

Hannu Mikkola

HOITAJIEN KOKEMUKSIA VASTUUTASOJÄRJESTELMÄSTÄ
AVOKUNTOUTUSOSASTOLLA

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

HOITAJIEN KOKEMUKSIA VASTUUTASOJÄRJESTELMÄSTÄ AVOKUNTOUTUSOSASTOLLA

Mikkola, Hannu
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Joulukuu 2011
Ohjaaja: Pirilä, Ritva
Sivumäärä: 36
Liitteitä: 8

Asiasanat: vastuutasojärjestelmä, struktuuri, skitsofrenian kuntoutus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyöntekijöiden kokemuksia vastuutasojärjestelmän soveltamisesta psykiatristen kuntoutuspotilaiden hoitomuotona Turun psykiatrian avokuntoutusosasto A8:lla. Tarkoituksena oli selvittää, miten käytössä oleva vastuutasojärjestelmän sovellus edesauttaa psykiatristen potilaiden kuntoutumista, mitä mahdollista kehitettävää siinä on ja mitä mieltä hoitohenkilökunta on vastuutasojärjestelmän käytöstä. Tutkimus oli kvalitatiivinen ja se toteutettiin kolmeen avoimeen kysymykseen vastaamalla. Tutkimusryhmän muodostivat Turun psykiatrian avokuntoutusosasto A8:n hoitotyöntekijät (N=11). Kaikki hoitotyöntekijät vastasivat tutkimukseen.

Merkittävä osa tutkimukseen osallistuneista hoitotyöntekijöistä oli sitä mieltä, että vastuutasojärjestelmän ideologia ”struktuuri, ennustettavuus ja säännöt” edistivät psykiatristen potilaiden kuntoutumista. Hoitomallissa tapahtuva vastuunsiirto potilaille koettiin oikeudenmukaisena. Potilaiden arjenhallinnan kehittymisen koettiin edistävän heidän kuntoutumistaan ja parantavan vuorokausirytmää.

Ongelmallisimmaksi koettiin tilanne, jossa henkilökunta ei ole sitoutunut vastuutasojärjestelmän päivittäisten toimintojen seurantalomakkeen käyttöön. Myös potilaiden kyky ”luovia” vastuutasojärjestelmässä ylös ja alaspäin koettiin ongelmana. Vastuutasojärjestelmän soveltaminen koettiin hankalana kaksoisdiagnoosin ja epävakkaan persoonallisuushäiriön omaavien potilaiden kanssa, koska heillä ilmeni sääntöjen rikkomista ja poikkeamista sovitusta asioista.

Hoitotyöntekijät kehittäisivät käytössä olevaa vastuutasojärjestelmän sovellusta päivittämällä käytössä olevaa päivittäisten toimintojen seurantalomaketta. Lisäksi he kokivat seurantalomakkeen käytön jääneen vähäiseksi ja sitä tulisi jatkossa ottaa aktiivisemmin osaksi potilaiden kuntoutusta. Myös potilaiden saamat seurantalomakkeen merkinnät tulisi käydä läpi potilaiden kanssa nykyistä aktiivisemmin.

Tässä tutkimuksessa keskityttiin hoitohenkilökunnan näkökulmaan vastuutasojärjestelmästä. Jatkotutkimusaiheena tälle opinnäytetyölle voisikin olla selvittää potilaiden näkemyksiä vastuutasojärjestelmän sovelluksesta ja sitä, miten he kehittäisivät käytössä olevaa sovellusta.

NURSE'S EXPERIENCES IN USE OF PRIVILEGE LEVEL –BASED SYSTEM IN A REHABILITATION UNIT FOR ADULT PSYCHIATRIC PATIENTS

Mikkola, Hannu

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

December 2011

Supervisor: Pirilä, Ritva

Number of pages: 36

Appendices: 8

Keywords: privilege level –based system, structure, schizophrenia rehabilitation

The purpose of this thesis was to study nurse's experiences in use of the privilege level –based system as method of cure at the rehabilitation unit A8 for adult psychiatric patients in the Turku psychiatry. The aim was to discover, how the use of privilege level –based system was helping the rehabilitation of psychiatric patients, what possible things it had to be improved and what nurse's thought about the use of privilege level –based system. This research was executed by a qualitative way and it was carried out by answering three open questions. The research group was formed by nursing personnel of the rehabilitation unit A8 for adult psychiatric patients. The group consisted of 11 nurses, which all of them responded the research.

Most of the respondents indicated that the ideology of the privilege level –based system "structure, predictability and rules" improved on the rehabilitation of the psychiatric patients. The transference of responsibility for the patients in the system was experienced to be righteous. The improvement of the day-to-day chores among the patients was experienced to help the progress of rehabilitation and enhancing the circadian rhythm.

The situation when the nursing personnel was not committed in the use of the surveillance form of the day-to-day chores in the privilege level –based system was discovered to be problematic. Also the patient's ability to proceed up and downwards in the system was found troublesome.

The privilege level –based system was found difficult to apply among patients with emotionally unstable personality or the dual diagnosis because of the violation of rules or straying off of generally agreed things.

The nursing personnel would improve the application of the privilege level –based system by updating the surveillance form of day-to-day chores. They experienced that the use of the form was decreased and in the future it should be taken more in part of the rehabilitation progress of the patients. Also the markings the patients receive on the form should be undergone with the patients more active than in present.

In this study the point of view was among the nursing personnel. In the future it would be interesting to study the patient's opinions of the use of privilege level –based system and how they would improve it.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	SKITSOFRENIA SAIRAUTENA JA SEN HOIDON SEKÄ KUNTOUTUKSEN HISTORIA JA TUTKIMUS SUOMESSA	7
2.1	Skitsofrenia	7
2.2	Skitsofrenian hoidon sekä kuntoutuksen historia ja tutkimus Suomessa	8
3	VASTUUTASOJÄRJESTELMÄ	10
3.1	Struktuuri ja palaute vastuutasojärjestelmässä.....	11
3.2	Vastuutasojärjestelmä ja sosiaalinen oppiminen	12
4	TUTKIMUKSIA AIHEESTA	13
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA.....	16
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	17
6.1	Kysymysten laatiminen.....	17
6.2	Kohdeorganisaatio.....	18
6.3	Tutkimusaineiston kerääminen	20
6.4	Tutkimusaineiston analysoiminen.....	20
7	TUTKIMUSTULOKSET	21
7.1	Vastuutasojärjestelmän positiiviset puolet psykiatristen kuntoutuspotilaiden hoitomuotona	22
7.2	Vastuutasojärjestelmän negatiiviset puolet psykiatristen kuntoutuspotilaiden hoitomuotona	24
7.3	Käytössä olevan vastuutasojärjestelmän sovelluksen (vaihekaavake- ja seuranta) kehittämisehdotukset.....	27
8	POHDINTA.....	29
8.1	Tulosten tarkastelu	29
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	31
8.3	Tutkimuksen eettisyys.....	33
8.4	Jatkotutkimusaiheet.....	34
	LÄHTEET	35

LIITTEET

Liite 1: Tutkimuslupa-anomus

Liite 2: Saatekirje

Liite 3: Tutkimuskysymykset

Liite 4: Siivousviikon tehtävät

Liite 5: Ruokasaliviikon tehtävät

Liite 6: Kurssiviikon ohjelma

Liite 7: Vastuutasojärjestelmän loma oikeudet

Liite 8: Päivittäisten toimintojen seurantalomake

1 JOHDANTO

Psykiatrasta sairaalahoitoa Suomessa on kohdannut suuret muutokset viimeisten vuosikymmenien aikana. Vuosien 1980 -1996 aikana psykiatrisia sairaalapaikkoja vähennettiin yhteensä 63 %. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2001 antaman laatusuosituksen mukaan mielenterveysongelmien hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoitona. Kaikessa hoidossa pyritään kuntouttavaan otteeseen ja kuntoutuksen tavoitteina on edistää itsenäistä suoriutumista, työ- ja toimintakykyä, omien tavoitteiden löytämistä ja toteutumista sekä yhteiskunnan toimintaan osallistumista. Tavoite avohoitopainotteisesta hoidosta näkyy myös sairaaloiden kuntoutusohjelmissä. (Saiho 2002, 2.)

Vuonna 2008 eduskunnan oikeusasiamies Paunio suorittamalla tarkastuksella Harjavallan sairaalaa kävi ilmi, että kuntoutusosastolla 25 käytössä olleen vaihekuntoutusjärjestelmän sisältämät rajoitukset olivat ongelmallisia mielenterveyslain kannalta. Hoidossa käytetyt potilaan omaisuuteen, liikkumisvapauteen ja yhteydenpitoon liittyneet rajoitukset olivat mielenterveyslain vastaisia siltä osin, kun ne olivat laissa säädettyjen edellytysten sijasta perustuneet osaston omiin sääntöihin. Oikeusasiamiehen pyynnöstä Sosiaali- ja terveysministeriön valvontavirastolle (Valvira) Harjavallan sairaalasta annetun selvityksen pohjalta valvontavirasto antoi lausunnon, jonka mukaan sairaalan osastolla 25 toteutettu vaihekuntoutushoito oli lähtökohtaisesti asianmukainen hoitokäytäntö valikoitujen, motivoituneiden ja vapaaehtoisesti hoitoon sitoutumaan kykenevien potilaiden hoidossa. Sen sijaan sairaalassa oli menetelty lainvastaisesti, kun hoitoa oli toteutettu tahdosta riippumattoman hoidon aikana. Edellisen lausunnon jälkeen Harjavallan sairaalasta ilmoitettiin sairaalan luopuneen vaihekuntoutuksen toteuttamisesta siinä muodossa, kuin sitä aiemmin oli toteutettu tahdosta riippumattoman hoidon aikana. (Eduskunnan oikeusasiamies Petri Jääskeläisen päätös 17.8.2010.)

Aloitettuani työskentelyn Turun psykiatrian avokuntoutusosasto A8:lla vastuutasojärjestelmä herätti mielenkiintoni, koska osaston kuntouttava hoitomalli perustuu edellä mainitun Harjavallan sairaalassa käytössä olleen esimerkin tavoin vaihekuntoutukseen. Olen ollut lisäksi mielenterveys- ja päihdehoitotyön harjoittelussa Tam-

pereen Sopimusvuori ry:n Klubitalolla, joka on osa Sopimusvuori ry:n porrasteista kuntoutusjärjestelmää.

2 SKITSOFRENIA SAIRAUTENA JA SEN HOIDON SEKÄ KUNTOUTUKSEN HISTORIA JA TUTKIMUS SUOMESSA

2.1 Skitsofrenia

Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisiällä alkava, psykoosiksi luokiteltu vakava mielenterveyden häiriö. Se on eräs haastavimmista ja vaikeimmista ihmiskuntaa kohtaavista sairauksista, jonka tausta on todennäköisesti monitekijäinen ja vielä puutteellisesti tunnettu. Skitsofrenia vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Sille tyypillisiä oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus sekä ns. negatiiviset oireet, kuten tunteiden latistuminen, puheen köyhtyminen ja tahdottomuus. Skitsofreniapotilaalla on vaikeuksia ajatella luovasti, ylläpitää läheisiä ihmissuhteita sekä ilmaista selvästi omia ajatuksia ja sellaisia keskeisiä tunteita kuin pelkoa ja rakkautta. Skitsofreniapotilaan elämysmaailmaan voivat kuulua pelottavina kokemuksina vieraat, mieleen työntyvät äänet, ulkoiset uhat ja vieraat voimat. Skitsofrenialle on aina pidetty tunnusomaisena mielen toimintojen kokonaisuuden pirstoutumista. (Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen & Partonen 2006, 57.)

