

Heikkinen Jonna ja Lappalainen Riikka

**Tuloarvio tapauskohtaisen työryhmän kuvaamana Kainuun maakunta-
kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyönkoulutusohjelma

25.11.2008



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Heikkinen Jonna ja Lappalainen Riikka	
Työn nimi Tuloarvio tapauskohtaisen työryhmän kuvaamana Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa.	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Mielenterveystyö	Ohjaaja(t) Anttonen Kristiina ja Laitinen Maija-Liisa, Koordinoiva osastonhoitaja Saara Pikkarainen
	Toimeksiantaja Kainuun maakunta- kuntayhtymä aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuksien hoito
Aika 25.11.2008	Sivumäärä ja liitteet 50/5
<p>Kainuun maakunta kuntayhtymän psykiatrian tulosalueen toiminnan lähtökohtina ja perus-ajatuksina on muun muassa tarpeenmukaisen hoidonmalli, avohoitopainotteisuus, sekä tapauskohtainen työryhmä työskentely (Luu-kinen, Heikkinen, Heikkinen, Heikkinen, Immonen, Karppinen, Klemetti, Mankinen, Pikkarainen, Tervonen, Tolonen & Valkeapää-Turunen 2004, 3). Tarpeenmukaista hoitoa ohjaa psykoterapeuttinen asenne, jonka avulla pyritään ymmärtämään, mitä potilaalle tapahtuu, on tapahtunut, ja miten häntä voidaan auttaa (Alanen 1993, 258).</p> <p>Opinnäytetyön aiheena oli tuloarvio tapauskohtaisen työryhmän kuvaamana Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisia asioita potilaasta ja hänen elämäntilanteestaan huomioidaan tuloarviokeskustelussa Kainuun maakunta - kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa. Tarkoituksena oli selvittää, kuinka tuloarviokeskustelussa huomioidaan ja hyödynnetään avohoidosta saatua tietoa potilaan hoidosta ja hänen elämäntilanteestaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että saatuja tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kehitettäessä Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden potilaan kokonaisuhoitoa.</p> <p>Opinnäytetyön lähestymistapa oli kvalitatiivinen ja aineisto kerättiin haastattelemalla yhden potilaan tapauskohtaista työryhmää teemahaastattelu menetelmällä. Tulosten perusteella oli nähtävissä, että potilaan elämäntilannetta huomioitiin tuloarviossa laajasti ja hänen elämänsä eri osa-alueita tarkasteltiin tuloarviossa monesta eri näkökulmasta käsin. Tulosten mukaan psykiatrisen osaston ja avohoidon yhteistyö toimii hyvin.</p> <p>Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalvelut voi käyttää opinnäytetyön tuloksia hyödyksi arvioidessaan, miten tuloarvio toteutuu ja otetaanko potilaan elämäntilanteesta huomioon asioita, joilla on merkitystä hoidon suunnitteluun ja toteutumiseen. Koska opinnäytetyössämme tarkasteltiin tuloarviota yhden potilaan tuloarvioiden pohjalta, joita oli vuosien aikana ollut useita, jatkotutkimuksen aiheena voisi olla tuloarvion tarkastelu juuri hoitoon tulleen potilaan kohdalla ja saatujen tulosten vertaaminen toisiinsa.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Mielenterveys, tuloarvio, tarpeenmukainen hoitomalli, tapauskohtainen työryhmä
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School The Kajaani Polytechnic	Degree Programme nursing education program
Author(s) Jonna Heikkinen ja Riikka Lappalainen	
Title The Initial Psychiatric Assessment in the Mental Health and Addiction Treatment Services of the Joint Authority of Kainuu Region, as described by a case-specific team	
Optional Professional Studies Mental health care	Instructor(s) Anttonen Kristiina ja Laitinen Maija-Liisa, Saara Pikkarainen
	Commissioned by Kainuun maakunta- kuntayhtymä, Adult mental health care services
Date 25.11.2008	Total Number of Pages and Appendices 50/5
<p>The foundation and premises for the operations of the Joint Authority of Kainuu Region's psychiatric division are the need-adapted treatment model, outpatient healthcare as well as the work of case-specific teams (Luukinen, Heikkinen, Heikkinen, Heikkinen, Immonen, Karppinen, Klemetti, Mankinen, Pikkarainen, Tervonen, Tolonen & Valkeapää-Turunen 2004, 3). A psychotherapeutic attitude steers the need-adapted treatment which helps to understand what is happening to the patient, what has happened earlier and how he or she can be helped (Alanen 1993, 258).</p> <p>The topic of this thesis is the initial psychiatric assessment of the Joint Authority of Kainuu Region's mental healthcare services for adults and the treatment of addiction, as described by the case-specific team. The aim of this thesis was to describe what aspects of a patient and his or her life situation were taken into account in initial psychiatric assessments taking place in the mental healthcare services provided by the Joint Authority of Kainuu Region. The aim was to study how information received from outpatient healthcare concerning the patient's treatment and life situation was taken into account and utilised in the initial psychiatric assessment. The final objective of the study was for the collected results to be used in developing the overall care of adults in psychiatric care under the Joint Authority of Kainuu Region.</p> <p>This thesis is qualitative in nature and the research material was collected by interviewing the case-specific team of one patient using the theme interview method. Based on research results, it can be stated that the patient's life situation is taken into account comprehensively and that his or her life is studied from many different viewpoints in the initial psychiatric assessment. Thus, based on the results, the co-operation between the psychiatric department and outpatient healthcare can be seen to be functioning well.</p> <p>The Joint Authority of Kainuu Region will be able to use this thesis in assessing the realisation of the initial psychiatric assessment and whether the patient's life situation is being taken into account in the issues which affect the planning and actualization of treatment. Due to the fact that this thesis studied the initial psychiatric assessments of one patient, several such assessments having been completed over the years, the topic for a follow-up study could focus on the initial assessment of a newly-admitted patient and the comparison of acquired re-</p>	
Language of Thesis	Finish
Keywords	Mental health, initial psychiatric assessment, need-adapted model, case-specific team
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Kaktus Database at Kajaani University of Applied Sciences <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 MIELENTERVEYS	2
2.1 Mielensterveys	2
2.2 Mielensterveydenhäiriöt	3
3 MIELENTERVEYDEN TUKEMINEN JA HOITO	6
3.1 Tarpeenmukainen hoitomalli	6
3.2 Avohoito	7
3.3 Mielensterveyspotilaan hoidontarpeen arvio ja tuloarvio	8
3.4 Tapauskohtainen työryhmätyöskentely	11
3.5 Hoito tahdosta riippumatta	12
4 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	14
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	16
5.1 Aineiston kerääminen	16
5.2 Aineiston analyysi	20
6 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET- TAPAUSSKOHTAISEN TYÖRYHMÄN TULOARVISSA SELVITTÄMÄT OSA-ALUEET	22
6.1 Potilaan terveydentila	22
6.2 Työ- ja taloudellinen tilanne	24
6.3 Kasvuolot, nykyperhe, ihmissuhteet ja asuminen	26
6.4 Tulevaisuuden suunnitelmat ja voimavarat	30
6.5 Sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö	31
6.6 Avohoidossa ilmenneet tekijät, jotka vaikuttavat potilaan kotona pärjäämiseen	32
6.7 Yhteenveto tuloksista ja johtopäätökset	33
7 POHDINTA	38
7.1 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	38
7.2 Eettisyys	40
7.3 Luotettavuus	42
7.4 Ammatillinen kasvu	44
LÄHTEET	47
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon toiminnan lähtökohtina ja perusajatuksina ovat muun muassa tarpeenmukaisen hoidonmalli, avohoitopainotteisuus sekä tapauskohtainen työryhmä työskentely (Luukinen, Heikkinen, Heikkinen, Heikkinen, Immonen, Karppinen, Klemetti, Mankinen, Pikkarainen, Tervonen, Tolonen & Valkeapää-Turunen 2004, 3). Tarpeenmukaista hoitoa ohjaa psykoterapeuttinen asenne, jonka avulla pyritään ymmärtämään, mitä potilaalle tapahtuu, on tapahtunut ja miten häntä voidaan auttaa (Alanen 1993, 256).

Opinnäytetyömme aiheena on tuloarvio tapauskohtaisen työryhmän kuvaamana Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalveluissa. Mielenterveyspotilaan tutkimus hoitoontulovaiheessa merkitsee aina hoidon aloittamista. Hoitoontulovaiheeseen liittyy paljon tekijöitä, joilla on vaikutusta potilaan hoitoprosessin kehitykselle. Suomalainen psykoterapeutti Martti Siirala on todennut, että ”sairaus ja se miten sairaus otetaan vastaan, on yhtä kuin sairaus seuraavassa vaiheessa”. (Alanen 1993, 258.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata, millaisia asioita potilaasta ja hänen elämäntilanteestaan huomioidaan tuloarviokeskustelussa Kainuun maakunta -kuntayhtymän aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalveluissa. Tarkoituksenamme on selvittää, kuinka tuloarviokeskustelussa huomioidaan ja hyödynnetään avohoidosta mahdollisesti saatua tietoa potilaan hoidosta ja hänen elämäntilanteestaan. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että saatuja tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kehitettäessä Kainuun maakunta-kuntayhtymän aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalveluiden potilaan kokonaihoitoa.

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen ja aineiston keräsimme haastatteleamalla yhden potilaan tapauskohtaista työryhmää teemahaastattelu- menetelmällä. Haastatteluiden avulla pyrimme saamaan vastauksia tutkimustehtäviimme, eli mitä tuloarviokeskustelussa huomioidaan potilaasta ja hänen elämäntilanteestaan Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalveluissa, sekä miten tuloarviokeskustelussa huomioidaan ja hyödynnetään mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalveluiden avohoidosta saatua tietoa potilaan hoidosta ja elämäntilanteesta.

2 MIELENTERVEYS

2.1 Mielenterveys

Hyvän mielen terveyden edellytyksiksi on määritelty se, että ihmisellä ei ole negatiivisiksi koettuja oireita, kuten esimerkiksi masentuneisuutta ja ahdistusta. Mielenterveyden positiivisiksi piirteiksi voidaan katsoa esimerkiksi tyytyväisyys ja tasapainoisuus elämässä, sekä toimintakyvyn säilyminen. (Lehtinen, Alanen, Anttinen, Eerola, Lönnqvist, Pylkkänen & Taipale 1989, 11, 13.) Mielenterveyttä ei voida koskaan määritellä niin, että yksilön mielen terveyden ole-musta voitaisiin täydellisesti ymmärtää. Jokaisen yksilön mielen terveys on yksilöllinen ja ai-nutkertainen. Holistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen nähdään kokonaisuutena. Ihmisen olemassaololla voidaan nähdä olevan kolme perusmuotoa, jotka ovat tajunnallisuus, kehollisuus sekä situationaalisuus. Psykkiset ongelmat ilmenevät erilaisina jokaisessa eri perusmuodossa. Holistinen ihmiskäsitys mahdollistaa psyykkisten häiriöiden ymmärtämisen moniulotteisina ja hoitotyön toteutuksen ja kohdentamisen psyykkisiin häiriöihin oikealla tavalla. (Rauhala 1983, 29.)

Yksilön normaaliin kehitykseen kuuluu kyky tyydyttää ja hallita sisäisiä tarpeitaan. Yksilön kehittyessä lapsesta aikuiseksi hänen kykynsä sopeutua erilaisiin muutoksiin ja haasteisiin kasvaa (Lehtinen, Isohanni, Kalliokoski, Kuoppasalmi, Lehtinen, Mikkonen, Piha & Tuori 1997, 12). Mielenterveys voidaan nähdä voimavarana, joka ylläpitää psyykkisiä toimintoja. Voimavarat ohjaavat elämäämme ja vaihtelevat elämäntien aikana. (Kansanterveyslaitos 2008.) Mielenterveyden tasapaino muuttuu useita kertoja elämän aikana ja siihen vaikuttavat esimerkiksi biologinen tausta sekä ympäristölliset tekijät. Yksittäisen ihmisen mielen terveyden ymmärtäminen edellyttää tietoja yksilön biologisista, psykologisista ja sosiaalisista elämäntien vaiheista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. (Lehtinen ym. 1989, 13.)

Falloon ja Faddenin (1993) mukaan haavoittuvuus-stressi-mallin avulla voidaan jäsentää ja ymmärtää äkillisiä ja vaikeita mielen terveyshäiriöitä. Mallin mukaan mielen terveyden häiriön oireet puhkeavat kun yksilöllisen haavoittuvuuden ja stressitekijöiden yhteisvaikutus ylittää yksilön biopsykososiaalisen sopeutumiskyvyn. Ilmenevän mielen terveyden häiriön oireet ovat yhteydessä siihen, mihin mielen terveyden häiriöön yksilöllä on alttius sairastua. (Saari 2002, 28.)

Mielenterveys voi häiriintyä erilaisten muutosten tai rasitusten takia ja jokaisella ihmisellä on alttius sairastua mielenterveydenhäiriöön. Mielenterveyttä voivat rasittaa tilanteet, jotka vievät paljon voimavaroja, esimerkiksi yllättävät tapahtumat koettelevat psyykkisiä voimavaroja ja voivat altistaa mielenterveyden häiriön puhkeamiselle. Myös normaaleihin kehitysvaiheisiin voi liittyä riski sairastua psyykkisesti. (Lehtinen ym. 1989, 12.) Falloon ja Faddenin (1993) mukaan niitä perinnöllisiä tai biologisia tekijöitä, jotka altistavat yksilön mielenterveydenhäiriöille, kutsutaan haavoittuvuudeksi. Stressitekijät sen sijaan voivat liittyä yksilön sosiaaliseen verkostoon, perheen vuorovaikutukseen, sekä jatkuvaan työhön tai hetkellisiin elämäntapahtumiin. (Saari 2002, 28.)

2.2 Mielenterveydenhäiriöt

Potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/782). Mielenterveyspotilas on henkilö, joka käyttää näitä palveluita mielenterveyteen liittyvien syiden vuoksi. Keskeisimmät mielenterveydenhäiriöt voidaan luokitella mielialahäiriöihin, ahdistuneisuushäiriöihin, päihdehäiriöihin, persoonallisuushäiriöihin ja psykoottisiin häiriöihin (Pirkola & Sohlman 2005, 4). Psykkisten häiriöiden ymmärtämiseksi tulee ihmisen elämän eri ulottuvuuksia tarkastella aina niiden keskinäisten merkitysten kautta. Psykkisten häiriöiden ymmärryksen saavuttamiseksi ei näin ollen riitä potilaan pelkkien oireiden tai tautiluokitusten mukainen hoito. (Rauhala 1983, 29.) Suomessa virallinen psykiatrinen diagnostiikka pohjautuu oireisiin perustuvaan ICD-10 tautiluokitukseen. Psykiatrisia diagnooseja tarvitaan esimerkiksi potilaan hoitoa suunniteltaessa. Mitä aikaisemmin erilaiset häiriöt tunnistetaan ja hoito päästään aloittamaan, sitä parempi ennuste häiriöllä on. (Achté, Forsman, Hupli, Isohanni, Koponen, Larmo, Lehtinen, Leppävuori, Pakkaslahti, Pylkkänen, Saarinen, Salokangas, Syvälahti, Taa-jamaa, Tamminen, Tienari, Toskala, Vartiainen, Vartiainen & Vauhkonen 1997, 19.)

Mielialahäiriöihin luetaan masennustila, mania ja kaksisuuntainen mielialahäiriö, jossa ilmenee masennusjaksojen lisäksi myös kiihtyneisyyttä ja kohonnutta mielialaa. Mielialahäiriöissä keskeisintä on mielialan muutos, joka voi muuttua masennuksen tai mielialan kohoamisen suuntaan ja siihen voi liittyä myös ahdistuneisuutta ja psykoottisia oireita. Mielialahäiriöillä on taipumus uusiutua ja yksittäiset sairausvaiheet liittyvät usein vaikeisiin elämäntilanteisiin tai rasittaviin tapahtumiin elämässä. (Lehtinen ym. 1997, 66.)

Mania jaetaan oireiden vaikeusasteen mukaan hypomaniaan, maniaan ilman psykoottisia oireita sekä maniaan. Kaikkiin manian eri muotoihin liittyy fyysisten ja psyykkisten toimintojen lisääntyminen ja nopeutuminen sekä kohonnut mieliala. Kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä tarkoitetaan häiriötä, jossa esiintyy kaksi tai useampia jaksoja, jolloin toimeliaisuuden taso ja mieliala ovat häiriintyneet. Toisinaan kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy masennusjaksoja, toisinaan maanisia ja hypomaanisia kausia. (Lehtinen ym. 1997, 67, 69.)

Masennus-tiloille on tyypillistä mielialan lasku sekä toimeliaisuuden puute. Masentunut ihminen uupuu ja väsy helposti pienestäkin ponnistuksesta ja kyky nauttia elämästä ja kokea mielenkiintoa on alentunut. Masennuksessa tyypillisiä oireita ovat esimerkiksi huomiokyvyn ja itsetunnon heikkeneminen. Masentuneen ihmisen ajatuksissa ja teoissa voi esiintyä itsetuhoisia ajatuksia sekä itsetuhoisuutta. Myös unihäiriöt, ruokahaluttomuus, synkät ajatukset tulevaisuudesta sekä syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet liittyvät masennukseen. Tyypillistä masennuksessa on, ettei mieliala vaihtelee, vaan pysyy masentuneena ulkoisista tekijöistä riippumatta. (Lehtinen ym. 1997, 70 - 71.)

Tunnetuimpia ahdistuneisuushäiriöitä ovat yleistynyt ahdistuneisuus, paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, sekä erilaisten yksittäisten asioiden pelot, esimerkiksi korkeiden tai ahneiden paikkojen kammo. Keskeinen yhteinen piirre ahdistuneisuushäiriöille on voimakas ja hallitsematon ahdistuneisuuden tunne tai jännitys, joka voi olla jatkuvaa tai ajoittaista. (Pirkola & Sohlman 2005, 4.) Ahdistuneisuushäiriöissä ominainen piirre on myös olosuhteisiin nähden suhteettomat huolet tai pelon tunne (Lehtinen ym. 1997, 77).

Persoonallisuushäiriöille on tunnusomaista henkilön persoonallisuudessa ja käyttäytymistavoissa esiintyvät vakavat häiriöt, jotka vaikuttavat useisiin persoonallisuuden osa-alueisiin. Persoonallisuudenhäiriöt aiheuttavat usein sosiaalisia haittoja ja ahdistuneisuutta. Persoonallisuushäiriöt jaotellaan epäluuloiseksi, eristäytyväksi (skitsoidiksi), epäsosiaaliseksi, tunne-elämältään epävakaaksi, huomionhakuiseksi, vaativaksi, estyneeksi tai riippuvaiseksi persoonallisuudeksi. Lisäksi ICD-10 tautiluokituksen mukaan on olemassa määrittämätön persoonallisuushäiriö. (Lehtinen ym. 1997, 108 - 112.)

Psykoosilla tarkoitetaan todellisuuden tajun hämärtymistä. Psykooseja on monenlaisia, osa niistä on lyhytkestoisia ja ohimeneviä, mutta yksi yleisimmistä psykooseista on skitsofrenia.

