kokemuksia hoitajien kiireen ja työmäärän vaikutuksista yhteistyön toimivuuteen sekä vuorovaikutukseen potilaiden ja hoitajien välillä. Hoitajien kiireen ja työmäärän nähdessään potilaat eivät halunneet häiritä tai keskeyttää hoitohenkilökuntaa esimerkiksi hoitoaan koskevilla kysymyksillään. Potilaat kokivat, että tarvetta asioiden käsittelylle ja keskustelulle olisi kuitenkin ollut paljon enemmän kuin mihin oli mahdollisuuksia. Potilaat kokivat hoitajien kiireen vaikuttaneen myös heidän toimintaansa osastolla. He kokivat, että heitä esimerkiksi hoputettiin siirtymistilanteissa sekä ruokailuissa.

”Että henkilökunnalla ois aikaa yksilölliseen kanssa käymiseen..Koska monella tää on ainoa kontakti ihmisiin sanotaan nyt näin..”

”Niil on omat työnsä ja ne touhuaa koko ajan tossa ja menee ja tulee ja ei ne jouda silleen mejän kans juttelemaankaan.”

”Minun mielestä vois edelleen kehittää, mut se ei oo mahdollista..Että henkilökunnalla ois enemmän aikaa toisin sanoen et ois enemmän henkilökuntaa.”

”Kiire on jumalauta..Ai jumalauta mä kiroilen (nauraa).Niil on omat työnsä ja ne touhuaa koko ajan tossa ja menee ja tulee ja ei ne jouda silleen meijän kans juttelemaankaan”

”Kaikilla on kiire koko ajan ihan helvetin kova kiire..Äkkiä äkkiä syödään pois..Nyt nukkuu ja pillerit nukkumaan..”

5.3 Kokemukset hoitoympäristöstä

Osa potilaista koki osaston tilat viihtyisiksi ja turvallisiksi. Potilaiden kokemusten mukaan viihtyvyyttä osastolla lisäsivät muun muassa luonnonläheinen ympäristö, metsänäkymä ikkunasta, sisustukselliset asiat kuten taulut ja verhot sekä eräässä tapauksessa yhden hengen tilava potilashuone. Turvallisuuden tunnetta lisäsi yhdessä tapauksessa potilaan vuodepaikalla ollut hoitajakutsu, jota painamalla potilas tiesi saavansa apua tarvittaessa. Potilaat kokivat, että potilashuoneiden viihtyisyyttä olisivat lisänneet televisiot ja radiot. Kyseisten asioiden puuttuminen harmitti haastatelluista potilaista viittä (n=5) potilasta.

”On täällä viihtyisä ympäristö, tos on metsää ja tällaista että..Mul ei oo tuol huoneessa ikkunapaikkaa mutta, kyl mä pääsen kävelemään sen ikkunan ääreen ja katsomaan sitä luontoa.”

”No en mä tiedä tääl on tauluja seinillä mä tykkään tauluista ja..Tällaiset pikku-asiat niin..niin tota..Kotona ne on tärkeitä että mattoo on lattialla ja verhot on..ja sit jotain viherkasveja.”

”Mul on esimerkiksi aika iso huone ja se riittää mulle, ei tartte olla mitään hirveitä salonkeja.”

”Esimerkiksi huoneessa ei oo telkkaria..Se on vähän häirinnyt..Ei edes radiota.”

”Ja pitäishän täällä nyt olla ainakin tv tai joku jossain huoneessa ja tommosta.”

Suuri osa potilaista koki osaston tilat sairaalanomaisiksi ja pelkistetyiksi. Potilaiden kokemusten mukaan tilat eivät myöskään tarjonneet mahdollisuutta yksityisyyteen, esimerkiksi yksityisiin keskusteluhetkiin omaisten ja/ tai hoitohenkilökunnan kanssa. Viihtyisyyttä lisäävien tekijöiden lisäksi potilaat olisivat toivoneet konkreettisia apuvälineitä vuoteesta ylös-nousemisen tueksi.

”Jos on vaikka jotain pariskuntia joilla on jotain selvitettävää keskenään..se ei oo kiva siellä..siellä päiväsalissa niitä jutella..koska kyllä mäkin aina korvat höröllä oon että mitähän toi sanoo..”

”Tilat? No yks käytävä ja toinen käytävä..Ja sit suihku on mitään muuta ei oo.”

”Mä näen ne sairaalanomaisiksi.”

”Hoitakaas niihin sänkyihin joissa on tämmöisiä kuin minäkin et on hirvee kipu nousta ylös..niin semmoset nosto, semmoset...mul on kotona semmonen et kun mä otan siitä kiinni mä pääsen yli..nyt mä ähkin ja puhkin ja koskee...”

Potilaiden kokemusten mukaan potilaiden väliset sosiaaliset suhteet olivat niukkoja ja vähäisiä. Potilaat kokivatkin, että mahdollisuudet keskusteluun muiden potilaiden kanssa olivat erittäin vähäiset. Muut potilaat koettiin usein kykenemättömiksi vastavuoroiseen ja asialliseen kanssakäymiseen. Potilaat kuvailivat muita potilaita muun muassa termeillä ”hullu”, ”latvamoro” ja ”vaikea tapaus”. Vähäisiäkin keskustelumahdollisuuksia ja toimivia potilaiden välisiä suhteita pidettiin arvokkaina ja tärkeinä oman jaksamisen ja osastolla viihtymisen kannalta.

”Mut kun täällä on aika laidasta laitaa potilaita..Ei tuolla paljoa ruokapöydässä tuu puhuttuako..Ko on, vähän ymmärrät, laidasta laitaa.”

”Mut se on niin vähäistä..Kenen kans pystyy juttelee..Kyl siel hiljaisia ollaan tuol isossa pöydässä.”

”Tää on rumasti sanottu mun mielestä..Mutta kun nää on niin latvamoroja nää ihmiset..”

”Nii ja riippuu minkälaisii kavereita on huoneessa. Jos ei tota rouvaa ois joka tänään lähtee kans pois ni mä oisin lähteny jo ajat sitte..Sen kans me tullaan toimeen ja se on kans mukava ihmine.”

Potilaat toivat runsaasti esille kokemuksiaan muiden potilaiden aiheuttamista häiriöistä osastolla. Tällaiseksi koettiin esimerkiksi sekava, arvaamaton ja levoton käyttäytyminen, huutaminen, möykkääminen ja riitelemine, räähkimine ja räkimine. Muiden potilaiden arvaamaton käytös vaikutti negatiivisesti joidenkin potilaiden kokemukseen omasta turvallisuuden tunteesta. Toisaalta potilaat tiedostivat muiden potilaiden levottoman käytöksen taustalla olevan erilaisia syitä ja pyrkivät sen vuoksi suhtautumaan heidän käytökseensä ymmärtäväisesti. Potilaat kokivat hoitajien myös pyrkineen varjelemaan heitä muiden potilaiden häiritsevältä käyttäytymiseltä esimerkiksi erilaisilla huonejärjestelyillä. Potilaat kokivat ajoittain myös huolta ja vastuuta sekavasti käyttäytyvistä huonetovereistaan ja pyrkivät auttamaan

heitä saamaan hoitajan paikalle joko ohjeistamalla heitä hoitajakutsun painamisessa tai kutsamalla hoitajan paikalla itse.

”Joku siirtää jatkuvasti tuolia sinne ja yks yritti tulla mun viereen nukkumaan yks yö ja se vieressä oleva koko ajan möykkää siinä että..”

”Kun ihminen vieressä huutaa apua apua niin kai sillä silloin on vaikeeta..Mut kyl se häiritsee muita. ”

”Mä sanoin et mä pelkään tota huutajaa et mul on vatsahermot aikanaan mennyt ja nyt mulla on vatsa niin jumalattoman kipee...”