Skitsofrenian diagnostiikka perustuu oireisiin ja oireilun kestoon. Vuonna 1995 suomeksi ilmestynyt ICD-10-järjestelmän mukainen diagnostiikka erottelee skitsofrenian yleiset kriteerit, alatyypit ja lisämääreet. Yleisessä osassa tuodaan esille skitsofrenialle tyypillisten oireiden esiintymistä koskevia ehtoja, oireiden kestoon liittyvä kuukauden minimivaatimus ja mielialahäiriöihin, elimellisiin aivosairauksiin sekä alkoholin tai päihteiden käyttöön liittyvien diagnoosien poissulkevat kriteerit. Nykyisin skitsofrenia jaetaan alatyyppeihin, joita ovat paranoidinen, hebefreeninen, katatoninen, erilaistumaton, residuaalinen ja erityisosatekiäjätön skitsofrenia sekä skitsofrenian jälkeinen masennus, muu määritetty tai määrittämätön skitsofrenia. Skitsofreni-

an alatyypit eroavat paitsi oireiden myös sairastumisiän, oireiden esiintulon ja sairauden ennusteen suhteen. (Nordling 2007, 22.)

2.2 Skitsofrenian hoidon sekä kuntoutuksen historia ja tutkimus Suomessa

Kuntoutus tähtää fyysisesti tai psyykkisesti vammautuneen psykofyysisen toimintakyvyn säilyttämiseen tai parantamiseen sekä elämisen laadun kohottamiseen. Kuntoutus kohdistuu sekä toimintaan että kokemiseen. Psyykkiselle tai psykososiaaliselle kuntoutukselle voidaan määrittää seuraavat kuusi tavoitetta: haitallisten tapojen ja tottumusten väheneminen, toiminnan viriäminen tai lisääntyminen, uusien taitojen omaksuminen, myönteisten ja/tai realistisen minäkäsityksen tai asenteiden omaksuminen, elämisen laadun paraneminen ja elämän mielekkyyden lisääntyminen. (Sariola & Ojanen 1997, 285 – 286.)

Vuoden 1952 mielisairaslain mukaisesti psykiatristen sairauksien hoito Suomessa oli keskittynyt silloisissa mielisairaanhoidopiireissä A- ja B-sairaaloihin. Akuuttihoitoa vaativat potilaat hoidettiin A-sairaaloissa ja B-sairaaloissa pitkäaikaisessa hoidossa olevia potilaita. Pienen potilasvaihtuvuuden B-sairaaloita rakennettiin paljon, mitä pidettiin keskeisenä syynä sairaansijojen nopeaan kasvuun ja sairaaloiden täyttymiseen pitkäaikaispotilaista. Tuolloista B-sairaaloiden hoitoidologiaan kuvasi termit säilyttävä hoito ja laitostaminen, potilaista käytettiin yleisesti termiä hoidokki tai kroonikko. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 70.)

Sosiaalipsykiatrisen suuntauksen vahvistuminen 1960-luvulla ja englantilaisten, yhdysvaltalaisien ja hollantilaisten tutkijoiden tuolloin virittämä optimistinen käsitys skitsofreniapotilaiden kuntoutumisen ja laitostumisen estämisestä aktivoi myös Suomessa skitsofrenian hoidon ja kuntoutuksen tutkimusta. (Nordling 2007, 19). Sosiaalipsykiatria on tieteenala, joka sijoittuu lääketieteen ja sosiaalitieteiden välimaastoon. Ensimmäisen kerran sanaa sosiaalipsykiatria käytettiin sata vuotta sitten, jolloin kehittyvä sosiaalipsykiatria näkyi ensi kerran käytännössä psykiatrisen hoidon kohentamisessa ja avohoidon tärkeyden korostamisessa. Jo 1700 -1800-luvuilla alettiin kiinnittää huomiota psykiatristen potilaiden epäinhimillisen aseman kohentamiseen, tuolloin hoito oli lähinnä psykiatristen potilaiden eristämistä muusta yhteiskunnasta.

Vielä 1900-luvun alussa psykiatria oli erillään muusta lääketieteestä ja mielisairaalat sijaitsivat kaukana asutuskeskuksista. Toisen maailmansodan jälkeen sosiaalipsykiatria laajeni voimakkaasti ja 1950-luvun alkupuolella kehitetyt ensimmäiset neuroleptit mahdollistivat psykiatrisen avohoidon tehokkaan toteutumisen. (Joukamaa 2005.)

Sopimusvuori ry:n kehittämistyöhön liittyy merkittävä skitsofrenian kuntoutuksen tutkimusperinne Suomessa, joka sai alkunsa Pohjois-Hämeen mielisairaanhoidopiirissä vuonna 1967 tehdystä psykiatristen sairaalapotilaiden työkuuntoisuutta selvittäneestä tutkimuksesta. Sama tutkijaryhmä laati myös selvityksen kotisairaanhoidoa koskien ja nämä kaksi tutkimusta yhdessä antoivat sysäyksen palvelujärjestelmien kehittämiseen ja myös Sopimusvuori ry:n syntyyn. Sopimusvuori ry:n porrasteinen kuntoutusjärjestelmä oli skitsofreniapotilaiden kuntoutuksen mallina monissa mielisairaanhoidopiireissä 1980-luvulla. (Nordling 2007, 20.) Porrasteisessa kuntoutusjärjestelmässä itsenäisen elämän taitoja harjoitellaan vähitellen edeten. Kuntoutus lähtee siitä kehitysvaiheesta ja taitotasosta, jolla asiakas on. Porrasteisuuden tulee olla kehitystä tukeva, mutta riittävän matala. Sen tulee myös sallia taantumiset voinnissa ja olla joustava. Hyvään ja yksilölliseen hoitosuhteeseen perustuen toteutuu yhdessä tekemisen, opetuksen ja ohjauksen menetelmät, jolloin asiakas ei opettele taitoja ulkoa tai kiltteyttään, vaan kasvaa vastuuseen ja itsenäisyyteen. (Iija, Almqvist & Kiviharju-Rissanen 1996, 134.)

Mielenterveyspolitiikan tavoitteena 1980-luvulla oli hallittu laitosten pienentäminen, avohoidon kehittäminen ja toimintatapojen muutos. Vuonna 1981 käynnistyi valtakunnallinen skitsofrenian kuntoutuksen kehittämisohjelma, jonka päätavoitteina olivat skitsofreniapotilaiden uuskuonistumisen vähentäminen, vanhojen skitsofreniaa sairastavien pitkäaikaispotilaiden avohoitoon kuntouttamisen tehostaminen ja avohoidon ja sitä tukevien toimintojen laadullinen ja määrällinen kehittäminen siten, että avohoito kykenee suoriutumaan kahden ensimmäisen tavoitteen aiheuttamista lisävelvoitteista. (Nordling 2007, 20.) Vuosina 1983 -1989 ohjattiin valtakunnallisen suunnitelman kautta erikoissairaanhoidon resursseista psykiatriseen avohoitoon kiintiöity osuus, mikä ei ratkaisevasti ehtinyt korjata tilannetta, vaikka avohoitoon suunnatut voimavarat kaksinkertaistuivat (STAKES 2006). Psykiatrisessa avohoidossa vuonna 1982 oli 2,5 työntekijää 10 000 asukasta kohti, mutta vuoteen 1992 mennessä luku oli kaksinkertaistunut 5,2:een työntekijään. Vuoden 1992 jälkeen avohoidon

resurssikehitys on pysähtynyt ja paikoin jopa taantunut, vaikka lisääntyneillä resursseilla vuoteen 1992 mennessä ei oltu kyetty edes täysin vastaamaan sairaalakapasiteetin voimakkaaseen supistumiseen. Lisäksi laman aikana ja jälkeen tapahtuneet sairaanhoitokustannusten leikkaukset näyttävät kohdistuneen voimakkaampina psykiatrisiin palveluihin kuin somaattisen sairaanhoidon palveluihin. (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000, 20.)

Sairaalasta kotiutetut skitsofreniapotilaat – projekti eli SKS – projekti oli 1990-luvun merkittävin skitsofreniapotilaiden hoitotuloksia ja elämänvaiheita selvittelevä tutkimushanke, joka kohdistui 20:ssä mielisairaanhuolto- tai sairaanhoitopiirissä vuosina 1982, 1986, 1990 ja 1994 psykiatrisista sairaaloista kotiutettuihin 15–64 –vuotiaisiin skitsofreniapotilaisiin. Projektissa pyrittiin selvittämään, miten psykiatristen sairaalapaikkojen nopea väheneminen vaikutti skitsofreniapotilaiden hoito- ja elämäntilanteeseen ja millaisia alueellisia eroja potilaiden hoito- ja elämäntilanteessa oli. Tulosten mukaan potilaat olivat 1990-luvulle tultaessa kotiutettaessa aiempaa huonommassa kunnossa. (Nordling 2007, 21.)

3 VASTUUTASOJÄRJESTELMÄ

Vastuutasojärjestelmä on hoito-ohjelma, jossa potilaan oikeudet ja vapaudet ovat yhteydessä siihen, millä tavoin ja minkä verran potilas on valmis ottamaan vastaan ja osoittamaan toiminnallista ja sosiaalista vastuuta sekä käyttäytymisensä että hoito-yhteisössä sovittujen tehtävien suorittamisessa (Nordling 2007, 74). Vastuutasojärjestelmä on tarkoitettu erityisesti pitkäaikaista skitsofreniaa sairastaville, mutta myös muilla tavoin häiriintyneille potilaille, joiden keskeisenä ongelmana ovat aikuisuuden, vastuullisuuden ja säännöllisen päivärytmin puutteellisuus (Vuorinen 1997, 25). Oikeuksien ja vapauksien lisääminen edellyttää entistä suurempaa vastuun saantia. Käytännössä vastuutasojärjestelmässä potilaiden oikeudet ja velvollisuudet on jaoteltu eri tasoihin, joiden määrä riippuu käytössä olevasta hoito-ohjelman sovelluksesta. Eri vastuutasojen kriteerit on tarkkaan määritelty ja ne koskevat yleensä kaikkia hoito-ohjelmassa olevia potilaita. Tasoja voidaan nimittää myös vaiheiksi, portaiksi tai

askeliksi. Vastuutasojärjestelmän tavoitteena on mahdollisimman suuri oikeudenmukaisuus. (Nordling 2007, 74 - 75.)

Vastuutasojärjestelmässä on tarkasti eritelty potilaiden aktiivisuuteen ja käyttäytymiseen liittyvät odotukset, joten he tietävät, minkälainen käyttäytyminen ja toiminta johtavat etenemiseen vastuutasolta toiselle ja, mitä seurauksia odotuksiin vastaaminen tai vastaamatta jättäminen heille tuottaa. Näin potilas pystyy itse valinnoillaan vaikuttamaan siihen, miten hänen hoitonsa ja kuntoutuksensa etenevät. Hoitohenkilökunta on velvollinen opastamaan ja ohjaamaan potilaita, mutta myös valvomaan potilaskohtaisesti käyttäytymistä ja toimintaa. Havainnot kirjataan sovitun käytännön mukaisesti. Potilaalla on aina oikeus nähdä itseään koskevat kirjaamiset, joiden perusteella tapahtuu vastuutasolta toiselle siirtyminen. (Nordling 2007, 74 – 75.)

3.1 Struktuuri ja palaute vastuutasojärjestelmässä

Hoidon ja kuntoutuksen struktuuri on vastuutasojärjestelmässä keskeinen skitsofreniapotilaan kuntoutumiseen vaikuttava tekijä. Se muokkaa hoitoyhteisön toimintakulttuuria tehokkaasti. Ympäristön sosiaaliseen rytmiin mukautuminen luo usein suuria vaikeuksia skitsofreniapotilaille, minkä vuoksi toimintojen ajallinen strukturointi päiväohjelman muotoon on tärkeä psykososiaalisen hoidon osa. Viikko-ohjelma on vastuutasojärjestelmässä hyvin säännöllinen ja yleensä tiivis. Potilaiden odotetaan osallistuvan yhteisön tehtävien hoitoon sekä toimintoihin ja ryhmiin, joita ohjelmassa on paljon. Henkilökohtaisen kuntoutussuunnitelmien avulla pyritään toteuttamaan yksilöllisyyttä niin, että kuntoutuja on suunnitelmaa työstävässä hoitotiimissä mukana. (Nordling 2007, 77.)