(Pirkola & Sohlman 2005, 5.) Skitsofreenisille häiriöille tyypillisiä piirteitä ovat esimerkiksi tunnetilojen asiaankuulumattomuus tai latistuminen sekä syvät havaintokyvyn ja ajattelun vääristymät. Häiriö vaikuttaa henkilön kokemukseen yksilöllisyydestään, itsenäisyydestään ja itsestään. Harhaluulot ja aistiharhat liittyvät häiriöön olennaisesti. Häiriön kulku vaihtelee ja osa potilaista voi parantua lähes täysin, mutta osalle kehittyy krooninen sairaus. Häiriön ennusteeseen voivat vaikuttaa esimerkiksi sosiaaliset- ja kulttuuriset tekijät. (Lehtinen ym. 1997, 53.)

3 MIELENTERVEYDEN TUKEMINEN JA HOITO

3.1 Tarpeenmukainen hoitomalli

Vuosina 1981 - 1987 Suomessa oli käynnissä Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti, joka oli skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen kehittämisohjelma. Tavoitteena oli vähentää skitsofreniaa sairastavien pitkäaikaista sairaalahoitoa. Projekti sai alkunsa tarpeesta löytää uudistavia toimenpiteitä Suomen psykiatrisessa hoitojärjestelmässä, koska 1970-luvulla Suomessa sairaansijojen määrä oli lähes korkein maailmassa ja sairaaloiden osastot olivat täynnä. Lisäksi hoitohenkilökunnan määrä oli riittämätön. Valtakunnallinen kehittämisohjelma toteutettiin kahden vertailevan valtakunnallisen tutkimus- ja kehittämisohjelman avulla, joista käytetään nimiä USP- Projekti (Uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittäminen) ja PSP- Projekti (Pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittäminen). (Alanen 1988, 29 - 30, 32, 35.)

Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin tuottamia periaatteita ovat potilaan tutkimusta ja hoitoa luonnehtiva psykoterapeuttinen asenne, hoidon prosessiluontoisuus sekä hoitomenetelmien integroiminen. Projektin myötä syntyneitä periaatteita ovat myös psykoosiryhmät, moniammatilliset työryhmät, perhekeskeisyys sekä ryhmätyöskentely potilaan ja hänen perheensä kanssa. Valtakunnallisen kehittämisprojektin yhdeksi keskeisimmistä tavoitteista ja päämäärästä nousi avohoitopainotteisuus. Tavoitteena oli avohoidon ja sitä tukevien toimintojen määrällinen ja laadullinen kehittäminen. (Heikkinen 2003, 15.) Valtakunnallisen kehittämisohjelman tuloksena muodostui hoitomalli, josta käytetään nimeä tarpeenmukainen hoitomalli (Alanen 1993, 254).

Tarpeenmukaisen hoitomallin periaatteiden mukaan terapeuttisten toimintojen suunnittelun ja toteutuksen tulee olla yksilöllistä ja joustavaa, ja ne tulee suunnata potilaan ja hänen läheistensä olemassa oleviin ja muuttuviin hoidollisiin tarpeisiin. Alasen (1993) mukaan tarpeella tarkoitetaan tässä yhteydessä hoidollista tarvetta. Psykoterapeuttinen lähestymistapa, jolla tarkoitetaan pyrkimystä ymmärtää mitä potilaille ja hänen lähiverkostoonsa kuuluville ihmisille on tapahtunut, on tutkimuksen ja hoidon perusta. Psykoterapeuttiselle lähestymistavalle on luonteenomaista pyrkiä auttamaan potilasta ja hänen läheisiään tämän syntyneen ymmärryksen pohjalta. (Alanen 1993, 255 - 257.)

Hoidolliset toiminnot tulee tarpeenmukaisen hoidon mallin mukaan olla keskenään integroituja eli niiden tulee tukea toisiaan sen sijaan, että ne vaikuttavat toisiaan vastaan (Alanen 1993, 256). Tarpeenmukaisen hoitomallin mukaan potilas ei etene kaavamaisesti hoitomuodosta toiseen, vaan erilaisia hoitomuotoja suunnitellaan hänen yksilöllisiä tarpeitaan vastaviksi (Lassila 1998, 36). Mallin mukaan hoito ymmärretään prosessina, kehityksellisenä tapahtumana, jonka tuloksia ja kulkua seurataan ja arvioidaan jatkuvasti (Alanen 1993, 256).

Vuosina 1992 - 1998 toteutettiin API- projekti (Akuutin Psykoosin Integroitu hoito- projekti). Tarpeenmukaisen hoidon lähtökohdat, sekä valtakunnallisen skitsofreniaprojektin suositukset muodostivat pohjan API- projektin periaatteiden lähtökohdille. API- projektin myötä tarpeenmukainen hoito sai kaksi uutta tarpeenmukaisen hoidon periaatetta, jotka ovat horisontaalinen asiantuntijuus sekä rituaalien purkaminen ja avoin dialogi. Horisontaalisella asiantuntijuudella tarkoitetaan tietoista asiantuntijoiden välisten rajojen ylittämistä sekä revii-rien purkamista. Rituaalien purkamisella ja avoimella dialogilla tarkoitetaan sitä, ettei hoito ole jäykästi paikkaan ja aikaan sidottua. Ympäristön merkitys korostuu tässä periaatteessa, sillä sen mukaan asiantuntijuus voi toteutua parhaiten potilaan valinnan vapauden ollessa suurimmillaan ja rituaalisen vallan ollessa vähäisimmillään. Ympäristö, jossa edellä mainitut asiat voivat toteutua, on esimerkiksi potilaan koti. (Heikkinen 2003, 16 - 17.)

3.2 Avohoito

Avohoidolla tarkoitetaan potilaan avopalveluiden turvin järjestettyä hoitoa. Kunta voi järjestää kunnassa tarvittavia mielenterveyspalveluita joko sairaalapalveluina, välimuotoisina palveluina tai avopalveluina. Välimuotoisiin palveluihin kuuluu esimerkiksi tuettu asuminen ja avopalveluihin terveyskeskuksen ja mielenterveystoimiston tuottamat mielenterveyspalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Skitsofreniaprojektin ansiosta avohoito kehittyi vuosien 1982 - 1992 voimakkaasti ja näiden vuosien aikana avohoidon henkilökunta lisääntyi kaksinkertaiseksi. Toiminnallisista uudistuksista tärkeimpinä voidaan nähdä psykoosityöryhmät. (Alanen 2006.) Psykoosityöryhmällä tarkoitetaan kolmesta tai neljästä psykoosien hoitoon perehtyneestä ammattihenkilöstä, jotka vastaavat potilaan alkuvaiheen selvittelystä ja hoidon suunnittelusta. Psykoosityöryhmien

toiminnalla turvataan integroidun hoidon toteutumista, sekä potilaan ja hänen läheistensä mahdollisimman nopeaa avun tarpeeseen vastaamista. (Alanen 1993, 295.) Psykoosiryhmien toiminnan on tutkittu toteutuvan Suomessa annettujen suositusten mukaisesti (Tuori 1994, 139).

Taloudellinen lama 1990- luvulla ja sen vaikutukset sekä terveydenhuollon säästötoimenpiteet ovat vaikuttaneet osaltaan avohoidon laatuun ja erityisesti vaikutus kohdistui psykiatriisiin toimintoihin. Sairaalapaikkojen vähentäminen ja avohoidon hidastuminen vaikuttavat potilaiden hyvinvoinnin ja hoidon tason säilyttämiseen. (Alanen 2006.) Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnallisen suosituksen mukaan psykiatrisessa hoidossa tulisi pyrkiä avohoitoon. Ensisijaista on avohoito ja kaikessa hoidossa tulisi olla kuntouttava ote. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a, 9.)

Potilaan hoito tulee aloittaa heti mahdollisimman täyspainoisesti ja myös hänen perheensä tuen ja avun tarve tulee kartoittaa. Kuntalaisen näkökulmasta avohoitoon pyrkimys näkyy siinä, että hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoitona. Hoidon ja kuntoutuksen suunnittelun tulee suositusten mukaan tapahtua yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä ja omaistensa kanssa. Suositeltavaa on, että potilaan omaiset, läheiset ja muut potilaan hoidon kannalta tärkeät henkilöt osallistuvat hoitoon heti alusta lähtien. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a, 43.)

Ammattihenkilöiden ja ammatillisten käytäntöjen näkökulmasta avohoitopainotteisuus tarkoittaa hoidon porrastamista eli potilaan hoidon toteuttamista ensisijaisesti sosiaali- ja perusterveydenhuollon peruspalveluina. Seuraavana tasona nähdään sosiaali- ja perusterveydenhuollon erityispalvelut ja erikoissairaanhoidon järjestämä avohoito. Sairaalahoittoa tarjotaan, mikäli potilas ei pärjää avohoidon toimien turvin ja katsotaan, että sairaalahoido on tarpeenmukaista. Hallinnon näkökulmasta suosituksissa tarkastellaan avohoittoa kuntoutuksen järjestämisen näkökulmasta. Koko maassa tulisi suositusten mukaan olla toimiva yhteistyö kuntoutuksen järjestämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a, 43.)

3.3 Mielenterveyspotilaan hoidontarpeen arvio ja tuloarvio

Mielenterveyspotilaan hoito alkaa heti tutkimustilanteesta ja tutkimus sekä hoito muodostavat yhdessä erottamattoman kokonaisuuden mielenterveyspotilaan hoitoprosessissa. Potilaan

kokemuksella tutkimustilanteessa on vaikutusta siihen, miten hän hoitoprosessin myöhemässä vaiheessa asennoituu hoitaviin henkilöihin sekä siihen mitä hän heiltä odottaa. (Alanen 1993, 258.) USP- projektin mukaan potilaan hoidossa tulee pyrkiä vuorovaikutuskeskeiseen alkuselvittelyyn. Alkuselvittelyn tulee mahdollisuuksien mukaan tapahtua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoidon alussa ja se tulisi toteuttaa yhdessä potilaan, hänen läheistensä sekä työntekijöiden kanssa. (Alanen 1988, 83.)

Hoidontarve on terminä moniselitteinen ja sitä voidaan tarkastella useista eri näkökulmista (Lassila 1998, 20). ”Hoidontarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste, sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidontarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat”. (Laki hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004.)

Työssämme korostuu erityisesti mielenterveyspotilaan hoidontarpeen arvio. Hoidontarvetta käsittelevät tutkimukset voidaan jakaa esimerkiksi tutkija-, asiakas-, ja omaisnäkökulmaan sekä integroituun näkökulmaan. (Lassila 1998, 20.) Koska tarpeenmukaisen hoidon mallin periaatteet ohjaavat osaltaan Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden riippuvuuksien hoidossa mielenterveyspotilaan hoitoa, omassa työssämme tarkastelemme hoidontarvetta lähinnä tarpeenmukaisen hoitomallin käsitteiden kautta. Tarpeenmukainen hoitomalli edustaa integroitua näkökulmaa hoidontarpeen arvioon (Lassila 1998, 21).

Tarpeenmukaisella hoidolla ja siihen liittyvillä käsitteillä on ollut merkittävästi vaikutusta hoidon tarpeen arvioon. Tarpeenmukaisen hoitomallin kautta tarkasteltuna hoidontarve on ajallisesti muuttuva vuorovaikutusprosessi eri hoitotahojen ja asiakkaan välillä. Sen avulla voidaan tarkastella potilaan hoidossa tapahtuvia muutoksia ja hoidon eri kehitysvaiheita. Kun hoidontarvetta tarkastellaan tarpeenmukaisen hoidonmallin avulla, huomiota kiinnitetään potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoprosessiin yksittäisten hoitomuotojen tarkastelun sijaan. Hoidontarpeen arvioiminen tulisikin nähdä prosessina, jota ensisijaisesti määrittää potilaan ja hänen perheensä ja yksilöllisesti huomioitavat elämäntilanteet ja lähtökohdat, joihin tarjolla olevat palvelut kohdistetaan. (Lassila 1998, 34, 38.)

Saari (2002) on pyrkinyt väitöskirjassaan, psykoosiryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa 1992 - 1996, kehittämään työmuotoja, jotka ehkäisisivät mielenterveyshäiriöiden pitkäaikaistumista, tukisivat avohoitoa sekä vähentäisivät psykiatrisen pitkäai-

kaisen sairaalahoidon tarvetta. Saaren (2002) tutkimuksessa käytetyn perushaastattelun avulla pyrittiin arvioimaan potilaan kriisin vaikeutta ja avun tarvetta sekä saamaan mahdollisimman monipuolinen käsitys hoitoon hakeutuneen henkilön terveydentilasta, sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ja elämäntilanteesta. (Saari 2002, 20, 82 - 83.) Saari on soveltanut väitöskirjassaan Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin aikana kehitettyä perushaastattelulomaketta. Jatkossa käytämme lomakkeesta nimitystä perushaastattelu.

Perushaastattelussa selvitetään potilaan käsitystä hänen terveydentilastaan ja kartoitetaan potilaalla tiedossa olevia somaattisia sairauksia. Työntekijä arvioi myös potilaan päihteiden ja lääkkeiden käyttöön liittyviä ongelmia. (Saari 2002, 83 - 84.) Jos potilaalla on samanaikaisesti sekä mielenterveydenhäiriö, että päihdeongelma, puhutaan kaksoisdiagnoosista. Kaksoisdiagnoosi-potilaan terveysseuraamukset voivat olla merkittäviä, koska päihteiden käytön seurauksesta potilaan mahdollisuudet sitoutua hoitoon heikentyvät, lääkehoidon vaikuttavuus vähenee ja työkyvyttömyys voi pitkittyä. (Kampman & Lassila 2007, 4447.) Kainuussa ehkäisevän mielenterveystyön yhtenä haasteena tulee nähdä mielen- ja vuorovaikutuksen ongelmat yhdessä päihteiden käytön ja köyhyyden kanssa (Saari, Heikkinen, Heikkinen, Huusko, Karppinen, Klemetti, Komulainen, Latvala, Mankinen Ojalehto, Pikkarainen, Reinikka, Tiri, Tolonen & Valkeapää- Turunen 2004, 15).

Perushaastattelun avulla tarkastellaan myös potilaan psyykkistä tilaa ja regression astetta eli kykyä tulla toimeen itsenäisesti. Perushaastattelussa arvioidaan potilaan omaa käsitystä tilastaan, hänen elämänotettaan sekä itsetuhon uhkaa. (Saari 2002, 83 - 84.) Itsetuhon uhkaa arvioidessa on huomioitava, onko potilas mielisairautensa vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään (Mielenterveyslaki 1990/1116).

Perushaastattelussa selvitetään potilaan opiskelu- ja koulutustausta sekä hänen työ- ja ammattiasemansa. Huomiota kiinnitetään myös työn ja opiskelun vaativuuteen sekä lähimenneisyyden ja tulevaisuuden muutoksiin ja niiden merkitykseen potilaalle. Työnantajan rooli potilaan työssä jaksamiselle voi olla merkittävä. Hän voi erilaisilla järjestelyillä auttaa potilasta jaksamaan työssään sekä helpottaa työhön sopeutumista sairaalahoidon jälkeen. (Tiri 1998, 61.) Potilaan tulolähde, tyytyväisyys toimeentuloon ja muutokset toimeentulossa kartoitetaan perushaastattelussa (Saari 2002, 83 - 84). Jos potilaan taloudelliset asiat ovat kunnossa, on kotiinpaluu sairaalahoidon jälkeen helpompaa (Tiri 1998, 54). Taloudellinen ahdinko ja köyhyys tulee myös nähdä yhtenä mielenterveysongelmien riskitekijöinä (Saari ym. 2004, 20).

Potilaan asumiseen liittyviä asioita, kuten esimerkiksi asuinpaikka ja asumisessa tapahtuneita muutoksia selvitetään ja tarkastellaan perushaastattelun avulla. Myös potilaan tyytyväisyyttä asumiseen liittyvissä tekijöissä huomioidaan. (Saari 2002, 83 - 84.) Asumisolosuhteiden vaikutus potilaan hyvinvoinnille on yksilöllinen. Toiset kaipaavat seuraa, kun taas toisille oma rauha ja itsenäisyys ovat tärkeää. Asumisolosuhteilla voi olla vaikutusta myös potilaan kotona pärjäämiseen avohoidon toimien turvin. (Tiri 1998, 54.)

Perushaastattelussa tarkastellaan potilaan kasvuympäristöä, muutoksia suhteissa vanhempiin ja sisaruksiin sekä tyytyväisyyttä kasvuperheen tilaan ja lapsuus- ja nuoruusaikanaan. Myös potilaan perhetilanteeseen kiinnitetään huomiota. (Saari 2002, 83 - 84.) Potilaan ja hänen läheistensä hyvinvointi on tiiviisti yhteydessä toisiinsa (Tiri 1998, 58). Perhetilanteesta huomioidaan perheen kehitysvaihe, muutoksia nykyperheessä sekä potilaan tyytyväisyyttä perheeseensä. Myös potilaan olemassa olevia ystävyys-suhteita kartoitetaan. Perushaastattelussa selvitetään potilaan riitasuhteita, suhteita viranomaisiin, muutoksia muissa ihmissuhteissa sekä potilaan tyytyväisyyttä niihin. Myös potilaan harrastuksiin kiinnitetään perushaastattelussa huomiota. (Saari 2002, 83 - 84.) Erilaisten harrastusten merkitys voi olla potilaan elämässä tekijä, joka auttaa siirtämään ajatuksia pois ongelmista. Harrastusten myötä mieli pysyy virkeämpänä ja niiden kautta tapaa myös muita ihmisiä. (Tiri 1998, 55.)

Perushaastattelun avulla huomioidaan potilaan tulevaisuuteen liittyviä odotuksia ja uhkakuvia. Potilas voi esimerkiksi ilmaista suurimpia odotuksiaan tulevaisuudesta sekä määritellä mahdollisen elämänalueen, jonka suhteen hän kokee tulevaisuutensa epävarmimmaksi tai uhkaavimmaksi. Potilas voi tuoda esille oman kokonaisarvionsa oman senhetkisen kriisinsä vaikeudesta. Perushaastattelussa potilaalta tiedustellaan myös onko hän tarvinnut, tai kokeeko hän tarvitsevansa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. (Saari 2002, 83 - 84.)

3.4 Tapauskohtainen työryhmätyöskentely

Potilaan saapuessa mielenterveyspalvelujen asiakkaaksi kootaan potilaan yksilöllisten tarpeiden mukainen tapauskohtainen työryhmä. Tapauskohtaiseen työryhmään valikoituu sen yksikön työntekijöitä, johon potilas hakeutuu hoitoon. Tapauskohtaisen työryhmän tehtävänä on suunnitella ja toteuttaa hoitoa yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaan yksilöllisten tarpeiden

ja 3)” mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ovat riittämättömiä.” (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Lääkäri tekee aina lähetteen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Lähetettäessä potilasta tahdosta riippumattomaan hoitoon on potilaan statuksen merkitys tärkeä ja sen tulee olla viimeisen kolmen vuorokauden sisällä arvioitu. (Achte ym. 1997, 75 - 77.) Statuksella tarkoitetaan potilaan tilaa. Lääketieteessä statuksesta arvioidaan siinä tapahtuneita muutoksia. (Sadeniemi 1996, 296.) Esitiedot voivat kuitenkin olla statusta vanhempia. Tarkkailulähetteen (M1) statusosaan on kerrottava tarkasti millaisia oireita potilaalla tutkimushetkellä tulee esiin, etenkin psykoottisiin oireisiin tulee kiinnittää huomiota. Tärkeää on kertoa ja kirjata todellisuudentajun puutteellisuutta. (Achte ym.1997, 75.)

