



Lohjan sairaanhoitoalueen avohoidon kuntoutuspoliklinikoiden toiminta, nykytilanteen arviointi ja kehittämistarpeet

Ahlberg, Lotta

Rajala, Heidi

Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Lohjan sairaanhoitoalueen avohoidon kuntoutuspoli-
koiden toiminta, nykytilanteen arviointi ja kehittämis-
tarpeet

Ahlberg Lotta
Rajala Heidi
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2011

Ahlberg Lotta, Rajala Heidi

Lohjan sairaanhoitoalueen avohoidon kuntoutuspoliklinikoiden toiminta, nykytilanteen arviointi ja kehittämistarpeet

Vuosi	2011	Sivumäärä	48
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, mitä mielenterveyshoitotyön kuntoutus avohoidon palveluna tarkoittaa sekä kuvata toiminnan nykytilannetta Lohjan sairaanhoitoalueen avohoidon kuntoutuspoliklinikoilla. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, millaisia kehittämistarpeita avohoidon yksiköissä on.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin haastattelemalla Lohjan, Vihdin sekä Karkkilan kuntoutuspoliklinikoiden hoitohenkilökuntaa focus group -haastattelumenetelmällä. Yhteensä haastatteluihin osallistui kahdeksan vastaajaa, koulutukseltaan he olivat mielenterveys- sekä sairaanhoitajia. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisälönanalyysia.

Kuntoutuspoliklinikoiden nykytilannetta kuvattiin tavoitteellisen ryhmätoiminnan avulla, jolla tuetaan potilaiden elämänhallintaa sekä arjessa selviytymistä. Tutkimustuloksissa ilmeni, että ryhmätoiminnan, yhteisöllisyyden sekä omahoitajuuden koettiin toteutuvan parhaiten. Hoidollisuuden koettiin lisääntyneen vuoden 2008 jälkeisten muutosten ansiosta, jolloin päivätoimintakeskukset muuttuivat kuntoutuspoliklinikoiksi.

Kehittämisehdotuksena esitettiin erityisesti potilaiden ja hoitohenkilökunnan hyvinvointiin liittyviä tarpeita. Esimerkiksi lomien ajaksi kaivattiin lisää sijaisia. Myös työhyvinvointiin tulisi hoitohenkilökunnan mielestä kiinnittää enemmän huomiota.

Jatkotutkimuksen aiheeksi nousi samankaltaisen tutkimuksen tekeminen potilaiden näkökulmasta. Tätä kaipasivat tutkimukseen osallistunut hoitohenkilökunta, sillä potilaat ovat kuitenkin niitä, jotka avohoidon kuntoutuspalveluita aktiivisesti käyttävät ja arvioivat.

Ahlberg Lotta, Rajala Heidi

Lohja Hospital area rehabilitation outpatient clinics, evaluation of the present situation & development needs

Year	2011	Pages	48
------	------	-------	----

The purpose of this study was to clarify what mental health nursing rehabilitation as outpatient service means and to describe the present situation in Lohja Hospital area rehabilitation outpatient clinics. In addition, the purpose of this thesis was to clarify what kind of development needs exist in these outpatient clinics.

The approach of this thesis was qualitative. The study material was collected by interviewing employees from the rehabilitation clinics using the method of focus group interview. There were altogether eight participants, and they were mental health nurses and registered nurses. Content analysis was employed as the analysis method.

The current situation of the rehabilitation clinics was described by functional group action, that supports patients' life management and getting through with everyday life. As a result of the study group action, communality and primary nursing were felt to be realized the best. After changes that were implemented in 2008, nursing has increased in the rehabilitation clinics.

As a development proposal came out welfare needs that both patients and nurses have. For example, more substitutes were needed during leave periods. Also work welfare should be paid more attention according to the nurses.

The follow up of this thesis could be carrying out similar research but from the patient point of view. The staff participating in this study pointed this need out; in the end it is the patients who actively use rehabilitations services and are able to assess them.

Keywords: mental health care, outpatient rehabilitation, rehabilitation outpatient clinics

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Mielenterveys	7
2.1	Mielenterveystyö	8
2.2	Mielenterveystyön etiikka	9
2.3	Mielenterveystyön kuntoutus	12
2.4	Avohoidon kuntoutus	17
2.5	Toimintaympäristö	19
2.6	Lohjan, Vihdin ja Karkkilan kuntoutuspoliklinikat	19
3	Tutkimuskysymykset.....	21
4	Tutkimuksen toteutus	21
4.1	Laadullinen tutkimus	22
4.2	Toteutussuunnitelma ja aikataulu	23
4.3	Tutkimuksen etiikka	23
4.4	Sisällönanalyysi	24
4.5	Hankkeen riskit	27
5	Tutkimusaineiston käsittely	27
6	Tutkimuksen tulokset	28
6.1	Kuntoutuspoliklinikoiden nykytilanne	28
6.2	Kuntoutuspoliklinikoiden toiminta tulevaisuudessa	30
6.3	Kuntoutuspoliklinikoiden kehittämistarpeet	31
7	Johtopäätökset	32
7.1	Tutkimuksen eettisyys.....	32
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	33
7.3	Kehittämisehdotukset	34
7.4	Lopuksi	35
	Lähteet	37
	Kuviot	40
	Taulukot	40
	Liitteet.....	41

1 Johdanto

Mielenterveys on ihmisen elämään positiivisella tavalla vaikuttava voimavara, joka auttaa ihmistä elämään täysipainoisen elämän. Mielenterveys muodostaa ihmisen hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn perustan, eikä sitä voida erottaa ihmisen muusta terveydestä. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2007; Mielenterveys 2007.) Nykyaikana mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet huomasti, jopa siinä määrin että niistä on muodostunut yksi kansanterveydellisesti merkittävimpiä sairauksia. (Pirkola & Sohlman 2005, 3-4.)

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan ihmisen psyykkisen hyvinvoinnin, persoonallisuuden kasvun sekä toimintakyvyn tukemista ja edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista sekä lievittämistä. (Mielenterveyslaki 1990/1116). Mielenterveystyöhön kuuluu olennaisesti yksilön mielenterveyden monipuolinen edistäminen sekä mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus. (Terveyskirjasto Mielenterveys 2011; Terveyskirjasto Mielenterveystyö 2005.)

Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan mielenterveyden palvelut edellytetään järjestettäväksi ensisijaisesti avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteisuutta ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Mielenterveyslaki (1990/1116) velvoittaa kuntia järjestämään mielenterveyspalvelut sisällöltään sekä laajuudeltaan sellaisiksi, kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää.

Opinnäytetyön aiheena on Lohjan sairaanhoitoalueen avohoidon kuntoutuksen toiminnan nykytilanteen arviointi sekä kehittämistarpeet. Lohjan sairaanhoitoalueen kuntoutuspoliklinikoihin kuuluvat Lohjan, Vihdin sekä Karkkilan kuntoutuspoliklinikat. Ne toimivat osana Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon. Opinnäytetyön kannalta tärkeitä käsitteitä, ovat mielenterveys, mielenterveystyö, kuntoutus, psykiatrisen kuntoutuksen sekä avohoidon kuntoutus. Lähteinä on käytetty niin kotimaisia kuin kansainvälisiäkin teoksia sekä tutkimuksia mielenterveyteen ja avohoidon kuntoutukseen liittyen. Työssä kuvataan myös Sosiaali- ja terveysministeriön vuosien 2008-2011 ajalla toteutettavaa KASTE-ohjelmaa, sillä ohjelman tavoitteet ja tarkoitukset liittyvät aiheeseemme.

Opinnäytetyö liittyy avohoidon nykytilanteen arviointiin sekä kehittämishaasteisiin, joihin haemme näkökulmia avohoidon kuntoutuspoliklinikoiden hoitohenkilökunnalta, pääasiassa mielenterveys- ja sairaanhoitajilta. Tutkimusmenetelmänä on laadullinen tutkimus, ja toteutamme aineiston keruun ryhmähaastatteluna. Aineiston analyysimenetelmänä käytetään sisällön analyysia.

2 Mielen terveys

Mielen terveys käsitteenä on yleistynyt 1950 - luvulta alkaen. Aiemmin tervettä mieltä on kuvattu henkisenä hyvinvointina, psyykkisenä tasapainona, mielisairauden puuttumisena sekä normaaliutena. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 8). Maailman terveysjärjestö WHO (1999) on määrittänyt mielen terveyden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö ymmärtää totuudenmukaisesti omat kykynsä, pystyy toimimaan normaalisti elämän vaatimuksista huolimatta ja työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti sekä pystyy toimimaan yhteisön jäsenenä. Mielen terveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat yksilölliset tekijät, sosiaaliset suhteet, yhteiskunta sekä kulttuuri. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2007; Mielen terveys 2007.) Mielen terveys voidaan kuvata olemassaolon tilana, johon keskeisesti kuuluvat itsetunto, itsenäisyys sekä toiminta-, sopeutumis- ja ongelmanratkaisukyky. (Terveyskirjasto Mielen terveys 2010; Terveyskirjasto Mielen terveyshäiriö 2010.)

Mielen terveys on asia, joka luo perustan jokaisen ihmisen hyvinvoinnille. Sitä voidaan pitää voimavarana, joka mahdollistaa yksilöllisen sekä mielekkään elämänlaadun. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 8.) Mielen terveyden määrittäminen yhdellä tietyllä tavalla on vaikeaa, lähes mahdotonta, koska mielen terveyteen vaikuttavat monet asiat samanaikaisesti, ja näin ollen mielen terveydestä onkin olemassa paljon erilaisia määritelmiä. Monet tieteenalat tutkivat ja selittävät mielen terveyden käsitteen omasta näkökulmastaan ja käsitteet ovat usein päällekkäisiä. Nämä näkökulmat ovat tutkijoiden, teoreetikoiden ja käytännön työntekijöiden näkökulmia mielen terveydestä ja ne vaihtelevat ajan, kulttuurin ja tieteenalan mukaan. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 8-9.) Luonnontieteet keskittyvät tutkimaan mielen terveyden fysiologista ja biologista taustaa sekä niihin liittyviä tekijöitä. Sen sijaan yksilöpsykologiassa kiinnitetään enemmän huomiota ihmisen varhaiseen kehitykseen sekä niihin asioihin, jotka voivat olla terveyttä edistäviä tai häiriöihin altistavia. Kehityspsykologia taas yhdistää edellä mainitut näkökulmat, ja yhteiskuntatieteissä ihminen ryhmän ja yhteisön jäsenenä on kiinnostuksen kohde. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 8.)

Mielen terveyden häiriö on kuvattu sairautena, joka aiheuttaa ihmiselle toimintakyvyn heikkenemisen sekä käyttäytymiseen ja mielen toimintaan liittyviä oireita. (Terveyskirjasto Mielen terveys 2010; Terveyskirjasto Mielen terveyshäiriö 2010.) Mielen terveydestä puhuttaessa keskitytään yleensä vain sen kielteisiin puoliin eli mielen terveyshäiriöihin. On kuitenkin olemassa myös positiivisen mielen terveyden määritelmä, joka ei keskity ongelma- ja sairausnäkökulmaan, vaan siihen kuuluu hyvinvoinnin kokemus. Positiivinen mielen terveys on hyvän elämän perusta, ja se toimii voimavarana niin yksilölle, perheelle kuin koko yhteiskunnalle. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 17.)

Mielenterveyshäiriöt ovat lisääntyneet muihin sairauksiin verrattuna huomasti. Ne ovat yksi merkittävimpiä sairauksia kansanterveydellisesti. Mielenterveyden yleisimpiä sairauksia ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, päihteisiin liittyvät häiriöt, persoonallisuushäiriöt sekä psykoottiset häiriöt. (Pirkola & Sohlman 2005, 3-4.)

Fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja henkinen hyvinvointi ovat kaikki liitoksissa mielenterveyteen. Mielenterveys muokkautuu elämän eri vaiheissa ja jokainen meistä kohtaa ongelmia elämässään, jotka kuormittavat mieltä - kukaan ei ole joka päivä tasapainoinen eikä hyvinvoiva. Yksilön voimavarat ja selviytymismekanismit vaikuttavat suuresti, kuinka ongelmista ja vastoinkäymisistä selviää. Nykyisin terveydellä ja hyvinvoinnilla on yhteyttä niin ihmisen taloudelliseen tilanteeseen ja työhön, kuin myös fyysiseen ympäristöön sekä sosiaalisiin suhteisiin. Yksilö kuvataan yleensä psyykkisesti terveeksi kun hänellä on kyky kehittää itseään, vastoinkäymisiä kohdatessa hänellä on uskoa ja toivoa tulevasta, hän tiedostaa paikkansa yhteisössä sekä hänellä on taitoja solmia sosiaalisia suhteita ja ylläpitää niitä. Todellisuudentaju, realistinen käsitys itsestä sekä elämän merkityksen löytäminen liitetään myös terveeseen mieleen. (Välimäki ym. 2000, 24-32.)

2.1 Mielenterveystyö

Mielenterveyslaissa (1990/1116) kuvataan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämisen tärkeyttä. Nykyään mielenterveystyössä on tärkeää panna entistä enemmän mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyyn, mielenterveyden edistämiseen ja häiriöiden varhaiseen puuttumiseen. Mielenterveyden edistämällä tarkoitetaan kaikkien niiden toimintojen lisäämistä, jotka parantavat yksilön mielenterveyttä, kuten mielen vireyttä ja elämänhalua. Tavoitteena on lisätä elämässä mielekkäitä asioita ja poistaa epämiellyttäviä. Elämässä tulee siis olla paljon mielekkäitä asioita ja vähän epämieluisia, ja kun nämä asiat ovat tasapainossa keskenään, ne lisäävät hyviä elinolosuhteita ja estävät mielenterveydenhäiriöiden syntyä. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 21.)

Mielenterveystyön järjestämisestä säätelevät muun muassa mielenterveyslaki (1116/90), mielenterveysasetus (1247/90) laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92) sekä terveydenhuoltolaki (2010/1326). Mielenterveystyötä määrittävissä laeissa on painotettu yksilön, perheen ja ryhmän tärkeyttä. Hyvin tärkeitä ovat myös sosiaalisen ja fyysisen ympäristön merkitys. Perhe nähdään näistä kaikista yhtenä tärkeimmistä osista jolle yhteiskunnan tulisi antaa mahdollisimman suurta tukea kamppaillessaan mielenterveysongelmien kanssa. Perheessä yhden sairastuminen heijastuu muihin perheenjäseniin ja tällöin koko perhe tarvitsee paljon tukea ja apua. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 21-22.)

Mielenterveyslaki (1990/1116) on määrittänyt kuntien olevan vastuussa mielenterveyspalveluiden järjestämisestä kunnassa tai kuntaliitoksessa. Kuntien tulee järjestää mielenterveys-

palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan niin kuin tarve edellyttää. Kunnissa mielenterveystyön järjestämiseen osallistuvat monet tahot. Mielenterveyslaissa on määritelty yhteistyövelvoite, jonka mukaan kunnan kansanterveystyön ja sosiaalihuollon sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon tulee tehdä yhteistyötä. Nämä tahot vastaavat siitä, että mielenterveyspalvelut toimivat hyvänä kokonaisuutena ja palvelut ovat saatavalla niitä tarvitseville. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

Terveystyövelvoite velvoittaa kuntia järjestämään asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tarvittava mielenterveystyö, jonka päämääränä on vahvistaa yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää ja poistaa vaarantavia tekijöitä. Mielenterveystyö on laadittava ja toteutettava niin, että se luo kiinteän kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (Terveystyövelvoite 2010/1326.) Mielenterveyden edistäminen sekä mielenterveysongelmien hoito kuuluvat mielenterveystyöhön. Päämääränä on hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisääminen sekä persoonallisuuden kasvun edistäminen. Mielenterveystyöhön kuuluvat myös keskeisesti mielen sairauksien ja häiriöiden ehkäiseminen, parantaminen sekä lievittäminen. Usein mielenterveystyö ajatellaan vain sairauksien hoitamiseksi, vaikka tärkein käsite on mielenterveyden edistäminen. (Kuhanen ym. 2010, 25.)