Palautestruktuuri on vastuutasojärjestelmässä keskeinen struktuurin muoto. Toiminnasta saadun palautteen perusteella voidaan arvioida toiminnan tarkoituksenmukaisuutta tavoitteiden kannalta. Palaute on informaatioarvoltaan suurempi silloin kuin se positiivista, koska se sisältää tiedon siitä, miten tavoitteen saavuttamiseksi tulee toimia. Negatiivinen palaute taas kertoo vain sen, ettei tietty toiminta johda tavoitteisiin. Oppimista ohjaavana negatiivinen palaute voi toimia tehokkaasti, kun siihen liitetään informaatio siitä, miten pitää toimia tai mitä toiminnassa pitää muuttua, jotta

tavoitteeseen päästään. Itsetunnon vahvistamisen tai heikkenemisen prosessissa on oleellista yksilön oma tulkinta saamastaan palautteesta, jonka takia on tärkeää keskustella kuntoutujan kanssa siitä, miten hän on saamaansa palautteen ymmärtänyt. (Nordling 2007, 77- 78.)

Palautteita annetaan vastuutasojärjestelmässä paitsi verbaalisesti, mutta usein myös symbolisesti. Plus-merkintää voidaan käyttää positiivisen palautteen symbolina ja miinus-merkintää negatiivisen palautteen symbolina kuvattaessa potilaan toimintaa ja käyttäytymistä strukturoiduissa dokumenteissa. Tämä mahdollistaa tiettyjen ajanjaksojen sisällä tapahtuvan arvioinnin. Vastuutasojärjestelmän eri tasoilla etenemisen kriteerit on yleensä sidoksissa positiivisten ja negatiivisten palautteiden määrään tietynä ajanjaksona. Millä vastuutasolla potilas kulloinkin on, vaikuttaa suoraan hänen vapauksiinsa ja velvollisuuksiinsa sekä yleensä myös häntä koskeviin hoidollisiin päätöksiin. (Nordling 2007, 79.)

Kirjatut normit koskevat yhteisössä kaikkia tasa-arvoisesti ja niistä selviää, mitä seuraa, jos toiminta ei ole normien mukaista. Strukturoivan vaikutuksen saamiseksi normien tulee olla yleisesti tunnettuja ja kirjattuja, realistisia ja mahdollisia toteuttaa sekä kohtuullisilla ja erityisesti oikeudenmukaisilla seuraamuksilla vahvistettuja. Henkilökunnalta edellytetään täydellistä sitoutumista normeista kiinni pitämiseen ja palautteiden antamiseen. Yhdenmukaisen menettelytavan puuttuessa ohjelma menettää tehonsa ja kuntoutujien mielikuvat hoitajista jakautuvat näkemykseen hyvistä ja pahoista hoitajista. (Nordling 2007, 77 – 78.)

3.2 Vastuutasojärjestelmä ja sosiaalinen oppiminen

Vastuutasojärjestelmässä hyödynnetään sosiaalisen oppimisen prosesseja monin tavoin. Siinä opetellaan asioita ja toimintaa konkreettisen tekemisen avulla, mikä kompensoi kuntoutujien mahdollisia kognitiivisia puutteita, ei teoreettisesti opiskellen. Kuntoutujat oppivat paitsi ohjaajan mallista myös toisilta kuntoutujilta. Sijais- ja vertaismalleilla on ryhmäytymisprosessin välityksellä tunnearvoa enemmän kuin persoonattomilla malleilla. Vaiheittain etenevä kuntoutus vaatimustasoa nostamalla antaa mahdollisuuksia oppimiskokemusten saamiseen alusta alkaen ja lisääntyvät va-

paudet lisäävät opittujen asioiden funktionaalista arvoa. Toistamalla opeteltavia asioita ja toimintoja ohjelman struktuurin puitteissa senkin jälkeen, kun ne on opittu, vahvistaa niiden muistiin painumista ja muuntamista toiminnallisiksi skeemoiksi ensin tutussa osastoympäristössä ja myöhemmin ympäristöissä, joihin kuntoutujan toiminnan harjoittelua siirretään kuntoutumissuunnitelman mukaisesti. Lisäksi ohjaavan palautteen jatkuva saaminen eri tilanteissa vahvistaa hyödyllisten skeemojen syntymistä. (Nordling 2007, 81 – 82.)

4 TUTKIMUKSIA AIHEESTA

Ainassaaren ja Ainassaaren (2009, 16 - 19) opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia vastuutasojärjestelmästä ja siitä, mitä ja miten hoitajat olivat vastuutasojärjestelmästä heille kertoneet. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää hoitajien näkemyksiä vastuutasojärjestelmän toimivuudesta sekä siihen kuuluvan seurantakaavakkeen käytöstä. Potilailta (N=5) aineisto kerättiin teemahaastattelulla ja kuntoutusosaston hoitohenkilökunnalta, joka koostui sairaanhoitajista (N=4) ja mielenterveys- tai lähihoitajista (N=13), aineisto kerättiin kirjallisena vastaamalla neljään avoimeen kysymykseen. Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen.

Tutkimuksessa ensimmäisenä tarkastelun kohteena oli potilaiden kokemukset siitä, mitä ja miten henkilökunta oli kertonut heille vastuutasojärjestelmästä. Tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat saaneensa tietoa vastuutasojärjestelmästä melko pian osastolle tultuaan. Myös vastuutasojärjestelmän merkinnöistä ja seuraamuksista oli saatu tietoa, mutta ei niiden merkityksestä heidän kuntoutuksessaan. Potilaiden kokemuksista nousi esille hoitajien eritasoinen vallankäyttö, mikä näkyi esimerkiksi merkintöjen antamisessa seurantakaavakkeelle. Seurantakaavakkeen potilaat kokivat turhan tiukaksi ja pikkutarkaksi, mutta silti he kokivat vastuutasojärjestelmän auttaneen heitä jonkin verran kuntoutuksessa. (Ainassaari & Ainassaari 2009, 31 – 32.)

Hoitajista suurin osa koki vastuutasojärjestelmän olevan potilaan kuntouttamista, ymmärtämistä ja oppimista elämään yhteiskunnan normien tavoin. Vastuutasojärjes-

telmän avulla rajojen asettamista pidettiin selkeänä, mitä pidettiin hyvänä potilaan psyykkiselle voinnille. Myös vastuun siirto potilaalle tapahtui onnistuneesti. Hoitajista osa koki vastuutasojärjestelmän olevan suurimmalle osalle potilaista merkityksellisen ja liian vaativa. Myös hoitajat kokivat vastuutasojärjestelmän huonona puolena vallankäytön. Sen koettiin näkyvän enimmäkseen merkintöjen ja oikeuksien antamisessa potilaalle sekä oikeudenmukaisuuden puuttumisena potilaiden hoidossa. (Ainassaari & Ainassaari 2009, 32 - 33.)

Nordlingin (2007, 112) väitöstutkimuksessa selvitettiin Seinäjoen keskussairaalan osasto T9:n vastuutasojärjestelmässä hoidettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumista, hoito- ja kuntoutuspalveluiden käyttöä ja kuntoutumisreittejä sekä potilaiden elämäntilannetta, elämänmuutoksia ja psykososiaalista hyvinvointia. Tavoitteena oli myös selvittää, oliko skitsofreniapotilaan kuntoutumisella vastuutasojärjestelmässä yhteyksiä siihen, mitä hänen elämässään tapahtui vastuutasokuntoutuksen päättymisen jälkeen.

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat kaikki Seinäjoen keskussairaalan osasto T9:n kuntoutusohjelmaan tulleet skitsofreniapotilaat ajankohdalla 21.1.1985 – 31.12.1991. Tutkimuksen kohderyhmän alkuperäisestä 126 potilaasta valikoitui 105 potilasta tutkimusryhmään, jotka osallistuivat seurantahaastatteluun. Alkuperäisen kohderyhmän potilaista 15 (12 %) kuoli, elossa olevista kolme kieltäytyi haastattelusta ja kahta potilasta ei tavoitettu, lisäksi yksi kohderyhmään kuuluvista oli kuuromykkä. (Nordling 2007, 119.)

Noin puolet kuntoutujista menestyi kuntoutusohjelmassa erinomaisesti tai hyvin. Vastuutaso-ohjelmassa menestyminen oli todennäköistä, jos potilas oli motivoitunut ja käyttäytyi sosiaalisesti riippumatta siitä, mikä oli hänen toimintakykynsä. Suuria esteitä kuntoutumiselle muodostivat tulosten perusteella herkkyys väkivaltaiseen käyttäytymiseen ja kroonistuminen. Kuntoutujien aktiivisuuden ja toimintakyvyn paraneminen sekä hyvä tai erinomainen menestyminen vastuukuntoutuksessa näkyivät psykiatrisen sairaalahoidon vähenemisenä. (Nordling 2007, 7-8.)

Saihon (2006, 2) pro gradu – tutkielmassa selvitettiin psykiatristen kuntoutujien koherenssin tunnetta ja coping -keinoja sekä näissä tapahtuvia muutoksia vastuutasojär-

jestelmään perustuvan kuntoutusohjelman aikana. Lisäksi tutkittiin stressin kokemista, sosiaalisen tuen riittävyyttä sekä toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella Seinäjoen keskussairaalan osastolla T9. Siihen osallistui 32 kuntoutujaa, joista 23 oli pitkällä hoitajaksolla ja yhdeksän oli jatkohoidossa lyhyellä kuntoutusjaksolla.

Tutkimustulosten mukaan hoitajaksolla olevien kuntoutujien koherenssin tunne ja toimintakyky kasvoivat hoitajakson aikana. Kuntoutusjaksolaisilla koherenssin tunteessa ei sen sijaan tapahtunut muutosta. Coping – keinoja käytettiin stressitilanteissa monipuolisesti. Muutosta coping - keinojen käytössä tapahtui hieman. Kaikki kuntoutujat arvioivat elämäntilanteensa stressaavaksi ja stressinsietonsa kohtalaisen herkäksi, niin alussa kuin lopussakin. Suurin osa kuntoutujista arvioi sosiaalisen tukensa riittäväksi. Tutkimustulosten mukaan kuntoutujissa tapahtui myönteistä muutosta niin sisäisessä kokemuksessa elämänhallinnan tunteen lisääntymisessä kuin myös konkreettisesti heidän toimintakyvyssään. Positiivista muutosta ilmeni myös huonosti sopeutumista ennustavien coping – keinojen vähenemisessä, jolloin voidaan ajatella, että vastuutasojärjestelmä vastasi kuntoutusohjelmille asetettuihin haasteisiin lisäämällä kuntoutujien elämänlaatua sekä toimintavalmiuksia. (Saiho 2002, 31 - 35.)

Tiuraniemi, Korpi-Anttila ja Leeste (2002, 3 - 4) tutkivat Turun Kupittaa sairaalan osastolla 68 (nykyisin A8) vuosina 1986 -1998 olleiden 176 potilaan kuntoutumista. Sairaalan psykologi ja kyseisen osaston osastonhoitaja arvioivat potilaiden sosiaalisia ja psyykkisiä taitojaan kuntoutuksen alkaessa ja päättyessä (kuntoutuspistemäärä). Varsinaiseen tutkimusryhmään valittiin hyvin kuntoutuneita (N=32), jotka kuntoutusjakson jälkeen olivat sijoittuneet kotiin tai vastaavaan itsenäiseen asumismuotoon ja, joiden kuntoutuspistemäärä oli hyvä. Näille valittiin vertailuryhmä satunnaisotannalla (N=27). Kieltäytymisten vuoksi lopullista tutkittavaa ryhmää laajennettiin seitsemällä ja vertailuryhmää samoin. Tutkimusryhmään tuli lopulta 10 kuntoutuspotilasta ja vertailuryhmään 15, lisäksi osastolta tutkittiin kahdeksaa potilasta. Aineisto kerättiin kyselylomakkeen ja haastattelun avulla, joiden rungon muodostivat erilaiset itsearviointilomakkeet ja mittarit, jotka oli muokattu tutkimukseen sopiviksi. Potilaiden sen hetkistä psykososiaalista suoriutumista arvioitiin kysymyksiin, jotka oli kehitetty sairaalan oman kuntoutuksen suunnittelun ja arvioinnin käyttöön kehitetyn lomakkeen pohjalta. Lisäksi potilaiden omia käsityksiä kuntoutuksestaan tutkittiin ky-

symyksillä, jotka perustuivat joiltakin osin Nordlingin (1992) vastaavissa tutkimuksissaan käyttämiin kysymyksiin, mutta enimmäkseen ne oli laadittu nimenomaan asianomaista tutkimusta varten.