Jatkohoitoa suunniteltaessa arvioidaan onko potilas välittömän sairaalahoidon tarpeessa. Tällöin arvioidaan potilaan psykoottisuutta sekä sitä, voiko hän olla vaarallinen itselleen tai muille. Jatkohoitoa suunniteltaessa arvioidaan myös pärjäisikö potilas avohoidon turvin kotona. Koska avohoito on aina ensisijainen vaihtoehto, ei esimerkiksi psykoosipotilaan hoitopaikka ole automaattisesti sairaala. Hoito voidaan näin ollen toteuttaa avohoitona yhdessä potilaan, hänen perheensä, sekä tapauskohtaisen työryhmän kanssa. Sairaalahoitoon päädyttyessä, on päätös perusteltava selkeästi, jotta kuka tahansa ymmärtää miksi potilas on tahdosta riippumattoman hoidon tarpeessa. Tarkkailulähete on vasta suositus hoidosta, niinpä psykiatrisen sairaalan lääkäri arvioi vielä uudelleen potilaan tarkkailuun ottamista varten. (Achte ym. 1997, 75, 78.)

4 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme aihetta meille tarjosi aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon koordinoiva osastonhoitaja Saara Pikkarainen. Tuloarvio on osa potilaan hoitoprosessia Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa. Tarpeenmukaisen hoitomallin periaatteet ohjaavat toimintaperiaatteita ja potilaan hoitoprosessia. (LIITE 1.) Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon tavoitteena on kehittää potilaan kokonaishoitoa. Kainuun maakunta kuntayhtymän psykiatrian tulosalueen toiminnan lähtökohtina ja perusajatuksina ovat tarpeenmukainen hoitomalli, tapauskohtainen työryhmä, ehkäisevä mielenterveystyö ja avohoitopainotteisuus (Luukinen ym. 2004, 3).

Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyspalveluiden laatusuositus (2001) sekä mielenterveyslaki ohjaavat osaltaan Kainuun maakunta- kuntayhtymässä aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalveluissa psykiatrisen hoidon kehitystä ja tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen mukaan jokaisen tulee päästä elämäntilanteensa ja ongelmiansa kannalta tarkoituksenmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a, 26). Tuloarvio, jossa potilas huomioidaan kokonaisvaltaisesti, tukee hoidon tarkoituksenmukaisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksissa nousee esiin myös hoidon suunnitelmallisuuden tärkeys. Hoidon tulee tapahtua päätetyn suunnitelman mukaan ja hoitosuunnitelmassa tulee ottaa huomioon potilaalle tehdyn taudinmäärityksen lisäksi myös potilaan yksilöllinen hoidontarve. Potilaan elämäntilanne sekä perhesuhteet ja lähiverkosto tulee myös ottaa huomioon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a, 37.)

Tutkittaessa tiettyä ilmiötä, siinä voidaan aina nähdä olevan jokin tarkoitus tai tehtävä. Tutkimuksen tarkoitus ohjaa siihen liittyviä valintoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 133 - 134.) Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata, millaisia asioita potilaasta ja hänen elämäntilanteestaan huomioidaan tuloarviokeskustelussa Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa. Tarkoituksenamme on myös selvittää, kuinka tuloarviokeskustelussa huomioidaan ja hyödynnetään avohoidosta mahdollisesti saatua tietoa potilaan hoidosta ja hänen elämäntilanteestaan. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että saatuja tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kehitettäessä Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon potilaan kokonaisuhoitoa. Selvitämme tuloarvion toteutumista yhtä tapauskohtaista työryhmää haastattele- malla.

Tutkimuksen aihe tulee muuttaa yksityiskohtaisiksi ongelmiksi tai tehtäviksi ennen aineiston keräämistä. Tutkimustehtävät muotoillaan sen mukaan, millaisia asioita tutkimuksella halutaan saada selville. (Hirsjärvi ym. 1997, 121.)

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

1. Mitä tuloarviokeskustelussa huomioidaan potilaasta ja hänen elämäntilanteestaan Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa?
2. Miten tuloarviokeskustelussa huomioidaan ja hyödynnetään mielenterveyspalveluiden avohoidosta mahdollisesti saatua tietoa potilaan hoidosta ja elämäntilanteesta?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyömme lähestymistapa on laadullinen eli kvalitatiivinen. Laadullisella tutkimuksella pyritään kuvaamaan todellista elämää sekä löytämään ja paljastamaan tosiasioita. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on tutkittavan ilmiön monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkasteleminen ja sen lähtökohtana on ajatus todellisuuden moninaisuudesta. Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on saada kokonaisvaltaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Aineisto kerätään luonnollisissa olosuhteissa ja aineistonkeräämisessä suositaan sellaisten menetelmien käyttöä, joilla saadaan subjektiivista ja todellista tietoa tutkittavasta kohteesta. Tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta, kaikissa sen eri vaiheissa, parantaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja sen arviointia. (Hirsjärvi ym. 1997, 157, 160, 227.) Olemme pyrkineet kuvaamaan opinnäytetyömme aineistonkeruu- ja analyysivaiheeseen liittyviä olosuhteita ja tekijöitä mahdollisimman tarkasti, jotta lukija kykenisi arvioimaan opinnäytetyömme luotettavuutta.

Opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmänä oli ryhmähaastattelu. Haastattelu soveltuu aineistonkeruumenetelmäksi, kun halutaan tarkentaa, selventää ja syventää haastateltavien vastauksia. Haastattelussa haastattelijalla on mahdollisuus myös havainnoida haastateltavien oheisviestintää, kuten ilmeitä ja eleitä. Haastattelu mahdollistaa monipuolisen tiedon hankinnan, koska haastattelussa haastateltavalle annetaan mahdollisuus kertoa asioistaan vapaasti ilman tarkkoja rajoitteita. (Hirsjärvi ym. 1997, 200.) Toteutimme opinnäytetyömme haastattelut teemahaastattelu- menetelmää käyttäen. Teemahaastattelu on puoli-strukturoitu haastattelu, joka etenee etukäteen muodostettujen teemojen mukaisesti. Teemoja tarkennetaan haastattelun aikana niihin liittyvillä tarkentavilla kysymyksillä. Teemahaastattelussa korostuu haastateltavien tulkinnat ja heidän asioille antamansa merkitykset. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77.)

Valitsimme aineistonkeruu menetelmäksi ryhmähaastattelun, koska halusimme saada tapauskohtaiselta työryhmältä todellisesta elämästä lähtöisin olevaa tietoa ja kokemuksia tuloarviotilanteesta mahdollisimman laajasti ja kokonaisvaltaisesti. Haastattelimme opinnäytetyötämme varten yhtä tapauskohtaista työryhmää kahdella eri haastattelu kerralla, koska kaikki tapauskohtaisen työryhmän jäsenet eivät päässeet yhtä aikaa ensimmäiseen haastatteluun mukaan.

Haastattelutaitojen lisäksi ryhmähaastattelu vaatii myös ryhmädynamiikan ymmärtämistä. Ryhmähaastattelun etuja ovat joustavuus, nopeus ja haastattelussa saadun informaation pal-

jous. Pienen haastatteluryhmän etu on se, että ajatuksia sekä sitä miten haastateltavat kokevat kyseisen asian ilmaistaan usein spontaanimminkin. Ryhmässä haastateltavien on helppoa jatkaa siitä mihin toinen on jäänyt ja haastateltavat myös herkemmin ilmaisevat sekä eriäviä, että samansuuntaisia ajatuksia. Yksilöhaastatteluun verrattuna ryhmähaastattelutilanteessa haastateltavat voivat kokea olonsa turvalliseksi ja varmaksi, koska myös haastateltavien tutkijaan kohdistamat odotukset ovat vähemmän esillä. (Pötsönen & Välimaa 1998, 3.) Ryhmähaastattelulla saadaan erilaisia tietoja yhtä aikaa monelta eri henkilöltä, joten sitä pidetään tehokkaana tiedonkeruutapana (Hirsjärvi ym. 1997, 205).

Ryhmän tulee olla tarpeeksi pieni, jotta kaikki jäsenet saavat äänensä kuuluviin, mutta toisaalta liian pienessä ryhmässä erilaisten mielipiteiden määrä voi jäädä liian vähäiseksi. Liian suuressa ryhmässä oman puheenvuoron odotus voi puolestaan latistaa ja turhauttaa haastateltavia. Ryhmähaastattelun luotettavuutta arvioidessa tulee ottaa huomioon ryhmän jäsenten välinen kontrolloivuus. Jäsenten yksilöllisyys voi ryhmässä kadota ja vähemmistöjen ajatukset ja mielipiteet voivat jäädä huomioimatta. On hyvä muistaa, että haastattelun kuluessa ryhmän jäsen voi myös muuttaa mielipiteitään muiden ryhmähaastattelun jäsenten mielipiteiden mukaisiksi. Koska ryhmähaastattelu on sosiaalinen tilanne, joka tuottaa sosiaalisen ympäristön, tulee lausuttuja kommentteja peilata tätä taustaa vasten (Pötsönen & Välimaa 1998, 4).

Laadullisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti (Hirsjärvi ym. 1997, 160). Koordinoiva osastonhoitaja Saara Pikkarainen valikoi yhden potilaan jonka tapauskohtaista työryhmää haastattelimme. Perusteena valinnalle oli tapauskohtaisen työryhmän moniammatillisuus. Työryhmään kuului sekä psykiatrisen osaston, että avohoidon työntekijöitä, joten työryhmää haastatteleamalla kykenimme saamaan monipuolista tietoa eri näkökulmista. Ryhmähaastattelun pohjustukseksi kerroimme, että tarkoituksenamme on saada tietoa nimenomaan tuloarviotilanteesta ja kehoitimme haastateltavia pohtimaan esittämiämme kysymyksiä todelliseen tuloarviotilanteeseen peilaten. Kertasimme lyhyesti myös, mistä opinnäytetyössämme on kyse. Haastateltavat kuuluivat kaikki saman potilaan tapauskohtaiseen työryhmään ja heille oli työnantajan toimesta annettu etukäteen tieto kenen potilaan tuloarviotilanteita haastatteluissa käsiteltäisiin.

Ensimmäisellä haastattelu kerralla haastattelimme neljää tapauskohtaisen työryhmän jäsentä ja toisella kerralla tapauskohtaisen työryhmän jäseniä oli paikalla kaksi. Ensimmäinen haastattelu kesti 57 minuuttia ja toinen 36 minuuttia. Työntekijät olivat avohoidon sekä psykiatrisen osaston työntekijöitä. Ammatiltaan ryhmän jäsenet olivat kaksi lähihoitajaa, yksi sairaan-

hoitaja-opiskelija, kaksi psykologia, joista toinen työskentelee avohoidossa ja toinen psykiatrisella osastolla sekä yksi avohoidossa työskentelevä sosiaaliterapeutti. Haastateltavia tapauskohtaisen työryhmän työntekijöitä oli yhteensä kuusi. Kaikki haastattelussa käytetyn esimerkkipotilaan tapauskohtaisen työryhmän työntekijät eivät päässeet kumpaankaan haastatteluun mukaan.

Haastattelut tapahtuivat molemmilla kerroilla psykiatrian poliklinikalla Kajaanissa. Tilajärjestelyiden avulla on mahdollista seurata ja motivoida sekä tarvittaessa kontrolloida ryhmähaastattelun etenemistä (Pötsönen & Välimaa 1998, 10). Haastatteluissa kaikki haastateltavat ja haastattelijat istuivat pöydän ympärillä ympyrän muodossa. Näin kaikilla oli mahdollisuus nähdä toisensa esteettömästi. Kaikki haastateltavat olivat saman matkan päässä nauhurista, jolloin kaikkien haastateltavien äänet kuuluivat yhtä selvästi haastatteluista aukipurkaessamme. Nauhoitimme molemmat haastattelut kahdella eri sanelunauhurilla, jonka lisäksi teimme muistiinpanoja haastattelutilanteesta.

Haastattelimme ryhmähaastattelulla tapauskohtaista työryhmää ja pyrimme saamaan vastauksia tutkimustehtäviimme eli mitä tuloarviokeskustelussa huomioidaan potilaasta ja hänen elämäntilanteestaan Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa sekä miten tuloarviokeskustelussa huomioidaan ja hyödynnetään mielenterveyspalveluiden avohoidosta mahdollisesti saatua tietoa potilaan hoidosta ja elämäntilanteesta. Haastatteluissa käytimme etukäteen suunnittelemaamme teemahaastattelurunkoa (LIITE 2), jonka olimme tehneet Saaren (2002) omassa työssään soveltamaa perushaastattelu lomaketta apuna käyttäen. Perushaastattelulomakkeen avulla on mahdollista tarkastella potilasta kokonaisvaltaisesti ja huomioida hänen elämänsä kaikkia eri osa-alueita eri näkökulmista. Muokkasimme perushaastattelulomaketta tarkoituksenmukaiseksi katso-mallamme tavalla liittämällä perushaastattelurungossa olevia osa-alueita yhteen ja lisäämällä siihen osa-alueita, joita pidimme oman työmme kannalta oleellisina.

Haastateltaville oli lähetetty etukäteen tiedote, joka sisälsi haastattelu-teemat ja tutkimustehtävät (LIITE 3), mutta unohduksesta johtuen toimittamamme materiaali ei ollut päätynyt toisen haastattelukerran haastateltaville asti. Osa tapauskohtaisen työryhmän työntekijöistä oli työskennellyt haastatteluidemme esimerkkipotilaan kanssa usean vuoden ajan. Tästä johtuen tuloarviotilanteita oli ollut vuosien aikana lukuisia ja ensimmäisestä tuloarviotilanteesta oli aikaa. Haastateltavat kokivat haasteelliseksi erottaa mielessään mitä asioita todellisuudessa oli käsitelty tuloarviotilanteesta ja mitä asioita potilaan hoitoprosessin eri vaiheissa.

Kysymyksiä eli haastatteluteemoja haastattelu rungossa oli kuusi. Viimeinen kysymyksemme, kuinka tapauskohtainen työryhmä huomioi tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan kotona pärjäämiseen, ei pohjautu perushaastattelu lomakkeeseen. Tätä kysymystä tarkensimme haastateltaville, koska kysymys oli heille vaikea ja epämääräinen. Viimeisen kysymyksen muotoa olisikin tullut pohtia tarkemmin ennen haastatteluita. Tarkensimme kysymystä haastatteluiden pyytäen haastateltavia pohtimaan esimerkiksi tiedonkulkua osaston ja avohoidon välillä. Tarve kysymykselle nousi työelämän ohjaajamme kanssa käydyistä keskusteluista

Teemahaastattelu-menetelmän mukaan haastattelijalla on mahdollisuus itse päättää, esittääkö hän kaikille haastateltaville kysymykset samassa järjestyksessä. Teemahaastattelussa ei ole tarkoin määritelty, tuleeko kysymykset esittää jokaiselle haastateltavalle samoja sanamuotoja käyttäen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 67.) Opinnäytetyömme ryhmähaastatteluissa esitimme molemmille ryhmille samat haastattelukysymykset eli teemat samassa järjestyksessä. Tarkentavia kysymyksiä sen sijaan esitimme haastateltaville keskustelun edetessä sen mukaan, millaisista asioista haastatteluissa nousi esiin. Keskustelun kulku vaikutti siihen, mihin asioihin haastattelijoina koimme tarpeelliseksi saada tarkennusta ja lisää tietoa.

Esitimme haastateltaville yhden kysymyksen kerrallaan. Kysymyksen alle olimme eritelleet perushaastattelulomakkeen mukaisesti erilaisia asioita, joita kunkin teeman alle kuului. Esimerkiksi ensimmäisessä kysymyksessä, mitä tapauskohtainen työryhmä huomioi potilaan terveydentilassa tuloarvio tilanteessa, oli terveydentilan arvioimisessa huomioitavat asiat eritelty seuraavanlaisesti: Somaattiset sairaudet, päihteiden käyttö ja lääkkeiden käyttö, psyykinen tila, regression aste, käsitys omasta tilasta, itsetuhon uhka ja elämän ote. Kysymykset olivat muodostettu siten, että haastateltavat pystyivät keskustelemaan aiheesta mahdollisimman vapaasti. Haastattelun aikana seurasimme listaa, johon olimme eritelleet kunkin teeman alle kuuluvia osatekijöitä sekä teimme merkintöjä ja havaintoja, kun jokin osa-alueista nousi haastattelussa esiin. Lista oli apuna myös silloin, jos jonkin kysymyksen kohdalla keskustelua ei spontaanisti syntynyt. Tällöin annoimme esimerkin listastamme, jonka avulla haastateltavien oli helpompi alkaa keskustelemaan aiheesta. Esimerkiksi ensimmäisessä haastattelussa, ensimmäisen kysymyksen aikana, annoimme esimerkkinä päihteiden käytön, jonka jälkeen keskustelu lähti käyntiin. Haastattelun aikana teimme haastateltaville tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä asioista, jos koimme tarpeelliseksi saada käsitellystä asiasta lisää tietoa.

5.2 Aineiston analyysi

Haastatteluiden jälkeen litteroimme nauhoittamamme haastattelut sanasta sanaan. Litteroinnilla tarkoitetaan tallennetun aineiston puhtaaksi kirjoittamista (Hirsjärvi ym. 1997, 217). Koska haastatteluita oli kaksi, jaoinme litteroinnin siten, että toinen meistä kirjoitti sanasta sanaan auki ensimmäisen ja toinen toisen haastattelun. Tämän jälkeen luimme litteroidut haastattelut läpi useita kertoja. Seuraavaksi aloitimme aineiston analysoimisen. Keskityimme aineiston analysoimisessa haastatteluissa saamiimme tietoihin, emme niinkään tarkastelleet keskustelua vuorovaikutusprosessina. Analysoimme vain haastatteluissa selvästi esiin tulleita merkityksiä ja asioita, emmekä tarkastelleen piilomerkityksiä, joita mahdollisesti haastatteluiden aikana tuli esiin. Emme esimerkiksi kiinnittäneet huomiota tapauskohtaisen työryhmän työntekijöiden henkilökohtaisiin asenteisiin potilasta kohtaan. Aineiston analysoimisen aloitimme siten, että etsimme litteroidusta tekstistä vastauksia kuhunkin kysymykseen alleviivaamalla niitä tekstistä. Analysoimme aineistoa deduktiivisesti eli teorialähtöisesti, koska aineistonanalyysia ohjasi teoriaan pohjautuva haastattelurunko haastatteluteemoineen.

Deduktiivisessa sisällönanalyysissa aineiston analyysin luokittelu pohjautuu aikaisempaan viitekehukseen. Viitekehys voi olla joko käsitejärjestelmä tai teoria eli analyysia ohjaa tällöin jokin teema tai käsitekartta. Deduktiivisessa eli teorialähtöisessä analyysissa aineiston analyysiyksiköt valitaan aineistosta ja näin aikaisempi tieto ohjaa analyysia. Analyysista voi näin tunnistaa aikaisemman tiedon vaikutuksen, mutta tarkoituksena ei kuitenkaan ole testata teoriaa, vaan pikemminkin tuoda esiin uusia ajatuksia aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98, 116.)