2.2 Mielenterveyshoitotyön etiikka

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE (2008) on määrittänyt neljä keskeistä periaatetta, jotka olennaisesti liittyvät mielenterveyshoitotyöhön: ihmisarvon kunnioittamisen periaate, hyvän tekemisen ja pahan välttämisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate ja perusteltavuuden periaate. Hoitohenkilökunta on veloitettu kunnioittamaan jokaisen potilaan ihmisarvoa - potilaan oikeuksia, autonomiaa ja koskemattomuutta, totuutta, aitoutta ja rehellisyyttä - sekä edistämään potilaan hyvinvointia. Myös toisten ammattilaisten kunnioittaminen liittyy tähän ja on myös hyvin keskeinen, sillä mielenterveyshoitotyötä toteutetaan moniammatillisissa hoito- ja työryhmissä. Hoitohenkilökunnan on pyrittävä edistämään potilaan hyvää ja välttämään pahaa: mitä sairaampi potilas on, sitä enemmän hoitohenkilökunnan velvollisuuksiin kuuluu potilaan kokonaisvaltainen huolenpito, hänen asioistaan huolehtiminen sekä puolustaminen potilaan parasta ajatellen, ja mitä tietoisempi potilas on ongelmistaan ja voimavaroistaan ja kyvykkäämpi hoitamaan itseään, sitä enemmän hoitoon kuuluu itsemääräämisoikeuden ja perusteltavuuden periaate kaikessa hoidossa, etenkin tiedottamisessa. Kaikkia potilaita tulee kohdella samojen periaatteiden mukaisesti, ja hoitohenkilökunnan on huolehdittava myös oman ammattitaitonsa ajantasaisuudesta. (Kuhanen ym. 2010, 65-67.)

Etiikalla on aina ollut tärkeä rooli hoitotyössä. Vaikka hoitotyön eettiset vaatimukset ovat eri aikoina olleet toisistaan eroavaisia, eettisenä perustana on aina ollut hyvän hoidon antaminen

niille, jotka tarvitsevat hoidollista huolenpitoa. (Sarvimäki ym. 2009, 9.) Etiikalla tarkoitetaan ihmisen hyviä ja oikeita tapoja elää ja toimia, ja sen tehtävänä on toimia apuna elämän erilaisissa valintatilanteissa sekä auttaa arvioimaan ja ohjaamaan omaa sekä toisten toimintaa. Etiikan tarkoituksena ei ole antaa valmiita vastauksia, vaan antaa ajatteluun välineitä sekä haasteita. Etiikassa nousevat esille myös arvot, joita käytetään yleensä toiminnan motiivina ja ne ohjaavat ihmistä valintatilanteissa. Etiikka konkretisoituu ja käytännönläheistyy terveyteen ja sairauten liittyvistä kysymyksistä keskusteltaessa. (Kuhanen ym. 2010, 55-56, 65.)

Hoitotyön kohteena on ihminen, ihmisen elinehdot sekä ihmisten väliset suhteet. Hoitotyötä voidaan pitää moraalisenä toimintana, jonka perusta on toteuttaa sitä, mikä on oikein ja hyväksi toiselle ihmiselle. (Sarvimäki ym. 2009, 10.) Tunnistaakseen sekä kohdatakseen psykososiaalista ja henkistä tukea ja ammatillista apua vaativat tilanteet mielenterveytystyössä toimivalla hoitajalla tulee olla asenteellisesti valmiuksia ja riittävän suuri tietotaito, ja hoitajan odotetaan myös kehittävän työtapoja, joilla edistetään voimavaralähtöistä potilastyötä, itsehoitoisuutta sekä tukea. Mielenterveyshoitotyön eettinen osaaminen edellyttää hoitohenkilökunnalta eettisten tilanteiden ja kysymysten havainnointikykyä sekä kykyä pohtia niitä. Eettiseen osaamiseen liittyvä päätöksenteko perustuu lainsäädännön sekä eettisten ohjeiden ja periaatteiden tuntemiseen. Suurimpia eettisiä haasteita, joita hoitohenkilökunta mielenterveyshoitotyössä kohtaavat, ovat omat asenteet jotka kohdistuvat mielenterveyden häiriöihin ja sairauksiin sekä sairauteen liittyvän häpeän ja kärsimyksen lieventäminen. Mielenterveyden häiriöt heikentävät potilaan kykyä toimia ja aiheuttavat negatiivisia ajatuksia ja asenteita muissa ihmisissä, joten hoitohenkilökunnan tulee toiminnallaan lisätä erilaisuuden ymmärtämistä sekä suvaitsevaisuutta koko yhteiskunnassa. Hoitohenkilökunnan on myös oltava kykenevä havaitsemaan, missä kulkee hoitohenkilökunnan ja potilaan päätösvallan rajat, etenkin niissä tapauksissa, kun potilas on kyvytön huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan ja tekemään itsenäisiä päätöksiä elämästään sekä hoidostaan. (Kuhanen ym. 2010, 55-84.)

Arvot ja periaatteet ovat tärkeä voimavara hoitotyössä, ja tutkimusten mukaan mielenterveyshoitotyön periaatteet ovatkin hyvin hoitohenkilökunnan tiedossa. Arvoista eniten korostuvat ihmisarvon kunnioittaminen, luottamus, hoitoympäristön turvallisuus sekä inhimillinen käytös potilasta kohtaan. Hoitohenkilökunnan keskuudessa tärkeänä pidetty arvo on myös terveys. (Kuhanen ym. 2010, 58.) Hoitotyötä toteuttavan hoitohenkilökunnan eettisesti hyvä toiminta perustuu kehittyneelle moraalille sekä omaa itseä koskevalle tiedolle. Eettisesti hyvään hoitotyöhön liittyvät asenteet, pohdinta, arviointi sekä toiminta. (Sarvimäki ym. 2009, 85.) Potilaille terveys ei ole arvona niinkään tärkeä, vaan tärkeämmäksi nousee selviytyminen sairauden kanssa hoitajakson päätyttyä, joten oireiden lievittyminen sekä kehollisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden täyttyminen ovat tärkeämmässä asemassa. Ehdottomasti tärkeimmäksi potilailla nousee kuitenkin se, että he kokevat heillä olevan ihmisarvoa sairautensa huolimatta. (Kuhanen ym. 2010, 58.)

Mielenterveyshoitotyön oikeanlaisessa toteutumisessa olennaisinta on potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen luottamuksellinen yhteistyösuhde, potilaan elämänhallinnan tukeminen sekä hoito-ohjelmien noudattaminen. Hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen yhteistyön tavoitteena on potilaan voimaantuminen. On tärkeää huomioida potilaan voimavaroja ja tarpeita kiinnittämättä huomiota pelkästään sairauden oireisiin ja siitä johtuviin ongelmiin. Hoitohenkilökunnan eettinen osaaminen näkyy jokapäiväisesti niin työtä kuin potilaitakin kohtaan sanoina ja tekoina, jolloin hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksellinen osaaminen korostuu. Käytännön potilastyön eettiseen toimintaan vaikuttaa niin taloudellinen tilanne kuin yhteiskunnan arvo-perustakin, ja eettisiin kysymyksiin vastauksia etsittäessä on tärkeää erottaa seikat, jotka ovat selkeästi taloudellisia (kuten tehokkuus, kustannus-hyötysuhde, käytössä olevien resursien säästäminen ja rahallinen voitto). Taloudellisten arvojen suosiminen näkyy lyhyinä sairaalahoitajaksoina sekä avohoidon palveluiden painottamisena palvelujärjestelmässä. (Kuhanen ym. 2010, 59-60.)

Mielenterveystyötä toteuttavien tulee pystyä sovittamaan yhteen monia erilaisia velvoitteita, joita voidaan poimia asiakkaan arvoista ja periaatteista, ammattikunnan näyttöön perustuva tiedosta ja yhteiskunnan arvoperustasta sekä taloudellisista seikoista. Pahimmillaan ristiriitatilanteessa tämä voi johtaa siihen, että valintaa pitää tehdä asettelemalla vastakkain asiakkaan tarpeet sekä taloudelliset mahdollisuudet. Näissä tilanteissa hoitohenkilökunnan roolissa olevien tulisikin muistaa, että yksilön hyvinvointia sekä ihmisen aitoa kohtaamista ja läheisyyttä ei voida rahallisesti mitata. Organisaation sisäisillä ja yhteisesti sovituilta säännöillä taataan se, että potilasta koskevat valinnat ja päätökset eivät perustu sattumaan, yksilön sosiaalisella asemalla ei ole vaikutusta lopputulokseen ja että potilas on edelleen kyvykäs ajamaan omaa asiaansa. Hoitohenkilökunnan on erityisen tärkeää tunnistaa ja tiedostaa arvojen perustaa ja pystyä huomaamaan mahdollisia tunnuspiirteitä käytännön hoitotyötä toteuttaessaan, sillä eri yksilöillä, ryhmillä ja organisaatioilla voi olla erilaisia, toisistaan poikkeavia arvoja ja periaatteita. (Kuhanen ym. 2010, 61-62.)

Hoitotyötä tehdessä eteen tulee monia eettisiä ongelmia, jotka vaativat ratkaisua. Ristiriita kahden tai useamman arvon välillä voi muodostaa eettisen ongelman, eikä ongelmaan yleensä ole yhtä oikeaa ratkaisua, vaan useita keskenään vastakkaisia ratkaisuvaihtoehtoja. (Leino-Kilpi ym. 2008, 61.) Mielenterveystyössä ilmenevät eettiset ongelmat johtuvat mielenterveysongelmien luonteesta, mikä tuo oman eettisen toiminnan haasteellisuuden, sillä häiriöt vaikuttavat potilaan ajatteluun ja päätöksentekokykyyn. Haasteet keskittyvät etenkin potilaan tahdosta riippumattomaan hoitoon, johon kuuluu hoitoon määräämisen prosessi, hoidon toteuttamisessa käytettäviin tahdosta riippumattomiin hoitotoimenpiteisiin ja tiedottamiseen. Mielenterveyshoitotyössä pyritään siihen, että potilas pääsee elämäntilanteensa ja ongelmiensa kannalta sopiviin tutkimuksiin sekä hoitoon, ja hoito pyritään toteuttamaan pääasialli-

sesti avohoidon piirissä, mutta potilaan on päästävä tilanteen niin vaatiessa myös psykiatriseen sairaalahoitoon. Potilaan henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen ei voida kuitenkaan puuttua, ellei se perustu lakiin. Lainsäädännössä ja siihen liittyvissä erillisohjeissa ja suosituksissa on tällaisia tilanteita varten laadittu erityisohjeita, joita ovat muun muassa mielenterveyslaki (1116/1990), laki mielenterveyslain muuttamisesta (1423/2001), laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilaslaki (785/1992), potilasvahinkolaki (585/1986), mielenterveyspalvelujen laatusuositus 2002 sekä eristämishoito-ohjeet. (Kuhanen ym. 2010, 68-70.) Eettisiä ongelmatilanteita voi muodostua myös hoitohenkilökunnan ja oman ammattikunnan, toisten ammattiryhmien, hoito-organisaation sekä yhteiskunnan välille. Näissäkin tilanteissa tulisi ongelmien ratkaisun perustua siihen, että terveydenhuollossa tulee aina toimia potilaan parasta ajatellen. (Leino-Kilpi ym. 2008, 84-97.) Vaikka hoitotyöhön vaikuttavat myös muut arvot, kuten taloudelliset, esteettiset sekä tieteelliset, niin juuri eettisten arvojen toteuttaminen antaa hoitotyölle syvemmän merkityksen. (Sarvimäki ym. 2009, 85.)

Etiikan opetus ammatti- ja ammattikorkeakouluissa on todettu myös tärkeäksi. Tulevaisuuden vaatimuksena on, että kaikille valmistuville hoitoalan ammattilaisille taataan etiikan perusosaaminen. Tulevaisuudessa hoitotyön etiikan näkökulma on moniulotteinen - ei enää riitä, että etiikan näkökulmasta tarkastellaan vain potilaan ja hoitohenkilökunnan suhdetta, vaan on huomioitava myös hoitotyön yhteyksiä yhteiskunnan eri osa-alueisiin. (Leino-Kilpi ym. 2008, 393-394.)

2.3 Mielenterveyshoitotyön kuntoutus

Sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuuteen perustuvaan lakiin (733/1992) pohjautuen joka neljäs vuosi Valtioneuvoston tulee vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehitys-ohjelma. Vuosina 2008-2011 toteutettava ohjelma on nimetty Kaste-ohjelmaksi, jonka tarkoituksena on määritellä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet sekä ne toimenpiteet, joilla tavoitteet voidaan lähivuosina saavuttaa. Kaste-ohjelman avulla saadaan kokonaiskuva kuntiin kohdistuvasta ohjauksesta ja tuodaan ilmi myös ne toimenpiteet, joihin Kansanterveyslaitoksen, Stakesin, Työterveyslaitoksen sekä lääninhallituksen kehittämistoiminnan perusteita sekä työpanosta suunnataan vuosina 2008-2011. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2008:6, 3.) Kaste on lyhenne sanoista Kansallinen Sosiaali- ja Terveydenhuollon kehittämisohjelma. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2008:6; Kerola 2008, 4.)

Ohjelman päätavoitteena ovat kuntalaisten osallisuuden lisääntyminen, syrjäytymisen vähentyminen, terveyden ja hyvinvoinnin lisääntyminen sekä terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien erojen kaventuminen kuntalaisten välillä. Erityisesti lapset, nuoret, työttömät sekä mielenterveys- ja päihdepotilaat ovat suuressa syrjäytymisvaarassa, joten Kaste-ohjelma palvelee erityisesti heidän etuaan. Tavoitteina ovat myös alueellisten erojen vähentyminen sekä palve-

luiden laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden parantaminen. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2008:6, 21.)

Terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia edistävät olosuhteet, palveluiden vahvistaminen, ongelmien ennaltaehkäisy sekä varhainen puuttuminen ovat merkittäviä keinoja ihmisten elämänlaadun parantamiseksi, ja nämä tulisi huomioida myös mielenterveyskuntoutuksen palveluissa. Ihmisen ottamaa vastuuta omasta elämästä sekä läheisten hyvinvoinnista ja terveydestä tulee korostaa tulevaisuudessa. Varhaista puuttumista korostetaan Kaste-ohjelmassa, sillä se on myönteinen toimintatapa, jolla on selkeästi merkittäviä vaikutuksia palvelujen tarpeeseen sekä kustannusten kasvuun. Työttömyyteen pyritään puuttumaan järjestämällä niin sanottuja matalan kynnyksen työpaikkoja vaikeimmin työllistyville sosiaalihuollon asiakkaille sekä niille, jotka ovat syrjäytyneet työelämästä, sillä heille on yleensä kertynyt myös mielenterveys- ja päihdeongelmia. Tuen tarve heidän kohdallaan on suuri, jotta työllistyminen avoimilla työmarkkinoilla olisi mahdollista. Työllistymisen toteuttamiseksi kehitetään kuntouttavia malleja vaikeasti työllistyvien tueksi yhteistyössä työhallinnon ja kuntien, järjestöjen, sosiaalisten yritysten työnantajien ja muiden palveluntuottajien kanssa. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2008:6. 27-38.)

Mielenterveyden ongelmat kehittyvät prosesseina, joten mielenterveystyön palveluitakin tulisi olla saatavissa kaikissa prosessin vaiheissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2000-2003 kohdan 53 mukaisen mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (2001) mukaan resursseja ja osaamista tulisi kohdistaa elämisen ja selviytymisen voimavarojen vahvistamiseen, psykososiaalisten ongelmien selvittämiseen ja tukemiseen, mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja tehokkaaseen hoitoon sekä monipuoliseen kuntoutukseen. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus korostaa mielenterveyttä kuntalaisen hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn ja selviytymisen edellytyksenä. Julkisilla peruspalveluilla on tärkeä osuus mielenterveyspalveluiden kokonaisuudessa. Näitä peruspalveluita ovat niiden alojen palvelut, jotka liittyvät kehittämiseen, oppimiseen, terveyteen sekä itsenäiseen selviytymiseen. Myös muut kunnan alueella toimivat palvelut, kuten yksityiset palveluntuottajat sekä järjestöt, luetaan peruspalveluihin. Suurin osa mielenterveyden ongelmista kärsiviä potilaita kohdataan peruspalveluissa, ja oletuksena on, että jo näillä palveluilla voitaisiin auttaa suurta osaa potilaita. Mielenterveystyössä peruspalveluiden rooli on mielenterveyden tukemisessa ja ongelmien sekä niitä aiheuttavien kokemusten ja olosuhteiden tunnistamisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:9, 12-15.)