”Mut mä oon ollut yhdessä huoneessa yksin, sekin vielä, että ne ymmärsi sen että kun siellä on semmoisia jotka räähky ja räki ja huutaa ja kauheesti, mä oon..Mut on varjeltu sitten tästä..”

Potilaat kokivat liikkumiseen ja tupakointiin liittyvien sääntöjen ja rajoitusten rajoittavan heidän oikeuksiaan. Osastolta poistumista, ulos menoa ja/ tai tupakointia varten tarvittiin erikseen lääkärin lupa. Potilaiden tuli luovuttaa tupakkansa hoitajille, jotka säilyttivät niitä lukkojen takana. Vapaan ulospääsyn estäminen loi potilaille mielikuvan vankilasta. Potilaat kokivat myös, että tupakalla käymiseen annettu aika oli liian tiukka.

”Täähän on ihan kiva paikka muuten, mut mä en oikee tykkää tästä ku tää on ku vankilassa.”

”Ainoa mitä täällä ihmiset sanoo, että tää on kuin vankila”

”Mun täytyy saada lääkärin lupa täältä ei voi poistua tai saada mennä ulos ilman lääkärin lupaa, tää on suljettu..Et sä et saa tehdä täällä mitään ilman lääkärin lupaa.”

”Kerran kun kahdeksan jälkeen lähdettiin tupakalle niin ikkunasta huutaa hoitaja että ”LÄÄKKEET ON SAAMATTA!” Ja tota..mä sanoin että no me nyt poltetaan että kyl me tullaan..niin ”HETI!” vastas..Niin siin muut oli kanssa..Niin sano että paskat kun me mennään sinne niin ei se oo niin..Minuutin päälle..”

Suurin osa haastatelluista potilaista hyödynsi jossain määrin kuntosalin palveluita. Mahdollisuus kuntosalin käyttämiseen koettiin tärkeäksi. Potilaat kokivat, että salilla oli enemmän käyttäjiä silloin kun ohjausta oli tarjolla fysioterapeutin toimesta. Toinen keskeinen aktiviteetti oli osaston päiväsalissa tapahtuva television katseleminen. Tämän koettiin samalla ole-

van mahdollisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden potilaiden kanssa. Yksi potilaista mainitsi osaston ainoaksi aktiviteetiksi lukemisen, mutta koki ettei hänen keskittymiskykynsä riittänyt siihen.

”Minä oon käyny aina tossa kuntosalilla.”

”Mä oon käyny aina tossa kuntosalilla..Sit jos on se ohjaaja mukana ni se saa tulee porukkaa sinne.”

”Sanotaan joku telkkari ja sit ihmiset kokoontuu sinne..Ja mun huoneessa ei oo televisiota mihin mä oon ihan tyytyväinen..Sitte voi mennä ihmisten kanssa kattelemaan telkkaria jos tykkää.”

Kaiken kaikkiaan koettiin, että aktiviteettimahdollisuudet osastolla olivat kuitenkin vähäiset. Potilaat olisivat toivoneet enemmän aktiviteetteja ja myös niiden mukanaan tuomia sosiaalisen kanssakäymisen mahdollisuuksia, kuten esimerkiksi lauluiltoja. Potilaat olisivat kaivaneet myös mahdollisuutta mennä istuskelemaan sairaalan pihalle ja nauttimaan ulkoilmasta. Potilaat kokivatkin osastolla olon ajoittain yksitoikkoiseksi ja pitkästyttäväksi.

”Joo, tääl ei oo kyllä mitään oikeestaan toimintaa.”

”No en mä tiiä aika ykstoikkoista..Ku eihän täällä oo mitään.”

”Ei semmosii mitään täällä et ois joku lauluilta..Ei semmosia ole ollenkaan..”

”Aika käy vähän pitkäks täällä sisällä.”

”Pihalla ois kiva istuu, mut nyt on ollu hienot päivät, mut sit ku on vesisade ja kylmä ja muuta ni.. Aika ykstoikkosta täällä on.”

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön avulla pyrittiin saamaan vastaukset seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten potilaat ovat kokeneet hyvän hoidon toteutuneen?
2. Miten hyvän hoidon osa-alueita voidaan kehittää vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita?

Potilaiden kokemukset tulotilanteesta ja vastaanotosta osastolla olivat myönteisiä. Vastaanotto koettiin ystävälliseksi ja turvalliseksi. Potilaiden myönteiseen ja luottavaiseen suhtautu-

miseen vaikuttivat selvästikin aikaisemmat kokemukset kyseisellä osastolla ja/ tai muissa vastaavissa hoitoyksiköissä. Myös Johanssonin ym. (2001, 339) mukaan potilaan hoitoon kohdistuvilla odotuksilla sekä aiemmillä kokemuksilla terveydenhuollosta on useissa tutkimuksissa havaittu olevan vaikutusta potilaan kokemukseen saamastaan hoidosta.

Hyvää hoitoa heikentäviä tekijöitä oli potilaiden vähäinen osallistuminen omaan hoitoonsa liittyvään suunnitteluun ja päätöksentekoon. Tuloksissa nousi esille, etteivät potilaat olleet tietoisia omista hoitosuunnitelmistaan. Heidän vastauksistaan kävi ilmi, että ajatus oman hoidon suunnitteluun osallistumisesta oli vieras. He eivät selvästikään pitäneet itseään riittävän kykenevinä toimijoina osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun. Heidän mielestään hoidon suunnittelu, vastuu hoidosta ja myös hoitoon liittyvä päätöksenteko kuuluikin hoitohenkilökunnalle ja erityisesti heidän hoidostaan vastaavalle lääkärille. Laitila (2004) toteaaakin, että joskus potilaan tila voi uuvuttaa ja masentaa potilaan, jolloin hoitohenkilökunta haluaa suojella potilasta ja tehdä päätökset tämän puolesta. Tällaisessa tilanteessa potilas jättääkin päätöksenteon usein hoitohenkilökunnalle. Potilaan osallistumiseen päätöksentekoon voi vaikuttaa myös se, että potilaalta puuttuu tarvittava tieto ja taito ongelmiensa ratkaisemiseksi. (Laitila 2004, 10.) Tästä huolimatta on tärkeä tavoitella tilannetta, jossa potilaan osallisuutta pyritään lisäämään potilaiden omien rajoitteiden ja mahdollisuuksien rajoissa (Latvala 1998, 23).

Laitilan (2004) pro gradu- tutkielmassa kävi ilmi, että potilaat kaipaivat enemmän suullista ja kirjallista informaatiota sairaudestaan, sen hoidosta ja lääkityksestä sekä jatkohoidosta (Laitila 2004, 87). Suurin osa opinnäytetyöhön haastatelluista potilaista koki saaneensa tietoa omasta hoidostaan, mutta tiedonsaanti oli edellyttänyt potilaan omaa aktiivisuutta kysymysten esittämisen muodossa hoitohenkilökunnalle. Osalla potilaista hyvän hoidon toteutumista heikensi kokemus siitä, etteivät he olleet saaneet riittävästi tietoa omasta hoidostaan. Tähän vaikutti muun muassa kokemus siitä, että hoitohenkilökunnalla ei ollut riittävästi aikaa hoidosta käytävään keskusteluun.

Laitila (2010) korostaa, että potilaiden osallistuminen ja osallisuuden kokemisen syntymiseen tarvitaan erilaisia joustavia osallistumisen muotoja sekä tukirakenteita, jotka mahdollistavat kunkin omien voimavarojen löytämisen ja kehittämisen. Palveluiden käyttäjillä tulisi olla mahdollisuus yksilöllisesti ja omista kyvyistään lähtien valita osallistumisen ja osallisuuden tansa ja tasansa. (Laitila 2010, 23.) Partasen ym. (2015) mukaan potilaan osallisuuden ja voimaantumisen kokemukseen vaikuttaa myös työntekijän arvostava ja kumppanuuteen kutsuva toimintatapa, jolloin potilas kokee olevansa kykenevä neuvottelemaan sekä tekemään päätöksiä ja valintoja koskien omaa hoitoaan (Partanen ym.2015, 173).