Kun olimme litteroineet molemmat haastattelut ja lukeneet ne useaan otteeseen läpi, aloitimme aineiston analysoimisen teema kerrallaan. Esimerkiksi ensimmäisen teeman, potilaan terveydentilan kohdalla, poimimme litteroidusta aineistosta alleviivaamalla asioita, joita tapauskohtainen työryhmä potilaan terveydentilasta tuloarvio tilanteessa huomioi. Deduktiivisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa muodostetaan analyysirunko (Tuomi & Sarajärvi 2002, 116). Omassa opinnäytetyössämme analyysirunkona toimi muokkaamamme perushaastattelulomake. Alleviivatut osiot litteroidusta aineistosta olivat tässä vaiheessa tapauskohtaisen työryhmän keskusteluista poimimiamme suorina lainauksia. Kun olimme edenneet tällä tavoin kaikki teemat läpi molemmista haastatteluista, peilasimme poimintoja haastattelurunkoon. Esimerkiksi potilaan terveydentilan kohdalla ryhmittelimme alleviivaamamme suorat lainaukset terveydentilan eri osa-alueiden alle. Tämän jälkeen pelkistimme suorista laina-

uksista käsiteluoikia. Lopuksi teimme analysoimastamme aineistosta taulukon, joka selkiyttää itsellemme aineistosta saamiimme tuloksia ja helpottaa johtopäätösten tekemistä (LIITE 4).

Analyysirungon sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia tai kategorioita, joita omassa työssämmme ovat kuuden pääteeman alaiset alateemat. Aineistorunko voi olla myös strukturoitu eli tällöin aineistosta kerätään vain asiat, jotka sopivat analyysirunkoon. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 116.) Aineistoa analysoidessamme poimimme analyysirunkoon kuuluvia asioita, mutta emme jättäneet huomiotta, mikäli haastattelusta nousi esiin tutkimustehtävien kannalta olennaisia asioita.

6 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET- TAPAUSKOHTAISEN TYÖRYHMÄN TU- LOARVIOSSA SELVITTÄMÄT OSA-ALUEET

6.1 Potilaan terveydentila

Lukijan tulee kyetä arvioimaan tulosten luotettavuutta, joten työssä tulee selkeästi näkyä se, millä perusteella tutkija esittää tulkintojaan sekä mihin hän perustaa päätelmänsä (Hirsjärvi ym. 1997, 228). Olemme liittäneet opinnäytetyömme tuloksiin suoria otteita haastatteluista, jotta lukijan on mahdollista arvioida tulosten ja johtopäätösten luotettavuutta. Näin lukijan on helpompi seurata, kuinka olemme päässeet tuloksista tiettyihin johtopäätöksiin. Perushaastattelussa terveyden alle kuuluivat seuraavat osa-alueet: Potilaan oma käsitys terveydentilastaan, somaattiset sairaudet, päihteiden ja lääkkeiden käyttö, psyykinen tila, regressi-
on aste, käsitys omasta tilasta, elämän ote ja itsetuhon uhka.

Haastattelemamme tapauskohtainen työryhmä huomioi tuloarviontilanteessa potilaan terveydentilasta fyysistä terveydentilaa yleisesti, somaattisia sairauksia, yleistä vointia ja huonontunutta terveydentilaa. Potilaan somaattisista sairauksista huomioitiin kipuja, lääkkeiden käyttöä sekä väärinkäyttöä ja siitä aiheutuvaa tokkuraisuutta. Esiin nousi myös, että esimerkkipotilaan kohdalla työryhmä joutui selvittämään ja pohtimaan, onko potilas ottanut lääkkeitä kivun lievittämiseksi vai itsetuho tarkoituksessa.

”Ja lääkkeitä... Ottaako hän kivun poiston tarkoituksessa vai itsetuho tarkoituksessa, on yleensä mitä kautta asiaa ruvetaan purkamaan tuloarviontilanteessa.”

Tapauskohtainen työryhmä painotti, että tuloarviontilanteita voi olla erilaisissa ympäristöissä, esimerkiksi teho-osastolla lääkeyliannostuksen jälkeen. Tapauskohtainen työryhmä kiinnitti huomiota potilaan päihteiden ja lääkkeiden käyttöön. Lääkeyliannostuksen eli lääkeintoksi-
kaation yhteydessä arvioitiin potilaan fyysistä vointia, yleistilaa ja fyysistä selviytymistä lääkkeiden oton jälkeen. Tapauskohtainen työryhmä arvioi myös sitä, onko potilas edelleen tehohoidon tarpeessa ja onko psykiatrasta hoitoa tarpeellista toteuttaa teho-osastolla. Tapauskohtainen työryhmä joutui arvioimaan myös, onko potilaan fyysinen toimintakyky sellainen, kuin sen tulee psykiatriseen osastohoitoon siirtyessä olla.

”Pitää pystyä kävelemään itse ruokapöytään, WC:n, pitää pystyä syömään itse, olla niin tajuisaan että ymmärtää nämä asiat.”

”Et, et mietitään sitä fyysistä terveydentilaa... että jos on tiputuksessa tai tehohoidossa, niin silloinhan ei voi tulla esimerkiksi psykiatriselle osastolle, eikä poliklinikalle.”

Potilaan psyykkisen tilan arvioinnissa huomioitiin psyykkistä terveyttä yleisesti. Huomiota kiinnitettiin potilaan masentuneisuuteen sekä mielialan vaihteluun ja potilaan tokkuraisuuteen. Työryhmä arvioi, onko tokkuraisuus muista syistä, kuin lääkkeidenkäytöstä johtuvaa. Lääkeyliannostuksen yhteydessä työryhmä arvioi potilaan psyykkistä kuntoa ja selviytymistä lääkkeidenoton jälkeen. Tapauskohtainen työryhmä arvioi sitä, onko potilaalla edellytyksiä avohoitoon ja onko hän psyykkisesti siinä kunnossa, että kykenee keskustelemaan. Tuloksissa korostui potilaan jatkohoitopaikan arvioiminen. Tuloarvio-tilanteessa työryhmä huomioi, mitä ihminen itse sanoi ja oli mieltä omasta elämäntilanteestaan.

”mut siis sitä mitä ihminen itse sanoo omasta elämäntilanteestaan ja minkälaista apua hän itse niinku haluais”

Työryhmä kiinnitti huomiota potilaan elämänotteeseen arvioimalla potilaan mahdollisuuksia sitoutua hoitoon ja ottaa vastuuta itsestään. Tapauskohtainen työryhmä arvioi potilaan itsetuhon uhkaa tuloarvio tilanteessa. He pohtivat oliko potilas ottanut lääkkeitä kivun hoitoon, vai itsetuhotarkoituksessa. Itsetuhon uhan arvioiminen nousi esiin myös tapauskohtaisen työryhmän arvioidessa potilasta somaattisella osastolla.

”Ja onko ne kivut psyykkistä vai fyysistä. Mutta uskon, että hän voi olla ihan oikeestikin kippee, jota on kauan vaikea arvioida.”

Peilattessamme haastatteluissa saamiamme ja analysoimiamme vastauksia siitä, mitä tapauskohtainen työryhmä huomioi potilaan terveydentilasta tuloarvio tilanteessa perushaastattelu lomakkeeseen, esiin nousi seuraavanlaisia huomioita. Tapauskohtainen työryhmä arvioi potilaan terveydentilaa kokonaisvaltaisesti huomioiden sekä psyykkistä, että fyysistä terveydentilaa. Huomiota kiinnitettiin potilaan päihteiden ja lääkkeiden käyttöön sekä niiden väärinkäyt-

töön. Jatkohoidontarpeen ja jatkohoito paikan arvioiminen korostui haastatteluissa. Näitä arvioitiin huomioimalla potilaan sekä fyysistä, että psyykkistä toimintakykyä. Myös potilaan omaa mielipidettä kuunneltiin. Nämä tekijät yhdessä ratkaisivat potilaan mahdollisen jatko-hoitopaikan.

6.2 Työ- ja taloudellinen tilanne

Perushaastattelulomakkeessa työn, opiskelun ja koulutuksen sekä talouden alle kuuluvat seuraavat osa-alueet: Ammattiasema, perus- ja ammattikoulutus, työn ja opiskelun vaatavuus sekä lähimenneisyyden ja tulevaisuuden muutokset ja niiden merkitys potilaalle. Perushaastattelussa kartoitetaan potilaan tulonlähde sekä tyytyväisyys ja muutokset toimeentulossa. Nämä perushaastattelu lomakkeen kaksi eri osa-aluetta yhdistimme opinnäytetyössämme yhdeksi teemaksi eli mitä tapauskohtainen työryhmä huomioi potilaan työ- ja taloudellisesta tilanteesta

Työryhmä huomioi aina tuloarviossa potilaan työ- ja taloudellisesta tilanteesta toimeentuloa, koska eri potilaiden kohdalla taloudelliset tilanteet ovat erilaisia. Työtilanteesta huomioidaan kokonaiskuvaa ylipäättänsä, esimerkiksi käykö potilas töissä vai onko hän sairaslomalla. Työryhmä huomioi myös sen, mitä potilas tekee työkseen ja mikä hänen ammattiasemansa on. Tapauskohtainen työryhmä arvioi onko potilas työkykyinen, tavoitteena onkin antaa potilaalle tukea siihen, että hän pystyisi käymään töissä.

”Se tuloarviotilanteessa, jos ihminen on esimerkiksi töissä, et silloin niinku mietimme sitä, että onko hän nyt työkykyinen ja, ja yritämme jotenki tukea, että hän pystys käymään siellä töissä. Ja jos hän jää esimerkiksi osastolle, niin silloin pitää miettiä, et miten työnantajan kans tää asia hoide-taan ja kuinka pitkästä poissaolosta mahdollisesti on kysymys. Et jotkut ihmiset tarvitsee tukea siihen, et pitää soittaa ihan työnantajalle yhdessä, jotkut ei suurin surminkaan sallis et työnantaja tietäs et minkä takia hän on joutunut sairaslomalle.”

Tuloarvio-tilanteessa kiinnitettiin huomiota siihen, onko potilaalla kaikki ne etuudet käytössä, joita hänen on mahdollista saada.

”Et yks olennainen on myös se, et onks ne etuudet niinkun käytössä mitä on mahdollista. Esimerkiksi just se, et jos on sähkötkatkaistu, tai on mahdollisuus saada toimeentulotukea, et niin totta kai pitää se tarkistaa, ennenku ite rupee toimimaan, et ne etuudet saa.”

Tapauskohtainen työryhmä toi haastattelussa esiin sen, että taloudellinen tilanne voi vaikuttaa potilaan lääkkeidenkäyttöön ja sairaalassa viipymiseen. Mikäli potilas kokee, ettei hänellä ole varaa ostaa lääkkeitä tai maksaa sairaalassa olo ajasta koituneita hoitopäivä-maksuja, vaikuttaa se osaltaan hoidon suunnitteluun.

”Niin joskushan esimerkiksi lääkkeitten käyttö, niinku lääkkeitten käyttöä määrää sitten sen taloudellinen tilanne, et jos ei oo varaa ostaa kalliita lääkkeitä, niin se joko estyy kokonaan tai sitten ihminen nyökkää ja sanoo hankkivansa ne lääkkeet ja sitten apteekissa toteaa että ei hän kuitenkaan niinku, hällä ei ole varaa ostaa niitä, et se vaikuttaa aika olennaisesti siihen, et millälailla suunnitellaan sitä hoitoa.”

Potilaan tilanteessa kiinnitetään huomiota siihen, milloin hän on viimeksi ollut töissä, kurssilla tai työharjoittelussa. Työryhmä arvioi, onko potilaalla tulevaisuuden suunnitelmia tai toiveita ja halukkuutta suunnitella tulevaisuutta. Tapauskohtainen työryhmä kartoitti tuloarviossa kokonaiskuvaa perheen sen hetkisistä talouteen vaikuttavista tekijöistä. Esimerkkipotilaan kohdalla esiin nousivat erityisesti taloudelliset huolet ja tyytymättömyys taloudelliseen tilanteeseen. Potilaan taloudellinen tilanne on työryhmän mukaan selvillä, koska hän on itse tuonut sitä vahvasti esiin. Puolison toimeentuloa huomioidaan myös, erityisesti tässä tapauksessa, koska avopuoliso on työttömänä ja koko perheen taloudellinen tilanne on vaikea.

”Niin kyllähän semmosia asioita pitää sitten yhessä miettiä, et mitä tää merkitsee niinku koko perheen kannalta ja jos, jos perheen huoltajista toinen on sairaalassa, niin kyllähän sillon pitää ajatella sitten sitä taloutta myöskin sen muun perheenkin, varsinkin jos siinä perheessä on lapsia, niin beijän kannaltaan.”

Tapauskohtainen työryhmä huomioi potilaan rahankäytön vastuuttomuutta. Keskustelua käytiin siitä, millä eletään ja miten pärjätään, mitä tilanteelle pitäisi tehdä sekä kuinka muut perheenjäsenet kotona pärjäävät. Vaikean taloudellisen tilanteen merkityksen arvioiminen koko perheen arjessa korostui esimerkkipotilaan kohdalla tuloarvio tilanteessa. Työryhmä

joutui pohtimaan onko lapsella kotona ruokaa ja onko kotona sähköjä sekä miettimään koko perheen kannalta mitä merkitsee, kun sähköt on katkaistu ja laskut on jäänyt maksamatta.

”Grilliltä syödään ruokaa, ruokaa ei tehdä itse ja karkkia mäitetään. Rahhaa ei oo mibinkään, mutta parturissa käydään ja pannaan 80 euroa siihen joka kuukausi. Et millä sitä eletään ja ollaan, hienolla autolla ajetaan ja miten sitä niinku pärjätään. Kotona voidaan olla monta päivää ilman sähköjä pienen lapsen kanssa, mutta niinku monta kertaa joutunu miettimään, kun potilas on osastolla, että miten ne muut siellä kotona oikeesti pärjää.”

Tapauskohtainen työryhmä pohti yhdessä potilaan kanssa ammatti- ja koulutusmahdollisuuksia sekä kartoitti potilaan työhistoriaa. Tapauskohtaisen työryhmän mukaan on tiedossa, ettei potilas ole töissä, eikä menossakaan töihin lähiaikoina. Erityisesti tapauskohtainen työryhmä joutui kiinnittämään huomiota potilaan terveydentilan kannalta epärealistisiin ammatitöihin.

”Et jos päättää, et hänestä tulee kätilö, niin hän on ihan varma, et hänestä tulee... ja beti. Mutta sitten et se niinku enneku se lähtee ees vauhtiin, niin se tyssä.”

Tapauskohtainen työryhmä huomioi ja arvioi potilaan ja hänen perheensä taloudellista tilannetta kokonaisvaltaisesti. Samoin potilaan ammattiin ja työelämään liittyviä tulevaisuuden suunnitelmia sekä tavoitteita ja niiden realistisuutta ja epärealistisuutta pidettiin tärkeänä ja ne nousivat esiin vahvasti haastatteluiden aikana. Potilaan työkyvyn arvioiminen ja hänen tukemisensa töissä käymiseen oli myös asia, joka nousi vahvasti esiin haastatteluissa. Tapauskohtainen työryhmä ei tuonut esiin potilaan koulutushistorian kartoittamista tulo-arvio tilanteesta. Tämä voi johtua siitä, että esimerkki-potilaan koulutustausta on ollut tapauskohtaisen työryhmän tiedossa jo vuosien ajan, eikä tämä siksi tullut esiin haastatteluissamme.

6.3 Kasvuolot, nykyperhe, ihmissuhteet ja asuminen

Perushaastattelussa potilaan asumisesta selvittää asumispaikka, asunnonhallinta, asumismuoto, muutokset asumisessa ja hänen tyytyväisyyttä asumiseensa. Kasvuoloista kartoitetaan potilaan kasvuympäristöä, tyytyväisyyttä kasvuperheen tilaan, lapsuus- ja nuoruusaikaan sekä muutoksia suhteissa vanhempiin ja sisaruksiin. Nykyperheestä huomioidaan perheen kehi-

tysvaihe, muutokset nykyperheessä ja potilaan tyytyväisyys perheeseensä. Muista ihmissuh-teista kartoitettiin ystävyysuhteet, riitasuhteet, viranomaisuhteet, harrastukset, muutokset ihmissuhteissa ja tyytyväisyys niihin.

Tapauskohtainen työryhmä huomioi potilaan asumiseen liittyvistä tekijöistä, missä potilas asuu, asuuko hän omistusasunnossa vai vuokra-asunnossa sekä tyytyväisyyttä asumiseen liit-tyvissä asioissa. Työryhmä huomioi muutoksia asuinpaikassa ja asuinolosuhteissa. Käytän-nössä tapauskohtainen työryhmä kartoitti tuloarvio tilanteessa sitä, missä potilas fyysisesti sillä hetkellä on.

”...ja se kartottaminen on varmaan ollu viimeaikasisakin tuloarvioissa, että missä ihminen on nyt, koska voi olla kotona nykyisen perheen kanssa tai sitten äidin luona tai sisken luona, mistä on sitten tullu sairaalaan.”

Haastatteluissa tuli esiin, että potilaan kasvuolosuhteita ei tuloarviotilanteessa juurikaan käsi-tellä. Kasvuolosuhteita käsitellään sen sijaan enemmän hoidon jatkuessa. Usein hoidon alku-vaiheessa on tarkoituksenmukaisempaa keskittyä sen hetkiseen akuuttiin tilanteeseen. Toi-saalta haastattelussa kävi ilmi, että esimerkiksi potilaan lapsuusaikaa käsiteltiin jonkin verran tuloarvio tilanteessa, koska myös sillä on vaikutusta potilaan tämänhetkiseen elämäntilantee-seen. Esimerkiksi kasvuperheen välistä huonoa vuorovaikutusta ja potilaan vanhemman päihderippuvuutta on usein käsitelty tuloarvio tilanteessa. Tuloarviotilanteessa tuli esiin myös potilaan kokema turvattomuus lapsuudessa ja kasvuperheessä vallinneet ristiriidat.

” Varmaan viime aikoina, vuoden sisällä, on vähemmän ollu puhetta kasvuoloista kun ollaan pal-jon enemmän keskitytty siihen mitä tänä päivänä tapahtuu, koska mihinkään muuhun hänellä ei nyt energiaa eikä se oo sitten tarkotuksen mukastakaan.”

” ...Kyllähän siellä on paljon vaikeita asioita. Vaikeita lapsuuskokemuksia hänen omasta per-heestään. Varmaan vaikuttaa myös siihen kykyyn itse olla äiti.”

Nykyperheen tilanteesta huomioitiin ja arvioitiin sitä, kuinka perhe toimii perheenä ja minkä-laiset ovat perheenjäsenten väliset suhteet. Tapauskohtainen työryhmä kartoitti potilaan sen-hetkisiä suhteita perheenjäseniin, esimerkiksi potilaan ja hänen vanhempinsa välisiä riitasuh-teita käsiteltiin tuloarviotilanteessa. Tuloarviotilanteissa arvioitiin kasvuperheen välisiä suhteita, lapsuusajan vaikeita kokemuksia ja turvattomuutta kasvuperheessä sekä niiden merkitystä potilaan tämän hetkiseen elämään. Työryhmä arvioi tuloarviossa kuinka paljon potilaalla on

kotona taakkaa, räsitystä ja vastuuta. Myös vuorovaikutusta nykyperheenjäsenten välillä arvioitiin.

”Ja mitä se on se yhdessä oleminen, mitään ei myös yhdessä kotona tehdä, kaikki tuntuu hankalalta.”

Tapauskohtainen työryhmä huomioi tuloarvio tilanteessa nykyperheessä tapahtuneita muutoksia, senhetkistä tilannetta sekä parisuhteen tilaa. Potilasesimerkin kohdalla huomiota kiinnitettiin siihen, onko nykyperhe pysynyt samana ja ketä siihen sillä hetkellä kuului.