Kuntoutus on suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, jossa tulee ottaa huomioon kuntoutujan tarpeet ja tavoitteet. Kuntoutus on pitkäjänteinen prosessi, jossa hyvä yhteistyö kuntoutujan ja hoitohenkilökunnan välillä on erityisen tärkeää. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 14.) Kuntoutuksen tarkoituksena on sairaan ihmisen toimintakyvyn parantaminen ja vahvista-

minen. Toimintakykyyn vaikuttavat kuntoutujan ominaisuudet sekä ympäristö. Mikäli toimintakyky tai ympäristö muuttuu, on ihmisen kyettävä sopeutumaan uuteen tilanteeseen ja mukautettava toimintansa ympäristön vaatimuksia vastaaviksi sekä opittava myös hyödyntämään uudenlaisia toimintamalleja. Toimintakyvyn muuttuessa ihminen on ammattilaisten avun ja ohjauksen tarpeessa selviytyäkseen muuttuneessa tilanteessa. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä, Ihalainen 2009, 16-17.) Kuntoutuksen avulla pyritään tukemaan kuntoutujan itsenäistä selviytymistä jokapäiväisessä elämässä sekä tavoitteena on hyvinvoinnin ja työkyvyn lisääminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Mielenterveyden kuntoutuminen on ihmisen kokonaisvaltaista huomioonottamista. Kuntouttava mielenterveyshoito on pitkäaikaista, vuosienkin kuluessa tapahtuvaa kuntouttavaa toimintaa, jonka pyrkimyksenä on lisätä psyykkisesti sairastuneen potilaan selviytymistä. (Kuhanen ym. 2010, 46, 102.) Kuntoutumisessa tapahtuu myönteisiä muutoksia, joten kuntoutumisen tukeminen on tavoitteellista toimintaa. Kuntoutukseen kuuluu oleellisesti moniammatillinen työryhmä, jotta tuen ja avun kokonaisvaltainen saanti on taattu. Moniammatillisuus käsittää lääketieteen, sosiaali- ja käyttäytymistieteiden sekä eri psykoterapioiden sovelluksia ja menetelmiä. (Kettunen ym. 2009, 21.) Kuntoutuksen pääasiallisena tavoitteena on edistää kuntoutujan valmiutta kuntoutumiseen sekä avustaa häntä parantamaan elämänhallintaansa, toimimaan sosiaalisissa ympäristöissä sekä toteuttamaan omia päämääriään. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 224.)

Mielenterveyshoitotyössä potilas eli kuntoutuja on tavoitteellinen ja aktiivinen toimija, joka tekee päätökset omaan elämäänsä sekä sairauteensa liittyen. (Kuhanen ym. 2010, 100-101.) Autti-Rämö (2008) korostaa potilaan omien tavoitteiden huomioimista kuntoutumisessa. (Autti-Rämö 2008, 481.) Kuntoutuksessa korostuu myös potilaan hyvien kykyjen esiintuominen, ja yhtenä tavoitteena on potilaan arjessa tarvittavien elämäntaitojen ylläpitäminen sekä niiden lisääntyminen. Hoitajan rooli mielenterveyshoitotyön kuntoutuksessa on toimia kuntoutuksen mahdollistajana sekä yhteistyökumppanina, jolla on tarjota ammattitaitoa sekä tietotaitoa mielenterveyskuntoutumisesta, mutta joka kunnioittaa myös kuntoutujan yksityisyyttä. Vaikka kuntoutumisen tulee lähteä potilaasta itsestään ja hänen omasta halustaan, tarvitsee hän kuitenkin rinnalleen läheisiä, ammattitaitoisia auttajia sekä vertaistukea. (Kuhanen ym. 2010, 100-101.) Kuntoutuksen on tarkoitus tarjota potilaalle mahdollisuus entisen toimintakyvyn palautumiseen sekä toimintakyvyn lisääntymiseen. Kuntoutumisen tulee perustua molempuolisuudelle arvostukselle ja kunnioitukselle, jossa käydään avointa vuoropuhelua niin kuntoutujan kuin hoitajankin osalta. (Kettunen ym. 2009, 19, 29.)

Mielenterveyden häiriöistä kuntoutuminen on usein vuosien mittainen prosessi, jolloin tuen tarve vaihtelee kuntoutujan oman voimien mukaan. Hoitajan tulee toimia kuntoutujan itsentunnon tukena, ja auttaa kuntoutujaa näkemään itsensä kehittymiskykyisenä ja kiinnostavana

sekä tukea kuntoutujan kasvua ja voimaantumista. (Kuhanen ym. 2010, 101.) Kuntoutuksen tulisi alkaa mahdollisimman pian sairauden akuuttivaiheen jälkeen, ja kuntoutujan hoito- sekä kuntoutussuunnitelma määrittelevät ne tavoitteet ja päämäärät, jotka ovat kuntoutuksen pyrkimyksenä. Näin varmistetaan myös, että kuntoutujalla on tavoitettavissaan juuri ne kuntoutusmenetelmät, jotka motivoivat häntä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 224.)

Kuntoutuminen on prosessi, jonka eri vaiheet voidaan jakaa neljään osaan: kuntoutustarpeiden ja voimavarojen selvittäminen, kuntoutussuunnitelman laadinta, toteutus sekä arviointi. Näitä vaiheita ei voida kuitenkaan selkeästi erotella, vaan käytännössä niitä toteutetaan yhtä aikaa toistensa kanssa. Myös potilaan hoitoa ja kuntoutusta on hankala erottaa toisistaan - voidaan ajatella, että kuntoutuminen alkaa potilaan ottaessa ensimmäistä kertaa yhteyttä avohoitoon. Tärkeää on, että hoitohenkilökunta ja potilas yhdessä miettivät tavoitteita ja suunnittelevat kuntoutusta, ja että tavoitteet ovat potilaalle sopivia, niin että hänellä on myös motivaatiota työskennellä niiden toteuttamiseksi. Tavoitteiden saavuttamisen osalta selkeä kuntoutussuunnitelma nousee tärkeäksi työkaluksi, sillä sen avulla on helppo seurata asetettuja tavoitteita sekä niiden saavuttamista ja arvioida potilaan edistymistä. (Kuhanen ym. 2010, 102, 104.) Hoitosuunnitelmassa tulee esille vaiheittain, mitkä ovat ne tavoitteet johon hoidossa pyritään ja miten hoito toteutetaan käytännössä. Hoidon suunnitellussa tulee soveltaa hyväksi todettuja hoitokäytäntöjä ja näyttöön pohjautuvaa tietoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:9, 23.)

Mielenterveyden kuntoutumisesta voidaan käyttää monia eri ilmaisuja, kuten psykiatrinen kuntoutus, sosiaalipsykiatrinen kuntoutus, psykososiaalinen kuntoutus sekä kuntouttava mielenterveystyö. Mielenterveyshoitotyön kuntoutuksella tuetaan psyykkisestä sairaudesta toipuvan ihmisen toimintakykyä. Jotta kuntoutus olisi kattavaa, tulee siihen osallistua monien eri ammattialojen edustajia psykiatrisen sairaalan ja avohoidon yksiköistä, perusterveydenhuollosta, sosiaalitoimesta, työterveyshuollosta, kansaneläkelaitoksesta sekä muista vakuutuslaitoksista. Myös yksityisillä kuntoutuspalveluilla, mielenterveysjärjestöillä ja muilla kolmannen sektorin toimijoilla on tärkeä rooli psykiatrisen kuntoutuksen järjestämisessä. Näistä eri toimijoista muodostuu kuntoutujalle kattava tukiverkosto, joiden apuun hän voi turvautua kuntoutuksen aikana. Mielenterveyden kuntoutus voidaan jaotella neljään eri luokkaan: lääkinnälliseen, sosiaaliseen, ammatilliseen sekä kasvatukselliseen kuntoutukseen. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 224-225.)

Lääkinnällistä kuntoutusta järjestetään terveydenhuollon ammattilaisten aloitteesta, mutta Kansaneläkelaitos vastaa useimmiten toiminnan rahoituksesta sekä kuntoutujan toimeentulosta. Kuntoutusohjaus, sopeutumisvalmennus, yksilö- tai ryhmäpsykoterapia, toimintaterapia, kuntoutustutkimusjaksot sekä erilaiset luovuusterapian muodot ovat osa lääkinnällistä kuntoutusta. Kuntoutusohjauksen tavoitteena on tarjota ja tuoda kuntoutujan ulottuville sopivat

sekä tarkoituksenmukaiset tukipalvelut sekä kuntoutusmuodot. Kuntoutusohjaajia on yleensä keskussairaaloissa, ja he ovat perehtyneitä mielenterveysasiakkaiden tarpeisiin kuin myös tarjolla oleviin kuntoutuspalveluihin. Kuntoutusohjaajat ovat myös muiden ammattilaisten konsultoitavissa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 225.)

Sosiaalisen kuntoutuksen kuntoutuspalveluista ja päihdekuntoutuksesta vastaa kunnan sosiaalitoimi. Sosiaalinen kuntoutus vahvistaa asiakkaan toimintakykyä sekä aktiivisuutta oman yhteisön ja myös yhteiskunnan jäsenenä. Ihmissuhteiden ylläpitäminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen ovatkin yksi sosiaalisen kuntoutuksen pääperiaatteista. Kuntoutusyksiköt tarjoavat sosiaalista kuntoutusta omissa, terapeuttisissa yhteisöissään. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008 225.)

Ammatillinen kuntoutus on työhallinnon alaista toimintaa. Kuntoutujan oma kyky tarkastella työkykyään ja ammatti- tai koulutussuunnitelmiaan sekä työelämään siirtyminen ovat ammatillisen kuntoutuksen tavoitteita. Tähän kuntoutuksen muotoon kuuluu erilaisia työllistymiseen tähtääviä aktiviteetteja, kuten kuntoutustutkimus, työ- ja koulutuskokeilut, työvoimaneuvonta, työvalmennus sekä elinkeinotuki. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 225.)

Kasvatustyössä, esimerkiksi lasten ja nuorten erityisopetuksessa, käytetään kasvatuksellista kuntoutusta, jolloin tukea tarvitseva lapsi voi saada opetuksen tukitoimia omassa koulussa muuhun opetukseen sisällytettynä. Mielenterveydelliseen häiriöön sairastuneet lapset ja nuoret voivat suorittaa oppivelvollisuuttaan sairaalakouluissa, jonka jälkeen he voivat ottaa osaa erilaisiin kurssitoimintoihin ja valmennuksiin, joita tarjoavat kansanopistot, erityisoppilaitokset ja mielenterveysjärjestöt. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 225.)

Mielenterveyden häiriöiden, masennuksen sekä työuupumuksen merkitys työkyvyttömyyden aiheuttajana on Suomessa viime vuosina lisääntynyt, ja erityisesti tämä näkyy nuorissa ikäryhmissä. Tähän saattaa vaikuttaa myös se, että viime vuosina on enenevässä määrin kiinnitetty huomiota lasten ja nuorten psyykkiseen hyvinvointiin sekä avun tarpeeseen. Myös vanhus-ten masentuneisuus ja yksinäisyys on saanut enemmän huomiota. Psyykkiseen sairauteen vaikuttavat monet eri tekijät, joista nykypäivänä on nostettu esille erityisesti yhteiskunnan asettamat vaatimukset niin nuorille, työssä käyville kuin vanhuksillekin sekä sosiaalisten verkostojen nopea vaihtuminen niin, etteivät yksilöt saa niistä enää riittävästi tukea ja turvaa. (Järviskoski ym. 2004, 208-209.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Mieli 2009 - työryhmän mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kuntoutuksen tulee olla monimuotoista ja sen tulee kuulua oleellisena osana hoitoprosessiin akuuttivaiheen varhaiskuntoutuksesta alkaen ja jatkuen aina yksilöll-

sesti suunniteltuun psykososiaaliseen ja ammatilliseen kuntoutukseen. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, 2009:3.)

2.4 Avohoidon kuntoutus

Avohoito on nimetty mielenterveyslaissa, Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa sekä Mieli 2009 - suunnitelmassa psyykkisesti sairaan potilaan ensisijaiseksi hoitomuodoksi. Kunnan tulee ensisijaisesti tarjota sekä perusterveydenhuollon apua että myös vaikeammassa tapauksissa erikoissairaanhoidon avohoitoa mielenterveyden ongelmista kärsiville. Psykiatrista avohoitoa voidaan tarjota myös akuutteihin kriisitilanteisiin. Avohoidon joustavalla toiminnalla taataan se, ettei potilasta tarvitse lähettää psykiatriseen sairaalaan esimerkiksi psykoosioireiden pahennuttua, vaan hän ja hänen perheensä saavat tukea kotiin tehtävistä kotikäynneistä. Avohoidolla voidaan antaa myös pitkäaikaista ja moninaista psykiatrista tukea esimerkiksi kuntouttavan tuen asumispalveluina. Näiden lisäksi myös sosiaalipalvelut, yksityiset palveluntarjoajat sekä kolmas sektori tarjoavat mielenterveyspalveluita, joista on hyötyä mielenterveyden kuntoutujille. (Kuhanen ym. 2010, 46-47.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettama Mieli 2009 - työryhmä painottaa mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä pääasiassa avohoitona, sillä se palvelee ja tukee asiakkaan voimavaroja paremmin. Sairauksien pahenemiselta ja pitkittymiseltä voidaan välttyä tehostamalla aikaisessa vaiheessa tarjottavaa avohoitoa peruspalvelupainotteisesti, ja samalla vähennetään myös laitospaikkojen käyttötarvetta. Avopalveluiden painottamisella on inhimillisiä, hoidollisia ja taloudellisia syitä. Monipuolisilla avohoitopalveluilla lisätään hyvinvointia ja yhteiskunnallisesti avohoitoon panostaminen on myös vaikuttavampaa kuin laitoshuoltoon. Asiakkaan ulottuvilla tulee olla monimuotoisia avohoitoa tukevia palveluita, joita julkisen sektorin rinnalla tarjoavat myös kolmas ja yksityinen sektori. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2009:3.)

Nykyään avohoidon tärkeyttä ja ensisijaisuutta korostetaan koko ajan enemmän. Mielenterveyslaki (1990/1116) painottaa myös sitä, että mielenterveyspalvelut tulisi järjestää avohoitopalveluina, koska tavoitteena on tukea potilaan omaa aktiivisuutta hoitoon hakeutumisessa sekä itsenäisessä työskentelyssä. Tavoitteena onkin koko ajan laitospaikkojen vähentäminen ja avohoidon ja avokuntoutushoidon lisääminen mielenterveyspotilaille. Avohoidon yhtenä erityisen tärkeänä piirteenä on hoidon mahdollisimman varhainen aloittaminen heti kun sairastuminen on todettu, jotta hyviä tuloksia saadaan. Tutkimustiedon perusteella sairaalakeskeinen kuntoutus on laitostuttanut ihmisiä kun taas avohoidon kautta potilaat pystyvät jatkamaan elämää sairastumisesta huolimatta omassa tutussa elinympäristössään. Avohoidon hyvänä puolena nähtiin sosiaalisten suhteiden pysyminen läheisiin ja yhteiskuntaan. Tutki-

muksissa on kuitenkin todettu, että avohoidon potilaiden ja perheiden riippuvuus avohoidon palveluista lisääntyi. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 20.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän tilastoraportin (2009) mukaan erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa mielenterveystyön käyntejä oli yhteensä 2,2 miljoonaa vuoden 2008 aikana; käynnit ovat lisääntyneet 34 prosenttia vuoteen 2000 verrattuna. Sisätautisten ja kirurgisten avohoidon alojen lisäksi yksi suurimmista erikoisaloista oli aikuispsykiatria, mutta myös lasten- ja nuortenpsykiatrian avohoitokäynnit ovat lisääntyneet merkittävästi viime vuosien aikana. (Saukkonen 2009, 2-4.)

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus on koontunut periaatteita, joiden tulisi toteutua avohoidossa. Hoito olisi aloitettava mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, ja myös omaisten avun, tuen ja muiden toimenpiteiden tarve tulee selvittää varhaisessa vaiheessa. Hoidon aikana toivoa ja luottamusta kuntoutumiseen ja vaikeuksista selviytymiseen tulee ylläpitää parhaalla mahdollisella tavalla. Hoidon tulee olla moniammatillista, ja hoidon jatkuvuus on turvattava siten, että sama hoitohenkilökunta sitoutuu hoitoprosessiin hoitopaikasta riippumatta, mikäli mahdollista. Hoidon tulee olla luonteeltaan joustavaa ja liikkuvaa, ja konsultointeja eri viranomaistahojen kanssa on järjestettävä tarpeen mukaan. Hoidon toteutuvuutta tulee arvioida säännöllisesti esimerkiksi hoitokokouksissa. Palvelukokonaisuudessa tulee olla käytössä kaikki ne keinot, jotka edesauttavat monipuolisuutta ja joustavuutta potilaan näkökulmasta katsottuna. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:9, 24-26.)