Koska kaikilla osaston potilailla oli alkoholiriippuvuus, osastohoidon ja kuntoutuksen yhteisenä tavoitteena oli ohjata heitä päihdekuntoutuksen piiriin. Potilaat kokivatkin, että heille oli

osastolla tarjolla päihteettömyyteen liittyvää ohjausta ja keskustelumahdollisuuksia esimerkiksi AA-ryhmässä sekä päihdeterapeuttien ja kokemusasiantuntijoiden kanssa. Vaikka potilaat kokivat osastolla tehtävän päihdetyön myönteisenä, ei osa haastatelluista potilaista kuitenkaan tahtonut osallistua aktiivisesti päihdetyöhön liittyvään toimintaan. Ehdottaisimmekin, että osastolla pohdittaisiin uusia mahdollisuuksia ja tapoja motivoida potilaita päihteettömään elämään, päihteiden käytön vähentämiseen sekä päihdetyön piiriin. Esimerkiksi psykososiaalisella ympäristöllä voi olla parhaimmillaan tukea antava ja selviytymistä vahvistava vaikutus. Potilaan toipumista päihdeongelmasta tukee mm. mielekkään tekemisen, kuten esimerkiksi harrastuksen löytäminen. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki, Salo-Chydenius 2015, 155.) Tämän vuoksi ehdotammekin osastolle kokeiltavaksi esimerkiksi erilaisia harrasteryhmiä, kuten esimerkiksi rentoutusryhmä, taideryhmä tai musiikkiryhmä. Tähän voisi käyttää apuna esimerkiksi alan opiskelijoita.

Hyvän hoidon toteutumista tuki potilaiden kokemusten mukaan hoitohenkilökunnan ammattitaidon ja osaamisen korkea taso. Kokemuksissa nousi esille erityisesti hoitajien tietotaito ja se, että hoitajat noudattivat potilaiden hoidossa lääkäriltä saatuja ohjeita. Potilaat kokivat myös, että hoitajat osasivat vastata potilaita askarruttaviin kysymyksiin. Johanssonin ym. (2001, 339-340) mukaan potilaiden arviot hoidon laadusta ovat yhteydessä hoitohenkilökunnan ammattitaitoon.

Potilaat kokivat, että heidän ja hoitajien välinen vuorovaikutus oli pääosin sävyllään ystävällistä, joka omalta osaltaan tuki hyvän hoidon toteutumista. Hoitohenkilökunta kohteli heitä hyvin, oli ymmärtäväistä sekä kuunteli ja vastasi potilaiden esittämiin kysymyksiin. Kuulluksi tulemisella ja tarpeiden huomioimisella koettiin olevan myönteinen vaikutus mielialaan ja vointiin. Toisaalta potilaat toivat myös esille kokemuksiaan siitä, että hoitajien käyttäytymisessä potilaita kohtaan oli eroja. Joidenkin hoitajien puhe koettiin esimerkiksi töksähteleväksi tai käskeväksi. Tämä heikensi näiden potilaiden kohdalla hyvän hoidon toteutumista. Potilaat toivat myös haastatteluiden aikana runsaasti esille havaintojaan hoitajien liiallisesta kiireestä ja työmäärästä. Launonen (2014, 4) toteaaakin, että hyvän hoidon estäviä tekijöitä ovat työn hektisyys ja henkilökunnan vähäinen määrä. Hoitajien kiireen ja työmäärän nähdessään potilaat eivät halunneet häiritä tai keskeyttää hoitohenkilökuntaa esimerkiksi hoitoaan koskevilla kysymyksillään. Potilaat kokivat, että tarvetta asioiden käsittelylle ja keskustelulle olisi kuitenkin ollut paljon enemmän kuin mihin oli mahdollisuuksia. Jotta hyvä hoito toteutuisi paremmin tältä osin, tulisi näkemyksemme mukaan hoitohenkilökunnan määrää osastolla lisätä. Tämä antaisi hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden kiinnittää enemmän huomiota kiireettömän ilmapiirin luomiseen esimerkiksi tarjoamalla potilaille enemmän aikaa ja yksilöllistä huomiota.

Hyvään hoitoon kuuluu, että potilaan omaiset otetaan mukaan hoitoon huomioiden potilaan henkilökohtaiset tarpeet ja omaisten mahdollisuudet osallistumiselle (EPSHP 2009, 5). Potilaiden ja heidän omaistensa väliseen yhteistyöhön vaikutti hoidon aikana eniten se, oliko vuorovaikutus ollut toimivaa ennen hoidon aloittamista. Tuloksissa kävi ilmi, että mikäli potilaan ja omaisten välillä oli jo ennestään toimiva vuorovaikutussuhde, potilaat suhtautuivat myönteisesti ja sallivasti hoitohenkilökunnan yhteydenottoihin ja tapaamisiin omaisten kanssa. Potilaat kokivat tärkeäksi, että omaiset olivat ajan tasalla hoitoon liittyvissä asioissa hoidon aikana ja kotiutumistilanteessa. Hyvä ja toimiva yhteistyö hoitohenkilökunnan ja potilaan omaisten kanssa onkin tärkeä osa hyvää hoitoa.

Mikäli potilaalla ei ollut omaisia tai he eivät olleet tekemisissä omaistensa kanssa ennen hoitoon tuloa, potilaat eivät halunneet heidän osallistuvan hoitoon eivätkä myöskään pitäneet sitä tarpeellisenä. Tällöin potilaan ja omaisten välisiin suhteisiin näyttivät vaikuttavan alkoholin liikakäyttöön ja sen seurauksiin liittyvät häpeän ja syyllisyyden tunteet. Myös Partanen ym. (2015, 173) tuovat esille, että runsas päihteidenkäyttö ja siitä aiheutuva häpeäntunne aiheuttaa ihmissuhteiden ja läheisyyden välttämistä.

Potilaiden hoitoympäristöön liittyvillä kokemuksilla oli laaja-alaisesti vaikutuksia potilaiden kokemuksiin saamastaan hoidosta hoitajakson aikana. Myös Mikkola (2006) korostaa hoitoympäristön vaikutusta siihen, miten potilas kokee saamansa sairaalahoidon (Mikkola 2006, 131-132). Tulosten mukaan potilaat tekivät runsaasti havaintoja hoitoympäristöön liittyvistä asioista ja myös pohtivat niihin liittyviä kehittämismahdollisuuksia. Kokemuksissa korostuivat sairaalanomaiseksi ja suljetuksi koettu hoitoympäristö sekä muihin potilaisiin liittyvät häiriötekijät jotka osaltaan heikensivät hyvän hoidon toteutumista. Potilaiden kokemusten mukaan myös televisiot ja radiot potilashuoneissa olisivat lisänneet osaston tilojen viihtyvyyttä.

Fyysiseen ympäristöön liittyvät rajoitteet määrittivät potilaan toimintamahdollisuuksia ja itsemääräämisoikeutta erityisesti liikkumisen sekä yksityisyyden suhteen. Potilaat pohtivatkin erityisesti ulosmenoon ja tupakointiin liittyvien sääntöjen ja rajoitusten tarpeellisuutta sekä niiden vaikutuksia viihtyvyyteen ja sosiaalisiin suhteisiin osastolla. Valvira (2015) kiinnittää myös huomiota potilaan itsemääräämisoikeutta koskeviin, juurtuneisiin toimintatapoihin joita ei edes aina mielletä rajoittamistoimenpiteiksi (Valvira 2015).