”Nykyperheessä parisuhde on asia, mistä on vaikea puhua ja välillä tulee tunne, et onko sitä. Et onko se tällanen vahvasti platooninen asetelma, siltä se vähän vaikuttaa”

”No tämän, tämän ihmisen kohdalla kun ne tilanteet muuttuu et, välillä nykyperhe on mies ja poika ja välillä se on sitten äiti”

Tuloarvio tilanteessa arvioitiin potilaan vaikeuksien ja ongelmien merkitystä koko perheen elämään. Huomiota kiinnitettiin siihen, kuinka suuressa roolissa vanhemman kivut ja päihitteiden käyttö ovat perheen elämässä. Erityisen paljon työryhmän huomio kiinnittyi perheen lapsen turvattomuuteen kotona, vanhemman vaikeuteen huolehtia lapsesta lääkkeiden väärinkäytöstä johtuen ja siitä aiheutuvaan lapsen turvattomuuteen.

”Siellä perheessä on arkipäivää, lapsi ellää siellä...Lääkkeet on pöydällä, äiti on syönyt ne ja ambulanssi tulee hakemaan. Yhden viikon välein, kahden viikon välein, äiti on ollut lomalla pari tuntia ja äiti lähtee taas ambulanssissa. Se on niinku arkipäivää, joita asioita aina käydään tuloarviossa läpi. ”

Tuloarvion tilanteessa huomioitiin potilaan suhteita viranomaisiin ja tarvetta olla yhteydessä niihin. Potilasesimerkin kohdalla sosiaalityöntekijä ja lastensuojelu ovat aktiivisesti mukana potilaan elämässä. Tapauskohtainen työryhmä selvitteli tuloarvion tilanteessa myös potilaan läheisimpiä ihmisiä, jotka ovat potilaan tukena. Tapauskohtainen työryhmä pohti yhdessä potilaan kanssa ketkä läheisistä ovat ne, kenen kanssa tukiverkkoa aletaan rakentamaan. Tapauskohtainen työryhmä huomioi myös, ketkä potilas kokee itse läheisiksi. Työryhmä arvioi kenen kanssa potilaan on järkevä olla yhteydessä oman selviytymisensä kannalta.

”Kuka se hänen läheisistään on se, kenen kans niinku ruetaan rakentamaan sitten tukiverkoston, tai kehen voi olla yhteydessä, tai onks hän yksin...Tää on aika paljon vaihdellu. Ja myös sitten se miettiminen, et keheen hänen on järkevää olla yhteydessä niistä läheisistä ihmisistä. Voi olla niin,

ettei jokaiseen kannata olla, et se on niinku riski, riski jotenki sille selviämiselle. Jos on yhteydessä joihinkin ihmisiin.”

Tapauskohtainen työryhmä toi esiin, että ihanne tilanne olisi se, että tuloarviotilanteessa olisi mukana niitä ihmisiä, joiden kanssa ihminen asuu, koska perheenjäseniltä saa usein tärkeää tietoa potilaan todellisesta tilanteesta, sairastumiseen johtaneista syistä ja ymmärrystä siihen, mitä on tapahtunut. Ihanteellisessa tilanteessa pohditaan yhdessä potilaan ja hänen perheensä kanssa mikä on turvallinen ja paras ratkaisu heidän kannaltaan. Yhdessä pohditaan myös sitä miksi potilas on mahdollisesti sairastunut ja mitä pitäisi tehdä. Toisinaan kontakti perheeseen on jo valmiiksi olemassa, mikäli perheessä on ennestään psyykkisesti sairas perheenjäsen ja tällä voi olla vaikutusta siihen kuinka tapauskohtainen työryhmä arvioi potilaan oireita ja hoidontarvetta.

”...Et, et jos me tiedämme esimerkiksi, että hän asuu niinkun psyykkisesti vaikeasti sairaan ihmisen kanssa. Et on se lapsi taikka vanhempi, niin se sitten niinku vaikuttaa siihen, et miten me mietimme hänen niinku just sitä et miten turvattu olo hällä esimerkiksi on kotona...”

Tapauskohtainen työryhmä toi esiin potilaan nykyperheen tilan ja tilanteen sekä siinä tapahtuneiden muutosten arvioimista ja kartoittamista. Nämä asiat olivat potilas-esimerkin kohdalla tiiviissä yhteydessä potilaan asuinpaikan kartoittamiseen. Yksi haastateltavista kertoi käsitelleensä kasvuoloja potilaan ensimmäisissä tuloarvioissa. Muut haastateltavat sen sijaan kokivat kasvuolojen käsittelemisen olevan ajankohtaisempaa hoidon jatkuessa. Vaikeita lapsuuskokemuksia, joilla on merkitystä potilaan nykyelämään ja oireiluun, tapauskohtainen työryhmä kuitenkin jossain määrin arvioi muissakin tuloarviotilanteissa. Koska tapauskohtainen työryhmä on työskennellyt vuosia saman potilaan kanssa, heillä on tiedossa potilaan tausta ja kasvuolot. Tämä vaikuttaa siihen, ettei niitä tarvitse tuloarvio tilanteessa joka kerta kartoittaa, mutta ne ohjaavat osaltaan potilaan oireiden- ja hoidontarpeen arviointia.

Potilaan lapsen kotona kokema turvattomuus sekä tuen ja avun tarve oli asioita, joita tapauskohtainen työryhmä pohti paljon tuloarvio tilanteessa. Lapsen tilannetta oli huomioitu tuloarviotilanteessa ja lastensuojeluilmoitus tehty lain edellyttämällä tavalla. Tapauskohtainen työryhmä toi esiin huoltaan lapsen hyvinvoinnista ja koki, että lapsi tarvitsisi enemmän tukea elämässään.

6.4 Tulevaisuuden suunnitelmat ja voimavarat

Neljäs teema, joka tarkasteli potilaan suunnitelmien ja voimavarojen huomioimista, pohjautuu perushaastattelun osa-alueeseen potilaan itsensä määrittelemistä tulevaisuuteen liittyvistä odotuksista ja uhkakuvista. Olemme opinnäytetyssämme muodostaneet tästä aiheesta teeman, joka käsittelee näitä tekijöitä hoitajan potilaasta huomioimana.

Tapauskohtainen työryhmä huomioi potilaan voimavaroista potilaan halua ja voimavaroja sitoutua hoitoon. He pohtivat myös, onko hänellä voimavaroja tehdä pidemmälle suunnitelmia elämässään. Työryhmä arvioi suunnitelmien realistisuutta sekä mitä niiden tavoittelemisen vaatii. Potilaan tulevaisuuden suunnitelmien epärealistisuus nousi vahvasti esiin haastatteluissa. Tapauskohtainen työryhmä huomioi, kuinka potilas kokee elämänsä sen hetkessä tilanteessa. Tapauskohtainen työryhmä huomioi esimerkki-tapauksen kohdalla epävakauden potilaan minäkuvassa ja hänen käyttävän lääkkeitä selviytymiskeinonaan kaikissa tilanteissa. Huomiota kiinnitettiin myös siihen, että potilaalla ei ole voimavaroja sanoa omaa mielipidettä itseään koskevista asioista.

”Jos hän pystyy vähän niinku nyrpistämään nenäänsä ja sanomaan että tää ei must oo hyvä, niin se on jo valtava edistysaskel.”

Tuloarviossa kiinnitettiin huomiota potilaan hoitomotivaatioon. Huomiota kiinnitettiin siihen, onko potilaalla motivaatiota hoitonsa suhteen sekä arvioitiin, onko motivaatio potilaan itsensä kokema vai avopuolison motivaatiota. Motivaatiota arvioitiin esimerkiksi selvittämällä tuliko potilas psykiatriseen hoitoon omasta aloitteestaan ja tahdostaan, vai jonkun toisen tuomana. Tuloarviossa pohdittiin myös niitä syitä, miksi potilas tuli psykiatriseen hoitoon ja mitä hän hoidolta odotti, pohdittiin tuloarviossa. Potilaan oman hoidontarpeen selvittäminen on tuloarvio tilanteessa tärkeää, koska potilaan kokema hoidontarve voi olla erilainen, kuin esimerkiksi hänen perheensä tai hoitohenkilökunnan kokemus. Yhteisen ymmärryksen saavuttaminen hoidon tarpeesta on edellytys yhteisesti asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoidon onnistumisen ja hoitotulosten saavuttamiseksi on ratkaisevaa potilaan oma halu parantua, hakeutua hoitoon ja hyötyä siitä. (Tiri 1998, 52 - 53.)

”Et, tulleko hän sinne säilöön, että pysyy hengissä, vai tulleeko hän hakemaan sieltä jottain muuta.”

”Oli sanonu, että vie minut osastolle, et se lääkkeen bimo oli sillon niin vahva.”

Tuloarviossa huomioitiin, onko potilaalla uskoa tulevaisuuden suunnitelmista. Myös tulevaisuuden suunnitelmien ja tavoitteiden realistisuutta ja epärealistisuutta arvioitiin. Huomiota kiinnitettiin esimerkiksi potilaan terveydentilasta johtuviin epärealistisiin suunnitelmiin hakeutua työkokeiluun.

”Semmonen teoreettinen tulevaisuuden suunnitelma...Tuntuu et se on niinku sellanen sarja sieviä perättäin aseteltuja lauseita, joilla ei oo tällä hetkellä konkretiaa hänen elämässään.”

Tuloarviossa kiinnitettiin huomiota potilaan toiveisiin ja pyrittiin selvittämään mitä hän itse haluaa. Tapauskohtainen työryhmä huomioi potilaan elämässään näkemiä uhkakuvia sekä kiinnitti huomiota, millä elämänalueella potilas tunsu olonsa epävarmaksi. Esimerkkipotilaan kohdalla uhkakuvaksi nousi lääkkeiden väärinkäyttö, josta voi pahimmassa tapauksessa seurata potilaan kuolema

”...Tämän hän on itte sanonu ja sitten myöskin minusta nyt tänä keväänä on tämmösenä niinku uhkakuvana tullu se, että jos syystä tai toisesta ottaa niinku hengenvaarallisen määrän lääkkeitä, niin saattaa kuolla.”

Kaiken kaikkiaan tapauskohtainen työryhmä huomioi potilaan tulevaisuuden suunnitelmia ja voimavaroja laajasti ja kokonaisvaltaisesti. Tapauskohtainen työryhmä myös arvioi sitä, mitkä tekijät vaikuttavat potilaan tulevaisuuden suunnitelmiin ja voimavaroihin.

6.5 Sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö

Perushaastattelun avulla selvitetään potilaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttöä ja tyytyväisyyttä niihin. Lainsäädännön määrittelemiä sosiaalipalveluja ovat esimerkiksi sosiaalityö, kasvatus- ja perheneuvonta, asumispalvelut, laitoshuolto ja kuntouttava työtoiminta. Terveydenhuollon lakisääteisiä palveluja ovat muun muassa sairaanhoito ja kuntoutus, työterveyshuolto, erikoissairaanhoito sekä mielenterveyspalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001b.)

Haastattelemamme tapauskohtainen työryhmä arvioi minkälaisia terveys ja sosiaalihuollon palveluita potilas tarvitsee, käyttää, on käyttänyt ja osaako hän itse hakea niistä mahdollisesti

tarvitsemaansa apua. Esimerkkipotilaan kohdalla nousi esiin, että potilas osaa käyttää kaikki keinot avun hakemiseen ja tapauskohtaisen työryhmän mukaan jopa käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita hyväkseen. Sosiaalihuollon palveluista tärkeimpänä esiin nousi lastensuojelu. Lastensuojelu on mukana potilaan ja hänen perheensä elämässä ja jokaisesta potilaan intoksikaatio-tilanteesta on tehty lastensuojelu-ilmoitus lain edellyttämällä tavalla.

”Sitten niistä niinkun, sosiaali- ja terveyspalveluista, niin lastensuojeluun on jou`ttu monta kertaa ottaan tuloarvion jälkeen yhteyttä, että ei ite siinä tuloarviossa, mutta niinku beti sen jälkeen, kun on lapsi ollu kotona näissä intoksikaatiotapauksissa. Se on tosi monta kertaa on jou`ttu tekemään se ilmoitus. ”

Yhteistyö eri viranomaisten kesken on laaja. Esimerkkipotilaan kohdalla lääkkeiden väärinkäytön riskiä pyrittiin minimoimaan eri viranomaistahojen kesken laadituin sopimuksin ja rajoittein, esimerkiksi apteekkisopimuksella ja lääkkeenmääräys kielolla. Tapauskohtainen työryhmä arvioi tuloarviossa, minkälaisia sosiaali-etuuksia potilas tarvitsee ja ovatko kaikki ne etuudet käytössä, joita hänen on mahdollista saada. Esimerkkinä toimeentulotuen tarve, joka huomioidaan reseptien kirjoittamisen yhteydessä ja hoitopäivämaksujen kohdalla.

6.6 Avohoidossa ilmenneet tekijät, jotka vaikuttavat potilaan kotona pärjäämiseen

Tapauskohtainen työryhmä kertoi pitävänsä tiiviisti yhteyttä potilaan tilanteeseen liittyvissä asioissa. Kaikki tapauskohtaisen työryhmän työntekijät olivat jatkuvasti selvillä mitä potilaan hoidossa tapahtuu ja mitä hänen kohdallaan hoitoon liittyvistä asioista sovittiin. Tämän edellytyksenä olivat erityisesti tarkat kirjaukset siitä, mitä asioita oli potilaan kohdalla sovittu, jotta kaikki työntekijät osasivat toimivat yhtenäisten sopimusten mukaisesti.

”Hänestä hyvin tarkkaan tosiaan kirjataan kaikki asiat, ettei puhuta ristiin asioita ja oltava tosi tiukka sääntöjen noudattamisessa sekä osastolla, että meillä täällä psyke- polilla”

Hoitokokouksia pyrittiin järjestämään viikoittain, potilaan tilanteesta ja hoitopaikasta riippuen joko avohoidossa tai psykiatrisella osastolla. Niistä pyrittiin sopimaan etukäteen hyvissä ajoin, jotta mahdollisimman moni tapauskohtaisen työryhmän jäsen pääsi osallistumaan niihin. Samat henkilöt työskentelivät potilaan tapauskohtaisessa työryhmässä ja osallistuivat potilaan hoitoon, jolla varmistettiin hoidon jatkuvuus.

” Ku kattoo hänen koballaan on ollu aikasemmin tällisiä muutaman päivän hoitoyrityksiä ja kuudenvuoden aikana ja aina eri ihmiset. Nyt hällä on aina ne samat ihmiset jotka on hoidossa mukana.”

Mikäli kaikki tapauskohtaisen työryhmän jäsenet eivät päässeet osallistumaan potilaan hoitokokoukseen, nousi erityisen tärkeänä esiin yhteydenpito puhelimitse sekä kirjausten seuraminen tietokoneelta. Tapauskohtaisen työryhmän mukaan oli tärkeää osata ylittää rajat, jotta jatkuvasti tiedettiin mitä potilaan hoidossa oli tapahtunut.

Viimeisen kysymyksen kohdalla tapauskohtainen työryhmä painotti yhteistyön tärkeyttä osaston ja avohoidon välillä potilaan hoidon onnistumisen ja jatkumisen kannalta. Esiin nousi tapauskohtaisen työryhmän kaikkien työntekijöiden välisen yhteistyö, vastuun jakamisen sekä tiedonkulun merkitys.

6.7 Yhteenveto tuloksista ja johtopäätökset

Tapauskohtainen työryhmä huomioi potilaasta hänen fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista tilannettaan. Sosiaalisesta tilanteesta huomioitiin esimerkiksi työtilannetta ja perhettä, fyysisestä terveydestä arvioitiin muun muassa somaattisia sairauksia ja kipuja ja psyykkisestä terveydentilasta muun muassa mielialaa. Tuloarviossa on tärkeää huomioida ja arvioida potilaan oireita, koska virallinen psykiatrinen diagnostiikka perustuu oireisiin perustuvaan tautiluokitukseen. Diagnoosit ohjaavat potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta. (Achté ym. 1997, 18.)

Tapauskohtainen työryhmä huomioi potilaan elämän eri ulottuvuuksia tuloarvio keskustelussa, mutta erityisesti he keskittyivät kysymyksiin, jotka kulloinkin ovat potilaan sen hetkisen tilanteen kannalta merkittäviä. Tapauskohtainen työryhmä arvioi tuloarviossa potilaan itsetuhon uhkaa. Vaikka mielenterveyslaki ja tahdonvastaisen hoidon kriteerit eivät suoraan nouse esiin haastatteluissa, on itsetuhon uhka yksi tahdosta riippumattoman hoidon kriteereistä. Tämän perusteella voimme todeta, että tapauskohtaisen työryhmän työskentelyä ohjaa mielenterveyslaki ja sen määrittävät edellytykset tahdonvastaisesta hoidosta. Lisäksi mielenterveyslaki ohjaa tapauskohtaisen työryhmän toimintaa heidän pyrkiessään tekemään potilaan kanssa yhdessä sopimuksia rajoitteista. Vaikka potilas tulisi vapaaehtoiseen hoitoon, tapauskohtaisen työryhmän arvioi tuloarviossa onko potilaan hoidon onnistumisen kannalta tarkoituksenmukaista rajoittaa häntä osastohoidon aikana. Kainuun maakunta- kuntayhtymän ai-

kuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa yhteiseen sopimukseen perustuvia rajoitteita ovat muun muassa sopimus hoitoajasta, henkilön tarkastus ja katsastus, liikkumisvapauden rajoittaminen, omaisuuden ja lähetysten tarkastaminen sekä yhteydenpidon rajoittaminen (Kainuun maakunta- kuntayhtymä, yhteiseen sopimukseen perustuvat rajoitukset-lomake).

Tapauskohtainen työryhmä toi esiin potilaan taloudellisen tilanteen kartoittamisen tärkeyttä. Kainuun maakunta- kuntayhtymän yhtenä ehkäisevän mielenterveystyön haasteena voidaan nähdä mielenterveydelliset ongelmat ja köyhyys (Saari ym. 2004, 15). Vaikea taloudellinen tilanne vaikuttaa olennaisesti potilaan hoidon suunnitteluun, esimerkiksi lääkekustannusten sekä sairaalassaoloajasta koituvien taloudellisten rasitteiden muodossa. Opinnäytetyömme tuloksissa nousi esiin, että potilas voi toisinaan kiirehtiä sairaalasta kotiutumista vaikeasta taloudellisesta tilanteesta johtuen. Potilaan oman paranemisen ja sairaalasta kotiutumisen kiirehtiminen on osoittautunut tekijäksi, joka lisää sairaalaan palaamisen todennäköisyyttä (Puusti 2000, 84). Johtopäätöksenä voidaan todeta, että mikäli potilaan vaikea taloudellinen tilanne ei ole hoitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa selvillä, ei hoidossa välttämättä päästä sille asetettuihin tavoitteisiin ja hoidon onnistuminen voi näin ollen vaarantua.