Potilaista suurin osa (82 %) oli sitä mieltä, osastokuntoutus oli vaikuttanut myönteisesti vointiin. Potilaat arvioivat osastojakson jälkeen kykenevänsä itsenäisempään toimintaan ja he olivat oppineet elämäntaitoja osastojakson aikana. Lisäksi he arvioivat pystyvänsä ratkaisemaan paremmin ongelmatilanteita kuin ennen. Yli puolet haastatelluista potilaista arvioi luottavansa itseensä enemmän ja tulevan aikaisempaa paremmin toimeen muiden kanssa. (Tiuraniemi ym. 2002, 18.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksella on aina jokin tehtävä tai tarkoitus, joka ohjaa tutkimusstrategisia valintoja. Tutkimuksen tarkoitusta luonnehditaan yleensä neljän piirteen perusteella. Tutkimus voi olla kartoittava, selittävä, kuvaileva tai ennustava. Tiettyyn tutkimukseen voi kuitenkin sisältyä useampia kuin yksi tarkoitus ja tarkoitus voi myös muuttua tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 137 – 138.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitotyöntekijöiden kokemuksia vastuutasojärjestelmän soveltamisesta Turun psykiatrian avokuntoutusosasto A8:lla. Tarkoituksena on selvittää, miten käytössä oleva vastuutasojärjestelmän sovellus edesauttaa psykiatristen potilaiden kuntoutumista avokuntoutusosasto A8:lla, mitä mahdollista kehitettävää siinä on ja mitä mieltä hoitohenkilökunta on vastuutasojärjestelmän käytöstä. Tavoitteena on synnyttää uutta kokemuseräistä tietoa käytetyn hoitomallin soveltuvuudesta ja tuoda julki kehitysehdotuksia käytetyn sovelluksen tiimoilta. Näin ollen käytössä olevaa hoitomallia voidaan mahdollisesti kehittää.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Mitä positiivisia asioita koet vastuutasojärjestelmän sisältävän psykiatristen kuntoutuspotilaiden hoitomuotona?
2. Mitä negatiivisia asioita koet vastuutasojärjestelmän sisältävän psykiatristen kuntoutuspotilaiden hoitomuotona?
3. Miten kehittäisit käytössä olevaa vastuutasojärjestelmän sovellusta (vaihekaavake- ja seuranta)?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimusmenetelmän periaatteella. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Tutkimuksessa on otettava huomioon, että todellisuutta ei voi pirstoa mielivaltaisesti osiin. Tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan, ja onkin mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 161.)

6.1 Kysymysten laatiminen

Tutkimuksen aineistonkeruu tapahtui kysymys- ja vastauslomakkeilla, jossa oli esitetty kolme avointa kysymystä vastuutasojärjestelmään liittyen (LIITE 3). Kysymyksiä voidaan muotoilla monella tavalla ja tässä tutkimuksessa käytettiin avoimia kysymyksiä joissa esitetään vain kysymys ja jätetään tila vastausta varten (Hirsjärvi ym. 2009, 198). Avoimien kysymysten suosijat perustelevat valintaansa sillä, että avoimet kysymykset antavat vastaajalla mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessään, kun taas monivalintatyypiset kysymykset kahlitsevat vastaajan valmiiksi rakennettuihin vaihtoehtoihin. Avoimien kysymysten etuihin lukeutuu muun muassa niiden sallivuus vastaajalle ilmaista itseään omin sanoin. Valmiiden vastausehdotusten puuttuessa tutkimukseen osallistuvat voivat osoittaa aiheesta sen tietämyksen, mikä on keskeistä tai tärkeää vastaajien ajattelussa sekä vastaajien asiaan liittyvien tunteiden voimakkuuden. Avoimilla kysymyksillä mahdollistetaan

myös motivaatioon liittyvien seikkojen ja vastaajien viitekehyksien tunnistaminen. (Hirsjärvi ym., 2009, 201)

6.2 Kohdeorganisaatio

Turun psykiatrisen erikoissairaanhoidon (Turun psykiatria) tehtävänä on vastata turkulaisen väestön tarvitsemasta perustason psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta. Avohoito on psykiatrian ensisijainen hoitomuoto. Tavoitteena on, että hoito on tarpeenmukaista, oikea-aikaista, laadukasta, vaikuttavaa ja tarkkarajaista. Sairaalahoitajakso on tukijakso, jonka avulla pyritään palauttamaan avohoidon edellytykset. Työnjako ja yhteistyö perusterveydenhuollon, vaativan erikoissairaanhoidon ja myös muita mielenterveyspalveluita tuottavien tahojen kanssa on selkeästi sovittu. Hoitoketjut toimivat sopimusten mukaisesti. (Turun psykiatrian henkilöstöohjelma 2011 - 2013.)

Turun psykiatrian avokuntoutusosasto A8 on vastuutasojärjestelmään perustuva aikuisten avoin psykiatrinen kuntoutusosasto. Osastolla on 20 vuodepaikkaa. Lisäksi osasto tarjoaa sovitusti kuntoutuspotilaille kriisi-, intervalli- ja päiväsairaalapalveluja. Osastolla tapahtuva hoito perustuu biopsykososiaaliseen lähestymistapaan, joka käsittää hyvän lääkehoidon, kognitiivisten kykyjen kehittämisen ja sosiaalisten taitojen harjoittelun. Kuntoutuksen tavoitteena on lisätä potilaan toimintaedellytyksiä niin, että hänellä on jatkossa mahdollisuudet itsenäiseen elämänhallintaan. Kuntouttavaan hoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä. Osastolla on selkeä päivä- ja viikko-ohjelma. Lisäksi jokaiselle potilaalle laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma laaditaan hoitokokouksissa, joihin kutsutaan potilaan lisäksi omaisia ja tarvittaessa muita yhteistyötahojen edustajia. Osaston potilaat ja henkilökunta on jaettu kolmeen ryhmään. Ryhmien tehtävänä on huolehtia vuoroviikoin siivoukseen ja ruokahuoltoon liittyvistä tehtävistä. Lisäksi osastolla harjoitellaan vaatehuoltoa, lounaan ja aamupalan valmistusta. Tarvittaessa annetaan yksilöllistä ohjausta ja tukea rahankäytössä ja erilaisissa asioiden hoidoissa. Osastolla tapahtuvan toiminnan lisäksi jokaisella potilaalla on työpiste jossakin osaston ulkopuolisessa toimintaterapiassa. (Turun psykiatria osasto A8 – esite.)

Hoitoideologiassa pyritään avoimuuteen, selkeyteen, ennustettavuuteen, vastuunja-

koon, johdonmukaisuuteen ja vuorovaikutukseen toiminnan myötä. Kuntouttavan hoidon perustana on varustaa potilas riittäville taidoilla, jotta hän voi hoitaa itseään ja tulee toimeen sosiaalisessa ympäristössä. Hoitohenkilökunta toteuttaa hoitoa osaston hoitomallin (vastuutasojärjestelmä) mukaisesti ja suunnittelee potilaalle potilaan ja avohoidon työntekijöiden kanssa jatkohoidon osastohoidon päättyessä. (Kuntoutusosasto A8 oppimisympäristökuvaus.) Osastolle tulevan potilaan on arvioitu tarvitsevan psykiatrista osastohoitoa ja hyötyvän osaston kuntoutusohjelmasta. Potilaan päädiagnoosi voi olla mikä tahansa psykiatrinen diagnoosi. Ohjelmaa pyritään erityisesti tarjoamaan vaikeista, psykoosin asteisista mielenterveyshäiriöistä kärsiville nuorille aikuisille, 18 - 30-vuotiaille potilaille. Monet potilaat ovat moniongelmaisia, esimerkiksi monilla on vaikea-asteisen psyykkisen sairauden lisäksi päihdeongelma. (Osaston A8 lääkehoitosuunnitelma.)

Osastolla on kolme toiminnallista viikkoa, joissa kolme väreä nimettyä (sininen, punainen ja vihreä) ryhmä kiertää kukin vuorollaan. Siivousviikolla huolehditaan tiettyistä osaston siisteyteen liittyvistä tehtävistä (LIITE 4), keittiöviikolla valmistellaan osastolla tapahtuvat ruokailut (LIITE 5) ja kurssiviikolla keskitytään toiminnallisuuteen ja ulospäin suuntautuneisuuteen (LIITE 6). Tullessaan osastolle potilas aloittaa ns. vaiheettomasta vaiheesta, jolloin hän käy kaikki edellä mainitut vaiheet läpi, jonka jälkeen pidetään hoitokokous, jossa sovitaan kuntoutuksen etenemisestä ja laaditaan yhteistyössä potilaan kanssa sisältö hoitosuunnitelmalle, jonka tämä hyväksyy allekirjoittamalla. Mikäli potilas sitoutuu osaston vaihekuntoutukseen, hän aloittaa vaiheesta II (LIITE 7). Potilaan päivittäistä toimintaa arvioidaan kolmen viikon välein vaihtuvan vaihekaavakkeen (LIITE 8) avulla, johon merkitään muistutukseksi h-merkintä niihin kohtiin, joissa potilaan toiminta kaipaa harjoitusta. Vaihekaavake on jaettu päivittäisten toimintojen osalta kolmeen kokonaisuuteen, joissa kussakin on eritelty omat kriteerinsä ja h-merkintöjen lukumäärä vaihejärjestelmässä alaspäin siirtymiseen. Ensimmäisessä vaihekaavakkeen osassa kolme h-merkintää päivittäisten toimintojen seurannassa pudottaa edeltävään vaiheeseen, toisessa osassa riittää yksi merkintä ja vaihekaavakkeen kolmannessa osassa eriteltyjä kohti rikkomalla potilas siirtyy I-vaiheeseen.

Käydessään vaihejärjestelmää läpi potilas saa hoitohenkilökunnalta tukea ja opastusta sen vaiheen mukaisesti, mitä hän käy läpi. Aloitettaessa II-vaiheessa potilasta

muistutetaan ja kehoitetaan tehtäviensä hoidossa. Tavoitteena on itsenäisessä asumisessa ja elämisessä tarvittavien perustaitojen hallinta seurantakaavakkeessa eriteltyjen päivittäisten toimintojen mukaisesti. Jos potilas omaksuu riittävät taidot ja harjoittaa niitä moitteettomasti, hän siirtyy III-vaiheeseen. Tällöin hänen vapautensa eli lomaoikeutensa lisääntyvät, mutta vastavuoroisesti häneltä odotetaan yhä enenevästi vastuunkantoa osallistumisesta omaan kuntoutukseensa ja osaston toimintaan. Edellisessä vaiheessa opitut oikeudet ja velvollisuudet pitäisi olla jo sisäistetty ja opittujen asioiden tulisi sujua ilman kehotusta. Tavoitteena on mahdollisimman suuri omatoimisuus. Mikäli potilaan toiminta sujuu III-vaiheen vaatimusten mukaisesti, hän siirtyy ylimpään ja viimeiseen eli IV-vaiheeseen, jossa vapaudet lisääntyvät edelleen. Tällöin myös vastuu siirtyy pääosin potilaille itselleen, esimerkiksi lääkedosetin saamisessa itselleen säilytettäväksi ja säännöllisten laboratoriakäyntien huolehtimisesta. Tässä vaiheessa painopiste on jo siirtynyt lähestyvään kotiutumiseen, omassa kodissa selviämiseen ja avohoitoon siirtymiseen.