Avohoito tarkoittaa potilaalle järjestettyä terveyden- tai sairaanhoitoa potilaan asuessa omassa kodissaan. Avohoidon pääperiaate on potilaan mahdollisuus vaikuttaa asumisjärjestelyihin ja hoitoonsa. Avohoito mahdollistaa potilaalle omien asioiden hoitamisen tahtomallaan tavalla. Avohoito voi olla kotona järjestettyä auttamista tai terveydenhuollon palvelujen piirissä olevia käyntejä. (Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1999:81.) Avohoidon tavoitteina on lisätä potilaan toimintakykyä, sosiaalisia suhteita sekä vähentää potilaiden laitostumista. (Korkeila 21/2009.)

Avohoidon palveluiden toimivuuteen vaikuttaa suuresti myös siellä toimiva henkilöstö. Hoitohenkilökuntaa tulee olla riittävästi, ja joukon tulee olla rakenteeltaan sopiva, jotta hyvät ja ammatilliset hoitokäytännöt toteutuvat. Henkilöstön tulee saada tarvittaessa koulutusta, konsultointimahdollisuuksia sekä työnohjausta riittävästi. Henkilöstöllä tulee olla myös mahdollisuus osallistua oman työnsä kehittämiseen ja heidän jaksamiseensa tulee panostaa, esimerkiksi kehittämällä avointa työilmapiiriä sekä palautekäytäntöjä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:9, 37.)

Tulevaisuudessa avohoitoon kehitetään uusia hoito- sekä kuntoutusmuotoja. Esimerkiksi potilasohjauksessa ja omaisten tukemisessa tullaan hyödyntämään uutta informaatioteknologiaa, jonka ajatuksena on hyödyntää viestintävälineitä hoidon tukena. Psykiatrisen avohoidon kuntoutuksena tavoitteena on vastata kuntoutusta tarvitsevien potilaiden poliklinikkatoiminnasta, kuntouttavan asumisen järjestämisestä sekä toiminnallisesta terapiasta. (Välimäki ym. 2000, 84.)

2.5 Toimintaympäristö

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri muodostuu sairaanhoitoalueista, joista suurin on HYKS. Lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvat Hyvinkään, Porvoon, Länsi-Uudenmaan sekä Lohjan sairaanhoitoalueet. Lohjan sairaanhoitoalueeseen kuuluvat Karjalohja, Karkkila, Lohja, Nummi-Pusula, Sammatti, Siuntio ja Vihti ja lisäksi sairaanhoitoalueella toimii kaksi sairaalaa, Lohjan sairaala sekä Paloniemen sairaala. Lisäksi alueella on laaja psykiatristen palveluiden avohoitoverkosto. Strategia on keskeinen osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin konsernin ohjauksjärjestelmää, ja vuosittaisen toiminta- ja taloussuunnitelman tulee toteuttaa konsernistrategian linjauksia. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ydintehtävänä on tuottaa asiakkaiden parhaaksi erikoissairaanhoidon palveluita ja terveyshyötyjä tuloksellisessa yhteistyössä perusterveydenhuollon ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitoalueen strategiassa määritellyjä päämääriä ovat potilaslähtöinen ja oikea-aikainen erikoissairaanhoido, korkeatasoinen opetus ja tutkimus, moniammatillinen johtajuus, toimintatapojen ja rakenteiden jatkuva parantaminen sekä luotamukseen pohjautuva kuntayhteistyö ja ennakoitavissa oleva tasapainoinen talous. (Strategia ja arvot, 2008.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on jaettu tulosityksiköihin, joista yksi on psykiatrian tulosityksikkö. Psykiatrian tulosityksikön toiminnat muodostuvat avohoidon ja sairaalahoidon vastuuyksiköistä sekä erilaisista yhteisistä toiminnoista. Psykiatrisen yksikön tarkoituksena on tarjota monipuolisia psykiatrisia hoitomuotoja sekä erilaisia tutkimuksia, kuten laboratorio- tutkimuksia, psykologisia tutkimuksia sekä työ- ja toimintakykyarvioita. (Psykiatrian tulosityksikön esittely 2011.)

2.6 Lohjan, Vihdin ja Karkkilan kuntoutuspoliklinikat

Kuntoutuspoliklinikat ovat osa Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitoa. Mielenterveyshoitotyön kuntoutuspoliklinikoita on Lohjan sairaanhoitoalueella kolme, jotka sijaitsevat Lohjalla, Vihdissä ja Karkkilassa, ja ne ovat Lohjan sairaanhoitoalueeseen kuuluvia erikoissairaanhoidon hoitoyksiköitä. Kuntoutuspoliklinikalle hoitoon pääsy vaatii lähettävän yksikön, kuten psykiatrian poliklinikan, Paloniemen sairaalan osaston, kotikuntou-

tuksen tai erityiskuntoutuksen aloitteen. Hoito alkaa tutustumiskäynnillä, johon osallistuu yleensä myös lähettävän yksikön työntekijä. Kaikilla kuntoutuspoliklinikoilla työskentelee kaksi psykiatrisen koulutuksen saanutta sairaanhoitajaa, yksi mielenterveyshoitaja sekä psykiatrisen kuntoutustoiminnan osastonhoitaja, joka toimii lähiesimiehenä kaikille kuntoutuspoliklinikoille. Kuntoutuspoliklinikan palvelut ovat potilaalle maksuttomia. (Psykiatriset kuntoutuspoliklinikat 2010.)

Kuntoutuspoliklinikoiden hoidon peruspilareita ovat yhteisöllisyys, omahoitajuus sekä ryhmätoiminta. Hoidon keskeisinä tavoitteina on vähentää sairaalahoitoja sekä oppia elämään oireiden ja sairauden kanssa. Elämän säännöllisyys sekä elämänlaadun kohoaminen ovat tärkeitä kuntoutuspoliklinikalla asetettavia tavoitteita. Vuorovaikutuksellisella omahoitajasuhteella taataan tukea antava ja luottamuksellinen kuntoutusympäristö. Omahoitaja huolehtii myös hoidon jatkuvuudesta, hoidon toteutuksesta ja seurannasta. Jokaiselle potilaalle laaditaan myös henkilökohtainen, lakisääteinen kuntoutussuunnitelma yhdessä potilaan kanssa. Kuntoutussuunnitelma sisältää potilaan omat tavoitteet ja voimavarat sekä ne odotukset, joita kuntoutujalla on hoidon suhteen. Suunnitelma allekirjoitetaan potilaan ja hoitajan osalta ja siitä annetaan kopio potilaalle. Tärkeää on seurata ja arvioida säännöllisesti suunnitelman toteutumista sekä mahdollisia kehittämiskohteita. (HUS. Psykiatriset kuntoutuspoliklinikat 2010.)

Vihdin ja Karkkilan kuntoutuspoliklinikoiden potilaiden yleisin diagnoosi on skitsofrenia, kun Lohjan kuntoutuspoliklinikan potilaista suurin osa kärsii vakavasta masennuksesta. Nykyaikana on myös enenevässä määrin niin sanottuja kaksoisdiagnoosipotilaita, joilla on mielenterveyden häiriön rinnalla myös päihdeongelma. (Psykiatriset kuntoutuspoliklinikat 2010.)

Vuosina 2007-2008 kuntoutuspoliklinikoiden (entiset päivätoimintakeskukset) toimintaa on kehitetty, ja esimerkiksi yhteistyötä psykiatrian poliklinikoiden kanssa on lisätty. Käytännössä tämä tarkoittaa yhteisten palaverien pitämistä kaksi kertaa vuodessa sekä yhteisten potilaiden hoidon suunnitelmallisuutta. Potilaiden kanssa pidettävien suunnittelukokousten määrää on pyritty lisäämään, ja omahoitajuutta kehittämään nimeämällä potilaille omat hoitajat sekä käymällä omahoitajakeskusteluja vähintään kahdesti vuodessa. Omahoitajan vastuulla on myös pitää yhteyttä muihin hoitotahoihin ja hoitaa kirjaukset Miranda- potilastietojärjestelmään vähintään kerran kuussa. (Psykiatriset kuntoutuspoliklinikat 2010.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista määrittää, että potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen sekä seuraamisen turvaksi tarpeelliset sekä riittävät tiedot. Potilaskertomukseen tulisi tehdä merkintä jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta, ja asiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulisi käydä ilmi taudinmääritys, valittu hoitomuoto sekä hoitoon vaikuttavien, tehtyjen ratkaisujen perusteet. Merkinnöistä tulee myös ilmetä, miten hoito on toteutettu sekä mahdolliset hoidon aikana ilmenneet erityisyydet. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 298/2009.) Uu-

den potilaan vastaanottoon sekä potilaan jatkuvaan poissaoloon liittyen on tehty toimintaohjeet, joita noudatetaan kaikilla kuntoutuspoliklinikoilla. Kuntoutuspoliklinikoilla on aloitettu työvuorossa olevan hoitohenkilökunnan kesken aamuraportoinnit, joissa tehdään työnjaot, suunnitellaan viikko-ohjelmat ja käydään läpi potilasraportit. Osastopalavereja, joihin kuntoutuspoliklinikoiden hoitohenkilökunnan lisäksi tarvittaessa osallistuu moniammatillinen työryhmä, pidetään säännöllisesti, vähintään kaksi kertaa kuukaudessa. Kuntoutuspoliklinikoiden toimintoja on yhtenäistetty, kirjausta tehostettu muun muassa antamalla opetusta aiheeseen liittyen ja myös esite on uudistettu. Uusille työntekijöille on laadittu perehdytyskansio, jota pyritään pitämään ajantasaisena ja päivitettyinä. (Psykiatriset kuntoutuspoliklinikat 2010.)

3 Tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Lohjan, Karkkilan ja Vihdin avohoidon kuntoutuspoliklinikoiden nykytilannetta, johon haetaan näkökulmia avohoidon kuntoutuspoliklinikoiden hoitohenkilökunnalta, pääasiassa mielenterveys- ja sairaanhoitajilta. Opinnäytetyön avulla pyritään lisäksi selvittämään millaisia kehittämisehdotuksia hoitohenkilökunnalla on kuntoutuspoliklinikoiden toiminnan kehittämiseksi tulevaisuudessa. Tutkimuskysymyksinä käytetään seuraavia:

1. Millaiseksi kuvailisitte kuntoutuspoliklinikan mielenterveyshoitotyön nykytilannetta?
2. Minkälaiseksi kuvaatte kuntoutuspoliklinikan mielenterveyshoitotyön toimintaa tulevaisuudessa?
3. Minkälaisia kehittämistoimia kuntoutuspoliklinikoiden mielenterveyshoitotyön toiminnan parantaminen edellyttää?

4 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä kuntoutuspoliklinikoiden nykytilanteesta ja nostaa esille mahdollisia kehittämistarpeita. Haastattelujen tarkoituksena on kuvata kuntoutuspoliklinikoiden nykytilannetta, ja nostaa hoitohenkilökunnan puolelta esille ideoita, joilla toimintaa voidaan kehittää entistä paremmaksi. Haastatteluista saatua tietoa hyödyntämällä voidaan parantaa niin kuntoutuspoliklinikoiden toimintaa kuin hoitohenkilökunnan työhyvinvointiakin, sillä on tärkeää että konkreettisesti työtä tekevien näkökulmat tulevat kuulluksi.

Tarkoituksena on toteuttaa ryhmähaastattelut Lohjan, Vihdin ja Karkkilan kuntoutuspoliklinikoiden hoitohenkilökunnalle kevään 2011 aikana. Haastattelumuotona käytämme teemahaas-

tattelu, joka sopii tutkimusmenetelmäksi, kun halutaan vastausten pohjautuvan haastateltavien omiin kokemuksiin. Saadut haastattelut litteroimme, minkä jälkeen aineisto analysoidaan sisällön analyysin avulla.

4.1 Laadullinen tutkimus

Denzinin ja Lincolnin (2005) mukaan laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa on kyse tietystä joukosta tulkinnallisia ja tavallisissa olosuhteissa luoduista tutkimusmetodeista. Heidän mukaan laadullista tutkimusta on vaikea selittää yhdellä tietyllä tavalla, koska laadullisella tutkimuksella ei ole pelkästään omia teoreettisia näkökulmia eikä tutkimusmenetelmiä, vaan ne ovat sidoksissa muiden tutkimusmetodien menetelmiin. (Denzin & Lincoln 2005, 3-5.) Laadullisessa tutkimuksessa yleisimmät tutkimusmenetelmät ovat havainnointi, haastattelu, litterointi, videointi sekä tekstianalyysi. Niitä voidaan käyttää rinnakkain, vaihtoehtoisesti tai yhdisteltynä tutkittavan ongelman ja resurssien sallimissa rajoissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on keskeinen asema. Tutkijan toiminnan vapaus antaa mahdollisuuden joustavuuteen tutkimusta suunniteltaessa ja toteutettaessa - samanlaista vapautta ei ole esimerkiksi tilastollisessa tutkimuksessa. (Eskola & Suoranta 2005, 20.) Erityisesti haastattelun etuna on joustavuus, sillä haastattelun lomassa tutkijalla on mahdollisuus toistaa kysymys, korjata väärinkäsityksiä, selventää kysymyksiä sekä käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Joustavuuden puolesta puhuu myös se, että tutkija voi esittää kysymykset siinä järjestyksessä, kuin katsoo aiheelliseksi. Tutkija voi toimia haastattelun aikana myös havainnoitsijana, eli hän voi kirjata muistiin paitsi sen, mitä sanotaan, myös sen kuinka se sanotaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Tutkijan on myös mahdollista käyttää mielikuvista hyödykseen, esimerkiksi uusia menetelmällisiä ratkaisuja kokeillessaan. Osallistuvuus on keskeinen piirre laadullista tutkimusta, vaikka osallistuminen tutkittavien elämään ei olekaan ehdoton edellytys tutkimuksen toteuttamiselle. Tutkijan tulee pyrkiä säilyttämään tutkimuksen kohteena oleva ilmiö sellaisena kuin se esiintyy, manipuloimatta tutkittavia tai tutkimustilannetta. Näin voidaan tavoittaa haluttu tutkittavien oma näkökulma. (Eskola & Suoranta 2005, 16-20.)

Tutkimukseen osallistujat tulee valita tarpeen mukaan ja osallistuja joukko on yleensä pieni, jotta saadaan mahdollisimman luotettavaa ja laadukasta tietoa. Tutkijan tulee olla aktiivinen ja päästä tekemään tutkimustyötä mahdollisimman luonnollisessa ympäristössä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimustehtävät tarkentuvat yleensä tutkimuksen edetessä kun saadaan laajempaa tietoa aiheesta ja ymmärretään osallistujien näkökulmat. Laadullisen tutkimuksen päämääränä on tuottaa uutta tietoa, joten on tärkeää valita tutkimus sen perusteella, että siitä on mahdollisimman vähän tutkittua tietoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 26-28.)

Mikäli laadullisen tutkimuksen menetelmänä käytetään haastattelua, joka vaatii nauhoittamista tai videointia, on nauhoittamisesta sovittava haastateltavien kanssa etukäteen. On myös suotavaa, että tutkija ilmoittaa hyvissä ajoin ennen haastattelun ajankohtaa mistä haastattelussa on kyse ja milloin haastattelu olisi tarkoitus toteuttaa. Tutkimukseen osallistuvalla on oikeus kieltäytyä nauhoittamisesta - tällöin tutkijan on pohdittava riittävätkö käsintehty muistiinpanot vai tulisiko haastattelusta luopua kokonaan. (Eskola & Suoranta 2005, 89-90.)

Laadulliseen tutkimukseen liittyvät luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin sekä tulosten julkittuomiseen. Aineistoa kerätessä saatu tieto on riippuvainen tutkijan onnistumisesta tavoittaa tutkimuksen kohteena oleva ilmiö. Yleisten luotettavuuskysymysten lisäksi sisällönanalyysin haasteena on tutkijan kyky pelkistää aineisto niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavalla tavalla tutkittavaa ilmiötä. Luokittelun luotettavuus on olennaista, jotta tekstistä voidaan tehdä päteviä johtopäätöksiä. Tämän vuoksi luokitteluun osallistuukin usein moni eri henkilö, jolloin tulosten yhdenmukaisuutta voidaan arvioida. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36-37.)