Perhe-keskeisyys ja perheen huomioiminen korostui tuloarviossa. Tapauskohtainen työryhmä toi esiin, että ihanteellisessa tilanteessa potilaan läheiset osallistuvat tuloarvioon. Perheenjäseniltä saadaan arvokasta tietoa ja ymmärrystä potilaan sairastumiseen johtaneista syistä. Heidän mielipiteensä ovat tärkeitä myös potilaan hoitoa suunniteltaessa. Polyfonisuus, eli monikielisyys tarkoittaa Bathin (1979) mukaan sitä, että hoitavan ryhmän sekä potilaan ja hänen perheensä välinen suhde on dialoginen. Hoitava ryhmä on riippuvainen perheeltä saamasta tiedosta, koska sen tiedot potilaan tilanteesta eivät ole suuremmat, kuin potilaalla ja hänen perheellään. (Heikkinen 2003, 47.) Tulosten pohjalta voidaan todeta sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen perhekeskeisestä hoidosta sekä Kainuun-maakunta kuntayhtymän aikuistenmielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon tavoitteen toteuttaa perhekeskeistä hoitoa toteutuvan. Perhekeskeisyys on yksi valtakunnallisen skitsofrenia-projektin tuottaman tarpeenmukaisen hoidonmallin keskeisistä periaatteista (Alanen 1988, 83).

Tapauskohtainen työryhmä arvioi potilaan kanssa yhdessä sitä, ketkä hänen läheisistään ovat ihmiset, joiden kanssa tukiverkkoa aloitetaan rakentamaan. Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen mukaan potilaan perheen tuen ja avun tarve tulee

kartoittaa ja tarpeelliset toimet, esimerkiksi lastensuojelutoimet aloittaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a, 43). Saamiemme tulosten mukaan tapauskohtainen työryhmä kartoitti perheen avun tarvetta tuloarviossa, mutta koki erityisesti perheen jälkikasvun tuen ja avun saamisen riittämättömäksi. Tulostemme perusteella voimme vain pohtia, ovatko tapauskohtaisella työryhmällä tuloarviossa käytettävissä olevat keinot riittäviä turvaamaan potilaan muun perheen, erityisesti lasten turvallisuutta ja hyvinvointia. Haastatteluissa ei tullut esille, minkälaisiin toimenpiteisiin on ryhdytty lain vaatiman lastensuojeluilmoituksen tekemisen johdosta.

Potilaan jatkohoitopaikan- ja avohoidon työskentelyedellytysten arvioimisen merkitys korostui tuloksissa. Tarpeenmukaisen hoitomallin periaatteen mukaan hoidossa tulee pyrkiä avohoitopainotteisuuteen (Alanen 1988, 171). Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyspalveluiden laatusuositusten mukaan avohoito tulisi asettaa aina ensisijaiseksi tavoitteeksi arvioitaessa potilaan hoitopaikkaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a, 43). Johtopäätöksenä voimme esittää, että Kainuun maakunta-kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa avohoito on ensisijainen pyrkimys. Sairaalahoitoon päädytään vain, mikäli sairaalahoito on tarkoituksenmukaista ja avohoidon tarjoamat palvelut ovat riittämättömiä. Tuloksissa nousi esiin, että tuloarvio voi toteutua erilaisissa ympäristöissä. Näin ollen voidaan todeta, että tuloarvio ei ole paikkaan sidottua. Tämä osoittaa tarpeenmukaisen hoidonmallin periaatteiden hoidon liikkuvuudesta ja joustavuudesta toteutuvan Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa.

Tapauskohtainen työryhmä huomioi tuloarviossa potilaan mielipidettä elämäntilanteestaan, elämänotetta sekä halukkuutta suunnitella tulevaisuutta. Huomiota kiinnitettiin potilaan tulevaisuuden toiveisiin, voimavaroihin ja hoitomotivaatioon. Henkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutus, johon sisältyy esimerkiksi henkilökunnan käyttäytyminen potilasta kohtaan sekä potilaan huomioiminen ovat potilaan elämässä eteenpäin auttavia asioita (Puusti 2000, 74). Alasen (1993) mukaan potilaan kokemus tulotilanteesta voi vaikuttaa merkittävästi hoidon onnistumiseen ja potilaan asenteisiin hoitoprosessin myöhemmässä vaiheessa, jonka vuoksi vuorovaikutuksellinen alkuselvittely on tärkeää. (Alanen 1993, 258.) Tulosten perusteella voidaan todeta, että tapauskohtainen työryhmä tukee potilaan selviytymistä huomioimalla hänen ajatuksiaan omasta tilastaan sekä elämästään. Potilaan ja hänen perheensä mieliteiden huomioiminen auttaa saavuttamaan ymmärryksen siitä mitä on tapahtunut. Tämä on ominainen lähtökohta psykoterapeuttiselle lähestymistavalle, joka on tarpeenmukaisen hoitomallin keskeinen toimintaperiaate. (Alanen 1988, 83.) Saadusta ymmärryksestä nousevat lähtökohdat potilaan tutkimukseen ja hoitoon.

Toinen tutkimustehtävämme, miten tuloarviossa huomioidaan ja hyödynnetään mielenterveyspalveluiden avohoidosta mahdollisesti saatua tietoa potilaan hoidosta ja elämäntilanteesta, antoi tietoa tapauskohtaisen työryhmän toiminnasta. Yhteistyö avohoidon ja psykiatrisen osaston työntekijöiden välillä on tiivistä ja jatkuvaa sekä rajoja ylittävää. Tavoitteenamme oli toisen tutkimustehtävän avulla saada tietoa siitä, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, ettei potilas enää pärjää avohoidon palveluiden turvin vaan tarvitsee psykiatrista osasto hoitoa. Lisäksi tavoitteenamme oli saada tietoa, kuinka nämä tekijät huomioidaan tuloarviossa. Kysymyksen muotoilu ei ollut tarpeeksi selkeä, joten emme sen avulla saaneet tietoa, joka antaisi vastauksia toiseen tutkimustehtävään. Saimme viimeisen teeman avulla arvokasta tietoa tapauskohtaisen työryhmän toiminnasta, yhteistyöstä ja tiedonkulusta yleisesti avohoidon ja psykiatrisen osaston välillä.

Kainuussa on ollut tavoitteena kehittää avohoidon ja sairaalan työntekijöistä rakentuvia tapauskohtaisia työryhmiä, jotka vastaavat pitkäjänteisesti vaikeista mielenterveyshäiriöistä kärsivien potilaiden, sekä heidän läheistensä hoidosta (Luukinen ym. 2004, 3). Tapauskohtainen työryhmä osallistuu potilaan hoitoon hänen siirtyessään hoitopaikasta toiseen. Toimiva tapauskohtainen työryhmä on edellytys tarpeenmukaisen hoidon ja hoidon integraation toteutumiselle. Tapauskohtaisen työryhmän työskentely mallissa korostuu hoidon jatkuvuus. (Heikkinen 2003, 8 - 9.) Johtopäätöksenä voimme todeta, että haastattelemamme tapauskohtainen työryhmä työskenteli aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalveluiden organisaation hoitomallin mukaisesti.

Tuloksissa korostui moniammatillinen työskentely sekä yhteistyö eri viranomaistahojen välillä. Tapauskohtainen työryhmä muodostui sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattihenkilöistä. Lisäksi potilaan hoidossa oli mukana esimerkiksi lastensuojelu. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen mukaan hoidon jatkuvuus ja työntekijöiden sitoutuminen hoitoon tulee turvata (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a, 43). Tulosten perusteella voidaan todeta, että tapauskohtaisen työryhmän työntekijät toteuttavat potilaan hoitoa annettujen suositusten mukaisesti hoitoprosessin aikana. Samat työntekijät osallistuvat potilaan hoitoprosessiin huolimatta siitä, onko potilas avohoidossa vai psykiatrisella osastolla. Tulosten pohjalta voidaan todeta, että tapauskohtainen työryhmä toimii esimerkillisesti tarpeenmukaisen hoitomallin ja tapauskohtaisen työryhmätyöskentelyn periaatteiden mukaan. Vaikka emme saaneet toiseen tutkimustehtävämme suoranaisia vastauksia, voidaan saatujen tuloksien perusteella päätellä, että avohoidosta saatua tietoa potilaasta huomioidaan ja hyödynnetään tuloarviossa. Tämä voidaan päätellä tapauskohtaisen työryhmän välisestä tiivistä yhteistyöstä, yhteydenpidosta

sekä siitä, että jokainen tapauskohtaisen työryhmän jäsen on jatkuvasti tietoinen mitä potilaan hoidossa tapahtuu.

Peilattessamme saatuja tuloksia perushaastattelulomakkeessa potilaasta huomioitaviin asioihin teimme seuraavia huomioita. Tapauskohtainen työryhmä ei tuonut haastatteluissa esiin potilaan ystävyyssuhteiden, riitasuhteiden, eikä harrastusten huomioimista. Tapauskohtainen työryhmä toi kuitenkin esiin, että potilaan tukiverkosta rakennettaessa otetaan huomioon ketkä ovat potilaan elämässä tärkeimmät ihmiset. Jokaisella potilaalla tukiverkosto on erilainen, niinpä läheisimmät ihmissuhteet voivat olla myös ystävyyssuhteita. Tapauskohtainen työryhmä ei haastatteluissa tuonut esiin haastatteluissa potilaan regression arvioimista tuloarvio tilanteessa, eikä esiin myöskään tullut se, huomioivatko he potilaan toimintakyvyn muutoksia tai taantumista elämässään. Esimerkkipotilaan työryhmätyöskentely on tiivistä ja potilas on säännöllisesti yhteydessä tapauskohtaisen työryhmän työntekijöihin. Toimintakyvyn muutosten arviointi ei ehkä hänen kohdallaan ole tämän vuoksi niin selkeästi esillä, kun taas potilaan kohdalla, joka tapaa hoitohenkilökuntaa harvemmin. Tapauskohtainen työryhmä ei myöskään tuonut esiin psykoottisten oireiden arvioimista potilaan tilasta. Tapauskohtainen työryhmä peilasi tuloarvio tilanteita potilas-esimerkkiin. Koska esimerkki potilaan kohdalla psykoottista oireilua ei todennäköisesti ole ilmennyt, voi tämä vaikuttaa siihen, ettei psykoottisuuden arvioiminen tullut esiin haastatteluissa, vaikka tapauskohtainen työryhmä arvioisikin potilaan psykoottisuutta muiden potilaiden tuloarvio tilanteissa.

Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa toimitaan saamiemme tuloksien mukaan tarpeenmukaisen hoitomallin periaatteiden mukaan. Toiminnassa toteutuvat toimintojen joustavuus ja yksilöllisyys sekä integroidut palvelut. Hoito nähdään prosessina ja sen lähtökohtana on psykoterapeuttinen asenne. Moniammatillisuus, perhekeskeisyys sekä pyrkimys avohoitoon korostuvat potilaan hoidossa. Vallitsevan ihmiskäsityksen tulee olla riittävän laaja-alainen, jotta potilaan hoito voidaan toteuttaa yksilöllisesti sekä potilaan elämäntilannetta ja tarvetta vastaavaksi. Opinnäyteyömme tulosten johtopäätöksenä voimme todeta, että tapauskohtainen työryhmä huomioi potilasta ja hänen elämäntilannettaan kokonaisvaltaisesti ja laaja-alaisesti eri näkökulmista katsoen. Tapauskohtaisen työryhmän toiminnan voidaan tulosten perusteella nähdä pohjautuvan hollistiseen ihmiskäsitykseen, jossa potilas nähdään tajunnallisena, kehollisena ja situationaalisena kokonaisuutena. Potilaan näkeminen moniulotteisena kokonaisuutena mahdollistaa hänen ongelmiansa tarkastelemisen ja ymmärtämisen sekä auttamistyön kohdentamisen oikealla tavalla. (Rauhala 1983, 29.)

7 POHDINTA

7.1 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme tavoitteena on, että saatuja tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kehitettäessä Kainuun maakunta-kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon potilaan kokonaisuhoitoa. Työmme tulosten avulla potilaan kokonaisuhoitoa voidaan kehittää yhden hoitoprosessin osa-alueen, tuloarvion osalta. Oman opinnäytetyömme lisäksi aikuisten mielenterveyspalveluihin ja riippuvuuksien hoitoon on joko tehnyt, tai on parhailaan tai tulevaisuudessa tekemässä opinnäytetyötä useampi opiskelija. Työelämän ohjaajamme on tuonut esiin, että potilaan kokonaisuhoitoon kehittämiseksi olisi hyödyllistä avata potilaan koko hoitoprosessi vaihe vaiheelta ja selvittää, miten potilaan hoito prosessin eri vaiheissa, esimerkiksi osastolla oloaikana ja sairaalahoidon päätyttyä toteutuu.

Koska opinnäytetyömme on ensimmäinen valmis opinnäytetyö, joka tarkastelee Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon toimintaperiaatteita ja lähtökohtia, se on samalla myös informatiivinen työ. Työtämme voidaan hyödyntää esimerkiksi osana aikuisten mielenterveyspalveluihin saapuvien uusien opiskelijoiden ohjausta. Opinnäytetyömme sisältää tutkittua tietoa esimerkiksi tarpeenmukaisesta hoitomallista, tapauskohtaisesta työryhmätyöskentelystä sekä valtakunnallisista ja alueellisista suosituksista, joiden mukaan potilaan hoitoa pyritään toteuttamaan Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa. Opiskelijat voisivat ehkä tulevaisuudessa saavuttaa työmme avulla esiyymmärryksen Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon toimintaperiaatteista, esimerkiksi työharjoittelun alkuvaiheessa. Toimeksiantajan kanssa käydyissä keskusteluissa on noussut esiin tarve kehittää Kajaanin ammattikorkeakoulun opiskelijoiden tietoutta Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon organisaation toimintatavoista - ja periaatteista jo opiskelu-aikana. Opinnäytetyömme avulla voimme tuoda tätä tietoutta myös muiden opiskelijoiden saataville.

Esimerkkipotilas, jonka tuloarvioihin tapauskohtainen työryhmä peilasi haastatteluissa vastauksiaan, oli ollut saman työryhmän hoidettavana jo usean vuoden ajan, jonka vuoksi tulokset eivät ole sellaisenaan yleistettäviä. Jatkossa voisi olla hyödyllistä ja mielenkiintoista selvit-

tää minkälaisia tuloksia saataisiin, mikäli opinnäytetyömme aihetta tarkasteltaisiin vasta lyhyen aikaa psykiatrisessa hoidossa olleen potilaan tuloarvioihin peilaten. Olisi mielenkiintoista nähdä, olisivatko tulokset samansuuntaisia oman opinnäytetyömme tuloksiin verrattuna, mikäli potilaalla olisi takanaan vain yksi tai muutama tuloarvio. Mielenkiintoista olisi myös selvittää tapauskohtaisen työryhmän toimivuutta silloin, kun yhteistyö työryhmän jäsenten kesken on alussa. Toimisiko tapauskohtainen työryhmä tällöin yhtä kiinteästi, joustavasti ja rajoja ylittäen, kuin opinnäytetyömme tulosten perusteella voidaan todeta? Olisi mielenkiintoista saada tietoa siitä, minkälaisia eroja tuloarviossa on muualla Suomessa verrattuna Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon käytäntöihin.

Tuloksissamme nousi esiin, että tapauskohtainen työryhmä tekee lastensuojelu-ilmoituksen tilanteissa, joissa laki niin velvoittaa. Tapauskohtaisen työryhmän työntekijät kokivat, ettei potilaan lapsen tuen ja avun tarve ollut tästä huolimatta riittävää. Voidaan pohtia, minkälaisia keinoja ja mahdollisuuksia tapauskohtaisella työryhmällä on todellisuudessa vaikuttaa potilaan muun perheen, erityisesti lasten hyvinvointiin. Ovatko käytössä olevat keinot riittäviä turvaamaan lasten turvallisuutta ja hyvinvointia ja mikäli eivät, tulisiko tähän kohdistaa enemmän huomiota ja resursseja? Sosiaali- ja terveysministeriö suosittaa perheen avun ja tuen tarpeen kartoittamista ja tarvittavien toimenpiteiden käynnistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001a, 43). Jatkossa voisi olla hyödyllistä selvittää, minkälaisiin toimenpiteisiin Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalveluissa ryhdytään kartoittamisen jälkeen. Tämä voisi olla myös yksi mahdollinen aihe jatkotutkimukselle.

Syksyllä 2007, kun saimme alustavan aiheen opinnäytetyöhömmme, pohdimme ja suunnitelimme lomakkeen tekemistä tuloarvion apuvälineeksi. Päätimme jättää lomakkeen tekemisen pois aihetta rajatessamme, koska työstämme olisi muutoin tullut liian laaja. Toimeksiantajan kanssa käydyissä keskusteluissa on tullut esiin, että lomakkeesta olisi hyötyä tuloarviotilanteessa. Lomakkeen tekemistä voisi tulevaisuudessa tarjota esimerkiksi opinnäytetyön aiheeksi.

Lomakkeen tarkoituksena ei olisi, että se ohjaisi täysin haastattelun kulkua, vaan sen avulla varmistettaisiin, että oleelliset asiat potilaasta ja hänen elämäntilanteestaan tulisi huomioiduksi. Tiukasti strukturoidun haastattelumenetelmän valinta tuloarviossa voi vaikeuttaa vaikeiden asioiden esiin tuloa, toisin kun taas avoin haastattelu helpottaa niiden esiin nousemista. (Aalberg, Aaltonen, Eronen, Heikkinen, Heinälä, Henriksson, Honkonen, Isohanni, Isometsä, Joukamaa, Koponen, Kuoppasalmi, Lauerma, Lehtonen, Leinonen, Lönnqvist, Marttu-

nen, Partonen, Pylkkänen, Rantanen, Riikonen, Rissanen, Räsänen, Sulkava, Suokas, Syvälahti, Tiihonen, Toskala, Vartiainen & Vataja 1999, 24.)

Opinnäytetyömme alkuvaiheessa tarkoituksenamme oli tehdä Benchmarking-vierailu Keroputaan sairaalaan, jossa tarpeenmukaista hoidonmallia on vuosien aikana kehitetty pitkälle. Benchmarking tarkoittaa esikuva-, tai vertailuanalyysiä, jonka avulla omaa toimintaa verrataan toisten toimintaan. Sen avulla omaksutaan parhaita käytänteitä oman toiminnan kehittämiseksi. (Kaivos, Laamanen, Salonen & Valpola 1995, 10 - 11.) Benchmarkingin avulla Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluita ja riippuvuuksien hoidon toimintaa olisi voitu verrata Keroputaan sairaalan toimintaan. Aiheen rajaamisen myötä jouduimme luopumaan ajatuksesta. Jatkotutkimusaiheena voisikin tulevaisuudessa olla Kainuun maakunta-kuntayhtymän toimintatapojen vertaaminen valtakunnallisesti joko benchmarkingin, tai muunlaisen selvittelyn avulla.

7.2 Eettisyys

Opinnäytetyötä tehdessämme pohdimme prosessin eri vaiheisiin liittyviä eettisiä kysymyksiä. Etiikka tarkoittaa oikean ja väärän pohdintaa ja siihen sisältyy syvällisempää pohdintaa syistä miksi jokin asia on sallittua ja miksi ei. Eettistä ajattelua voidaan pitää kykynä pohtia oikeaan ja väärään liittyviä kysymyksiä. Tutkimusta tehtäessä eettisyyttä kutsutaan tutkimusetiikaksi. Tutkijan tulisi huomioida eettiset periaatteet, arvot, normit ja hyveet ja toimia tutkimustyönsä aikana niiden mukaan. (Kuula 2006, 21, 23.) Opinnäytetyömme aihe nousi työelämän tavoitteesta kehittää potilaan kokonaishoitoa. Aiheemme taustalla oli todellinen tarve tutkia, selvittää ja kehittää potilaan tuloarviota ja sen avulla potilaan kokonaishoitoa. Aihetta valittaessa tulee pohtia eettisiä kysymyksiä selvittämällä miksi aihetta ryhdytään tutkimaan ja kenen ehdoilla tutkimusta tehdään (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126). Pyrimme opinnäytetyössämme kuvaamaan aiheemme taustalla vaikuttavia tekijöitä mahdollisimman perusteellisesti.