6.3 Tutkimusaineiston kerääminen

Tätä tutkimusta varten anottiin tutkimuslupa (LIITE 1) Turun kaupungin psykiatrisen erikoissairaanhoidon (Turun psykiatria) tulosyksikköjohtajalta, lisäksi Satakunnan ammattikorkeakoulun sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä allekirjoitti toimeksiantajan puolesta Turun psykiatrian psykoosin hoidon vastualueen ylihoitaja. Tutkimuslupa myönnettiin syyskuussa 2011. Osaston hoitohenkilökuntaa oli jo aiemmin keväällä 2011 informoitu tulevasta tutkimuksesta henkilöstökokouksissa. Lokakuun 2011 alussa kullekin avokuntoutusosasto A8:n hoitotyöntekijälle jaettiin saate-, kysymys- ja vastauslomakkeet. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä ohjeistettiin kysymyksiin vastaamisessa. Lisäksi kerrottiin kahden viikon määräaika, mihin mennessä vastausten tulisi olla valmiina. Kysymyslomakkeita jaettiin 11 kappaletta, jotka kaikki palautettiin vastattuina määräaikaan mennessä. Tutkimukseen vastasi osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, viisi sairaanhoitajaa ja neljä mielisairanhoitajaa. Tutkimukseen osallistuneilta ei kysytty taustatietoja, koska niillä ei katsottu olevan tutkimustuloksen kannalta merkitystä.

6.4 Tutkimusaineiston analysoiminen

Sisällönanalyysi on ihmisen minkä tahansa henkisen tuotteen sisällön tutkimusta, oli se sitten puhuttua, kirjoitettua, piirrettyä, kuvattua tai vaikka esitettyä. Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. (Tanskanen 1999.) Menetelmänä sisällönanalyysi sopii hyvin täysin strukturoimattomankin aineiston analyysiin. Tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.)

Litteroinnilla tarkoitetaan esimerkiksi nauhoitetun puhemuotoisen aineiston tai tutkimukseen vastanneiden osallistujien omalla käsialallaan kirjoittamien tekstien puhtaaksi kirjoittamista. Keräämisen jälkeen aineisto kirjoitetaan yleensä tekstinkäsittelyohjelmalla sen hallitsemista ja analysoimista helpottavaan muotoon. Aineistoa litteroidessa on hyvä numeroida haastattelut tai tekstit juoksevin numeroin, sillä tämä helpottaa aineiston käsittelyä ja analyysiä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Koodeilla tarkoitetaan merkkejä, esimerkiksi värikynin alleviivaamalla tai muilla keinoin aineistoon tehtyjä jäsenteleviä merkintöjä ja luokitteluja. Sillä helpotetaan aineiston käsittelyä, sillä tietyt tekstikohdat löytää nopeasti verrattuna siihen, ettei tekstiin olisi tehty minkäänlaisia merkintöjä. Aineistoon saadaan ryhtiä ja helpotetaan analyysiä merkitsemällä samoin koodein ne tekstikohdat, joissa puhutaan samoista tai samankaltaisista asioista. Koodausyksikköinä voi olla lähtökohdista ja tavoitteista riippuen sanat, lauseet, rivit, kappaleet tai pidemmät tekstiosiot. Koodatesaan tutkija merkitsee tutkimustehtävän ja – kysymysten kannalta aineistoon olennaisia asioita. Näin saadaan kartoitettua aineiston rikkautta eli selvitettyä, mitä tutkimusaiheeseen liittyvää siellä on. Aineistosta saadaan monipuolinen käsitys, josta on hyvä jatkaa aineiston varsinaiseen analyysiin, tiivistämiseen ja tulkintaan. Aineistoa voidaan koodauksen pohjalta kvantifioida, sen sisältöä voidaan eritellä laadullisesti tai määrällisesti ja yksittäisistä havainnoista voidaan muodostaa suurempia koonteja, teemoja. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen keskeisin ja tärkein asia vaihe on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Se on tärkein vaihe, johon tähdättiin tutkimusta aloittaessa. Tutkijalle selviää analyysivaiheessa, minkälaisia vastauksia hän saa ongelmiin. Voi käydä myös, että analyysivaiheessa tutkijalle selviää, miten ongelmat olisi alun perin pitänyt asettaa. (Hirsjärvi ym., 221.)

Tässä tutkimuksessa hoitotyöntekijöiltä kysyttiin mielipidettä siitä, mitä positiivisia asioita he kokevat vastuutasojärjestelmän sisältävän psykiatristen kuntoutuspotilaiden hoitomuotona, mitä negatiivisia asioita vastuutasojärjestelmä pitää sisällään ja miten he kehittäisivät käytössä olevan vastuutasojärjestelmän sovellusta (vaihekaavake- ja seuranta mukaan lukien). Vastaukset litteroitiin aluksi kirjoitusohjelmalla, minkä jälkeen ne koodattiin värein ja numeroin. Lopuksi vastaukset kvantifioitiin ja tiivistettiin yleiseen muotoon.

7.1 Vastuutasojärjestelmän positiiviset puolet psykiatristen potilaiden kuntoutusmuotona

Vastauksissa vastuutasojärjestelmän positiivisista puolista korostuivat hoitomallin sisältämä selkeä struktuuri, säännöt ja ennustettavuus. Kahdeksan hoitajaa nosti esille edellä mainitut asiat, joiden koettiin lisäävään potilaan turvallisuuden tunnetta ja tuovan selkeyttä potilaiden kuntoutukseen.

”Selkeät säännöt ja ohjelma = struktuuri luo turvallisuutta” (2)

”Säännöt + rajat luo turvaa ja ennustettavuutta” (8)

”Selkeä struktuuri” (4)

”Vastuutasojärjestelmän luoman struktuurin koen sekä positiivisena että negatiivisena asiana. Potilaiden hoidossa rajat ovat yleensä rakkautta” (10)

”Hoidon selkeys ja päämäärätietoisuus plussaa” (9)

”Toiminnan kulmakiviä ovat selkeys, ennustettavuus” (11)

”Strukturoitu päiväjärjestys on hyväksi tulevaisuutta kohti” (7)

Vastuutasojärjestelmässä tapahtuva potilaisiin kohdistuva vastuunsiirto omista valinnoistaan ja niihin sidoksissa olevat vapaudet korostuivat kahdeksan hoitajan vastauksessa.

”Potilas saa onnistumisen kokemuksia kun hän etenee vaiheissa ja saa näin ollen enemmän vastuuta ja vapauksia” (1)

”Potilaan vapaudet lisääntyvät potilaan oman toiminnan mukaisesti” (2)

”Vastuutasojärjestelmässä vapaus ja vastuu kulkee käsi kädessä” (3)

”Vastuun jakaminen potilaalle” (6)

”Vastuunotto ja sen myötä oikeudet” (7)

”Joillekin potilaille sopii, että ns. oman vastuun ottaminen kasvattaa myös ns. vapauksia” (8)

”Koska on olemassa selkeät säännöt, on oman toiminnan vaikutukset tiedossa ja ne ovat ennustettavissa ts. potilas on itse vastuussa omasta etenemisestään tai puutoamisistaan” (11)

”Vastuutasojärjestelmä mittaa potilaan kykyä vastaanottaa lisää vastuuta itsestään rauhalliseen omaan tahtiinsa (henkistä prosessia ei voi kiirehtiä)” (11)

Hoitajista seitsemän oli sitä mieltä, että positiivisiin asioihin lukeutuivat osaston toiminnallisuus ja sen kautta säännöllisen vuorokausirytmien harjoittelu. Potilaiden ongelmallisen arjenhallinnan ja omatoimisuuden harjoittelu koettiin myös hyvänä sekä

hoitajien siihen antama tuki ja ohjaus.

”Osaston aktiivinen toiminta tukee säännöllisen vuorokausirytmien ylläpitämisessä”
(1)

”Vastuutasojärjestelmä luo päiviin selkeän rungon, joka mahdollistaa normaalin vuorokausirytmien” (9)

”Vanhojen taitojen herättäminen uudelleen käytäntöön” (4)

”Osastolla käytettävä järjestelmä tarjoaa potilaalle hyvin harjoitusta tilanteisiin, joissa suurella osalla on vaikeuksia (esim. sosiaaliset tilanteet/ryhmätilanteet) ja harjoitusta kotona tekemättömiksi jääneiden asioiden ”uudelleen oppimiseen” (arjen askareet, omatoimisuus)” (5)

”Omien asioiden itsenäistä hoitamista ohjataan, tuetaan ja kuntoutetaan” (6)

”Potilas saa yksilöllistä ohjausta askareissa ja toiminnoissa, jotka eivät suju tai ovat sujuneet, mutta kadoksissa” (7)

”Arjenhallinnan ohjausta yksilöllisesti” (7)

”Koska vastuutasojärjestelmä on hyvin pitkälle potilaan arjenhallinnan selvittelyä, hoitajaksolla pääsee tutustumaan käytännössä potilaan kykyyn suoriutua erilaisista ”haasteista”. Pelkällä keskustelulla, potilaasta saattaa saada erheellisesti pärjäävämmän mielikuvan -> josta seuraa pahimmillaan ns. pyöröovi-hoitomalli” (3)

7.2 Vastuutasojärjestelmän negatiiviset puolet psykiatristen kuntoutuspotilaiden hoitomuotona

Vastuutasojärjestelmän negatiivisia asioita kartoittavan kysymyksen vastauksissa oli suurempi hajonta ja eriäviä mielipiteitä enemmän kuin positiivisia asioita selvittäneen kysymyksen vastauksissa. Yhtenevimmän mielipiteen esitti viisi hoitotyönteki-

jää, jotka olivat sitä mieltä, että henkilökunnan tulee olla sitoutunut tekemään merkintöjä potilaiden vaihekaavakkeisiin, koska muuten järjestelmä ei ole toimiva.

”Vaatii henkilökunnalta sitoutumista” (2)

”Jos kaikki hoitajat eivät merkkää ”samanlailla H-merkintöjä -> kaavake ei ole toimiva”. (8)

”Hoitohenkilökunnalta vaaditaan jatkuvaa huomiointia, että merkinnät pysyvät ajan tasalla. (9)

”Kaikki hoitajat eivät täytä vaihekaavaketta samalla tavalla, ja tilanteita joissa potilaita kohdellaan epärehilusti on mielestäni paljon.” (10)

”Kaiken salliva, kaiken ymmärtävä, kaiken hyväksyvä vääränlainen ”hyvä hoitajuus” on vain esteenä potilaan kuntoutukselle, koska tällöin viedään potilaalta vastuu omista tekemisistään eikä kohdata häntä aikuisena” (11)

Potilaiden kyky hyväksikäyttää vaihejärjestelmää korostui kolmen hoitajan vastauksessa. Potilaiden vapaaehtoisuuteen perustuva hoito avo-osastolla koettiin ongelmana, koska heitä ei pystytä rajoittamaan samalla tavoin, missä suljetulla osastolla ja pakkohoidossa olevia potilaita pystytään rajoittamaan. Jotkut huonokuntoiset potilaat myös nousivat ylimmälle vaihetasolle ”luovimalla”, koska hoitaja saattoi sääliä tai ummistaa silmänsä ei-toivotulle käyttäytymiselle.

”Avo-osasto tuottaa ongelmia ainakin toisinaan. Esim. sellaisten potilaiden kohdalla joilla heikko motivaatio ja halu pois sairaalasta. Saattavat osata käyttää hyödyksi osaston vaihejärjestelmää siten, että toiminnallaan hankkiutuvat alimmalle tasolle, jotta heidän lomaoikeutensa minimoituvat, eikä näin ollen edes tarvitse lähteä. Tai vastaavasti sellaiset potilaat, jotka heikosti motivoituneita saattavat noudattaa huonosti osaston sääntöjä ja tietävät ettei heidän tekemisiään ja menemisiä avo-osastolla pystytä rajoittamaan.” (1)

”Lisäksi jotkut huonokuntoiset potilaat pääsevät vastuutasolle IV ”luovimalla” saa-

matta H-merkintöjä, jolloin voi käydä esimerkiksi niin että lääkehoitoon sitoutumaton potilas saa itse huolehtia lääkkeen ottamisesta.” (10)

”Jos hoitaja ei ole sisäistänyt/ymmärtänyt vastuutasojärjestelmän ideaa ja ajatusta saattaa käydä niin, että potilas pääsee jopa IV –vastuutasolle vaikka kyvyt juuri ja juuri riittäisivät tasolle II, joko niin, että hoitaja säälii tai ummistaa silmänsä ei-toivotulle käyttäytymiselle” (11)

Kuusi vastaajaa oli sitä mieltä, että vastuutasojärjestelmän soveltamisessa oli ongelmia erityisesti epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavien tai päihteiden käytön myötä kaksoisdiagnoosin omaavien potilaiden kohdalla. Sekä päihdeongelman että epävakaan persoonallisuushäiriön omaavien potilaiden toiminnassa korostuu usein kiellettyjen asioiden (päihteiden käyttö) toteuttaminen tai sovittujen asioiden noudattamatta jättäminen, mikä ei ole vastuutasojärjestelmän toimivuuden kannalta hyvä.