Fyysisellä ympäristöllä oli vaikutusta potilaiden keskinäiseen sekä potilaiden ja hoitohenkilökunnan välisiin sosiaalisiin suhteisiin ja aktiviteetteihin. Potilaat kokivat, ettei osastolla ollut tilaa, jossa yksityisistä ja intiimeistäkin asioista olisi voinut keskustella kahden kesken tai pienessä ryhmässä rauhassa ulkopuolisilta. Haastatteluhetkellä osaston tiloissa oli käynnissä henkilökunnan työtiloissa remontteja, joiden takia normaalisti potilaiden käytössä oleva rauhallisempi tila oli otettu väliaikaisesti henkilökunnan käyttöön. Kvist (2004) korosti yksityisten tilojen merkityksellisyyttä sairaalahoidossa potilaan puhuessa yksityisasiastaan (Kvist 2004,

30). Karppinen (2015) toteaa, että fyysistä hoitoympäristöä, esimerkiksi tilaratkaisuja muuttamalla voidaan vaikuttaa myös sosiaaliseen hoitoympäristöön ja edistää sosiaalisten suhteiden syntymistä (Karppinen 2015, 16). Usein tällaiset ratkaisut ovat myöskin edullisesti toteutettavissa eivätkä vaadi suuria taloudellisia panostuksia.

Potilaiden välisiä sosiaalisia suhteita ja yhteisöllisyyttä pidettiin tärkeinä, mutta niiden syntymistä rajoitti yksityisten tilojen puuttumisen lisäksi muiden potilaiden käyttäytyminen, mikä aiheutti levottomuuden ja turvattomuuden tunnetta potilaissa. Potilaat kokivat kuitenkin, että häiriötä aiheuttaviin tilanteisiin puututtiin ja niitä pyrittiin estämään hoitohenkilökunnan taholta. Mikäli potilaiden välillä syntyi vuorovaikutussuhteita, pidettiin niitä erittäin tärkeinä oman jaksamisen ja hyvinvoinnin kannalta.

Sosiaalisten suhteiden mahdollisuutta rajoitti potilaiden kokemusten mukaan myös yhteisöllisyyttä edistävien aktiviteettien puuttuminen. Potilaiden näkemysten mukaan ohjattujen aktiviteettien ja toimintamuotojen lisäämiseen olisi tarvetta, ja sillä olisi suuri vaikutus viihtymiseen sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen. Kaiken kaikkiaan hoitoympäristön kehittäminen potilaiden ja hoitohenkilökunnan yhteistyönä tarjoaisi mahdollisuuden toimivamman ja potilaiden tarpeita vastaavan hoitoympäristön luomiseen sekä potilaiden osallistamiseen.

Kotiutumiseen liittyvät järjestelyt koettiin onnistuneiksi, ja enemmistö potilaista oli erittäin tyytyväisiä omaan kotiutumiseen liittyviin järjestelyihin. Potilaat kokivat, että kotiutumiseen liittyvät asiat olivat sujuvasti hoidettu osaston hoitohenkilökunnan puolesta. He kokivat myös kotiin palaamisen turvalliseksi ja luottivat siihen, että kaikki asiat ovat hoidossa ja kotona on mahdollista pärjätä myös edelleen hiukan alentuneella toimintakyvyllä. Yksi potilaista oli siirtymässä osastolta jatkokuntoutukseen, ja hänelle asiat olivat vielä epäselviä haastatteluhetkellä. Tämä aiheutti huolta ja epävarmuutta potilaassa.

Opinnäytetyön tulokset ovat hyödynnettävissä ja ne voivat tarjota hyvän lähtökohdan osaston toiminnan kehittämiseen entistä potilaslähtöisemmäksi. Ne voivat antaa myös uudenlaista näkökulmaa kaikille terveydenhuollon ammattilaisille tilanteisiin, joissa kohdataan alkoholiriippuvaisia potilaita sekä kehitetään heille suunnattuja palveluita. Alkoholiriippuvaisten potilaiden sekä muiden päihteidenkäyttäjien kokemuksista saamastaan hoidosta tarvitaan runsaasti lisää tutkittua tietoa, sillä päihderiippuvaiset muodostavat suuren, jatkuvasti kasvavan potilasryhmän terveydenhuollossa, ja myös heillä on oikeus tulla kuulluiksi.

Jatkotutkimusaiheiksi ehdotamme päihderiippuvaisten potilaiden hoitokokemusten kartoitusta muissakin sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoympäristöissä, kuten esimerkiksi päivystyksissä sekä päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Tässä opinnäytetyössä esiteltyjä hoitokokemuksiin vaikuttavia osa-alueita voisi tutkia edelleen ja pyrkiä löytämään konkreettisia keinoja kehittää toimintatapoja ja hoitoympäristöjä hyödyntämällä erilaisia työskentelytapoja kuten esimerkiksi palvelumuotoilun keinoja.

6.2 Eettisyys

Hyvä tieteellinen käytäntö on pohja tutkimuksen tekemiselle. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan sitä, että muut ihmiset otetaan huomioon ja heitä kunnioitetaan - erityisesti sillä tarkoitetaan sitä, että tutkija on sisäistänyt eettisen ajattelun. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Petilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2012, 29.) Opinnäytetyössä noudatettiin koko prosessin ajan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimia ohjeita hyvän tieteellisen käytännön toimintatavoista, joihin kuuluvat muun muassa rehellisyys, yleinen tarkkuus ja huolellisuus prosessin eri vaiheissa, sekä myös tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa sekä muiden töiden ja tekijöiden asianmukainen ja kunnioittava huomiointi mm. viittausmerkinnöissä (Kuula 2011, 34).

Opinnäytetyön aiheen valinta on jo itsessään eettinen valinta. Opinnäytetyön aiheen valintaa ja siihen liittyvien tutkimuskysymysten määrittelyä on edeltänyt pohdinta siitä, kenen ehdoilla tutkimuskysymykset on valittu ja miksi tutkimukseen on ryhdytty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Opinnäytetyön aihe tuli suoraan työelämästä, opinnäytetyön kohteena toimivan osaston toiveesta. Opinnäytetyön valintaan vaikutti myös opinnäytetyön tekijöiden oma kiinnostus päihde- ja mielenterveystyötä sekä niitä koskevien palveluiden kehittämistä kohtaan. Toinen opinnäytetyön tekijöistä on työskennellyt opintojensa aikana opinnäytetyön kohteena olevalla osastolla ja omaa myös käytännön työn kautta mielenkiintoa aihetta kohtaan.

Opinnäytetyötä tehdessä ja jo sitä suunniteltaessa on tekijän pohdittava, miten osallistujiin vaikuttaa tutkimuksessa mukana oleminen sekä sitä minkälainen merkitys tutkimuksella on yhteiskunnallisesti (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 176). Alkoholiriippuvaisten potilaiden kokemuksista saamastaan hoidosta akuuttikuntoutusosastolla ei löytynyt aiempia tutkimuksia, ja tämä kasvattaa opinnäytetyön yhteiskunnallista merkitystä. Opinnäytetyön tuloksia on tarkoitus hyödyntää tulevaisuudessa kohdeosaston toiminnan kehittämisessä entistäkin potilaslähtöisemmäksi. Opinnäytetyön tuloksia on mahdollista hyödyntää myös muissa terveydenhuollon palveluissa, joissa kohdataan ja hoidetaan alkoholiriippuvaisia potilaita.