Laadullisessa tutkimuksessa saatava aineisto on periaatteessa loppumatonta, joten on tärkeää rajata aineisto mahdollisimman tarkkaan. Aineiston rajaus tapahtuu teorian laajuuteen korreloiden. Tärkeintä on tuntee aineisto mahdollisimman hyvin, ettei sen tulkinta perustu valitun aineiston ja valinnan ulkopuolelle jääneen aineiston satunnaisuuksiin. Myöhemmin aineistoa voi tarpeen vaatiessa kerätä lisää. (Eskola & Suoranta 2005, 64.)

4.2 Toteutussuunnitelma ja aikataulu

Opinnäytetyön yhteistyökumppani on HUS/Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrinen tulosyksikkö. Opinnäytetyöprojekti käynnistyi 6.9.2010, jolloin saimme tietää tämän vuoden opinnäytetyön aiheet. Haimme mukaan hankkeeseen, joka liittyy Lohjan sairaanhoitoalueen psykiatrian tulosyksikön avohoidon kuntoutukseen. Mukaanpääsy hankkeeseen varmistui 22.9.2010. tilaisuudessa, jossa esitettiin haussa olevien opinnäytetöiden aiheet, jonka jälkeen aloitimme opinnäytetyömme suunnittelun. Opinnäytetyömme teoriaosuuden ja opinnäytetyön suunnitelman tuli olla valmiina 19.1.2011. Suunnitelmavaiheen jälkeen haimme tutkimuslupaa ja kun lupa myönnettiin, sovimme ryhmähaastatteluajat avohoidon kuntoutuspoliikkien kanssa. Toteutimme haastattelut keväällä 2011, jonka jälkeen aloitimme haastattelumateriaalin analysoinnin sisällönanalyysin avulla. Tavoitteena on saada opinnäytetyö valmiiksi syksyn 2011 aikana, jotta saisimme julkaistua työn marraskuussa ja valmistuisimme 19.12.2011.

4.3 Tutkimuksen etiikka

Tutkijan eettisen pohdinnan ja ajattelun tärkeys korostuvat laadullisessa tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 67.) Eettisesti hyvään tutkimukseen vaikuttaa monet eri tekijät. Tutkimusetiikka voidaan kuvata tutkijoiden ammattietiikaksi. Eettiset arvot, asenteet, periaatteet ja normit kuuluvat asianmukaisen tutkijan työnkuvaan. Tutkimusetiikka onkin usein jaettu kolmeen eri ryhmään, joihin kuuluvat totuuden etsiminen tutkimuksessaan, ihmisarvon normien huomioiminen tutkimuksessaan sekä tutkijoiden keskeisten suhteiden huomioiminen. (Kuula 2006, 23-24.) Oleellinen osa tutkimusta on eettisten periaatteiden huomioiminen. Nämä kyseiset periaatteet painottuvat aineiston keräämisessä ja tutkimuksen toteutumisessa. Tutkimusta tehdessä on tärkeä noudattaa oikeanlaisia tieteellisiä käytänteitä, koska ne ovat perusta eettisesti hyvälle tutkimukselle. Käytänteet, jotka tutkijan on erityisen tärkeä huomioida tutkimuksessaan, ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus aineiston hankinnassa, tutkimustyössä, tulosten hankinnassa, esittämisessä sekä arvioinnissa. Salassapitovelvollisuus kuuluu myös tärkeänä osana tutkimusetiikkaa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 23-24.)

Tutkimukseen osallistuminen tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja näin ollen tutkijan on tärkeä huomioida osallistujien itsemääräämisoikeus. Tutkimushenkilöille tulee antaa riittävä tieto kyseisestä tutkimuksesta kuten tavoitteet, tehtävät ja mahdollinen hyöty sekä se mihin mahdollisesti tutkimusta tullaan käyttämään, jonka jälkeen tutkimukseen osallistujat saavat päättää osallistumisestaan. Henkilöiden tulee saada kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen jos he niin tahtovat. Tutkijan tulee kunnioittaa henkilöiden päätöstä. (Leino- Kilpi & Välimäki 2009, 142.) Tutkimuksesta ei saisi aiheutua haittaa tutkimukseen osallistujalle. Tutkijan tulee kuitenkin arvioida mahdolliset haitat ja hyödyt, joita tutkimuksesta saattaa aiheutua osallistujille. Tutkijan tulee olla kunnioittava ja luotettava tutkimukseen osallistuneiden mielipiteitä ja ajatuksia kohtaan. (Bruns & Grove 1993.)

Erityisesti arkaluontoisia tietoja kerätessä tutkijan on kartoitettava itselleen, tarvitseeko hän todella näitä tietoja ja onko tutkimuksen antama sanoma niin arvokas, että se antaa oikeuden puuttua tutkittavien yksityisyyteen. Tietoja käsiteltäessä ja julkistettaessa tulee kiinnittää huomiota luottamuksellisuuteen ja anonymiteettiin. Mitä arkaluontoisemmasta asiasta on kyse, sen tärkeämpää on tutkimukseen osallistuvan yksityisyyden suojaaminen. Mikäli tutkimusmenetelmänä on esimerkiksi ryhmähaastattelu, tulee kaikille tutkimukseen osallistujille tehdä selväksi, että haastattelun aikana ilmitulleita asioita ei puida enää tutkimuksen jälkeen, eikä varsinkaan ulkopuolisille henkilöille. Eettisten ongelmien tunnistaminen ja välttäminen vaatii tutkijalta ammattitaitoa sekä ammattietiikan sisäistämistä. (Eskola & Suoranta 2005, 56-59.)

4.4 Sisällönanalyysi

Brymanin (2004) mukaan sisällönanalyysi on yksi tärkeimpiä työvälineitä kun analysoidaan kvalitatiivista aineistoa. (Bryman 2004, 181.) Sisällönanalyysi on tieteellinen menetelmä, jonka kautta kerätään tieto luokittelemalla, tekemällä loogisia päätelmiä ja analysoimalla tutkittua aineistoa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3 - 5.) Sisällönanalyysia apuna käyttäen kerätty tietoineisto saadaan tiivistettyä niin, että tutkimuksen kohteena olevia ilmiöitä voidaan lyhyesti kuvailla ja ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.) Sisällönanalyysin tavoitteena on analysoida tutkittavaa ilmiötä todenkuvaisesti ja luotettavasti sekä löytää tekstille merkitys. Sisällönanalyysia käytetään analysoimaan valmiita teoksia, jotka pyritään tiivistämään ja käsitteellistämään. Tarkoitus on selkeyttää tutkittavaa kokonaisuutta sekä tehdä kokonaisuudesta yhtenäinen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3 - 5.) Olenaista on, että samanlaisuudet ja erilaisuudet erotetaan tutkimusaineistosta. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Sisällönanalyysin laatimiseen ei ole tiettyjä sääntöjä, mutta osa ohjeistuksesta helpottaa kirjoittamista. Sisällönanalyysi voidaan tehdä kahdella eri tavalla, joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli aikaisempaan teorian tietoon perustuvana. Molemmissa tavoissa sisällönanalyysin rakentaminen aloitetaan analyysiyksikön määrittämisestä ja valinnasta, näitä ohjaavat tutkimustehtävät sekä tutkittavan aineiston laatu. Määrittämisen ja valinnan jälkeen aineisto täytyy lukea tarkkaan useaan kertaan läpi, jotta saadaan selville ohjaako analyysiä aineisto vai aikaisempi teorian tieto. Tutkija voi tutkimuksen aikana valita käsitteet, joita käyttää työssään, mutta valittuja käsitteitä tulee käyttää järjestelmällisesti työn edetessä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3 - 5.)

Useiden kvalitatiivisten terveystutkimusten lähtökohtana on induktiivisuus. Induktiivinen työskentelytapa tarkoittaa aineistojen havainnointia ja havaintojen yhdistämistä suurempaan kokonaisuuteen. Induktiivinen työskentelytapa on aineistolähtöistä. Induktiivinen työskentelytapa perustuu todennäköisiin päätelmiin ja yleistyksiin, joista ei koskaan voida olla täysin varmoja, vaikka ne pohjautuva tiettyyn aineistoon. Induktiivinen työskentelytapa lisää kuitenkin tutkijan tietotaitoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 22.) Deduktiivisen sisällönanalyysin tarkoituksena on kuvata aikaisempi teorian tieto uudella tavalla. Deduktiivinen sisällön analyysi etenee kuvauksesta yksittäistapauksiin. Deduktiivinen sisällönanalyysi pohjautuu aikaisempaan teorian tietoon tai valmiiseen viitekehukseen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7-9.)

Focus group on yksi ryhmähaastattelun muoto, jota on käytetty aiemmin pääasiassa markkinointitutkimuksissa. Kyseisen ryhmähaastattelumuodon käyttö on lisääntynyt 1980-luvun loppupuolelta lähtien. (Madriz 2000, 837.) Nykyään ryhmähaastattelu on yksi käytetyimpiä tiedonkeruumenetelmiä myös terveystutkimuksissa. Ryhmähaastattelu voidaan toteuttaa joko vapaamuotoisesti tai rajatusti, ja se voi perustua haastattelijan ohjaukseen tai tiettyihin kysymyksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 84.)

Focus group - haastattelu muotoon kuuluu muutamia tai useita peräkkäisiä haastatteluita. Haastatteluista nousevia ongelmia käydään lävitse seuraavissa haastatteluissa. Haastatteluissa kartoitetaan ongelmat ja pyritään löytämään ratkaisuja ongelmiin. Focus groupin tarkoituksena on haastatteluissa nousevien ongelmien tunnistaminen, uusien käsitteiden ja tutkimustulosten tulkinta sekä uusien ideoiden etsintä. (Madriz 2000, 837-838.) Haastattelu voidaan toteuttaa teemahaastatteluna ja avoimena haastatteluna, jolloin haastattelun kesto on tunnistakahteen tuntiin. Haastattelijan on myös osattava varautua niin puheliaisiin kuin vähäsanaisiin haastateltaviin, jotta haastattelusta saatava materiaali vastaa tutkimuksen tarpeita. Käytännössä haastattelua toteutettaessa on otettava huomioon myös esimerkiksi haastattelusta sopiminen, keskustelun avaukset, kysymykset sekä keskustelun ohjaaminen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 206.)

Ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruumenetelmä, koska yhdellä kerralla saadaan haastateltua iso joukko ihmisiä sekä tietoa ja näkökulmia monelta henkilöltä. Tarkoituksena on saada haastateltavien asenteita, tunteita, uskomuksia ja ajatuksia esiin. Hyvä vuorovaikutus ryhmäläisten välillä sekä ryhmässä nousevat mielipiteet ja keskustelut rikastuttavat tutkijan aineistoa. Yhtenä etuna ryhmähaastattelulle on myös nähty se, että ryhmäläiset kontrolloivat toisiaan, näin saadaan kaikkien mielipiteet esille sekä ryhmän normit. (Eskola & Suoranta 2005, 95-96.) Ryhmä voi antaa apua toisilleen esimerkiksi tilanteissa, joissa kysytään muistinvaraisia asioita, ja ryhmä voi olla avuksi myös väärinymmärrysten oikaisemisessa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 206.) Kontrollointi voi myös vaikuttaa negatiivisesti jos ryhmä toimii keskustelun innoituksen sijaan sen tyrehdyttäjänä. (Eskola & Suoranta 2005, 95-96.) Mikäli ryhmässä on johtavan aseman ottavia henkilöitä, pyrkivät he usein johdattelemaan keskustelua haluamaansa suuntaan. Tällaiset asiat on huomioitava tutkimuksen tuloksia läpikäydessä ja johtopäätöksiä tehtäessä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 206.)

Ryhmähaastatteluja tehdessä tulee ottaa huomioon ryhmän koko. Liian isoa ryhmää on vaikea ohjata ja keskusteluiden tallentaminen on vaikeaa. Haasteeksi nousee myös haastattelujen puhtaaksikirjoittaminen jos ryhmä on suuri. Ihanteellinen ryhmän koko on aiheesta ja tilanteesta riippuva. (Kylmä & Juvakka 2007, 84.) Tutkijoiden välillä on eroja mitä ryhmän kokoa he suosittelevat. Kylmän & Juvakan (2007) mukaan hyvä ryhmän koko on kolmesta kahtentoista henkilöä, kun taas Eskola & Suoranta (2005) pitävät hyvänä ryhmän kokona neljästä kahdeksaan henkilöä, mutta myös suurempia ryhmiä ovat suosineet Goss & Leinbach (1997), jotka pitivät sopivana viittätoista henkilöä.

Tarkoituksena on haastatella Lohjan alueen kuntoutuspoliklinikoiden hoitajat Lohjalla, Karkkilaissa ja Vihdissä. Haastattelun menetelmänä käytetään ryhmähaastattelua, jotta saadaan yhdellä kerralla haastateltua ison joukon ihmisiä, paljon tietoa sekä eri näkökulmia esiin. Tavoi-

te on, että ohjaavat kysymykset herättäisi keskustelua ja haastateltavien välille syntyisi paljon eri näkökulmia. Jokaisessa yksikössä ryhmä koostuu maksimissaan yhdeksästä henkilöstä, jotta ryhmäkeskustelua on helppo hallita ja jokaisen mielipide pääsee esille. Jos ryhmä on liian iso, on meidän vaikea nauhoittaa ja purkaa ryhmässä syntyvät keskustelut.

4.5 Hankkeen riskit

Ulkoisia riskejä hankkeelle on muun muassa se, ettemme saa haastattelujen avulla hankkeen kannalta oleellista tietoa hoitohenkilökunnalta, tai että he suhtautuvat hankkeeseemme negatiivisesti. Myös eri kohteissa saatujen haastattelumateriaalien sisältö saattaa poiketa toisistaan, sillä haastateltavat henkilöt kertovat asioita keskustelemalla ja omaan kokemukseensa peilaamalla, ja mikäli ryhmä alkaa puhua esimerkiksi aiheen vierestä, saattaa saatu materiaali olla aiheeseen nähden poikkeavaa. Riskinä on myös se, että purkaessa haastatteluaineistoa erehdytään tekemään virhetulkintoja. Sisäisenä riskinä on henkilökohtaisten aikataulujen yhteensovittaminen sekä motivaation riittäminen muiden koulutehtävien ohella.

5 Tutkimusaineiston käsittely

Litteroinnilla tarkoitetaan esimerkiksi nauhoitetun haastatteluaineiston tai tutkimukseen osallistuneiden vastaajien kirjoittamien tekstien puhtaaksi kirjoittamista. Aineiston keräämisen jälkeen se kirjoitetaan sen hallitsemista ja analysointia helpottamiseksi tekstinkäsittelyohjelmalla tekstimuotoon. Litteroinnissa epäselvyyttä saattaa aiheuttaa esimerkiksi se, kuinka tarkasti aineisto tulee puhtaaksikirjoittaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006. Viitattu 10.9.2011.)

Aineistoon pohjautuvassa sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi, jolla tarkoitetaan aineiston läpikäyntiä tutkimustehtävän mukaisilla kysymyksillä. Aineiston vastauksista saadut pelkistetyt ilmaukset kirjataan aineiston termein. Lähtökohtana ovat siis haastateltavien kuvaamat alkuperäiset ilmaukset. (Janhonen & Nikkonen 2003, 26.)



Kuvio 1: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään, jolloin pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuudet ja yhtäläisyydet etsitään aineistosta. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä kuvaava nimike. (Janhonen & Nikkonen 2003, 28.)

Aineiston abstrahointi on aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmas vaihe. Abstrahointivaiheessa samansisältöiset luokat yhdistetään, jolloin saadaan yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2003, 29.)

6 Tutkimuksen tulokset

Toteutimme tutkimuksen kolmena ryhmähaastatteluna huhti- ja toukokuussa 2011, joihin osallistui yhteensä kahdeksan Karkkilan, Vihdin ja Lohjan kuntoutuspoliklinikoiden työntekijää. Kaikki osallistuneet olivat naisia, ja heidän ikäjakaumansa oli 29 - 55 vuotta. Työkoke-musta heillä oli mielenterveystyön puolella 0 - 30 vuotta, ja kuntoutuspoliklinikalla he olivat työskennelleet kolmesta kuukaudesta 16 vuoteen. Koulutukseltaan he olivat sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia sekä lähihoitajia. Haastattelut nauhoitettiin, joiden sisältö litteroidaan.