”potilaan vointi on oltava kohtalainen. (ei päihdeongelmaa, ei aktiivista itsetuhoisuutta, ei väkivaltaisuutta) (2)

”Jos kyseessä kaksoisdg. tai epävakaat tulee joskus vaikeuksia ts. hoidon pituudesta vaikea pitää kiinni ellei valmiiksi sovittu.” (4)

”Kaikkiin osastolla hoidettaviin diagnooseihin vastuutasojärjestelmä ei ole toimivin hoitomuoto (esim. epävakaa persoonallisuushäiriö). Tämän vuoksi vastuutasojärjestelmästä joudutaan yhä enemmän poikkeamaan ja tekemään muita hoitolinjauksia (saattaa aiheuttaa ristiriitoja henkilökunnan kesken).” (5)

”Ei sovi (välttämättä) kaksoisdiagnoosipotilaille, osa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta on jouduttu keskeyttämään.” (5)

”Jäykähkö + ”vanhentunut” nykyajan ”potilasmateriaaliin”. (8)

”Kaikille potilaille tämä hoitomuoto ei sovellu. Siitä on enemmän haittaa kuin hyötyä.” (9)

”Mielestäni vanhentunut systeemi, joka ei täysin, ainakaan tämän hetkessä muodossaan palvele nykyistä ”potilasmateriaalia.”

Kahden hoitotyöntekijän mielestä potilaiden kahdenkeskinen huomioiminen ei toteudu. Potilaiden omahoitajasuhteet ovat joko toisella osastolla tai avohoitopsykiatriassa, minkä johdosta osastolla ei tapahdu perinteistä hoitosuhdetyöskentelyä.

”Yksilöllinen vuorovaikutus voi unohtua tai jäädä. Keskustelut ovat tärkeitä. Potilasta pitää huomioida myös kahden kesken.” (2)

”Osa potilaista kaipaa omahoitajakeskusteluja ja voisivatkin tukea sellaisten potilaiden selviytymistä joilla ei ole omahoitajakontaktia avohoitopsykiatriassa.” (10)

7.3 Käytössä olevan vastuutasojärjestelmän sovelluksen (vaihekaavake- ja seuranta) kehittämisehdotukset

Vastauksissa vastuutasojärjestelmän sovelluksen kehittämisestä korostui erityisesti hoitohenkilökunnan vastuu seurantakaavakkeelle annettavien merkintöjen antamisesta ja niiden läpikäymisestä potilaan kanssa. Seitsemän hoitajaa oli sitä mieltä, että hoitohenkilökunnan tulisi olla aktiivisempi h-merkintöjen antamisessa ja niiden rakentavassa julkituomisessa potilaalle sekä seurannassa.

”Hoitajien tulisi huolehtia, että potilaat myös merkitsevät vaihekaavakkeeseen saamansa merkinnät, joten kaavake tulisi käydä viikon loppupuolella läpi kunkin potilaan kanssa. Näin voitaisiin saada potilas itse myös paremmin havaitsemaan jos merkintöjä tulee samoihin kohtiin ja näin ollen voitaisiin yrittää keksiä potilaan kanssa yhdessä mahdollinen syy ja saada siihen myös jokin ratkaisu.” (1)

”Kaavake on nykyisin aika vähäisessä käytössä. Joskus tuntuu, että h-merkintöjä ei aktiivisesti kirjata.” (2)

”Tällainen pieni asia, jossa olen kovasti yrittänyt itse ”kehittyä” on potilaan kanssa keskustelua vaiheista ja vastuutasojärjestelmästä. Elikkä kun me arkikielellä usein

käytämme sanontaa potilas putosi vaiheissa, koitan muistaa sanoa potilaalle, että hän siirtyy vaiheeseen II tai III jne. Kukaan ei putoa mihinkään outoon ja tuntemattomaan. Pidetään mielessä että vaihekaavake on vain työväline ja yksi osa kokonaisuutta.” (4)

”H-merkinnät” tulisi pystyä ilmaisemaan positiivisemmin/rakentavammin, jotta potilas ei koe niitä sanktioina.” (6)

”(H) merkinnän yksilöiminen = mikä on konkreettinen ongelma.” (7)

”Yhtenäisemmät linjat hoitajilta H-merkintöihin.” (9)

”Toivoisin paneuduttavan aamuryhmässä enemmän kaavakkeen seurantaan. Nykyisinhän potilaat tuovat kansionsa uskollisesti aamuryhmään, mutta kansiota ei avata eikä kaavaketta käydä läpi kuin siinä tapauksessa, että on tullut H-merkintä. Kaavakkeessa on kuitenkin kymmeniä kohtia, jotka ovat menneet potilaalla hyvin. Olisiko syytä palata aiempaan käytäntöön, että tyhjiin ruutuihin merkittäisiin plusmerkki merkiksi onnistumisesta ja potilaatkin täyttäsivät omansa päivittäin. (=positiivinen kannustin)” (11)

Hoitohenkilökunnasta neljä oli sitä mieltä, että käytössä olevaa vaihekaavaketta/vastuutasojärjestelmää tulisi selkeyttää ja päivittää nykyisestä. Sen koettiin olevan joiltain osin vanhentunut eikä sen koettu vastaavan nykypäivän tarpeita.

”Kaavakkeen jotkin kohdat vaateisivat hieman tarkennusta, jotta merkintöjen antaminen yhdenmukaistuisi esim. tuleeko merkintä lääkkeitä huolehtimiseen vai lääkahoitoon sitoutumiseen.” (1)

”Vastuutasojärjestelmän eri vaiheiden sisältöä voisi muuttaa, esim. onko I. vaiheessa tarpeellista rajoittaa potilaan lomailu viikon ajalta (tuntuu mahdollisesti potilaan mielestä rangaistukselta)?” (6)

”Vastuutasojärjestelmän nykyaikaisuutta ja kehittämis ehdotuksia tulisi ehdottomasti pohtia sellaiselle ryhmällä, johon kuuluisi myös yksi vastuutasojärjestelmän läpikäy-

nyt ja siitä hyötynyt potilas.” (6)

”Vaihekaavakkeen selkeyttäminen.” (7)

”Kaavaketta pitäisi kehittää sopivammaksi ”tämän päivän” haasteisiin + potilaisiin -> esim. työryhmän johdolla. Kaikille potilaille kaavake/järjestelmä ei yksinkertaisesti sovellu. Vaihekaavaketta olisi hyvä päivittää useammin. Muutamissa kohdissa aika on ajanut asian ohi.” (9)

Kaksi hoitajaa oli sitä mieltä, että vaihekaavakkeiden merkinnät ja potilaiden vastuutasot tulisi huomioida raporteilla paremmin. Näin voitaisiin määrittää kunkin potilaan tarvitsema ohjauksen määrä.

”Raportilla toivoisin että kunkin potilaan kohdalla mainittaisiin ihan ensimmäiseksi se millä vastuutasolla tämä on. Toteutammehan vastuutasojärjestelmää ja tasot saanelevat miten paljon hoitajan on annettava ohjausta ja muistuttelua.” (11)

”Raportilla avoimempaa keskustelua vaihekaavakkeen merkinnöistä yli ryhmärajojen.” (2)

8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitotyöntekijöiden kokemuksia vastuutasojärjestelmän soveltamisesta Turun psykiatrian avokuntoutusosasto A8:lla. Tavoitteena oli luoda uutta kokemuseräistä tietoa käytetyn hoitomallin soveltuvuudesta ja tuoda julki kehitysehdotuksia käytetyn sovelluksen tiimoilta.

8.1 Tulosten tarkastelu

Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää hoitotyöntekijöiden positiivisia kokemuksia vastuutasojärjestelmästä. Suurin osa hoitotyöntekijöistä kirjoitti, että he

kokivat osaston hoitomallin selkeät säännöt sekä ideologian ”strukturi, ennustettavuus, luotettavuus” hyvinä psykiatristen potilaiden kuntoutuksessa. Strukturoiduilla psykososiaalisilla hoito-ohjelmilla ja hoitoympäristön struktuurilla on havaittu olevan vaikutusta potilaiden kognitiiviseen toimintakykyyn ja kognitiivisissa toiminnissa on havaittu selvää edistymistä ilman erityisiä kognitiivisia kuntoutusmenetelmiä struktuurin ollessa vahva (Nordling 2007, 78). Tiuraniemen ym. (2002) Turun psykiatrian osastolla A8 toteuttaman tutkimuksen tulokset antoivat myös viitteitä, joiden mukaan ennustettavuuden ja selkeyden periaatteille järjestetyn osaston toiminnalla on yhteyksiä potilaiden kokonaisvaltaisen varmuuden tunteeseen.

Suurin osa oli sitä mieltä, että hoitomallissa vastuutasolta toiselle siirryttäessä lisääntyvä vastuu ja toisaalta sen myötä suuremmat vapaudet olivat hyvä asia. Tämä koettiin oikeudenmukaisena, koska potilaat ovat itse vastuussa omista teoistaan ja pystyvät niillä vaikuttamaan etenemiseensä vastuutasolta toiselle. Sekä Ainassaaren ja Ainassaaren (2009) että Tiuraniemen ym. (2002) tutkimusten mukaan potilaalle tapahtuvaa vastuunsiirtoa pidettiin psyykkistä voimaa kohentavan tekijänä.

Osastolla tapahtuvan psykiatristen potilaiden arjenhallinnan kehittymisen hoitotyöntekijöiden ohjauksen ja opastuksen avulla koettiin edistävän potilaiden kuntoutumista. Toiminnallisuuden koettiin tukevan vuorokausirytmien säilymistä ja arkisten kodinoidollisten taitojen harjoittelulla koettiin edistettävän potilaiden omatoimisuutta ja kotona selviämistä. Tiuraniemen ym. (2002) tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia; potilaat arvioivat kykenevänsä osastojakson jälkeen aiempaa itsenäisempään toimintaan ja he olivat oppineet elämäntaitoja osastojakson aikana. Myös Saihon tutkimus (2002) tuotti samansuuntaisia tuloksia.

Toisena tutkimusongelmana oli selvittää hoitotyöntekijöiden negatiivisia kokemuksia vastuutasojärjestelmästä. Tärkeimmäksi seikaksi nousi hoitohenkilökunnan vastuu vaihekaavakkeen seurannasta ja merkintöjen tekemisestä siihen. Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia kuin Ainassaaren ja Ainassaaren (2009) tutkimuksessa, jossa hoitajat olivat tyytymättömiä käytössä olleeseen seuranta-kaavakkeeseen. Seuranta-kaavakkeen yksiselitteinen tulkinta koettiin vaikeaksi joiltain osin. Vastuutasojärjestelmän väärinkäyttö ja epäoikeudenmukaisuus merkintöjen antamisena tai antamatta jättämisenä nousi myös esille.

Ongelmalliseksi tässä tutkimuksessa koettiin, että huonokuntoiset potilaat kykenivät etenemään ylimmälle vaihetasolle IV, vaikka heidän todellinen psyykkinen vointinsa oli huono. Potilaiden kyky käyttää järjestelmää hyväksi hankkiutumalla ei-toivotun käyttäytymisen avulla myös alimmalle vaihetasolle nousi esille. Koko henkilökuntaa koskee hoito-ohjelman sääntöjen, sopimusten ja periaatteiden valvonta sekä potilaiden ohjaus eikä työntekijöiden ”sooloilu” tai ”läpi sormien katselu” ole sallittua (Nordling 2007, 76).