Eettisyyteen liittyy vahvasti myös oikeudenmukaisuus. Tutkimuksessa oikeudenmukaisuus tarkoittaa sitä, että tutkittavat henkilöt ovat tasa-arvoisia toisiinsa nähden, eikä esimerkiksi ei-toivottuja tutkittavia suljeta otoksen ulkopuolelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.) Haastateltavia potilaiden valintaan sovittiin tietyt kriteerit, joiden avulla pyrittiin valitsemaan haastateltavaksi psyykkiseltä toimintakyvyltään kykeneviä potilaita. Osaston hoito-henkilökunnan kanssa sovittujen kriteereiden pohjalta saimme listan viikon aikana kotiutuvista, kriteerit täyttävistä potilaista. Tältä listalta valittiin haastateltavat potilaat heistä muita taustatietoja tietämättä. Näin otos oli mahdollisimman neutraali ja tasa-arvoinen.

Tutkimuksen tekijän tulee varmistua siitä, että tutkimukseen osallistuja on tietoinen mistä tutkimuksessa on kyse. Tutkittavan tulee olla myös tietoinen tulosten julkaisusta. (Tuomi &

Sarajärvi 2009, 131; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178.) Osastolla työskentelevä päihdetyöhön perehtynyt hoitaja tiedotti toiveestamme haastatteluun osallistuvia potilaita etukäteen opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta potilastiedotteen muodossa (liite 3). Potilastiedotteesta ilmeni myös osallistumisen vapaaehtoisuus sekä haastateltavan anonymiteetti ja valmiin opinnäytetyön julkaisuaikataulu. Potilaat saivat tutustua teemahaastattelun aiheeseen ja haastattelun apukysymyksiin etukäteen teemahaastattelurungon (liite 1) tulostettuna versiona, jonka he saivat yhdessä potilastiedotteen kanssa.

Tutkimukseen osallistuvalla henkilöllä on oikeus olla osallistumatta tutkimukseen, keskeyttää tutkimuksessa mukana olonsa tai kieltää itseään koskevan aineiston käyttö missä tahansa vaiheessa tutkimusta. Tutkimukseen osallistujille on taattava nimettömyys, elleivät he ole erikseen antaneet suostumustaan nimen julkaisuun. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Potilastiedotteessa tuotiin selvästi esille haastateltavan anonymiteetti sekä muut edellä mainitut asiat. Potilastiedotteessa kerrottiin myös, että nauhoitettuun aineistoon on pääsy ainoastaan opinnäytetyön tekijöillä ja kaikki kerätty aineisto hävitetään viimeistään opinnäytetyön valmistuttua henkilötietolain mukaisesti (Henkilötietolaki 523/1999 14§).

Koska alkoholiriippuvaiset potilaat voidaan lukea haavoittuvaksi ryhmäksi, on erityisen tärkeää huomioida riittävä informointi, jotta tutkimukseen osallistuvat voivat tehdä tietoisien päätöksen osallistumisestaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 180). Ennen haastattelun alkua potilaiden kanssa käytiin vielä suullisesti ja mahdollisimman ymmärrettävästi läpi potilastiedotteen sisältö. Jokainen haastateltava sai lisäksi ennen haastattelua allekirjoitettavakseen suostumuslomakkeen, jossa vielä kerran kerrotaan haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä oikeudesta keskeyttää osallistuminen haastatteluun missä tahansa vaiheessa.

6.3 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella monista eri näkökulmista ja luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita tai määritelmiä. Laadullista tutkimusta tarkastellaan kokonaisuutena, jonka seurauksena johdonmukaisuus on tärkeässä roolissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 40.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuus määritellään suhteesta tutkittavaan ilmiöön. Luotettavuutta tarkasteltaessa on tarkoitus arvioida sitä ovatko johtopäätökset satunnaisten asioiden seurausta vai voidaanko tuloksista tehdä ne päätelmät, joihin työssä on päädytty. (Metsämuuronen 2009, 200.)

Opinnäytetyössä luotettavuutta arvioidaan yleisimpien luotettavuuskriteereiden kautta, joita ovat vahvistettavuus, uskottavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2014, 127).

Vahvistettavuus

Keskeinen vahvistettavuutta tukeva asia on riittävän tarkka ja kuvaileva tutkimusprosessin etenemisen raportointi. Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuutta lisäävä tekijä on muistiinpanojen tekeminen prosessin eri vaiheista tai esimerkiksi tutkimuspäiväkirjan pitäminen. Tutkimuspäiväkirjan tai muistiinpanojen avulla tutkija voi palata saamiinsa ajatuksiin ja ideoihin prosessin missä tahansa vaiheessa ja hyödyntää kirjaamiensa tietoja lopullisen raportin kirjoittamisessa. (Kylmä & Juvakka 2014, 129.)

Tämän opinnäytetyön vahvistettavuutta tukee se, että kaikki prosessin vaiheet kuvattiin huolellisesti ja tarkasti. Opinnäytetyöprosessin aikana ei pidetty varsinaista tutkimuspäiväkirjaa, mutta sen sijaan uudet ajatukset ja ideat kirjattiin suoraan raporttipohjaan tietokoneelle, joka sitten muutosten jälkeen tallennettiin aina uudella nimellä. Näin ollen oli helposti mahdollista palata aiempiin versioihin, ja sitä kautta ideoihin opinnäytetyöprosessin myöhemmissäkin vaiheissa. Opinnäytetyön teossa käytettiin lisäksi paljon paperimateriaalia, kuten litteoituja haastatteluita ja muistiinpanoja. Myös kaikki paperilla oleva materiaali kulki koko prosessin ajan mukana tukemassa työn etenemistä.

Opinnäytetyössä tehdyt lopulliset tulkinnat saavat tukea muista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista ja myös tämä lisää työn vahvistettavuutta (Järvenpää 2006). Opinnäytetyössä käytetty kirjallinen aineisto valikoitiin erittäin tarkasti ja kriittisesti; kirjalliset lähteet valittiin tutkimusaineiston laajuuden ja ajankohtaisuuden mukaan. Tutkimusaineistona käytettiin ainoastaan tutkittua tietoa sisältävää alan kirjallisuutta; pro graduja, väitöskirjoja, tieteellisiä artikkeleita ja tutkimuksia, jotka kaikki etsimme luotettavia hakumenetelmiä käyttäen. Opinnäytetyön aineistoksi valittiin mahdollisimman erityyppisiä teoksia, jotta näkökulma aiheeseen olisi mahdollisimman laaja. Aiempia tutkimuksia koskien alkoholiriippuvaisien potilaiden kokemuksia saamastaan osastohoidosta emme löytäneet ollenkaan. Opinnäytetyön tuloksia verrattiin aiempiin tutkimuksiin, joissa on tutkittu potilaan hoitokokemukseen vaikuttavia asioita, hyvän hoitoon liittyviä periaatteita sekä päihderiippuvaisen potilaan hoidossa merkityksellisiä asioita.

Luotettavuutta työlle tuo myös tutkijatriangulaatio. Tutkijatriangulaatiossa tutkimusta tekee useampi kuin yksi tutkija, erityisesti analysointivaiheessa ja tulkintoja aineistosta tehdessä. (Hirsjärvi ym. 2009, 233.) Tässä opinnäytetyössä molemmat opinnäytetyöntekijät olivat vahvasti mukana työn jokaisessa vaiheessa, niin yhdessä kuin omilla tahoillaankin.

Uskottavuus

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten oikeellisuutta ja todenperäisyyttä. Tutkimuksen uskottavuutta lisäävä tekijä on tutkimuksen tekijän käyttämä riittävän pitkä aika ja paneutuminen tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön. Myös saatujen tutkimustulosten vahvistaminen tutkimukseen osallistuneilta henkilöiltä vahvistaa uskottavuutta. Vaihtoehtoisesti tutkimuksen tuloksista ja tutkimusprosessista voi keskustella muiden samaa ilmiötä tutkineiden henkilöiden kanssa. (Kylmä & Juvakka 2014, 128.)