6.1 Kuntoutuspoliklinikoiden nykytilanne

Haastatteluihin osallistunut hoitohenkilökunta kuvasi kuntoutuspoliklinikoiden nykytilannetta ryhmätoiminnan avulla kertomalla, millaista ryhmätoimintaa heillä on tarjota potilaille. Kaik-

ki ryhmät ovat tavoitteellisia. Monet ryhmistä tähtäävät siihen, että potilaiden arjessa tarvitsemat käytännön taidot, jotka psyykkisen sairauden myötä ovat heikentyneet, vahvistuisivat, ja he pystyisivät hyödyntämään näitä taitoja myös kotona ollessaan. Hoidon keskeisimmiksi tavoitteiksi nousivat potilaiden elämänhallinnan ja arjessa selviytymisen tukeminen sekä mahdollisimman hyvä kuntoutus, etteivät potilaat enää tarvitse hoitoa. Hoitohenkilökunta koki yhteisöllisyyden, ryhmätoiminnan sekä omahoitajuuden toteutuvan kuntoutuspoliklinikoilla. Jokaisella potilaalla on omahoitaja ja varahoitaja. Omahoitajakeskusteluja käydään potilaiden kanssa yksilöllisesti ja tarpeet huomioiden - toisten kanssa keskustellaan viikoittain ja toisten kanssa kuukauden välein. Pyrkimyksenä kuitenkin on, että jokaisen kanssa keskusteltaisiin vähintään kerran kuukaudessa. Potilaiden käynnit ja osallistumiset ryhmiin suunnitellaan kuntoutussuunnitelmaan pohjautuen. Tärkeää on, että jokaiselle löytyy oikea ryhmä, josta potilas hyötyy. Kuntoutussuunnitelmia arvioidaan potilaan käyntien mukaan, mutta viimeistään puolenvuoden välein yhdessä potilaan kanssa. Kuntoutuspoliklinikoiden hoitohenkilökunta koki kuntoutussuunnitelmiin käytetyn ajan puutteelliseksi, koska aikaa on niukasti.

..saisi sitä olla enemmänkin, sitä aikaa niitten kuntoutussuunnitelmien tekemiseen kyllä siinä välillä kiire tulee..

Alkuperäinen lausuma	Pelkistetty lausuma	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria	Pää kategoria
"..saisi sitä olla enemmänkin, sitä aikaa niitten kuntoutussuunnitelmien tekemiseen, kyllä siinä välillä kiire tulee.."	Enemmän aikaa kuntoutussuunnitelmien tekoon	Aikaa	Työhyvinvointi	Työssä jaksaminen	Hoitajien työnkuva kuntoutuspoliklinikoilla

Taulukko 1: Haastattelun tuloksia kuntoutuspoliklinikoiden nykytilanteesta

Haastatteluissa selvisi, että hoitohenkilökunnan rooli kuntoutuspoliklinikalla on hyvin monimuotoinen ja kattava. He antavat tietoa, tukea, ohjausta potilaille ja he huolehtivat myös arkisemmista asioista, kuten henkilökohtaisen hygienian toteutumisesta sekä muista ihmisen arkeen liittyvistä asioista. Myös kuntoutuspoliklinikan arkeen liittyy paljon tehtäviä, joihin hoitohenkilökunta osallistuu yhdessä potilaiden kanssa, kuten ruuanlaitto, leivonta sekä pi-hanhoido. Tämä myös kuvaa hyvin sitä, kuinka joustavuus näkyy kuntoutuspoliklinikoilla. Hoitohenkilökunta kokee työnsä erityisen joustavaksi. He pohtivat, että työssä on paljon sellaista, mikä ei välttämättä heidän toimenkuvaansa kuulu.

..me ollaan vielä sihteereitä..
 ..siivoojasta terapeuttiin..
 ..työajan puitteissa yritetään aina tehdä mutta sekään ei aina päde mutta me joustetaan jopa siinä..

Alkuperäinen lausuma	Pelkistetty lausuma	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria	Pää kategoria
”..me ollaan vielä sihteereitä..”	Sihteereitä	Paljon työnkuvaan kuulumatonta työtä	Hoitajien kokemus työstään	Hoitajien työn sisältö	Hoitajien työnkuva kuntoutuspoliklinikoilla
”..siivoojasta terapeuttiin..”	siivoojasta terapeuttiin	Paljon työnkuvaan kuulumatonta työtä	Hoitajien kokemus työstään	Hoitajien työn sisältö	Hoitajien työnkuva kuntoutuspoliklinikoilla
”..työajan puitteissa yritetään aina tehdä mutta sekään ei aina päde mutta me joustetaan jopa siinä..”	Joustetaan työajasta	Joustavaa	Hoitajien kokemus työstään	Hoitajien työn sisältö	Hoitajien työnkuva kuntoutuspoliklinikoilla

Taulukko 2: Haastattelun tuloksia kuntoutuspoliklinikoiden nykytilanteesta

Hoitohenkilökunta kokee vuonna 2008 tehtyjen muutosten jälkeen toiminnan parantuneen hyvin paljon. Päivätoimintakeskusten muuttaminen kuntoutuspoliklinikoiksi on monipuolistanut toimintaa ja muuttanut sitä hoidollisemmaksi, koska omahoitajuus ja kuntoutussuunnitelmat on otettu uudistuksen myötä käyttöön. Hoitohenkilökunta kokee pystyvänsä vaikuttamaan potilaan hoitoon aivan eritavalla. Hoito on yksilöllisempää, tavoitteellisempää ja tarkoituksenmukaisempaa.

Moniammatillisuus näkyi kaikilla kuntoutuspoliklinikoilla mielenterveyshoitajien, sairaanhoitajien, sosiaalityöntekijöiden, sairaalan erikoistyöntekijöiden, fysioterapeuttien, liikuntaterapeuttien sekä lääkäreiden yhteistyönä.

6.2 Kuntoutuspoliklinikoiden toiminta tulevaisuudessa

Tulevaisuudessa hoitohenkilökunta arvelee toiminnallisten ryhmien vähenevän ja toiminnan kuntoutuspoliklinikoilla menevän enemmän hoidolliseen. Tulevaisuudessa on aistittavissa siis toiminnan tulevan psykiatrian poliklinikan tapaiseksi, ja keskustelun ja pienryhmien lisääntyvän. Myös potilaiden sairauksien muuttumisesta pääasiassa psykoosisairaisiin on keskusteltu sekä potilasmäärän kasvamisesta. Potilasmäärien lisääntyessä tulisi samassa suhteessa henkilöstönkin määrän lisääntyä, pohtii hoitohenkilökunta. Hoitohenkilökunta kertoo näyttöön perustuvien ryhmien alkavan syksyllä, joissa käsitellään terveyteen liittyviä asioita ja heille on tarjolla ohjausta näiden ryhmien pitämiseen.

.. toiminnalliset ryhmät vähenevät..
 ..potilasmateriaali ois sitten pääasiassa psykoosisairaita..

Alkuperäinen lausuma	Pelkistetty lausuma	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria	Pää kategoria
".. <i>toiminnalliset ryhmät vähenevät...</i> "	Toiminnalliset ryhmät vähenevät	Toiminnalliset ryhmät häviävät	Tulevaisuuden puutosnäkymät työlle	Tulevaisuuden näkymät työlle	Hoitajien työnkuva kuntoutuspoliklinikoilla
".. <i>potilasmateriaalisitten pääasiassa psykoosisairaita..</i> "	potilas materiaali psykoosisairaita	Potilaat psykoosisairaita	Tulevaisuuden näkymät	Tulevaisuuden näkymät työlle	Hoitajien työnkuva kuntoutuspoliklinikoilla

Taulukko 3: Haastattelun tuloksia kuntoutuspoliklinikoiden toiminnasta tulevaisuudessa

Lohjan kuntoutuspoliklinikka on muuttamassa Lohjan sairaalan uusiin tiloihin tulevaisuudessa. Hoitohenkilökunta miettii, ettei potilaan kannalta muutto välttämättä ole hyvä asia, koska nuoret häpeävät sairauttaan ja pelkäävät leimautuvansa kroonisesti sairaiksi, kun näkevät enemmän kroonisesti sairaita. Hoitohenkilökunta arveli, että toiminta tulee muuttumaan muuton yhteydessä paljon. Lohjan kuntoutuspoliklinikka tulee olemaan läheisessä yhteydessä päivöastosten ja psykiatrisen poliklinikan kanssa, mikä tulee varmasti olemaan hyvä asia.

6.3 Kuntoutuspoliklinikoiden kehittämistarpeet

Haastatteluissa kuntoutuspoliklinikoilla ilmeni paljon kehittämiseen liittyviä tarpeita, jotka suurelta osin vaikuttavat hoitohenkilökunnan sekä potilaiden hyvinvointiin. Suurin tarve liittyi hoitohenkilökunnan määrään, koska potilaita on paljon ja he ovat koko ajan kipeämpiä ja potilaat tarvitsevat enemmän hoitajien aikaa. Myös sijaisia kaivattaisiin lomien ajaksi, koska kahden työntekijän täytyy tehdä kolmen työntekijän työt, kun yksi on lomalla, tällöin kuormitus hoitohenkilökunnalla kasvaa. Näin ollen hoitohenkilökunnan määrän lisäämisellä vähennettäisiin työnkuormittavuutta, saataisiin enemmän aikaa potilaille ja hoitajille sekä näin ollen työhyvinvointi lisääntyisi. Hoitohenkilökunta toivookin, että työ hyvinvointiin ja nimenomaan jaksamiseen kiinnitettäisiin entistä enemmän huomiota, jotta pystyy antamaan potilaille ja työlleen parastaan. Moniammatillisen tiimin laajentuminen nähtiin myös hyvin tärkeäksi ja oman lääkärin saaminen kuntoutuspoliklinikoille, mikä helpottaisi työtä. Hoitohenkilökunta piti tärkeänä lisäkoulutuksen saamista, minkä johdosta tietotaito ja osaamisen lisääntyisivät. Myös työn helpottamiseksi ja potilaiden hyvinvoinnin lisäämiseksi hoitohenkilökunta toivoi lisää rahaa tai pankkikortin, jotta potilaiden kanssa pystyisi monipuolisemmin tekemään kaikkea. Lohjan kuntoutuspoliklinikka on siirtymässä sairaalan yhteyteen ja samalla uusiin tiloihin, mutta Vihdissä ja Karkkilassa toivottiin uusia toimivampia tiloja. Kun puitteet ovat kunnossa, on hyvät mahdollisuudet lähteä kehittämään toimintaa, toteaa hoitohenkilökunta.

..lisäähän tänne tarvitaan henkilökuntaa..
 ..meillä ei ole tässä mitään taukoja, että me ollaan koko aika näitten potilait-
 ten kanssa kahdeksan tuntia, meillä ei ole mitään omaa aikaa..
 .. jaksamiseen pitää kiinnittää huomiota..

Alkuperäinen lausuma	Pelkistetty lausuma	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria	Pää kategoria
"..lisäähän tänne tarvitaan henkilökuntaa.."	Lisää henkilökuntaa	Henkilökuntaa	Työhyvinvointi	Työssä jaksaminen	Hoitajien työkuva kuntoutuspoliklinikoilla
"..meillä ei ole tässä mitään taukoja, että me ollaan koko aika näitten potilaitten kanssa kahdeksan tuntia, meillä ei ole mitään omaa aikaa.."	Enemmän aikaa	Aikaa	Työhyvinvointi	Työssä jaksaminen	Hoitajien työkuva kuntoutuspoliklinikoilla
".. jaksamiseen pitää kiinnittää huomiota.."	Huomiota jaksamiseen	Jaksaminen	Työhyvinvointi	Työssä jaksaminen	Hoitajien työkuva kuntoutuspoliklinikoilla

Taulukko 4: Haastattelun tuloksia kuntoutuspoliklinikoiden kehittämistarpeista

Haastatteluissa ilmeni, että kuntoutuspoliklinikoilla ollaan tyytyväisiä esimiestoimintaan, koska Lohjan sairaanhoitoalueen johto on kiinnostunut työntekijöiden tekemisestä ja annetaan vapautta itsenäisiin päätöksiin sekä luotetaan, että työt tulee tehtyä hyvin. Toimivat ja säännölliset kehittämispäivät koettiin työn kannalta tärkeiksi ja hyväksi.

..meillä on nyt äärettömän hyvä esimies..
 ..tosi toimivat ja säännölliset noi kehittämispäivät..

7 Johtopäätökset

Johtopäätöksissä pohditaan tehdyn tutkimuksen eettisyyttä sekä luotettavuutta ja tarkastellaan tuloksia. Johtopäätöksissä tuodaan myös esille nousseita jatkotutkimushaasteita, ja lopuksi pohditaan omaa ammatillista kasvua opinnäytetyöprosessin aikana.

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Asianmukaisen tutkijan työnkuvaan kuuluu keskeisinä piirteinä eettiset arvot, asenteet, periaatteet sekä normit. (Kuula 2006, 23-24.) Eettisen pohdinnan sekä ajattelun tärkeys korostuvat laadullista tutkimusta tehtäessä. (Kylmä & Juvakka 2007, 67.) Eettiset periaatteet painottuvat aineiston keräämiseen sekä tutkimuksen toteuttamiseen, joissa tärkeitä käytänteitä ovat tutkijan rehellisyys, huolellisuus sekä tarkkuus aineiston hankinnassa, tutkimustyössä,

tulosten hankinnassa, esittämisessä sekä arvioinnissa. Salassapitovelvollisuus on myös tärkeä osa tutkimusetiikkaa, ja se korostuu erityisesti haastattelumuotoisissa tutkimuksissa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 23-24.)

Tutkimukseen osallistumisen tulee perustua vapaaehtoisuuteen. Tähän pohjautuen tutkijan on tärkeää huomioida osallistujien itsemääräämisoikeus. Tutkimukseen osallistuvilla henkilöillä on annettava riittävästi tietoa tutkimuksesta, sen tavoitteista, tehtävistä ja mahdollisesta hyödyistä sekä siitä, mihin tutkimusta tullaan käyttämään. Henkilöille tulee antaa myös mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta, mikäli he niin tahtovat. Tutkimus ei saa myöskään aiheuttaa minkäänlaista haittaa osallistujille. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 142.)

Tutkimuksemme perustui haastateltavien vapaaehtoisuuteen sekä heidän henkilöllisyytensä salassa pitämiseen. Tutkimuksemme sai tutkimusluvan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin organisaatiolta. Toimitimme kuntoutuspoliklinikoille saatekirjeet (liite 1), jonka kävimme läpi yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa ennen ryhmähaastattelun aloittamista. Kerroimme opinnäytetyömme tarkoituksesta sekä käyttämistämme tutkimusmenetelmistä, kuten haastattelun toteuttamisesta. Painotimme käsittelevämme saamaamme aineistoa niin, etteivät henkilöt ole tunnistettavissa opinnäytetyöstämme, että keräämämme haastattelumateriaali tulisi vain meidän käyttöömme ja tuhoaisimme haastattelunauhut heti, kun olemme saaneet ne litteroitua.

Tutkimuksen aluksi keräsimme taustatietolomakkeen (liite 2) avulla tietoja muun muassa hoitohenkilökunnan koulutustaustasta sekä työkokemuksesta. Koska haastateltavien määrä oli pieni, päätimme haastateltavien henkilöllisyyden suojaamiseksi olla erittelemättä näitä taustatietoja tutkimustulostemme yhteydessä. Julkaisimme vain suuntaa-antavia lukuja haastateltavien ikäjakaumasta, työkokemusten kestosta sekä ammattinimikkeestä, emmekä liittäneet näihin kuntoutusyksiköitä.