Haastattelemamme tapauskohtainen työryhmää peilasi vastauksiaan yhden potilaan aitoihin tuloarviotilanteisiin. Tämän vuoksi meidän tuli koko opinnäytetyöprosessin ajan muistaa se, ettei potilaan henkilöllisyys paljastu työssämme. Tämän asian haasteellisuus nousi selkeimmin esiin analysoidessamme tuloksia ja liittäessämme suorja lainauksia haastatteluista tuloksiin ja johtopäätöksiin työmme luotettavuuden lisäämiseksi. Pohdimme opinnäytetyössämme sitä, ettemme analyysi-osan suorissa lainauksissa paljasta potilaan elämästä niin paljon, että

hänen henkilöllisyytensä paljastuisi. Noudattamalla ehdotonta vaitiolovelvollisuutta asioista, joita saimme tietoomme potilaasta opinnäytetyötä tehdessämme, turvasimme potilaan tietosuojan säilymisen.

Keräsimme opinnäytetyömme aineiston ryhmähaastattelulla, jossa haastattelimme tapauskohtaisen työryhmän työntekijöitä. Eettisyyttä arvioidessa huomiota tuli kiinnittää siihen, että ryhmähaastattelussa siihen osallistuville jäsenille ei voitu taata ehdotonta tietosuojaa, koska vaitiolovelvollisuus koskee vain tutkijoita, ei siis haastatteluun osallistuvia ryhmän jäseniä (Pötsönen & Välimaa 1998, 4). Haastateltavien henkilöllisyys ei tule esiin opinnäytetyössämme. Tämän avulla turvasimme sekä haastateltavien tunnistamattomuuden sekä sen, ettei lukija työryhmän työntekijöiden henkilöllisyyden perusteella voi päätellä esimerkkipotilaan henkilöllisyyttä. Tunnistamattomuuden avulla haastateltavilta saadaan rehellisiä vastauksia sekä suojellaan heitä mahdollisilta negatiivisilta seurauksilta (Kuula 2006, 201). Tietosuojan säilymisen huomioimme opinnäytetyöprosessissamme säilyttämällä opinnäytetyön eri vaiheissa kertyvää haastattelumateriaalia asianmukaisesti. Nauhoitetut haastattelut poistettiin nauhureista heti, kun olimme litteroineet ne kirjalliseksi materiaaliksi. Litteroimaamme kirjallista materiaalia säilytimme muiden henkilöiden ulottumattomissa.

Eettisyys tutkimuksessa pohjautuu ihmisarvon kunnioittamiseen (Hirsjärvi ym. 1997, 25). Opinnäytetyössämme toimimme ihmisarvoa kunnioittaen antamalla haastatteluun osallistuville mahdollisuuden kieltäytyä haastatteluun osallistumisesta. Suostumuksen opinnäytetyön toteuttamiseen antoi Kainuun maakunta-kuntayhtymän aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalveluiden koordinoiva osastonhoitaja Saara Pikkarainen (LIITE 5). Opinnäytetyössämme emme haastatelleet potilaita, eikä potilasesimerkin henkilöllisyys paljastunut työssämme, joten emme tarvinneet lupaa eettiseltä toimikunnalta opinnäytetyön toteutukseen.

Opinnäytetyötä tehdessämme pyrimme noudattamaan eettisiä periaatteita. Työssämme emme esitä toisten ajatuksia ja tekstejä ominamme ja olemme pyrkineet tarkkuuteen lähdemerkinnöissä. Tuloksia ei pidä yleistää ilman perusteita, eikä niitä pidä keksiä tai kaunistella. Alkuperäisien havaintojen tulee pysyä sellaisinaan, ettei tulos vääristyisi. (Hirsjärvi ym. 1997, 26.) Työssämme analysoimme keräämäämme aineistoa mahdollisimman tarkasti sekä tarkastelimme ja esitimme tuloksia oikeissa asiayhteyksissä. Työssämme olemme tuoneet esiin, ettei saamiemme tuloksia voida sellaisenaan pitää yleistettävänä.

7.3 Luotettavuus

Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta tulee arvioida työn kaikissa eri vaiheissa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa työn luotettavuutta lisää tarkka kuvaus kaikista tutkimuksen eri vaiheista. (Hirsjärvi ym. 1997, 227.) Opinnäytetyössämme olemme pyrkineet kuvaamaan mahdollisimman tarkasti työmme eri vaiheita, esimerkiksi aineiston analysoimiseen, saatuihin tuloksiin sekä johtopäätöksiin liittyviä tekijöitä.

Luotettavuutta arvioidessa tulee pohtia, saimmeko perushaastattelun avulla muodostetuista teemoista vastauksia tutkimustehtäviimme. Haastatteluteemojen muotoilu vaikutti siihen, minkälaista tietoa saimme haastatelluiden avulla. Haastattelutilanteessa voi syntyä haastattelijoiden ja haastateltavien välisiä virhetulkintoja. Tiedonantajat voivat ymmärtää haastattelukysymykset toisin, kuin olimme itse ajatelleet. Kaikkiin aineiston analyysin vaiheisiin liittyy virhetulkintojen mahdollisuus. Pyrimme minimoimaan virhetulkintojen mahdollisuuksia analysoimalla haastatteluissa vain selvästi esiin tulleita merkityksiä. Huomioimme litteroidusta aineistosta kaikki haastatteluissa esiin tulleet olennaiset asiat. Analysoidessamme tuloksia poimimme mukaan myös sellaisia asioita, joita ei perushaastattelun mukaan huomioida, mutta jotka olivat mielestämme olennaisia tutkimustehtävien kannalta. Esimerkkinä potilaan jatkohoidon ja jatkohoitopaikan arvioiminen tuloarvio tilanteessa

Tuloksia ei voida pitää päteviä ja tosina, mikäli tutkija käsittelee saatuja tuloksia omien alkuperäisten ajatusmallien mukaisesti (Hirsjärvi ym. 1997, 227). Omien ajatusmallien pohtiminen ja niistä yhdessä keskusteleminen nousi esiin myös oman opinnäytetyömme aikana. Pohdimme ennakkokäsityksiämme ja kokemuksiamme tuloarvio tilanteista. Pyrimme keräämään ja analysoimaan aineistoa avoimella mielellä, ilman, että nämä ennakkokäsitykset ja kokemukset ohjaisivat tulosten analysoimista tai johtopäätösten tekemistä.

Tarkastelimme opinnäytetyössämme tapauskohtaisen työryhmän alkuperäisiä ilmauksia alkuperäisissä muodoissa niiden oikeissa asiayhteyksissä. Tämän tarkoituksena oli lisätä tulosten luotettavuutta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa työn ja tulosten luotettavuutta lisää se, että lukijan on mahdollista nähdä, mihin tutkija perustaa tuloksista tekemänsä päätelmät (Hirsjärvi ym. 1997, 228). Omassa työssämme olemme käyttäneet suoria lainauksia osana tulosten raportointia. Olemme pyrkineet työssämme tuomaan esille saamiamme tuloksia rehellisesti ja säilyttämään alkuperäisilmauksia näkyvissä lopullisessa työssämme, että lukijalla olisi mahdollisuus tehdä omia johtopäätöksiä ja arvioida tekemiemme tulkintojen todenmukaisuutta.

Olemme myös kertoneet mahdollisimman tarkasti käyttämistämme menetelmistä opinnäytetyöprosessin kaikissa eri vaiheissa.

Haastatteluissa kehoitimme haastateltavia vastaamaan esittämiimme kysymyksiin pitäen koko ajan mielessä aidon tuloarvion tilanteen esimerkkipotilaan kohdalla. Opinnäytetyömme tulokset ovat näin ollen yhden potilaan tuloarvion tilanteista lähtöisin. Tulosten luotettavuutta arvioitaessa on tärkeää muistaa se, että eri potilaiden kohdalla tuloarvion tilanteessa huomioidaan erilaisia asioita, koska hoidontarpeen arvio on potilaan yksilöllisistä tarpeista lähtöisin olevaa. Shepherd (1990) ja Holloway (1991) mukaan hoidontarpeen arvioinnin keskeinen tavoite on yksilöllinen hoidontarpeen arviointi ja sen kautta muotoutuva integroitu käsitys yksilöllisestä hoitokokonaisuudesta (Lassila 1998, 37). Toisaalta haastatteluissa tapauskohtainen työryhmä pohti tuloarvioita myös yleisellä tasolla.

Haastateltavat kokivat haasteelliseksi erottaa mielessään mitä asioita potilaasta ja hänen elämäntilanteestaan oli huomioitu tuloarvio tilanteesta ja mitä potilaan hoitoprosessin muissa vaiheissa, koska esimerkki potilas oli ollut saman työryhmän hoidettavana usean vuoden ajan ja tuloarvio tilanteita oli ollut lukuisia. Tämä osaltaan lisää tulosten virheellisyyden mahdollisuutta. Mikäli olisimme haastatelleet tapauskohtaista työryhmää, jossa esimerkki potilaalla ei olisi ollut monta tuloarvion tilannetta taustalla, olisi tutkimustuloksemme ollut todennäköisesti erilainen.

Olemme pyrkineet lisäämään opinnäytetyömme luotettavuutta käyttämällä vain luotettavia lähteitä työssämme. Aina emme ole päässeet alkuperäislähteiden äärelle, mutta koska aiheemme teoria-osa käsittelee pääasiassa tarpeenmukaista hoitomallia, pohjautuvat lähes kaikki käyttämämme lähteet samoihin alkuperäislähteisiin. Vaikka kaikki lähteemme eivät ole alkuperäisiä, ovat ne kuitenkin luotettavia, paljon käytettyjä, sekä tutkittuun tietoon pohjautuvia teoksia. Opinnäytetyömme aihe pohjautuu osaltaan tarpeenmukaiseen hoitomalliin, joka on kehitetty vuosina 1981 - 1987. Tämän vuoksi osa lähteistämme on vanhempia, kuin mitä opinnäytetyössä suositellaan käyttämään. Olemme tiedostaneet tämän ja päätyneet siihen, että on tärkeää käyttää teoksia, joihin opinnäytetyömme aihe pohjautuu, vaikka ne olisivat suositeltua vanhempia.

Pyrimme opinnäytetyössämme minimoimaan internet-lähteiden käyttöä. Ensisijaisesti etsimme tietoa kirjallisessa muodossa. Mikäli päädyimme käyttämään opinnäytetyössämme internet-lähteitä, pohdimme tarkoin käyttämiemme internet sivustojen luotettavuutta. Emme

esitä työssämme toisten ajatuksia ominamme. Tämän olemme varmistaneet pyrkimällä ole-
malla huolellisia lähteiden merkitsemisessä

7.4 Ammatillinen kasvu

Sairaanhoitajan koulutuksen tavoitteena on persoonallisuuden kehittäminen, johon kuuluu muun muassa kriittisen ja tutkivan työtteen kehittäminen, oppimisen itseohjautuvuus sekä tehtäviin sitoutuminen ja vastuunotto (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Opinnäytetyöprosessin kautta olemme saaneet valmiuksia tiedonhankintaan, tiedonkäsittelyyn sekä arviointiin. Olemme pyrkineet arvioimaan kriittisesti eri lähteistä hankkimaamme tietoa ja käyttämään vain tutkittua tietoa ja luotettavia lähteitä työssämme. Tulevassa työssämme pyrimme säilyttämään tutkivan työtteen kehittäessämme työyksiköidemme työ- ja toimintamenetelmiä. Opinnäytetyöprosessi on vaatinut sitoutumista yhdessä tekemiimme sopimuksiin ja päämääriin. Se on ollut myös vastuunottamista ja vastuun jakamista tehtävistä. Yhdessä pitkäkestoiseen prosessiin sitoutuminen on kehittänyt valmiuksiamme yhteistyöhön, toisen mielipiteiden huomioon ottamiseen, yhteisten sopimusten tekemiseen sekä tehtävien jakamiseen. Näitä taitoja ja valmiuksia voimme hyödyntää tulevaisuudessa työelämässä, mutta myös arkielämässä erilaisia ihmisiä kohdatessamme.

Opinnäytetyön tekeminen ja aiheeseen perehtyminen haastatteluiden ja kirjallisuuden kautta antoi meille valmiuksia työskennellä tulevaisuudessa psykiatrisessa hoitotyössä. Psykiatrisen hoitotyön käsitteet, toiminta-mallit sekä Kainuun maakunta-kuntayhtymän aikuisten mielen-terveys- ja riippuvuuksien hoitopalveluiden organisaation toimintaperiaatteet tulivat entistä tutuimmiksi opinnäytetyöprosessin aikana. Tulevassa työssämme meidän on helpompi ymmärtää potilaan hoitoprosessin eri vaiheita. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme kasvaneet ammatillisesti ja saaneet erilaisia tietoja ja sen myötä taitoja toimia sairaanhoitajana erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä.

Eettisyys ja eettisten arvojen noudattaminen on keskeinen osa sairaanhoitajan työtä. Sairaanhoitajan ammatin harjoittaminen perustuu ihmisarvon kunnioittamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.) Opinnäytetyöprosessin aikana olemme pohtineet eettisiä asioita työn eri vaiheissa. Holistinen ihmiskäsitys korostuu opinnäytetyössämme, koska potilas tulee nähdä kokonaisuutena, jonka elämän eri osa-alueet vaikuttavat hänen tilanteeseensa. Opinnäytetyömme tulosten ja johtopäätösten pohjalta voimme sanoa, että potilas voidaan nähdä kehol-

lisena, tajunnallisena ja situationaalisen kokonaisuutena. Tämä käsitys ohjaa omia ajatuksiamme, toimintatapojamme sekä päätöksentekoamme tulevassa hoitotyössä.

WHO määrittelee terveyden edistämisen prosessiksi, joka antaa yksilöille ja yhteisöille entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006). Opinnäytetyöprosessin aikana olemme saaneet tietoa sekä kirjallisuuteen tutustumalla, että tapauskohtaista työryhmää haastatteleamalla potilaan terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Tämä on antanut valmiuksia tulevaisuudessa nähdä potilas kokonaisuutena, jonka elämän eri osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. Terveyden edistäminen mielenterveyspotilaan hoidossa on sairauden ja oireiden hoitamisen lisäksi myös terveyden osa-alueiden löytämistä ja niiden vahvistamista. Opinnäytetyöprosessin aikana saamamme tiedon ja sitä kautta kehittämiemme valmiuksien kautta olemme ymmärtäneet, kuinka tärkeää on potilaan oireiden ja ongelmien lisäksi huomioida hänen elämänsä kokonaisvaltaisesti. Tarpeenmukaisen hoitomallin mukaan potilaan hoidossa tulee pyrkiä huomioimaan potilaan terveitä ja vahvoja puolia sekä parantamaan hänen elämän laatua (Alanen 1988, 172). Potilaan terveitä puolia huomioimalla ja tukemalla voimme edistää hänen terveyttään ja sairaudesta toipumistaan.

Työssämme korostuu perhekeskeisyyden tärkeys, yksilöllisyys sekä tapauskohtaisen työryhmän tiivis yhteistyö. Työmme avulla olemme saaneet tietoa ja valmiuksia toimia tulevassa työssämme perhekeskeistä, yksilöllistä sekä moniammatillista hoitotyötä toteuttaen. Olemme opinnäytetyötä tehdessämme perehtyneet Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon työskentelymalliin ja ohjeistuksiin, jotka ohjaavat potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Työskentelymalliin perehtyminen antaa lisäksi valmiuksia toimia muilla terveydenhoitoalan sektoreilla, myös valtakunnallisesti, koska Kainuun maakunta- kuntayhtymän toimintamalli pohjautuu tarpeenmukaisen hoidonmalliin, joka ei sulje pois muiden mallien samanaikaista käyttöä. Opinnäytetyön tekeminen on antanut meille valmiuksia potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Tuloarvio on keskeinen osa mielenterveyspotilaan hoitoprosessia ja siinä arvioidaan hoidon tarvetta, sekä suunnitellaan hoidon toteutusta. Haastatteleamalla tapauskohtaista työryhmää saimme tietoa siitä, kuinka potilaan hoitoa käytännön työelämässä toteutetaan ja suunnitellaan. Haastatteluissa esiin nousseet tekijät sekä asiat joita tapauskohtainen työryhmä ei tuonut esiin potilaasta, antavat myös meille tulevana hoitajina uudenlaista näkökulmaa ja valmiuksia toimia

hoitajina potilaan tuloarviossa sekä huomioida tilanteessa potilasta kokonaisvaltaisesti, yksilöllisesti sekä perhekeskeisesti.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme ymmärtäneet yhteistyön merkityksen eri viranomais-
tahojen, avohoidon ja psykiatrisen osaston välillä sekä oppineet hahmottamaan potilaan hoi-
toprosessia ja sen eri vaiheita Sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu hoidon koordinointi ja vas-
tuun ottaminen potilaan hoitoketjusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000). Opinnäytetyöpro-
sessin aikana olemme saaneet tietoa tapauskohtaisen työryhmän työntekijöiden välisestä tii-
viistä ja saumattomasta yhteistyöstä ja sen merkityksestä potilaan onnistuneen hoidon kan-
nalta. Haastatteluissa tuli esiin, kuinka tapauskohtaisen työntekijöiden tulee osata ylittää rajo-
ja potilaan onnistuneen hoidon turvaamiseksi. Rajojen ylittäminen eli horisontaalinen asian-
tuntijuus on yksi tarpeenmukaisen hoidon periaatteista. Tulevassa työssämme, potilaan ta-
pauskohtaisen työryhmän jäsenenä toimiessamme ymmärrämme oman toimintamme sekä
yhteistyön merkityksen potilaan onnistuneen hoidon turvaamiseksi.

Sairaanhoidtaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Hoitotyössä sairaanhoidtaja pyrkii lisää-
mään asiakkaiden voimavaroja ja tukemaan heitä sekä parantamaan heidän elämän laatua.
(Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.) Opinnäytetyömme aihe on ohjannut meitä hankkimaan
tietoa perhekeskeisyydestä sekä yksilöllisestä hoidontarpeen arvioinnista. Aiheeseen pereh-
tymisen myötä olemme lisänneet teoreettista tietouttamme ja sen avulla myös tiedon sovel-
taminen käytännön hoitotyöhön on tulevaisuudessa helpompaa. Teoriatiedon lisäksi olemme
saaneet uusia näkökulmia tulevaan työhömmme toimeksiantajamme kanssa käytyjen keskuste-
lujen kautta. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme perehtyneet mielenterveystyön kehityk-
seen, historiaan ja ongelmakohtiin. Olemme samalla lisänneet tietouttamme yhteiskunnalli-
sista asioista. Valtakunnallisen taloudellisen tilanteen vaikutus on nähtävissä myös hoitotyön
palveluiden laadussa. 1990-luvun alun lama-ajan vaikutukset kohdistuivat psykiatriseen hoi-
toon ja avohoidon kehitys pysähtyi lähes kokonaan. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme
pohtineet tulevaisuuden haasteita, näkymiä ja omaa toimintaamme tulevaisuuden hoitotyös-
sä.