Opinnäytetyön aiheeseen paneuduttiin suurella mielenkiinnolla ja avoimin katsein. Opinnäytetyöprosessin aikana perehdyttiin monipuolisesti erilaisiin tutkimuksiin aiheeseen liittyen ja opinnäytetyötä tehtiin myös kohtuullisen pitkällä aikavälillä. Opinnäytetyön suunnittelu aloitettiin 2017 helmikuussa ja työ valmistui 2017 marraskuussa. Muut opinnot ja työt suunniteltiin niin, että aikaa opinnäytetyöhön paneutumiselle löytyi riittävästi. Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli työsuhteessa kohdeosastolla ennen ja jälkeen haastatteluiden suorittamisen, ja omaa näin myös kiinnostusta sekä näkemystä aiheeseen myös työntekijän näkökulmasta.

Opinnäytetyön uskottavuutta lisäävä tekijä on se, että koko opinnäytetyöprosessin ajan opinnäytetyön tekijät kävivät tiivistä keskinäistä keskustelua prosessin etenemisestä. Tärkeänä seikkana uskottavuuden kannalta koetaan myös tiivis ja toimiva yhteistyö kohdeosaston kanssa prosessin eri vaiheissa. Erityisesti suunnitelmavaiheessa opinnäytetyöstä saatiin arvokasta palautetta ja näkökulmia kohdeosaston osastonhoitajalta. Myös opinnäytetyön tuloksista keskusteltiin niin opinnäytetyön tekijöiden, mutta myös tutkimuskohteen osastonhoitajan kanssa. Kaikissa keskusteluissa koettiin, että tulokset olivat hyvin paljon sen suuntaisia, joita osasimme odottaa.

Opinnäytetyön uskottavuutta olisi parantanut saatujen tutkimustulosten vahvistus tutkimukseen osallistuneilta henkilöiltä. Opinnäytetyön kannalta pohdittiin kuitenkin, että kohteena olevan potilasryhmän alkoholiriippuvuuden vuoksi pitkäaikainen sitoutuminen prosessiin olisi saattanut vaikuttaa potilaiden halukkuuteen osallistua haastatteluun. Ongelmaksi olisi saattanut muodostua myös potilaiden tavoittaminen heidän kotiuduttuaan osastolta.

Opinnäytetyön luotettavuuteen on voinut vaikuttaa heikentävästi se, kuinka avoimia työhömmö osallistuneet potilaat olivat haastattelutilanteissa. Erityisesti haastattelutilanteessa ihmisillä saattaa olla tarve miellyttää ja erityisesti negatiivista mielipidettä ei mielellään kerrota (Hirsjärvi ym. 2009, 206-207). Haastattelutilanteessa oli aistittavissa joidenkin vastusten olevan mahdollisimman positiivisesti muotoiltuja, vaikka haastateltavan äänenkäyttö sekä eleet ja olemus olisivat antaneet ymmärtää asian hiukan negatiivisemmässä valossa. Toisaalta, haastattelutilanteissa vallinnut ilmapiiri oli hyvin rento ja luottavainen ja potilaat kertoivat hyvinkin avoimesti vaikeistakin asioista; haastattelutilanteisiin kuului niin naurua kuin itkuakin. Haastattelut tapahtuivat osaston tiloissa kesken hoitojakson. Myös tällä on saattanut

olla vaikutusta vastausten rehellisyyteen ja avoimuuteen. Luotettavuuteen saattoi myös vaikuttaa kahden haastattelun aikana tapahtunut hetkellinen häiriö hoitajan avatessa oven siitä huolimatta, että haastattelutilanteesta oli tiedotettu hoitohenkilökunnalle etukäteen.

Eräässä haastattelussa haastatellulla potilaalla oli epäselvä tilanne kotiutumiseen liittyen, joka mietitytti potilasta selvästi koko haastattelun ajan. Opinnäytetyön tekijöille tuli tunne, että potilaan oli vaikea keskittyä meneillään olevaan haastatteluun täysipainoisesti. Potilaan haastattelusta saatiin tästä huolimatta todella paljon merkityksellistä tietoa opinnäytetyön kannalta.

Teemahaastatteluista saatuun aineistoon ja sen laajuuteen vaikuttivat myös osaltaan joidenkin haastateltujen potilaiden vaikeudet puheen sujuvassa tuottamisessa sekä suppea sanallinen ilmaisu. Joillakin haastatelluista potilaista puheen tuotto oli epäselvää ja erityisesti litterointivaiheessa tämä tuotti haasteita. Toisaalta vaikka saatu aineisto oli kielellisesti suppeahkoa, sitä analysoitaessa nousi esille paljon merkittäviä teemoja ja ajatuksia. Tämän vuoksi opinnäytetyön tekijät katsovat aineiston olevan tietoa tuovaa ja luotettavaa, mutta tekijöille hiukan työläämpää käsiteltävää.

Haastatteluissa huomiota herättävä tekijä oli myös haastateltavien potilaiden ajatusten karkailu. Ajoittain joillakin haastatelluista potilaista puheet harhailivat aiheen ulkopuolelle ja epäolennaisiin asioihin saatettiin palata usein. Opinnäytetyöntekijät joutuivat välillä palauttamaan keskustelun käsiteltävään aiheeseen sekä esittämään haastattelukysymyksiä uudella, potilaalle ymmärrettävämällä tavalla.

Reflektiivisyys

Opinnäytetyön tekijöiden on otettava huomioon omat lähtökohtansa ja niiden mahdollinen vaikutus aineistoon ja koko tutkimusprosessiin (Kylmä & Juvakka 2014, 129). Opinnäytetyötä suunniteltaessa ja teemahaastatteluun aineistonkeruun menetelmänä päädyttäessä pohdittiin toisen opinnäytetyöntekijän kohdeosastolla työskentelyä ja sen mahdollista vaikutusta teemahaastatteluihin ja lopullisiin tuloksiin. Haastattelut suunniteltiin pidettäväksi niin, että toinen opinnäytetyöntekijä ei ollut juuri niinä viikkoina työsuhteessa osastolla ja haastateltavat potilaat olisivat luultavimmin tällöin opinnäytetyöntekijöille entuudestaan tuntemattomia. Haastatteluita tehdessä yksi haastatelluista potilaista oli kuitenkin sellainen, jota toinen opinnäytetyöntekijä oli aikaisemmin hoitanut muutaman työvuoron ajan. Tällä tuskin oli haastatteluun tai sen sujuvuuteen kuitenkaan suurta merkitystä, sillä aikaa hoitokontaktin ja haastattelun välillä oli useita viikkoja ja aiemmat hoitokontaktit olivat olleet hyvin lyhyitä ja potilaan hoidon alkuvaiheeseen sijoittuvia.

Opinnäytetyöprosessin aikana pohdittiin myös toisen opinnäytetyöntekijän kohdeosastoon liittyvien työsuhteiden vaikutusta aineiston analysointiin sekä tuloksiin. Opinnäytetyöntekijät uskovat kuitenkin, että tietous kohdeosaston toiminnasta ei vaikuttanut analysointiprosessiin, sillä työtä tehtiin avoimin katsein ja ilman ennakoasenteita. Kokemus kohdeosaston toiminnasta toi työhön entistäkin enemmän syvyyttä ja ymmärrystä.

Siirrettävyys

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimuksen tuloksia voidaan siirtää muihin samankaltaisiin tilanteisiin. (Kylmä, Juvakka 2014, 129). Opinnäytetyön siirrettävyyttä tukee opinnäytetyössä tehty tarkka raportointi sekä analysoinnin tarkka kuvaus. Opinnäytetyössä on kuvattu myös tarkasti haastateltavien valinta sekä valintakriteerit.