Tutkimustulokset saimme litteroimalla nauhoittamamme haastattelut ja käyttämällä sisällönanalyysia materiaalin läpikäymiseen sekä analysoimiseen. Tulosten yhteydessä käyttämämme suorat lainaukset on lyhennetty niin, ettei niistä voida tunnistaa haastateltavan henkilöllisyyttä tai työyksikköä. Haastatteluista keräämämme nauhoitukset, litteroimamme tekstit sekä muut tutkielmaan liittyvät asiakirjat tuhottiin tutkielman valmistumisen jälkeen väärinkäytösten estämiseksi.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen arvioinnissa ei voida toimia vain yhden ohjeen mukaisesti. Laadullista tutkimusta arvioidaan ensisijaisesti kokonaisuutena, jossa painatuksen kohteena on tutkimuksen johdon-

mukaisuus. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla on keskeinen asema. Toiminnan vapaus antaa mahdollisuuden joustavuuteen tutkimusta suunniteltaessa ja toteutettaessa, joka näkyy esimerkiksi haastattelun aikaisena kysymysten selventämisenä ja toistamisena sekä keskustelun käymisenä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tärkeää on aineiston merkittävyys, jota tutkijan on myös varauduttava puolustamaan. (Eskola & Suoranta 2005, 214.)

Pieni tutkimusjoukko mahdollistaa sen, että saadaan mahdollisimman laadukasta ja luotettavaa tietoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 26.) Tutkijalla on oltava kyky pelkistää aineisto niin, että se kuvaa luotettavalla tavalla tutkittavaa asiaa. Muita tärkeitä luotettavuuskysymyksen kohteita ovat aineiston laatu, aineiston analyysi sekä tulosten julkituominen. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36-37.) Aineisto tulee rajata teorian laajuutta vastaavaksi. (Eskola & Suoranta 2005, 64.)

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena, sillä se on hyvä menetelmä silloin, kun tutkimusjoukko on pieni ja tarkoituksena on kerätä tutkittavien henkilökohtaisia mielipiteitä ja kokemuksia. Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluna kolmelta ryhmältä, joihin kuului 2-3 henkilöä. Tutkimuskysymykset olivat järjestetty teemoittain, ja pääkysymysten alle olimme tehneet pieniä lisäkysymyksiä aineiston saannin turvaamiseksi (liite 3). Laadullisen tutkimuksen tarjoama joustavuus näkyi haastattelutilanteissa, sillä toisinaan kysymykset vaativat selventämistä ja ne mahdollistivat myös hoitohenkilökunnan välisen keskustelun.

Tutkimusjoukon pieni määrä ei mielestämme vaikuttanut negatiivisesti saamamme tiedon laadukkuuteen tai luotettavuuteen. Haastatteluiden toteutukseen saattoi vaikuttaa hoitohenkilökunnan motivoituneisuus, haastatteluun varattu aika sekä haastattelun tarkoituksesta informointi. Toisaalta tutkijoiden kokemattomuus haastattelun toteuttamisesta saattoi aiheuttaa jännittyneitä ilmapiiriä erityisesti ensimmäisessä haastattelussa. Tutkimustuloksia läpikäydessämme haastatteluaineistossa tuli ilmi paljon samoja asioita eri haastateltavien välillä, joten se lisää tulosten luotettavuutta sekä kertoo osaltaan myös tutkimuksen onnistumisesta.

7.3 Kehittämisehdotukset

Tutkimuksessamme nousi hoitohenkilökunnan puolelta kehittämisehdotukseksi erityisesti potilaiden ja henkilökunnan hyvinvoinnin parantaminen, johon olennaisesti liitettiin hoitohenkilökunnan määrän lisääminen riittäväksi potilasmäärään verrattuna. Hoitohenkilökunta kuormittuu yhä enemmän, sillä potilaat ovat koko ajan sairaampia ja vaativat näin myös hoitajilta enemmän aikaa. Sijaisten tarve erityisesti loma-aikoina on myös suuri. Lisäämällä hoitohenkilökuntaa parannettaisiin potilaiden hoitoa antamalla heille enemmän aikaa ja lisättäisiin työhyvinvointia työn kuormittavuuden pienentyessä. Esimerkiksi kuntoutussuunnitelmille, jotka

ovat hyvin keskeinen osa potilaan hoitoa, ei aina tunnu löytyvän riittävästi aikaa, joten tähänkin voitaisiin saada muutos hoitohenkilökunnan määrää lisäämällä. Yhdeksi tärkeäksi kehittämiskohteeksi nousi myös oman lääkärin saaminen kuntoutuspoliklinikoille, mikä helpottaisi työtä huomattavasti. Hoitohenkilökunnan tietotaidon sekä osaamisen turvaamiseksi pidettiin tärkeänä lisäkoulutuksen saamista, jolla olisi myös myönteisiä vaikutuksia potilastyön toteuttamiseen.

Jatkotutkimushaasteeksi nousi niin hoitohenkilökunnan kuin meidän opinnäytetyön tekijöidenkin puolelta samankaltaisen tutkimuksen tekeminen potilaiden näkökulmasta. Usein keskitytään vain hoitohenkilökunnan näkemyksiin ja toiveisiin, vaikka potilas on kuntoutuksen saajana ehkä oikeampi henkilö vastaamaan siihen, onko kuntoutuspoliklinikan toiminta tarkoituksenmukaista ja toimivaa ja mitä parannettavaa toiminnassa mahdollisesti on. Tällaisen tutkimuksen toteuttamiseen liittyy tosin vielä suuremmat eettiset kysymykset, kun tutkimuksen kohteena on potilas.

7.4 Lopuksi

Opinnäytetyöprosessia aloittaessamme olimme tyytyväisiä, että saimme sellaisen aiheen, joka meitä suuntautumisemme sekä tulevaisuuden työmme puolesta kiinnostaa. Haluamme olemme työskennellä mielenterveystyön parissa, joten oli mielenkiintoista päästä haastattelemaan alalla jo työskenteleviä ammattilaisia. Alusta asti meillä oli samanlaiset tavoitteet niin aikataulullisesti kuin opinnäytetyön sisällön suhteen, ja olemme myös pitäytyneet näissä yhteisesti sovituissa suunnitelmissa koko prosessin ajan.

Aloitimme opinnäytetyömme keräämällä teoriaa mielenterveydestä, mielenterveystyöstä, kuntoutuksesta sekä laadullisesta tutkimuksesta, joka jo varhaisessa vaiheessa valikoitui tutkimusmenetelmäksemme. Työn edetessä tarkensimme jo aiemmin kerättyä teoriaa sekä lisäsimme tietoa avohoidosta, mielenterveystyön ja tutkimuksen etiikasta, sisällönanalyyseistä sekä toimintaympäristöstä, jossa tutkimuksen toteutimme. Opinnäytetyöprosessissa apunamme oli Lohjan Laurean opinnäytetyön käytänteet- ohje.

Haastattelujen toteuttaminen oli antoisaa, ja auttoi meitä ymmärtämään mitä kaikkea tutkimuksen toteuttamiseen kuuluu. Aineiston litterointi osoittautui työlääksi, mutta haastattelu- materiaalin läpikäymisen kannalta välttämättömäksi keinoksi, jolla lopulta olikin sisällön analyysin toteuttamista helpottava vaikutus. Aineiston abstrahointi oli aluksi haastavaa, mutta ohjaavalta opettajalta saamamme ohjauksen jälkeen se oli ymmärrettävissä.

Sisällön analyysin jälkeen tulosten tarkastelu sekä keskeisten asioiden löytäminen oli helpompaa, johtuen ehkä siitä että haastatteluissa saadut vastaukset olivat lähes kaikilta osin hyvin yhteneväisiä ja vastasivat hyvin esitettyihin kysymyksiin.

Opinnäytetyöprosessin aikana kehityimme niin tiimityöskentelyssä, tutkimuksen toteuttamisessa kuin yhteistyön tekemisessä esimerkiksi työelämän edustajien kanssa. Koska opinnäytetyömme keskeisenä ideana oli tuoda esille hoitohenkilökunnan näkökulmia, ei projektia olisi voitu toteuttaa ilman opinnäytetyön tilanneelta organisaatiolta saatua tutkimuslupaa sekä hoitohenkilökunnalle tehtyjä haastatteluja.

Lähteet

- Autti-Rämö, I. 2008. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.
- Bruns, N. & Grove, S K. 1993. The Practice of Nursing Research. Conduct, critique & Utilization. Second Edition. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Bryman, A. 2004. Social Research Methods. New York: Oxford University Press.
- Denzin NK & Lincoln YS (2005). Introduction. The Discipline and Practice of Qualitative Research. Teoksessa Denzin NK & Lincoln YS, The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition. Thousand Oaks: Sage Publications.1-32.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M., Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Viitattu 1.10.2011. www.hus.fi
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- HUS. Psykiatriset kuntoutuspoliklinikat. Esite 6.4.2010. Viitattu 19.12.2010.
- Janhonen, S., Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Järvikoski, A., Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori- Kemilä, A., Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Korkeila, J. 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrinen avohoito? Lääketieteellinen aikakauskirja. Duodecim 125(21):2333-40. Viitattu 1.2.2011.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikke- li%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo98399#s3
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T., Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede, Vol. 11, no 1/1999.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. (toim.) 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki: Edita.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Madriz, E. 2000. Focus Groups in Feminist Research. Teoksessa Denzin & Lincoln 2000. Handbook of Qualitative Research. Second edition. London.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 15.11.2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Pirkola & Sohlman (toim.) 2005. Mielenterveysatlas. Helsinki: Stakes.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. (Viitattu 10.9.2011.)

Saukkonen, S-M. 2009. Erikoissairaanhoidon ja mielenterveystyön avohoito 2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 298/2009. Viitattu 20.10.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1999:81. Avo- ja laitoshoidon määrittelemien kunnallispalvelujen ja sosiaalivakuusetusujen yhteensovittamiseksi. Viitattu 1.2.2011. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/nolo81/a&lhoito.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu ja seurantaryhmä. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Helsinki. Viitattu 11.9.2011. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Viitattu 10.11.2010. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/hl1212563842632/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Kuntoutuksella parannetaan toimintakykyä. Viitattu 1.2.2011. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kuntoutus

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki. Viitattu 8.1.2011.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 8.9.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveyskirjasto 2010. Mielenterveyshäiriö. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 15.11.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt02123&p_haku=mielenterveysh%E4iri%F6

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2007. Ehkäisevä mielenterveystyö. Helsinki. Viitattu 1.10.2011. <http://info.stakes.fi/mielenterveystyo/FI/kasitteet/index.htm>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vuori-Kemiläinen, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY.

Välimäli, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY.

Kuviot

Kuvio 1: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)	28
---	----

Taulukot

Taulukko 1: Haastattelun tuloksia kuntoutuspoliklinikoiden nykytilanteesta	29
Taulukko 2: Haastattelun tuloksia kuntoutuspoliklinikoiden nykytilanteesta	30
Taulukko 3: Haastattelun tuloksia kuntoutuspoliklinikoiden toiminnasta tulevaisuudessa	31
Taulukko 4: Haastattelun tuloksia kuntoutuspoliklinikoiden kehittämistarpeista	32

Liitteet

Liite 1. Saatekirje henkilökunnalle	43
Liite 2. Tiedonkeruu	44
Liite 3. Tutkimuskysymykset	45
Liite 4. Aineiston abstrahointi	46
Liite 5. Tutkimuslupa.....	49

Liite 1: Saatekirje henkilökunnalle

Hyvä kuntoutuspoliklinikan henkilökunta,

Lohjalla 15.3.2011

opiskelemme Laurea-ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa, ja valmistumme sairaanhoitajiksi joulukuussa 2011. Opintoihimme kuuluu 15 opintopisteen laajuinen opinnäytetyö, joka on luonteeltaan laadullinen tutkimus. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää Lohjan, Vihdin sekä Karkkilan avohoidon kuntoutuspoliklinikoiden nykytilannetta sekä kehittämistarpeita Teidän, kuntoutuspoliklinikoiden hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Opinnäytetyömme avulla saamme tärkeää tietoa siitä, millaiseksi Te koette kuntoutuspoliklinikoiden toiminnan ja mitä kehittämiskohteita Teiltä mahdollisesti nousee. Saatuja tuloksia voi tulevaisuudessa hyödyntää kuntoutuspoliklinikoiden toiminnan sekä mahdollisesti myös työhyvinvoinnin parantamiseksi.

Aineisto on tarkoitus kerätä kolmen nauhoitettavan focus group- haastattelun avulla, jotka toteutetaan Lohjalla, Vihdissä ja Karkkilassa kuntoutuspoliklinikoiden tiloissa. Toivomuksemme on, että ryhmähaastatteluun osallistuisi maksimissaan yhdeksän henkilöä, jotta ryhmäkeskustelu sujuu jouhevasti ja että jokaisen mielipide tulee kuulluksi. Ryhmähaastattelun tarkoituksena on saada tietoa sekä nostaa esiin erilaisia näkökulmia. Tarkoituksena on esittää ohjaavia kysymyksiä, jotka edesauttavat keskustelun syntymistä sekä mielipiteiden julkituomista. Tutkimusaineistona saatu haastattelunauha tulee vain meidän käyttöömme ja sitä käsitellään ja säilytetään ehdottoman luottamuksellisesti. Saatu aineisto tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyön ohjaavina opettajina toimivat Lohjan Laurea-ammattikorkeakoulun lehtorit Ulla Lemström sekä Elina Rajalahti. Mikäli haluatte lisätietoa opinnäytetyöhön liittyen, voi meihin ottaa yhteyttä sähköpostilla.

Vaivannäöstänne ja ajastanne kiittäen,

Lotta Ahlberg
sairaanhoitajaopiskelija
lotta.ahlberg@laurea.fi

Heidi Rajala
sairaanhoitajaopiskelija
heidi.rajala@laurea.fi

Liite 2: Tiedonkeruu

TIEDONKERUU

1 TAUSTATIEDOT

1.1 Sukupuoli Nainen ____ Mies ____

1.2 Ikä _____

1.3. Koulutustausta:

1.4 Työvuodet Mielenterveystyö _____ Kuntoutuspoliklinikka _____

Liite 3: Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykset

1. Millaiseksi kuvailisitte kuntoutuspoliklinikan mielenterveyshoitotyön nykytilannetta?
 - Millaista toiminta kuntoutuspoliklinikalla on?
 - Miten moniammatillisuus näkyy työssänne?
 - Millaiseksi kuvailisitte roolianne kuntoutuspoliklinikalla?
 - Millä tavoin joustavuus näkyy työssänne?
 - Mitkä ovat mielestänne hoidon keskeiset tavoitteet?
 - Pääseekö tarpeeksi ajoissa avohoidon asiakkaaksi?
 - Käytetäänkö asiakkaiden hoito- ja kuntoutussuunnitelmiin riittävästi aikaa? Kuinka ja ketkä tekevät suunnitelmat?
 - Millä tavoin hoito- ja kuntoutussuunnitelmien toteutumista arvioidaan?
 - Millä tavoin asiakkaiden omat tavoitteet ja tarpeet huomioidaan?
 - Miten avohoidon palveluiden monimuotoisuus näkyy kuntoutuspoliklinikallanne?