Hoitajista merkittävä osa oli sitä mieltä, että vastuutasojärjestelmän soveltamisessa tulee ongelmia kaksoisdiagnoosin tai epävakaan persoonallisuushäiriön omaavien potilaiden kohdalla. Pääteidenkäyttö on avokuntoutusosasto A8:lla käytössä olevassa vaihekuntoutussovelluksessa I-vaiheeseen pudottava tekijä. Lisäksi epävakaan persoonallisuushäiriön omaavien potilaiden hoidossa on aiemmin ollut ongelmia hoitajakson rajaamisessa johtuen potilaiden pärjäämättömyydestä kotona avohoidon turvin. Tällöin epävakaan persoonallisuushäiriön omaavien potilaiden hoitajaksot ovat saattaneet venyä kohtuuttoman pitkiksi. Epävakaan persoonallisuuden omaavalle potilaalle on tyypillistä, että sovitusta asioista joudutaan jatkuvasti poikkeamaan ja joustamaan, mikä on myös koettu ongelmalliseksi. Samaan tulokseen päädyttiin Ainassaaren ja Ainassaaren (2009) tutkimuksessa, jonka mukaan hoitajat kokivat tämän päivän potilasaineksen, erityisesti persoonallisuushäiriötä sairastavat soveltumattomiksi vastuutasojärjestelmään perustuvaan kuntoutukseen.

Kolmantena tutkimusongelmana oli selvittää hoitajien kehittämissuhteita käytössä olevasta vastuutasojärjestelmän sovelluksesta. Selkeästi enemmistö oli sitä mieltä, että seuranta- ja kehittämissuhteiden merkintöjä tulisi tehdä nykyistä aktiivisemmin. Merkinnät tulisi käydä läpi potilaiden kanssa, jotta he tietäisivät, mikä osa-alue kaipaisi enemmän harjoitusta. Tehdyistä merkinnöistä tulisi myös osan mielestä antaa palautetta nykyistä rakentavammin. Vaihekaavakkeen merkintöjen koettiin osan vastaajien mielestä olevan potilaille enemmän rangaistuksena. Vaihekaavakkeen päivittämistä pidettiin tärkeänä. Nykyisen version koettiin joiltain osin olevan epäselvä ja osin vanhanaikainen.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen reliaaabeliudella tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Toistettavuus voidaan todeta usealla tavalla, esimerkiksi kahden arvioijan päätyessä samaan tulokseen tai samaa henkilöä eri tutkimuskerroilla tutkittaessa saadaan sama tulos, voidaan tutkimuksen tuloksia pitää realiaabeleina. Validiuden käsitteellä tarkoitetaan tutkimuksessa käytetyn mittarin tai tutkimusmenetelmän pätevyyttä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Käytettävät mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, mitä tutkija kuvittelee tutkivansa. Vastajat ovat voineet käsittää monet kysymykset toisin, kuin tutkija on ajatellut ja, jos tutkija käsittelee edelleen saatuja tuloksia oman ajatusmallina mukaisesti, ei tuloksia voida pitää tosina ja pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231 – 232.)

Toistettavuuden ja pätevyyden käsitteet ovat syntyneet kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen piirissä ja siksi kvalitatiivisen tutkimuksen piirissä ne ovat saaneet erilaisia tulkintoja. Wolcott (1995) on todennut, että validiuden käsite on epäselvä. Tapaustutkimuksen tekijä voi aiheellisesti ajatella, että kaikki ihmistä ja kulttuuria koskevat kuvaukset ovat ainutlaatuisia, ettei ole kahta samanlaista tapausta, joten perinteiset luotettavuuden ja pätevyyden arvioinnit eivät tule kysymykseen. Kaiken tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi kuitenkin arvioida jollakin tavoin, vaikka termejä reliaaabeli tai validi ei haluttaisikaan käyttää. Janesick (2002) on todennut, että laadullisen tutkimuksen ydinasioita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Validius merkitsee kuvaukseen ja siihen liittyvien selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 232)

Tutkijan tarkka selostus laadullisen tutkimuksen toteuttamisesta lisää sen luotettavuutta. Tarkkuus koskee kaikkia tutkimuksen vaiheita. Olosuhteet, joissa aineisto on tuotettu, olisi kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti. Myös tulosten tulkintaan, jossa tutkijalta vaaditaan kykyä punnita vastauksia ja saattaa niitä myös teoreettisen tarkastelun tasolle, pätee sama tarkkuuden vaatimus. Olisi kerrottava, millä perusteella tutkija esittää tulkintoja, mihin hän päätelmänsä perustaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.)

Tämän tutkimuksen luotettavuus perustuu kohderyhmän kokemukseen tutkittavasta aiheesta eli vastuutasojärjestelmästä. Jokainen tutkimukseen osallistunut on työskennellyt vaihekuntoutukseen perustuvalla osastolla pitkään ja tietää, mistä aihepiirissä on kysymys. Vastaaajien motivaatio osallistua tutkimukseen oli hyvä, koska kaikki tutkimuksen vastauslomakkeet (N=11) palautettiin kahden viikon määräajan puitteissa. Vastaukset kysymyksiin vaihtelivat muutamista sanoista pidempiin kokonaisiin kappaleisiin kulloisestakin kysymyksestä.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksenteekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksenteossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut ohjeet tieteellisten menettelytapojen noudattamiseen. Ohjeiden mukaan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa, että tutkija ja tieteelliset asiantuntijat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, se on rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 23 – 24.)

Tutkimukseen osallistujia oli informoitu tästä tutkimuksesta jo keväällä 2011 ja uudestaan syksyllä 2011. Tutkimusluvan (LIITE 1) myönsi Turun psykiatrian tulosyksikköjohtaja, jonka jälkeen alkoi aineistonkeruu. Tutkimusaineiston vastaajilta ei kartoitettu heidän taustatietojaan, kuten sukupuolta, ikää tai ammattinimikettä, koska niillä ei katsottu olevan merkitystä tutkimuksen lopputulosten kannalta. Tutkimustulokset käsiteltiin luottamuksellisesti.

Tieto kytkeytyy aina jossain määrin sen tuottajaan. Tutkija on osa sitä todellisuutta, jota hän tarkastelee. Tutkijan arvot ja näkemykset vaikuttavat jo asetettuihin kysymyksiin ja niihin saatujen vastausten tulkintoihin. Tilanne, jossa selvitetään tulkitsevin ja ymmärtävin tutkimusmetodein merkityksiä, joita ihmiset antavat maailman

ilmiöille vallitsee muun muassa ihmistieteissä. (Eriksson ym. 2008, 26.) Tässä tutkimuksessa pyrittiin tutkimusongelmat eli kysymykset laatimaan mahdollisimman yksinkertaisiksi ja helposti lähestyttäviksi. Tutkija on ollut osa sitä todellisuutta, jota tässä tutkimuksessa on tarkasteltu ja siksi yleisluontoisen kysymyksenasettelun kautta pyrittiin saavuttamaan mahdollisimman objektiivinen aineistonkeruu ilman, että tutkijan henkilökohtaiset mielipiteet olisivat vinouttaneet tutkimuksen tuloksia.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkimuksessa keskityttiin vain hoitohenkilökunnan kokemuksiin vastuutasojärjestelmän käytöstä psykiatristen kuntoutuspotilaiden hoitomallina. Jatkotutkimusaiheena tälle opinnäytetyölle voisi olla selvittää, mitä mieltä itse potilaat ovat käytössä olevasta vastuutasojärjestelmän sovelluksesta ja miten he kehittäisivät sitä. Potilailta voisi myös selvittää sitä, miten hyvin heille on kerrottu vastuutasojärjestelmän periaatteista ja mihin sillä pyritään vaikuttamaan.

LÄHTEET

Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen J. & Lehtinen V. 2000. Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito –projektin tuottamista hoitoperiaatteista. STAKES. Saarijärvi: Gummerus.

Ainassaari J. & Ainassaari S. 2009. Vastuutasojärjestelmä työkaluna. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Avokuntoutusosasto A8:n esite.

Eriksson, K., Isola A., Kyngäs H., Leino-Kilpi H., Lindström U., Paavilainen E., Pietilä A-M., Salanterä S., Vehviläinen-Julkunen K. & Åstedt-Kurki P. 2008. Hoitotiede. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Iija A., Almqvist S. & Kiviharju-Rissanen U. 1996. Mielenterveystyön perusteet hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Joukamaa M. 2005. Mitä on sosiaalipsykiatria? E-flatus 1/2005. Tampereen Lääketieteen kandidaattiseuran julkaisu. Viitattu 9.11.2011. <http://tampereenkandit.fi/e-flatus/2005-1/sosiaalipsykiatria.shtml>

Jääskeläinen, P. 2010. Eduskunnan oikeusasiamies. Päätös Harjavallan sairaalan vaihekuntoutushoitoa koskevassa asiassa. Viitattu 9.11.2011. <http://www.valtakunta.fi/2010/vaihekuntoutushoito.php>

Kuntoutusosasto A8 oppimisympäristökuvaus.

Lönnqvist J., Heikkinen M., Henriksson M., Marttunen M. & Partonen T. 2006. Psykiatria. 2.-4. painos. Helsinki: Duodecim.

Nordling E. 2007. Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Väitöskirja. Tampereen yliopisto: Psykologian laitos.

Osaston A8 lääkehoitosuunnitelma.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 9.11.2011. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Saiho S. 2002. Kuntoutujien koherenssin tunne ja coping -keinot vastuutasojärjestelmään perustuvan kuntoutuksen aikana. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto: Psykologian laitos.

Sariola S. & Ojanen M. 1997. Hoito vai pakkohoito. Miten autan skitsofreniapotilasta. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

STAKES 2006. Avopalvelut ovat mielenterveyspalvelujen kantava rakenne. Viitattu 9.11. 2011. <http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/toimijoita/kunnat-avopalvelut.htm>

Tanskanen A.1999. Sisällön analyysi hoitotieteessä. Verkko-oppimateriaali. Tampereen yliopisto. Viitattu 9.11.2011.
<http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html>

Tiuraniemi J., Korpi-Anttila K. & Leeste T. 2002. Vaikeasti häiriintyneiden osastokuntoutuksen vaikutuksia. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja n:o 2:2002. Turku.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus.

Turun psykiatria osasto A8 – esite.

Turun psykiatrian henkilöstöohjelma 2011 - 2013.

Välimäki M., Holopainen A. & Jokinen M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. 1. painos. Helsinki: WSOY.

turku

SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMI

Anomus/päätös

Tutkimuksen/
opinnäytetyön lupa

Dnro _____

Anoja/anojen suku- ja etunimet

Mikkola, Hannu Tapio

Anoja on

AMK-opiskelija Muu tutkija Henkilökunta

Nykyinen työnantaja tai oppilaitos

työnantaja: Turun kaupunki oppilaitos: SAMK

Kotiosoite ja puhelin

[REDACTED]
[REDACTED]

Nykyinen virka tai toimi

sairaanhoitajan sijainen

Tutkimuksen nimi ja aihe

Hoitajien kokemuksia vastuutasojärjestelmästä

Tutkimuksen kohderyhmät

Turun psykiatrian avokuntoutusosasto A8:n

avokuntoutusosastolla

sairaanhoitajat ja mielisairaanhoitajat

Tutkimusaineiston koko

N=11

Tutkimus on

opinnäytetyö, mikä tutkimuksellinen

muu tutkimus, mikä _____

kehittämistyö, mikä _____

Tutkimusmenetelmä laadullinen tutkimus, kirjallisen aineiston käsittely sisällön analyysillä

Tarvittavat resurssit ohjeistus-, kysymys- ja vastauslomakkeet tutkimukseen osallistujille

Aineiston kokoamisajankohta

1.10.-16.10.2011

Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta

14.11.2011

Ohjaajat Lehtori Ritva Pirilä, Satakunnan ammatikorkeakoulu Rauma, ritva.pirila@samk.fi, 044-7103559

Tutkimussuunnitelman hyväksyminen

Kyllä Ei 118 22,9 2011
Päätösnumero[Signature]
Tutkimusluvan myöntäjäJyrki Heikkilä
ylilääkäri, tulosyksikköjohtaja
Turun psykiatrisen erikoissairaanhoidon

JAKELU

Tutkimuslupa: tutkimuksen vastuuhenkilö, luvan saaja, tutkimus- ja kehitysyksikkö
Tutkimusraportti ja tiivistelmä: vastuuhenkilö, tutkimus- ja kehitysyksikköKäyntiosoite
Kristiinankatu 1
20100 TurkuPostiosoite
PL 670
20101 TurkuFaksi
02 2626 899Puhelin
02 2662 111 (vaihte)
02 2626 607 (kirjaamo)Sähköposti
etunimi.sukunimi@turku.fi
sosiaalijaterveystoimi@turku.fi
www.turku.fi

Arvoisa kollega

Teen opinnäytetyötä vastuutasojärjestelmän soveltamisesta Turun psykiatrian avokuntoutusosasto A8: lla. Tarkoitukseni on selvittää ja tuoda julki, mitä positiivisia ja mitä negatiivisia asioita koet vastuutasojärjestelmän sisältävän psykiatrisen kuntoutuspotilaiden hoitomuotona ja sen miten kehittäisit sitä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa käytössä olevasta vastuutasojärjestelmän sovelluksesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta ja tarkastella sen toimivuutta psykiatrisen kuntoutuspotilaiden hoitomuotona.