Lähteet

Painetut

Eriksson K., Isola A., Kyngäs H., Leino-Kilpi H., Lindström U.Å., Paavilainen E., Petilä A-M., Salanterä S., Vehviläinen-Julkunen K., & Åstedt-Kurki P. 2012. Hoitotiede. 4., uudistettu painos. Helsinki: SanomaPro

Eskola J. & Suoranta J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino

Gröndahl W. & Leino-Kilpi H. 2013. Potilaslähtöinen hoidon laatu - Näkökulmia arviointiin. Turun yliopisto

Havio, M., Inkinen, M., Partanen, A. 2013. Päihdehoitotyö. 5.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.-17. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä - Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Suomen yliopistopaino

Kankkunen. P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOY

Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveystieteiden laatuopas. Suomen kuntaliitto. Helsinki

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka, Aineistojen hankinta, käyttö ja sen säilytys. 2., uudistettu painos. Tampere: Vastapaino

Kylmä J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. Porvoo: Bookwell

Metsämuuronen J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino

Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M., Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro

Ruusuvuori, J., Nikander, P., Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Hansaprint

Sähköiset

Aira, A. 2012. Toimiva yhteistyö- Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 26.4.2017. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37743/9789513947088.pdf>

Alkoholiongelmaisen hoito (online). Käypä hoito-suositus. 2015. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen päihdelääketieteen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 7.3.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50028#suositus>

Bleich, S., Özalp, E., Murray, C. 2009. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? Bull World Health Organ: 87. Viitattu 9.11.2017. https://www.researchgate.net/publication/26315659_How_Does_Satisfaction_with_the_Health-Care_System_Relate_to_Patient_Experience

ETENE-julkaisuja 1. 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 3.4.2017. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveystieteiden+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2009. Potilaan hyvä hoito Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Ihmisen terveyden tähden. Viitattu 3.3.2017. http://www.epshp.fi/files/1202/Potilaan_hyva_hoito.pdf

Fenomenologia. 2015. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 9.10.2017. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tieteenfilosofiset-suuntaukset/fenomenologia>

FINLEX. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 5.3.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Haho, A. 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. Sairaanhoitajalehti. Viitattu 6.2.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/>

HAMK. Laadullisen aineiston käsittely. Viitattu 23.10.2017. http://www.hamk.fi/verkostot/kudos/tutkiva-toiminta/Documents/HAMK_11_Analyysit_osa_II.pdf

Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 9.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Health Innovation Network South London. Viitattu 28.3.2017. http://www.hin-southlondon.org/system/ckeditor_assets/attachments/41/what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf

Henkilötietolaki 523/1999. Viitattu 9.10.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

HUS. Hyvä hoito ja kohtelu. Viitattu 11.9.2017. http://www.hus.fi/potilaalle/potilaan_oikeudet/hyva_hoito_ja_kohtelu/Sivut/default.aspx

Huttunen, M. 2015. Alkoholiriippuvuus (Alkoholismi). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 6.2.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196

Huttunen, M. 2015. Päihde- ja huumeriippuvuus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 8.2.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414

Holopainen A. 2005. Alkoholit ja aivot. Viitattu 2.11.2017. <https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholi-ja-aivot>

Jacobsen, C. Pedersen, V. Albeck, K. 2008. Summary. Patient involvement between ideals and reality. Danish institute for Health Services Research. Viitattu 27.3.2017. <http://www.sst.dk/~media/9F6E64DF7D374E7C8FA5C44CAAB34B6A.ashx>

Johansson, P., Oléni, M., Fridlund, B., 2001. Article. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Linköping university, Sweden. Viitattu 3.4.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12445102>.

Järvenpää, E. 2006. Laadullinen tutkimus. Teknillinen korkeakoulu. Tuotantotalouden osasto. Viitattu 6.2.2017. <http://www.cs.tut.fi/~ihtesem/k2007/materiaali/luento4.pdf>

Jyväskylän yliopisto. 2015. Tutkimuksen toteuttaminen. Viitattu 11.10.2017. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmäpolkuja/tutkimusprosessi/tutkimusentoteuttaminen>

Karppinen, T. 2015. Pro-Gradu. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö osastonhoitajien näkökulmasta. Turun yliopisto. Viitattu 21.3.2017. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/104460/TiinaKarppinenGradu2015Hoitotiede.pdf>

Kivelä, K. 2012. Kirjallisuuskatsaus. Hoitoympäristöjen suunnittelu-potilaan näkökulma. Tampereen yliopisto. Viitattu 21.3.2017. http://www.thl.fi/attachments/arkkinen/Kivela_kandi.pdf

Kvist, T. 2004. Väitöskirja. Hoidon laatu-Potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopisto. Viitattu 3.4.2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0062-X/urn_isbn_951-27-0062-X.pdf

Kostjukova T., Kärnä, N. Pajari, K. Ylivainio, J. Göransson, N. 2015. Läheisen huomioiminen potilaan hoidossa ja tutkimuksessa Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Näyttöön perustuvan toiminnan hanke. Kanta-Hämeen keskussairaala. Erikoissairaanhoidon ja asiakaspalvelun osamiskeskus. Viitattu 26.4.2017. <http://www.khshp.fi/img/file.php?id=628>

Krohn, M. 2017. Laatu. THL. Viitattu 26.4.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>

Kylliäinen, K. 2012. Pro Gradu-tutkielma. Kirurgisten potilaiden tiedonsaanti ja hoitoon osallistuminen. Kyselytutkimus vuosina 2008 ja 2010. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 29.3.2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121145/urn_nbn_fi_uef-20121145.pdf

Kärkkäinen, M. 2014. Pro gradu -tutkielma. ”Tää on ollu kuitenkin tosi avartava kokemus” Fenomenologinen tutkimus Suomen Merimieskirkon ulkomailla työskentelevien vuosivapaaehtoisten kokemuksista. Helsingin yliopisto. Viitattu 9.10.2017. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/43178/taeonoll.pdf?sequence=1>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Viitattu 22.3.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen tutkimuslaitos, Oulun yliopisto ja Psykiatrian klinikka, Oulun yliopistosairaala. Viitattu 24.2.2017. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514250680.pdf>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys ja päihdetyössä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Opinnäyte. Viitattu 24.2.2017 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf

Launonen, M. 2014. Pro gradu-tutkielma. Sairaanhoidtajien kuvauksia vanhusten hyvästä hoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 22.4.2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140503/urn_nbn_fi_uef-20140503.pdf

Luukkainen, H. 2015. Tieto- ja viestintäteknologia kansanopisto-opetuksessa - Kansanopistopedagogiikka, määrittelyjä ja toteutusta. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 10.10.2017. http://www.sivistystyo.fi/doc/tutkijatap_elo2015/Luukkainen_.pdf

Mannila, A. 2015. Opinnäytetyö (YAMK). Asukkaiden osallisuus hoitotyön arjessa. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 29.3.2017. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/91800/Mannila_Arja.pdf?sequence=1

Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen

yliopisto. Viitattu 6.3.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67109/951-44-5099-X.pdf?sequence=1>

Mikkola L. 2006. Väitöskirja. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylän yliopistopaino. Viitattu 3.3.2017
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13414/9513927288.pdf?sequence=1>

Mäkelä, R. & Aalto, M. 2015. Hoitavan henkilön vuorovaikutustaitojen vaikutus alkoholiongelmaisen hoitotuloksiin. Näytönastekatsaus. Käypä hoito-suositus. Duodecim. Viitattu 7.3.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nak04641>

Omaisyyhteistyö vahvistaa perhelähtöisyyttä hoitotyössä. Artikkel. Omaisena edelleen ry. Viitattu 17.10.2017. <http://omaisenaedelleen.fi/omaisyhteisty-vaqvistaa-perhelahtoisytytta-hoitotyossa/>