2. Minkälaiseksi kuvaatte kuntoutuspoliklinikan mielenterveyshoitotyön toimintaa tulevaisuudessa?
 - Mitä kehityskohteita näette toiminnassa? Mihin toivoisitte muutosta?
 - Onko toiminta parantunut vuonna 2008 tehtyjen muutosten jälkeen, vai huonontunut? Millä tavalla? Miten kuntoutuspoliklinikka eroaa aiemmasta päivätoimintakeskuksesta?
 - Yhteistyön lisääntyminen, suunnittelukokousten lisääntyminen, omahoitajuuden kehittäminen, raportoinnit ja osastopalaverit, kirjaamisen tehostaminen

3. Minkälaisia kehittämistoimia kuntoutuspoliklinikoiden mielenterveyshoitotyön toiminnan parantaminen edellyttää?

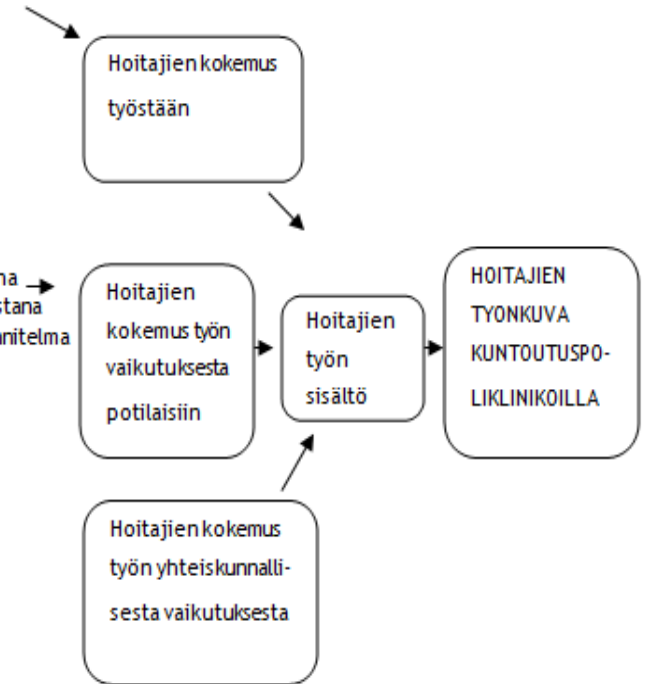
Aineiston abstrahointi

Alkuperäinen lausuma	Pelkistetty lausuma	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria	Pää kategoria
o ” Monipuolista toimintaa, mahdollisimman monentlaisia erilaisia ryhmiä..”	* Monipuolista toimintaa				
o ”.. kaikki <u>nää</u> ryhmät on tavoitteellisia ryhmiä, jokaiselle on rakennettu tavoitteellinen sisältö..”	* Tavoitteellisia ryhmiä				
o ”..terapeuttisia omahoitajakeskusteluja tarjotaan..”	*Terapeuttisia omahoitaja keskusteluja				
o ”.. tätä ryhmätoimintaa ja tätä yhteisöllisyyttä..”	* Ryhmätoimintaa ja yhteisöllisyyttä				
o ”..pyritään siihen, että palvelutarjonta on niin kattavaa, että ne potilaiden tarpeet tulee sitä kautta tyydytetyiksi..”	* Potilaiden tarpeet tyydytetyiksi				
o ”.. <u>tää</u> on <u>tämmöstä</u> jatkuvaa kehittämistyötä..”	* Jatkovaa kehittämistyötä				
o ”.. <u>tää</u> on toiminnallista kuntoutusta..”	* Toiminnallista kuntoutusta				
o ”.. pitää tietysti kuntoutussuunnitelma mainita.. sen pohjalta suunnitellaan potilaan käynnit ja ryhmät..”	* Kuntoutussuunnitelman pohjalta potilaan käynnit ja ryhmät				
o ”.. suunnitelmat tehdään yhdessä potilaan kanssa..”	*Suunnitelmat yhdessä potilaan kanssa				
o ”.. kuntoutussuunnitelmaa seurataan koko aika, se on mukana siinä hoidossa..”	* Kuntoutussuunnitelma mukana hoidossa				
o ”.. jokaisella potilaalla on omahoitaja ja varahoitaja..”	*Omahoitaja ja varahoitaja				
o ”Me tehdään jatkuvaa arviointia, et ollaanko menossa siihen suuntaan potilaan kanssa mihin <u>pitäis</u> ..”	* Jatkovaa arviointia				
o ”..ohjaajiahan me ollaan pääsääntöisesti..”	* Ohjaajia				
o ”.. me ollaan hoitajiaakin, sitten semmoisia moni ammattimiehiä ihan rakennusmiehestä sosiaalityöntekijöihin ja milloin mitään..”	* Hoitajia, moni ammattimiehiä rakennusmiehestä sosiaalityöntekijään				
o ”.. me ollaan sihteereitä täällä koska meillä on päivittäiset kirjaamiset siis <u>nää</u> käynnit kuntalaskutuksen mukaan..”	* Sihteereitä				
o ”Siivoojasta terapeuttiin..”	* Siivoojasta terapeuttiin				
o ”.. ei täällä muuta tehdä kuin jousteta..”	* Joustavaa työtä				
o ”.. me tehdään paljon <u>sellasta</u> mikä ei kuulu meidän toimenkuvaan..”	* Paljon työnkuvaan kuulumatonta työtä				
o ”..työajan puitteissa yritetään aina tehdä.. mut me joustetaan jopa siinä..”	* Joustetaan työajasta				
o ”.. tavoitteena tukea potilaan elämän <u>harr..hall..</u> hallintaa..”	* Tukea elämäntaloutta				
o ”..arjessa selviytymistä..”	* Arjessa selviytyminen				
o ”..pärjää tässä yhteiskunnassa..”	* Pärjääminen yhteiskunnassa				
o ”..tukea näitten potilaitten kotona pärjäämistä..”	* Tukea kotona pärjäämistä				
o ”..psykinen vointi kohenisi..”	* Psykinen vointi kohenee				
o ”.. sairaalajakso lyhenee kun potilas saa ajoissa avun..”	* Sairaalajakset lyhenevät				
o ”.. pystyy sitten työelämässä olemaan..”	* Työelämä				
o ”..päättävä on se että potilaat ei enää <u>tarvi</u> meidän hoitoa..”	* Ei tarvitse hoitoa				
o ”.. meille pääsee nopeasti..”	* Nopea hoitoon pääsy				
o ”.. tähän ei oo mitään jonoa.. et pääsee heti..”	* Ei jonoa				
o ”.. nyt potilailla on kun ne tulee ,niillä on tarkoitus..”	* Potilailla tarkoitus				
o ”.. tähän on tullu omahoitajuus ja potilaan <u>sellanen</u> yksilöllinen kohtaaminen..”	* Omahoitajuus				
o ”.. <u>sä oikeesti</u> pystyt vaikuttamaan sen potilaan hoitoon ihan eritavalla..”	* Yksilöllinen kohtaaminen				
	*Pystyy vaikuttamaan potilaan hoitoon				

- Pystyy vaikuttamaan hoitoon
- Paljon työnkuvaan kuulumatonta työtä
- Kuntouttavaa

- Elämän hallina
- Hoidon perustana kuntoutussuunnitelma

- Pärjääminen yhteiskunnassa
- Nopea hoitoon pääsy
- Sairaalajakset lyhenevät



Aineiston abstrahointi

Alkuperäinen lausuma	Pelkistetty lausuma	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria	Pää kategoria
----------------------	---------------------	--------------	--------------	---------------------	---------------

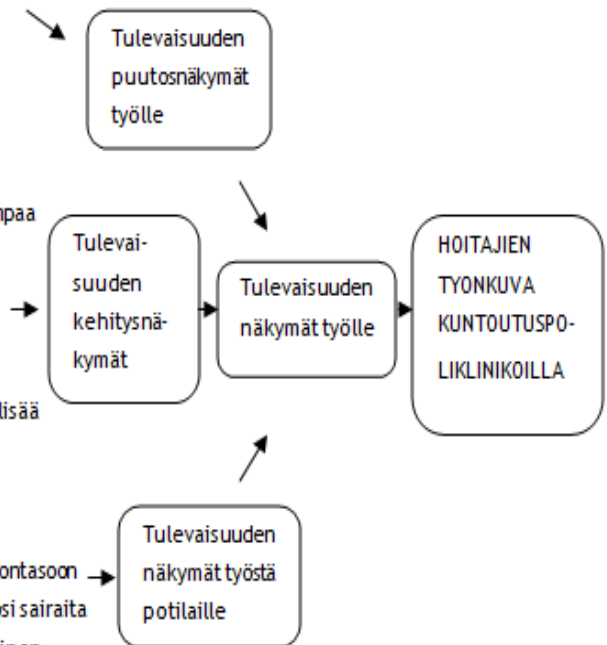
- o ”.. toiminnalliset ryhmät vähenee tässä vuosien myötä..”
- o ”..vuosien mittaan se on muuttunut enemmän tavoitteelliseksi..”
- o ”..se menee enemmän hoidolliseen..”
- o ”.. keskustelu, pienryhmä..
enemmän psykan polin tapaiseksi tulee meneen..”
- o ”..tulevaisuudessa sitten tää meidän potilasmateriaali
olis sitten pääasiassa ihan psykoosisairaita potilaita..”
- o ”.. tulevaisuudessa henkilökuntamitos olis sitten
siihen potilaisiin nähden ois sopiva.”
- o ”.. yhteistyötoimivaksi ja me saatais tänne välillä
vieraillemaan näitä fysioterapeutteja, liikuntaterapeutteja,
ravitsemusterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä...”
- o ”..jokaiselle potilaalle löydetäis mielekäs ryhmä..”
- o ”.. potilaalla tavoite johonkin..”
- o ”.. kaikki ymmärtäis minkä tasosta tää hoito on..”
- o ”.. hyötyis mahdollisimman laaja-alaisesti se
potilas siitä mitä me tarjotaan.”
- o ”.. silloin kun puhutaan ryhmistä, niin näissä ryhmissä
olis selkeä alku ja loppu..”
- o ”.. tää olis monitasoisesti verkostoitunut paikka..
että me tehtäis omaisten kans työtä ja läheisten kans työtä ja
viranomaisten kans ja moniammatillisten ihmisten kans töitä.
- o ”.. ollaan läheisessä yhteydessä sitten päiväosastojen ja
psykan polin kanssa ja heidän kanssa niin kun yhteistyössä...”
- o ”..joustavuus alkaa pikkuhiljaa tästä häviämään..”

- *Toiminnalliset ryhmät vähenevät
- * Tavoitteellisempaa
- * Hoidollista
- * Toiminta tulevaisuudessa
psykiatrian poliklinikan tapaista
- * Potilaat psykoosisairaita
- * Henkilökuntaa lisää
- * Yhteistyö toimivampaa
- * Keskusteluja
- * Pienryhmiä
- * Potilaalla tavoite
- * Ymmärrys hoidon tasoon
- * mielekäs ryhmä jokaiselle
- * Potilaan hyöty laaja-alainen
- * Potilaalla tavoite
- * Ryhmissä selkeä alku ja loppu
- * Yhteistyötä omaisten kanssa
- * Joustavuus häviää

- Joustavuus häviää
- Toiminnalliset ryhmät
vähenevät

- Tavoitteellisempaa
- Hoidollista
- Keskusteluja
- Pienryhmiä
- Yhteistyötä
- Henkilökuntaa lisää

- Tavoitteellista
- Ymmärrys hoidontasoon
- Potilaat psykoosi sairaita
- Hyöty laaja-alainen
- Ryhmät selkeitä
- Yhteistyö omaisten kanssa

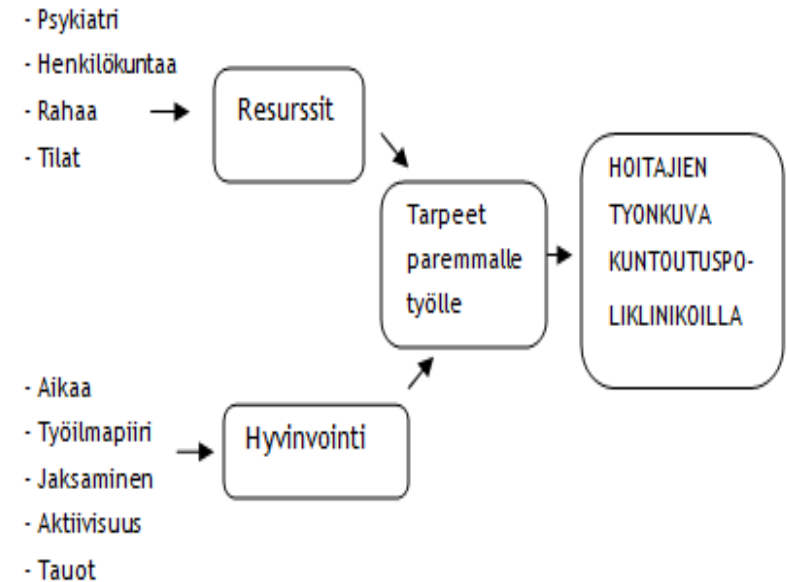


Aineiston abstrahointi

Alkuperäinen lausuma	Pelkistetty lausuma	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria	Pää kategoria
----------------------	---------------------	--------------	--------------	---------------------	---------------

- o ”.. lisäähän tänne tarvitaan henkilökuntaa..”
- o ”..saisi sitä olla enemmänkin, sitä aikaa niitten kuntoutussuunnitelmien tekemiseen, kyllä siinä välillä kiire tulee..”
- o ”.. tarvittais sijainen..”
- o ”..tuleviin ryhmiin ohjausta ja koulutusta..”
- o ”.. et otetaan aikaa sille suunnittelulle et mitä, mitä nyttten halutaan ja miten jatkossa toimitaan..”
- o ”Yhteistyö..hmmh.. ja sen lisääminen erisektorien kanssa..”
- o ”.. rahaa vois olla enemmän käytettävissä, jotta vois monipudisemmin kaikkea tehdä..”
- o ”..me halutaan uudet tilat..”
- o ”..toimivimmat ja paremmat sijainniltaan..”
- o ”..me halutaan oma psykiatri, se paljon helpottais tätä työtä, kun meillä olis lääkäri käytettävissä..”
- o ”.. tulevaisuudessa vielä et potilaat ois vielä enemmän mukana suunnittelemassa tätä..”
- o ”.. työilmapiirin pitää olla hyvä..”
- o ”.. jaksamiseen pitää kiinnittää huomiota..”
- o ”.. meillä ei ole tässä mitään taukoja..”
- o ”.. nää potilaat olis hoidossa oikeassa paikassa..”
- o ”.. henkilökunnan aktiivisuutta.. et löytyy halua ja innostusta..”

- * Lisää henkilökuntaa
- * Lisää aikaa kuntoutussuunnitelmiin
- * Ohjausta
- * Koulutusta
- * Aikaa suunnittelulle
- * Yhteistyö eri sektorien kanssa
- *Rahaa lisää
- * Uudet tilat
- * Parempi sijainti
- * Oma psykiatri
- * Potilaat mukana suunnittelussa
- *Hyvä työilmapiiri
- * Jaksamiseen huomioita
- * Taukoja
- * Potilaat oikeassa paikassa
- * Henkilökunnan aktiivisuus
- * Sijainen



HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAAHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Rajala Heidi, Ahlberg Lotta	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta ylioppilas	
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm heidi.rajala@laurea.fi	
	Kotiosoite Keskilohjantie 5 A 19 08150 Lohja	
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Laurea Ammattikorkeakoulu	
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite Nummentie 6, 08100 Lohja	
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Lemström Ulla, ulla.lemstrom@laurea.fi <i>TEH</i> Rajalahti Elina, elina.rajalahti@laurea.fi <i>TEH</i>	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa	
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Lindfors Leena, osastonhoitaja	
	Työpaikan osoite	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm 0504440360	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Lohjan sairaanhoitoalue	
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Lohjan sairaanhoitoalueen kuntoutuspoliklinikat - nykytilanteen arviointi ja kehittämistarpeet	
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Opinnäytetyö toteutetaan kolmena nauhoitettavana focus group- haastatteluna, jotka tehdään Lohjan, Vihdin ja Karkkilan avohoidon kuntoutuspoliklinikoiden henkilökunnalle (max. 9/haastattelu). Tietoa kerätään henkilökunnan näkemyksistä kuntoutuspoliklinikoiden nykytilanteeseen ja kehittämistarpeisiin liittyen. Laadullinen tutkimus, aineisto käsitellään sisällön analyysiä apuna käyttäen.	
	Asiasanat (max 5 kpl) mielenterveys, kuntoutus, psykiatrisen kuntoutus, avohoito	
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden tiede <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. 6.9.2010
	Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input checked="" type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	Arvioitu päättymispvm. 19.10.2011

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 3 yksikköä, max. 27 osallistujaa
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Väitön sovellettuusarvo toimintaan, mihin Kuntoutuspoliikkien toiminnan parantaminen <input type="checkbox"/> Ei väitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun houdattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 25.3.2011		Päiväys 1.4.11
Heidi Rajala Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys HEIDI RAJALA		Leena Lindfors HUS:n vastuuhenkilö nimenselvitys Leena Lindfors Osastonhoitaja Lohjan sairaanhoitoalue

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että Tutkimus saadaan HUS/Lohja psykiatrian tulosyksikön käyttöön sen valmistuttua.
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
Tutkimusluvan alkamispäivä 1.4.11	Tutkimusluvan päättymispäivä 19.10.11
Päiväys Lohja 1.4.11 Marja Leena Leppänen Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys Marja Leena Leppänen Osseloryhmän päättökö, yhteistyö, TM Lohjan sairaanhoitoalue	Päiväys Lohja 1.4.11 Leena Lindfors Tutkimusluvan puoltaja HUS:issa nimenselvitys Leena Lindfors Osastonhoitaja Lohjan sairaanhoitoalue

Tarvitavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
 Aineiston keruulomake
 Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
 Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
 Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
 Vaitiolosittomus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
 Tutkittavien tiedote ja suostumus
 Eettisen toimikunnan lausunto
 STM:n lupa
 Henkilörekisteriseloste