Toivon, että annat hetken työajastasi perehtymällä ohessa esitettyihin avoimiin kysymyksiin ja vastaat käsin kirjoittamalla kysymysten alla oleville riveille. Vaihtoehtoisesti voit myös laatia vastaukset tietokoneen kirjoitusohjelmalla. Kirjoituksiin ei tarvitse vastata nimellä, kaikki vastaukset käsitelen anonyymisti ja luottamuksellisesti. Vastaukset hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Toivon että vastaat kysymyksiin 23.10.2011 mennessä. Voit palauttaa vastauksesi takakanslian jääkaapin päällä olevaan lomakelokeroon tai allekirjoittaneelle henkilökohtaisesti.

Turussa 8.10.2011

Hannu Mikkola

1. Mitä positiivisia asioita koet vastuutasojärjestelmän sisältävän psykiatristen kuntoutuspotilaiden hoitomuotona?
2. Mitä negatiivisia asioita koet vastuutasojärjestelmän sisältävän psykiatristen kuntoutuspotilaiden hoitomuotona?
3. Miten kehittäisit käytössä olevaa vastuutasojärjestelmän sovellusta (vaihekaavake- ja seuranta)?

SIIVOUSVIIKON TEHTÄVÄT

1. TELEVISIOTILAN SIIVOUS

PÄIVITTÄIN

- tyhjennä roskakori
- pyyhi lattia pölyistä ensin öljyliinalla ja sen jälkeen kostealla froteisella lattialiinalla

KESKIVIKKONA

- pyyhi pölyt televisiotasosta kuivalla mikrokuituliinalla
- pyyhi pöydän pinta nihkeällä kertakäyttöliinalla
- imuroi matto, lattia ja jalkalistat
- pyyhi lattia kostealla froteisella lattialiinalla

2. RUOKASALIN SIIVOUS KESKIVIKKONA

- nosta tuolit pois lattialta ylösalaisin pöytien päälle
- pyyhi lattia pölyistä öljyliinalla ja sen jälkeen kostella froteisella lattialiinalla.
- laita tuolit takaisin paikoilleen
- pyyhi tuolit nihkeällä valkoisella kertakäyttöliinalla
- pyyhi pöydät puhtaalla nihkeällä valkoisella kertakäyttöliinalla

3. U-ALUEEN SIIVOUS KESKIVIKKONA

- tyhjennä roskakori
- pyyhi tietokonetilan, puhelinkopin ja naulakkotilan lattiat käytävineen öljyliinalla
Voit öljyliinan asemasta vaihtoehtoisesti imuroida koko alueen. Imuroi matto.
- pyyhi kostealla froteisella lattialiinalla lattia puhtaaksi tahroista

4. VÄLIKÄYTTÄVÄN SIIVOUS KESKIVIKKONA

- pyyhi lattia ensin öljyliinalla seinänvierustat mukaan lukien ja sen jälkeen kostealla froteisella lattialiinalla

5. DVD -TILAN SIIVOUS KESKIVIKKONA

- pyyhi pöytien tasot nihkeällä kertakäyttöliinalla
- imuroi matto ja lattia jalkalistat mukaanlukien

6. KAHVINKEITTOTILAN SIIVOUS

PÄIVITTÄIN

- tyhjennä roskakori ja keräyskartonkiväti
- tiskaa likaiset astiat käsin tai vie ne tiskikoneeseen (punainen kori sitä varten)
- pyyhi kostealla kahvipöytä ja tiskipöytä
- pyyhi kostealla froteisella lattialiinalla lattia puhtaaksi tahroista ja liasta.

KESKIVIKKONA

- siivoa jääkaappi: vanhentuneet ruoat pois ja pyyhi hyllyt kertakäyttöliinalla

7. VAATEHUOLTOHUONEEN SIIVOUS KESKIVIKKONA

- tyhjennä roskakori ja pyyhi tiskipöytä kostealla puhtaaksi
- pyyhi lattia kostealla froteisella lattialiinalla

RUOKASALIVIIKON TEHTÄVÄT

1. PÖYTIEN KATTAUS:

- Aamiaiskattaus aloitetaan 8.00. 1-2 kattajaa keittiö- /kattaustyöt, potilaat harjoittelevat molempia. Hoitaja ohjaa ja valvoo aamiaisen työtehtävien sujumista.
- Aamiaisella katetaan noutopöytä tyyppisesti: leivät, puuro, leikkeet, juustot ym. noutotiskille.
- Pöytiin, joista on pöytäliinat poistettu, katetaan kahviastiat ja lasit, juomat, soke-rit, teet.
- Kelloa soitetaan aikaisintaan 8.15
- Päivälliskattaus alkaa 15.30.
- Päivällinen katetaan noutopöytään. Kahviastiat ja lasit pöytiin. Maito, vesi, kahvi, tee ja sokeri pöytiin.
- Päivällis kelloa soitetaan aikaisintaan 15.45.

2. PÖYTIEN SIIVOUS:

- Astiat kerätään tarjoiluvaunulle, ruokasalin pöydät pyyhitään ja roskat lakaistaan lattialta tarvittaessa. Liinat takaisin pöydille.
- Tarjoiluvaunun jätesanko tyhjennetään ja laitetaan puhdas tilalle.
- Keskiviikkona kahvinkeitto siivous- ja keittiöviikkolaisille.

3. LIKAINEN TISKI: eli esipesu ja koneen käyttö:

- Astioiden esipesu harjalla seisovassa vedessä (pesujärjestys!)
- Ruokailuvälineet pestään kahdesti, ensin korissa ja sitten kotelossa. Välineet jätetään koteloon.
- Jokaisen tiskin viimeisessä koneellisessa pestään tiskiharja.
- Tiskipöytä ja tarjoilukärry pyyhitään. Huomioi myös altaaseen mahdollisesti kertyneet roskat.
- Likaisen tiskin tekijä osallistuu keittiön suursiivoukseen keskiviikkona aamupalan jälkeen.
- Kaapin ovet ja tasot pyyhitään kuituliinalla ja pesuaineella.
- **HUOM!** Keittiössä omat siivousvälineet. Moppi, ämpäri, kuituliina sekä pölyämpäri tiskialtaan kaapissa.

4. PUHDAS TISKI: eli koneen tyhjennys ja puhtaiden tiskien järjestäminen:

- Lajittele puhtaat astiat koneesta kaappiin.
- Vaihda koneen vesi tiskin jälkeen.
- Pyyhi keittiön työtasot, jonka jälkeen:
- Lattia pestään keskiviikkoisin.
- Puhtaan tiskin tekijä osallistuu keittiön suursiivoukseen keskiviikkona aamupalan jälkeen.
- **HUOM!** Keittiössä omat siivousvälineet. Moppi, ämpäri, kuituliina sekä pölyämpäri tiskialtaan kaapissa.

5. ILTAPALAN LAITTO:

- Iltapalan valmistus aloitetaan 19.15, iltahoitaja avustaa iltapalan valmistuksessa.
- Iltapala katetaan noutopöytätyyppisesti.
- Astiat pestään koneella.
- Huolehditään, että keittiö jää siistiksi.
- Ruokasalin pöytien pyyhintä.

KURSSIVIIKON OHJELMA

RUOKAKURSSI:

- Aamupalan valmistus ma - pe
- Lounaan valmistus ma, ti to ja pe
- Harjoituskeittiön siivous perjantaisin

RUOKARYHMÄ:

- Ryhmässä suunnitellaan keskiviikon lounas
- Keskiviikkona lounaan valmistus, rakennus 9 keittiö varattu 9 - 13

MIELEKÄS PÄIVÄ - RYHMÄ (kaikilla):

- Ryhmä kokoontuu perjantaisin 10.00 aiheena ravinnon ja liikunnan merkitys terveydelle

PYYKKIKÄRRYN TYHJENNYS TORSTAISIN

JOKIN ULOSPÄINSUUNTAUTUNUT MENO

VAIHEISIIN TULO ALKAA VASTUUTASOLTA II

I-vastuutaso:

- Kesto vähintään yksi viikko
- Ei lomaa
- Ulkoilua 1 tunti kerrallaan

II-vastuutaso:

- Kesto vähintään kaksi viikkoa
- Vaatimukset: kehoitetaan ja muistutetaan
- Lomat samoin kuin tutustumisvaiheessa

III-vastuutaso:

- Kesto vähintään kolme viikkoa
- Oikeudet ja velvollisuudet pitäisi jo olla sisäistetty, edellisessä vaiheessa opittujen asioiden pitäisi sujua ilman kehoitusta ja muistuttamista (OMATOIMISUUS)
- Mahdollisuus iltalomiin sopimusten mukaan sekä kahden yön lomaan viikonloppuna (alkaen perjantaina osastokokouksen jälkeen ja päättyen sunnuntaina viimeistään klo 21)

IV-vastuutaso:

- Iltalomat sopimuksen mukaan sekä mahdollisuus viikonloppuna kolmen yön lomaan (alkaen osastokokouksen jälkeen ja päättyen viimeistään maanantaiaamuna klo 8.00)
- Arkiyölomamahdollisuus (alkaen päivällisen ja työtehtävien jälkeen ja päättyen seuraavana aamuna viimeistään klo 8.00)
- Lääkedosetti itsellä (säilytys lukollisessa kaapissa)
- Vastuu huolehtia itse omista säännöllisistä laboratoriokäynneistä
- Mahdollisuus myös pidempiin lomiin sopimuksen mukaan
- Painopiste omassa kodissa ja siellä selviämässä

LOMAT

Pääsäännöt vaiheiden mukaan

- Sovitaan aamuryhmässä, mutta iltaloma on mahdollista anoa myös päivän aikana klo 18:aan mennessä. Iltaloma alkaa aikaisintaan klo 16.00 ja päättyy viimeistään klo 21.00.
- Jos viikonloppuloma päättyy sunnuntai-iltana tai maanantaiaamuna, on dosettiin jaettava myös maanantaiaamun lääke. Dosetti tarkistetaan ennen lomalle lähtöä.
- On kohteliasta ilmoittaa henkilökunnalle osastolta poistumisesta (on tieto olinpaikasta, jos esim. omainen kysyy)
- Hoidollisin perustein erityissopimukset ovat mahdollisia
- Jos sairauden vuoksi saa vapaata osaston toiminnasta, ei ole mahdollisuutta lomailuun.

Tutustumisvaihe, kesto vähintään kolme viikkoa

- Opetusta ja ohjausta, "sisäänojovaihe"
- Mahdollisuus kahteen iltalomaan viikossa ja yhden yön viikonloppulomaan sovituksi. Yöloman voi vaihtaa myös päivälomaksi halutessaan.

Juhlapyhinä

- (joulu, pääsiäinen, juhannus) kaikilla on mahdollisuus kahden yön lomaan vaiheista huolimatta + vaiheiden mukaiset lomat.