Pahlman, I., Pihlainen., A. Rauhala., V. Sarvimäki, A., & Halila, R. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu 1. Viitattu 22.4.2017. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu-ja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

Poikkimäki, I. 2004. Pro-Gradu tutkielma. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Viitattu 22.3.2017. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/92002/gradu00420.pdf?sequence=1>

Potilaan hyvä hoito Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Ihmisen terveyden tähden. 2009. EPSHP. Viitattu 26.4.2017. http://www.epsnp.fi/files/1202/Potilaan_hyva_hoito.pdf

Rantala, M. 2011. Pro-Gradu. Kompleksinen vuorovaikutus hoitotyön asiakassuhteessa. Vaasan yliopisto. Viitattu 22.4.2017. <https://www.tritonia.fi/fi/e-opin-naytteet/tiivitelma/4622/Kompleksinen+vuorovaikutus+hoitoty%C3%B6n+asiakassuhteessa>

Rovaniemen ammattikorkeakoulu. 2009. Opinnäytetyön toteuttaminen. Viitattu 4.3.2017. <http://www.lapinamk.fi/fi/Opiskelijalle/Opinto-opas,-AMK-tutkinto/Opinnaytetyoohje/Opinnaytetyon-toteuttaminen>

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 2014. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 25.4.2017. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/amatillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.3.2017. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Suomisanakirja. Viitattu 3.4.2017. www.suomisanakirja.fi

THL. 2016. Päihdetilastollinen vuosikirja. Alkoholi ja huumeet. Viitattu 24.2.2017
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131756/P%C3%A4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202016_verkko.pdf?sequence=1

Valvira. 2015. Potilaan itsemääräämisoikeus. Viitattu 7.10.2017 <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>

Velasquez, M., Andre, C., Shanks, T., S.J., & Meyer M. 2015. What is ethics? Markkula Center for Applied Ethics. Santa Clara University. Viitattu 18.10.2017. <https://www.scu.edu/ethics/ethics-resources/ethical-decision-making/what-is-ethics/>

Vuokko R., Mäkelä M., Komulainen J., & Meriläinen O. 2011. Terveysthuollon Toimintaprosessit -Terveysthuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. THL raportti. Viitattu 11.9.2017. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80351/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79.pdf?sequence=1>

Vuorovaikutus. 2017. Väestöliitto. Viitattu 5.2.2017. <https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/mina-ja-muut/ihmissuhteet/vuorovaikutus/>

Wolf, J., Niederhauser, V., Marshburn, D., LaVela, S. 2014. Article. Defining Patient Experience. Patient Experience Journal. Viitattu 2.11.2017. <http://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1004&context=journal>

Zibulski, K. 2014. Pro gradu-tutkielma. Potilaiden arviointeja hoidon laadusta terveysthuollon vuodeosastoilla. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 3.4.2017. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140596/urn_nbn_fi_uef-20140596.pdf

Julkaisemattomat

Yksikön esittely 2017. Kohdeyksikön osastonhoitajan tekemä esitys osaston toiminnasta. Powerpoint -esitys. Viitattu 28.3.2017.

Kuviot

| | |
|---|----|
| Kuvio 1: Tutkimusasetelma yksinkertaistettuna..... | 17 |
| Kuvio 2: Teemahaastattelun ominaispiirteet | 20 |
| Kuvio 3: Aineiston analysointi | 24 |
| Kuvio 4: Aineiston analysoinnin prosessi tässä työssä | 27 |

Taulukot

| | |
|---|----|
| Taulukko 1: Esimerkki pelkistämisestä..... | 25 |
| Taulukko 2: Esimerkki alaluokkien muodostamisesta | 26 |
| Taulukko 3: Yläluokkien muodostuminen alaluokista | 26 |

Liitteet

| | |
|--|----|
| Liite 1: Teemahaastattelurunko..... | 57 |
| Liite 2: Yksinkertaistettu hoitoprosessin kuvaus | 59 |

Liite 1: Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELU - Yksilöhaastattelu

IKÄ:

SUKUPUOLI:

HOIDON PÄÄASIAINEN SYY:

HOIDON PITUUS OSASTOLLA:

AIEMMAT ALKOHOLIIN LIITTYVÄT HOITOJAKSOT (KPL):

AIEMMAT KOKEMUKSET JA ODOTUKSET KOSKIEN HOITOA:

Miten koit sairaalaan tulon? Oliko se toivomasi ratkaisu?

Miksi halusit/et olisi halunnut sairaalaan hoitoon?

Kuka päätti sairaalahoidosta?

Millaista ennakkotietoa sinulla oli osastosta?

Minkälaista apua odotit saavasi sairaalahoidon aikana?

Minkälaisia olivat ne asiat, joihin odotit saavasi apua?

Minkälaisia kokemuksia sinulla on ollut aiemmista päihteidenkäyttöön liittyvistä sairaalahoitotapakoista?

HOITOYMPÄRISTÖÖN LIITTYVÄT KOKEMUKSET:

Miten olet viihtynyt osastolla?

Miten olet kokenut osaston tilat? Missä osaston tiloissa olet oman huoneesi lisäksi mieluiten viettänyt aikaasi? (Silloin kun ei ole ollut hoidollisia toimenpiteitä/tapahtumia)

Kokemuksesi perusteella, miten kehittäisit viihtyvyyteen liittyviä asioita osastolla?

KOKEMUKSET SAAMASTANNE HOIDOSTA:

Kuvaisitko kokemuksiasi hoidon eri vaiheissa? (Näytetään prosessin vaiheet potilaalle)

-Tulotilanne

-Hoidon suunnittelu

-Päihdekeskustelut

[-Yhteisöalaveri mahdollisen päihdehoitotutuksen tiimoilta]

-Kotiutumiseen liittyvät järjestelyt

Miten kuvaisit hoitoosi liittyvää tiedonsaantia?

Käsiteltiinkö ja keskusteltiin hoitosuunnitelmastasi kanssasi?

Kuka teki hoitosuunnitelmaasi liittyvät päätökset?

TEEMAHAASTATTELU - Yksilöhaastattelu

Millaista hoitoa olet mielestäsi saanut tällä osastolla? (hoidon laatu ja riittävyys, hoitohenkilökunnan ammattitaito?)

Millaiseksi arvioisit saamasi hoidon kokonaisuudessaan asteikolla 1-5? (1 ollessa erittäin huono ja 5 erittäin hyvä)

Täyttyivätkö odotuksesi koskien sairaalahoitoa?

Miten kehittäisit hoitoa tästä osastohoitojaksosta saamiesi kokemusten pohjalta?

VUOROVAIKUTUS:

Miten kuvaisit vuorovaikutustasi hoitohenkilökunnan kanssa? (Lääkärit, hoitajat jne.)

Miten kokemuksesi vuorovaikutuksesta vaikuttivat vointiisi ja mielialaasi?

Miten tyytyväinen kokonaisuudessaan olit vuorovaikutukseen hoitohenkilökunnan kanssa asteikolla 1-5?(1 ollessa erittäin huono ja 5 erittäin hyvä)

Miltä osin vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa voisi mielestäsi kehittää?

YHTEISTYÖ OMAISTEN KANSSA:

Miten omaisesi/muut läheisesi otettiin mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen?

Miten yhteistyö mielestäsi sujui sinun, omaistesi ja hoitohenkilökunnan välillä?

Miten edellä mainittu yhteistyö vaikutti mielestäsi kokemukseesi hoidosta?

Miten yhteistyötä omaisten kanssa voisi mielestäsi kehittää?

Liite 2: Yksinkertaistettu hoitoprosessin kuvaus