LÄHTEET

- Aalberg, V., Aaltonen, J., Eronen, M., Heikkinen, M., Heinälä, P., Henriksson, M., Honkonen, T., Isohanni, M., Isometsä, E., Joukamaa, M., Koponen, H., Kuoppasalmi, K., Lauerma, H., Lehtonen, J., Leinonen, E., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Partonen, T., Pylkkänen, K., Rantanen, P., Riikonen, E., Rissanen, A., Räsänen, E., Sulkava, R., Suokas, J., Syvälahti, E., Tiihonen, J., Toskala, A., Vartiainen, H. & Vataja S. 1999. Psykiatria. Jyväskylä: Gummerus.
- Achté, K., Forsman, H.K., Hupli, K., Isohanni, M., Koponen, H., Larmo, I., Lehtinen, K., Leppävuori, A., Pakkaslahti, A., Pylkkänen, K., Saarinen, P., Salokangas, R., Syvälahti, E., Taajamaa, B., Tamminen, T., Tienari, P., Toskala, A., Vartiainen, A., Vartiainen, H & Vauhkonen, K. 1997. Psykoosi ja sen hoito. Jyväskylä:Gummerus.
- Alanen, Y.O. 1988. Skitsofreniaprojekti 1981-1987. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman loppuraportti. Lääkintöhallituksen opas-sarja nro.4. Helsinki: Lääkintöhallitus, Mielisairaalain liitto, Sairaalaliitto.
- Alanen, Y.O. 1993. Skitsofrenia syyt ja tarpeenmukainen hoito. Juva: WSOY.
- Heikkinen, A. 2003. Tapauskohtainen työryhmätyöskentely hoitokokouksessa, Pro-gradu-tutkielma. Oulun yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita.13.painos. Keuruu: Otava
- Kainuun maakunta –kuntayhtymä, yhteiseen sopimukseen perustuvat rajoitukset-lomake.
- Kaivos, P., Laamanen, K., Salonen, L & Valpola, A. 1995. Benchmarking huipputasosta op-piminen raportti METin projektista parhaiden toimintatapojen hyödyntäminen 1994-1995. Tammer.
- Kampman, O & Lassila, A. 2007. Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli. Suomen lääkirlehti. 47/2007.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä:Gummerus
- Lassila, A. 1998. Psykiatrinen hoidontarve ja tarpeenmukainen hoito. Oulun yliopisto

Lehtinen, V., Alanen, Y.O., Anttinen, E.E., Eerola, K., Lönnqvist, J., Pylkkänen, K & Taipale, V. 1989. Sosiaalipsykiatria. Helsinki:Tammi

Lehtinen, V., Isohanni, M., Kalliokoski, R., Kuoppasalmi, K., Lehtinen, K., Mikkonen, T., Piha, J & Tuori T. 1997. Psykiatrian luokituskäsikirja. Tautiluokitus ICD-10. Stakes.

Luukinen, J., Heikkinen, A., Heikkinen, M., Heikkinen, R., Immonen, K., Karppinen, A., Klemetti, E., Mankinen, T., Pikkarainen, S., Tervonen, I., Tolonen, A & Valkeapää-Turunen T. 2004. Aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalvelut Kainuussa, käytännön toimenpide ehdotukset. Loppuraportti 2. 11.11.2004. Kajaani.

Pirkola, S & Sohlman, B. 2005. Mielenterveysatlas. Tunnuksilukuja Suomesta. Stakes. Saarijärvi.

Puusti, A. 2000. Potilaiden kokemuksia ja odotuksia psykiatrisesta osastohoidosta. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Pötsönen, R & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä.

Rauhala, L. 1983. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Gaudeamus.

Saari, M., Heikkinen, M., Heikkinen, R., Huusko, T., Karppinen, A., Klemetti, E., Komulainen, M-L., Latvala, E., Mankinen T., Ojalehto, E., Pikkarainen, S., Reinikka, M., Tiri, H., Tolonen, A & Valkeapää- Turunen T. 2004. Mielenterveys- ja riippuvuuksienhoitopalvelut Kainuussa. Työryhmän loppuraportti 30.04.2004. Kajaani

Saari, M. 2002. Psykoosityöryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992-1996. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Sadeniemi, M. 1996. Nykysuomen sanakirja, osa 5. Juva:Wsoy

Sosiaali- ja terveysministeriö mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001a. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9, Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma (TA-TO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantarayhmä.

Tiri, H. 1998. Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus. Potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päättäjien käsityksiä psykiatrisen hoidon tuloksellisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Oulun yliopisto.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Tuori, T. 1994. Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman 10-vuotisarvioinnista. Raportteja 143. Stakes

Internet lähteitä

Alanen, Y.O. 2006. Mielenterveyspotilas ajan aalloilla artikkeli. Viitattu 20.10.2008. Saatavilla

<http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/selvitys/alanen.htm>

Kansanterveyslaitos. 2008. Viitattu 16.11.2008. Saatavilla.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/ktl_tutkii/tutkimus/mielenterveys- ja_paihdeongelmat/mielenterveys/

Laki hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004. Viitattu 27.10.2008. Saatavilla

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/782. Viitattu 6.12.2008. Saatavilla.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Mielenterveyslaki 1990/1116. Viitattu 29.10.2008. Saatavilla.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Mielen terveystalvet. Viitattu 6.12.2008. Saatavilla.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/mielenveys.htx>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia Monisteita 2000:15. Viitattu 20.11.2008. Saatavilla.

http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.htm#5

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001b. Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisäätiset palvelut. Viitattu 20.11.2008. Saatavilla.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/lspesite.htm>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveyden edistämisen laatusuosituksia. Julkaisuja 2006:19. Viitattu 20.11.2008. Saatavilla.

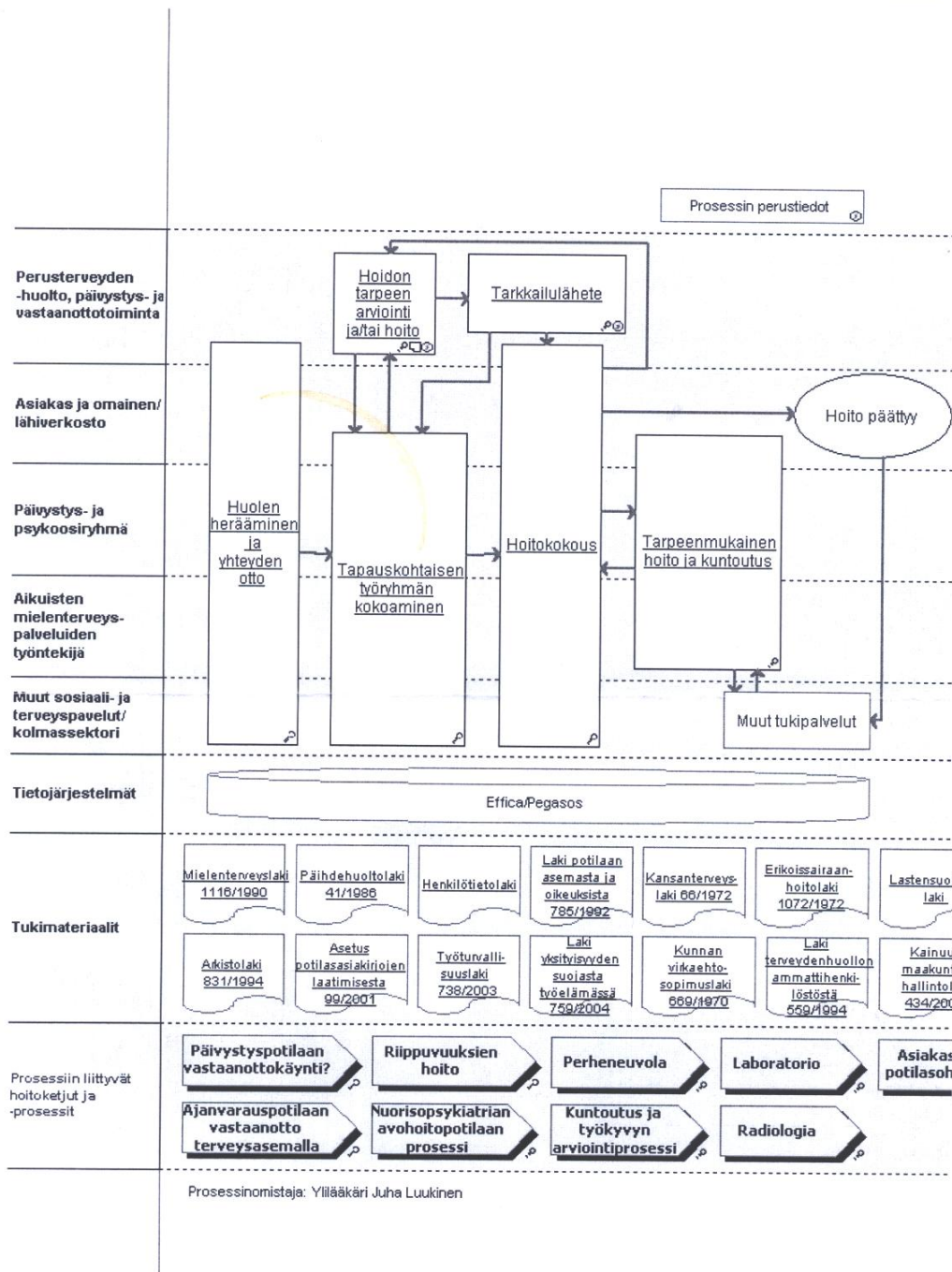
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/09/pr1158139777250/passthru.pdf>

LIITTEIDEN LUETTELO

- 1 Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon palveluketju
- 2 Analyysirunko
- 3 Tiedote haastateltaville
- 4 Analyysi taulukko
- 5 Lupa opinnäytetyön toteuttamiseen

Kainuun maakunta- kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon palveluketju

Sivu 2/3



Kuvaus:
Laatijat:

Analyysirunko

1. Mitä asioita huomioit potilaan terveydentilasta?

Potilaan oma käsitys terveydentilastaan

Somaattiset sairaudet

Päihteiden ja lääkkeiden käyttö

Psyykinen tila

Regression aste

Potilaan käsitys omasta tilastaan

Elämänote ja itsetuhon uhka

2. Mitä tekijöitä huomioit potilaan työ- ja taloudellisesta tilanteesta?

Työ

Opiskelu

Koulutus

Potilaan ammattiasema

Peruskoulutus

Ammattikoulutus

Työn ja opiskelun vaativuus

Lähimenneisyyden ja tulevaisuuden muutokset ja niiden merkitys potilaalle

Talous

Potilaan tulolähde

Tyytyväisyys toimeentuloon

Muutokset toimeentulossa

5 Mitä asioita huomioit potilaan kasvuoloista, ihmissuhteista, nykyperheestä, sekä asumisesta?

Asuminen

Asuinpaikka

Asunnon hallinta

Asumismuoto

Muutokset asumisessa

Potilaan tyytyväisyys asumiseensa

Kasvuolot

Kasvuympäristö

Tyytyväisyys kasvuperheen tilaan

Tyytyväisyys lapsuus- ja nuoruusaikaan

Muutoksia suhteissa vanhempiin ja sisaruksiin

Nykyperhe

Perheen kehitysvaihe

Muutokset nykyperheessä

Potilaan tyytyväisyys perheeseensä

Muut merkittävät ihmissuhteet

Olemassa olevat ystävät

Riitasuhteet

Suhteet viranomaisiin

Harrastukset

Muutokset muissa ihmissuhteissa ja tyytyväisyys niihin

6 Mitä asioita huomioit potilaan tulevaisuuden suunnitelmista ja voimavaroista?

Tulevaisuuteen liittyvät odotukset ja uhkakuvat

Potilaan määrittelemänä mahdollinen elämänalue, jonka suhteen hän kokee tulevaisuutensa epävarmaksi tai uhkaavimmaksi ja suurimmat tulevaisuuden odotuksensa

Potilaan oma kokonaisarvion senhetkisen kriisinsä vaikeudesta

Potilaan voimavarat

7 Mitä seikkoja huomioit potilaan sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluiden käytöstä?

Onko potilas tarvinnut sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita

Kokeeko potilas itse tällä hetkellä tarvitsevansa sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluita

8 Miten huomioit avohoidossa ilmenneitä tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan kotona pärjäämiseen?

Esim. tiedonkulku osaston/avohoidon välillä (miten tieto kulkee, mitä tietoa kulkee ja miten saatua tietoa hyödynnetään hyödynnetään)

TIEDOTE HAASTATTELUUN OSALLISTUVALLE

Olemme kaksi Kajaanin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijaa ja suuntaudumme opinnoissamme mielenterveystyöhön. Teemme opinnäytetyötä Kainuun maakunta kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluihin aiheesta ”Tuloarvion toteutumisen selvittäminen Aikuisten mielenterveyspalveluissa Kainuun Maakunta- Kuntayhtymässä”

Tuloarvioinnilla pyritään saamaan mahdollisimman kattava käsitys hoitoon hakeutuneen henkilön terveydentilasta, elämäntilanteesta ja sosiaalisesta vuorovaikutuksesta. (Saari 2002, 82 - 83.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kartoittaa, mitä tuloarvio sisältää aikuisten mielenterveyspalveluissa Kainuun maakunta- kuntayhtymässä. Tarkoituksenamme on myös selvittää, kuinka tuloarviokeskustelussa huomioidaan ja hyödynnetään avohoidosta saatu tieto potilaan hoidosta ja hänen elämäntilanteestaan. Opinnäytetyömme tavoitteena on edistää potilaan kokonaishoidon kehittämistä Kainuun maakunta kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa.

Haastattemme ryhmähaastattelu menetelmällä yhden potilaan tapauskohtaista työryhmää. Tapauskohtaisen työryhmän haastateltavaksemme valitsee aikuisten mielenterveyspalveluiden osasto 12:a osastonhoitaja Saara Pikkarainen. Haastattelu toteutetaan teemahaastatteluna ja ohessa on teemahaastattelu-runko. Teemahaastattelukysymykset on mukailtu Mauno Saaren tutkimuksessa olleen perushaastattelu lomakkeen sisällöstä, jonka avulla pyritään saamaan mahdollisimman kattava käsitys hoitoon hakeutuneen henkilön elämäntilanteesta, terveydentilasta ja sosiaalisesta vuorovaikutuksesta (Saari 2002.)

Haastatteluun osallistuvien henkilöllisyys ei tule ilmi opinnäytetyössämme.

Kiitos osallistumisesta!

Haastattelu teemat:

- 1 Mitä asioita huomioit potilaan terveydentilasta?
- 2 Mitä tekijöitä huomioit potilaan työ- ja taloudellisesta tilanteesta?
- 3 Mitä asioita huomioit potilaan kasvuoloista, ihmissuhteista, nykyperheestä, sekä asumisesta?
- 4 Mitä asioita huomioit potilaan tulevaisuuden suunnitelmista ja voimavaroista?
- 5 Mitä seikkoja huomioit potilaan sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluiden käytöstä?
- 6 Miten huomioit avohoidossa ilmenneitä tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan kotona pärjäämiseen?

Analyysitaulukko

Esimerkkejä ta- pauskohtaisen työ- ryhmän ilmauksista	Käsiteluokka	Alateema	Teema
<i>"Varmaan niinkun tässä tapauksessa kivut, kipu tulee esille aina tavalla tai toisella."</i>	Kipu	Somaattiset sairau- det	Potilaan terveydenti- la
<i>"Psyykkisen terveyden osalta masentuneisuutta ja mielialan ailahtelevai- suutta huomioidaan"</i>	Masentuneisuus, mie- lialan ailahtelevaisuus	Psyykinen tervey- dentila	Potilaan terveydenti- la
<i>"Nyt tänä keväänä on tämmösenä niinku uh- kakavana tullu se, että jos syystä tai toisesta ottaa niinku hengenvaa- rallisen määrän lääkkeitä, niin saattaa kuolla."</i>	Huomioidaan uhka- kuvia, joiden potilas kokee vaikuttavan tulevaisuuteensa	Potilaan määrittele- mänä mahdollinen elämänalue, jonka suhteen hän kokee tulevaisuutensa epä- varmaksi tai uhkaa- vimmaksi	Potilaan tulevaisuu- den suunnitelmat ja voimavarat
<i>"Tämän ihmisen kohal- la kun ne tilanteet muut- tuu et, välillä nykyperhe on mies ja poika ja välil- lä se on sitten äiti ja asuinpaikkakin vaihtuu mielialojen mukkaan."</i>	Kartoitetaan muutok- set asuinpaikassa ja olosuhteissa	Muutokset asumi- sessa	Potilaan kasvuolot, nykyperhe ihmissuh- teet ja asuminen

Kainuun maakunta -kuntayhtymä
Sosiaali- ja terveystoimi

HAKEMUS / LUPA
Ylihoitajan myöntämä lupa opinnäytetyölle/
hoitotieteelliselle tutkimukselle

00.00.0000

Opiskelijan/opiskelijoiden nimet Riikka Lappalainen Jonna Heikkinen		
Oppilaitos Kajaanin AMK	Koulutusohjelma /suuntautumisvaihtoehto Hoitotyönkoulutusohjelma/mielenterveystyö	
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Tuloarvion toteutumisen selvittäminen aikuisten mielentervey palveluissa Kainuun maakunta kuntayhtymässä		
Mihin tulosalueen/ vastuualueen/ yksikön kehittämishankkeeseen opinnäytetyö / tutkimus liittyy Aikuisten mielenterveyspalvelut		
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta Tavoitteena on edistää potilaan hoidon kehittämistä Kainuun maakunta kuntayhtymän aikuisten mielenterveyspalveluissa. Tarkoituksena on kartoittaa kuinka tuloarvion tekeminen tapahtuu ja huomioidaanko tuloarviokeskustelussa potilas ja hänen elämäntilanteensa kokonaisvaltaisesti. Tarkoituksenamme on myös selvittää kuinka tuloarviotilanteessa huomioidaan ja hyödynnetään avohoidossa saatu tieto potilaan hoidosta ja hänen elämäntilanteestaan.		
Opinnäytetyön / tutkimuksen aikataulu 1.9.2007-20.11.2008		
Kustannuksista vastaa		(pvm ja nimi)
<input type="checkbox"/> Opiskelija / tutkija <input type="checkbox"/> Tulosalue /vastuualue/ tuloksyksikkö, josta sovittu kanssa		
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi		Raportoinnin ajankohta
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyö toimitetaan ylihoitajalle <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä pidetään osastokokous <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä		11/09
Työryhmä		
Oppilaitos	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
		
Yksikkö / terveysasema	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
	 Riikka Lappalainen	044-7970190
	Osastonhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
	- - -	
Pvm ja allekirjoitus (hakija / hakijat)		
29.5.2008 Riikka L. 29.5.2008 Jonna Heikkinen		

Päätös

- Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään hakemuksen mukaisesti
- Hakemus palautetaan täydennettäväksi seuraavin muutoksin (lisätillaa kääntöpuolella)
- Hakemus hylätään, miksi _____
- Ei Johtoryhmäkäsittelyä Anomus hyväksytty johtoryhmässä Anomus hylätty johtoryhmässä

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta



Kainuun maakunta -kuntayhtymä
Sosiaali- ja terveystoimi

HAKEMUS / LUPA

Ylihoitajan myöntämä lupa opinnäytetyölle/
hoitotieteelliselle tutkimukselle

00.00.0000

Pvm ja allekirjoitus

27.5.2008

Kopio myönnetystä luvasta liitteineen lähetetään tulosyksikön osastonhoitajalle ja hallintoylihoitaja Helena Heikkiselle (Sotkamontie 13 Rivitalo B 6, 87140 Kajaani)

7.3.2005